



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**



PORTADA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**Cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con
traumatismos craneo encefálicos del Hospital General Guasmo Sur Periodo**

AUTORAS:

MARIA BELEN SOLORZANO VERA

GINIVA SARAH SUAREZ VILLACIS

TUTORA:

NARCISA CASTRO

2017 – 2018

GUAYAQUIL – ECUADOR



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**



PORTADA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**Cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con
traumatismos craneo encefálicos del Hospital General Guasmo Sur Periodo**

AUTORAS:

MARIA BELEN SOLORZANOVERA

GINIVA SARAH SUAREZ VILLACIS

TUTORA:

NARCISA CASTRO

2017 – 2018

GUAYAQUIL – ECUADOR



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TITULACIÓN

Yo, NARCISA CASTRO, tutor del trabajo de titulación : **“CUIDADOS DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON TRAUMATISMOS CRANEO ENCEFALICOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR”** certifico que el presente trabajo de investigación, fue elaborada en su totalidad por **GINIVA SUAREZ VILLACIS** con C.I. No. 0950604488 Y **MARIA BELEN SOLORZANO VERA** con C.I. No. **0941235434** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** , en la **Carrera de Enfermería** de la **Facultad de Ciencias Médicas**, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su revisión.

Atentamente,

LIC. NARCISA CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **LIC JOICE FRANCO**, tutor del trabajo de titulación

“CUIDADOS DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON TRAUMATISMOS CRANEO ENCEFALICOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR” certificó que el presente proyecto, elaborado por **GINIVA SUAREZ VILLACIS** con C.I. No. 0950604488 Y **MARIA BELEN SOLORZANO VERA** con C.I. No. **0941235434** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIATURA EN ENFERMERIA en la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, ha sido REVISADO Y APROBADO ,encontrándose apto para su sustentación.

LIC. JOICE FRAN



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TITULACIÓN GRADO

LICENCIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Nosotras, GINIVA SARAH SUAREZ VILLACIS con C.I. No. 0950604488, y MARIA BELEN SOLORZANO VERA con C.I. No. 0941235434 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“CUIDADO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON TRAUMATISMOS CRANEO ENCEFALICOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

MARIA BELEN SOLORZANO VERA

C.I. No. 0941235434

GINIVA SARAH SUAREZ VILLACIS

C.I. No. 0950604488

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO:

CUIDADOS DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON TRAUMATISMOS CRANEO ENCEFALICOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR.

AUTORES:

GINIVA SARAH SUAREZ VILLACIS
MARIA BELEN SOLORZANO VERA

TUTORA:

Lcda. KRISTY FRANCO POVEDA MGS

INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD:

CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2018

N° DE PÁGS.: 124

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERIA

PALABRAS CLAVES:**RESUMEN:**

La presente investigación tiene como objetivo describir el resultado de los cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur Periodo 2017-2018, se ha observado que actualmente la sobre carga de trabajo que tienen las licenciadas y auxiliares de enfermería haciendo muchas veces imposible brindar una correcta atención, afecta especialmente a los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE), en la institución ya mencionada. Esta investigación, tendrá un impacto en el ámbito social, porque se ha ejecutado en beneficio de la población pediátrica con TCE que se atiende en el Hospital General Guasmo Sur, de esta manera se favorecerá con la depreciación de los costos que emanan de las estancias hospitalarias extensas, tanto para el Estado como para la comodidad de los familiares, asimismo se menguarán las complicaciones en el manejo de estos pacientes, al optimar la calidad de atención que les brinda el personal de enfermería tanto en lo profesional como en la calidez del trato con el usuario y con sus familiares. Los datos fueron obtenidos directamente en el área hospitalaria al personal de enfermería que atiende a los pacientes hospitalizados, por lo que fue necesario realizar entrevistas a estos profesionales para poder tener un conocimiento más profundo sobre el tipo de problema que está sucediendo en el área de cuidados de atención de enfermería del hospital y a qué tipo de conclusiones se debería llegar.

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**ADJUNTO PDF**

SI



NO

CONTACTO CON AUTORES:

BELEN SOLORZANO VERA
GINIVA SUAREZ VILLACIS

Teléfono:**E-mail:****CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN****Nombre:****Teléfono:**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por ser los mejores maestros y a mi esposo por ser un apoyo incondicional y a todos aquellos que de una u otra manera estuvieron a mi lado.

BELEN SOLORZANO VERA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación.

De igual forma, dedico esta tesis a mi Papa Cesar que ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo, a mi Mama Teresa, a mi hermana Cecilia, a mi abuelita Cruz y a mi novio Joel.

GINIVA SUAREZ VILLACI

AGRADECIMIENTO

A mi Madre porque gracias a ella pude conseguir lo que tanto deseaba, a mi Padre, hermanos y mi prima por su apoyo día tras día y sobre todo a mi esposo porque siempre me ayudo en lo que necesite sin negármelo, gracias por cada ayuda que me brindaron en estos cuatros años, ya hoy cumpliré lo que simplemente empezó como un sueño de una niña sin saber que lo haría realidad.

Y a todos aquellos que hicieron este trabajo posible, GRACIAS.

BELEN SOLORZANO VERA

Agradezco a mi mama quien estuvo siempre dispuesta a ayudarme, agradezco a la licenciadas que conocí y que compartieron sus sentimientos conmigo, agradezco también a todas mis amigas que durante toda esta etapa de estudio jamás soltaron mi mano en mis peores momentos, mis sinceros agradecimientos a todos ellos.

GINIVA SUAREZ VILLACIS

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA	I
<u>CONTRAPORTADA</u>	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TITULACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR	IV
LICENCIA Y CESIÓN DE DERECHOS	V
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	6
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
Índice de tablas	XII
Índice de figuras	¡Error! Marcador no definido.
.....	XIV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo General	9
1.3.2 Objetivos Específicos	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEORICO	10
2.1 Antecedentes de la Investigación	10
2.2 Teoría de enfermería	14
2.2.1. Modelo de Virginia Hendersón (1947)	14
2.2.2. Afirmaciones teóricas	21
2.3 La teoría del auto cuidado de Dorothea Orem (1957)	21
2.3.1. Requisitos de autocuidado universal	22
2.3.2. Teoría del déficit de autocuidado	23
2.3.3. Teoría de los sistemas de enfermería	23
2.4 Teoría de Nola Pender (1975)	25

2.5	Bases Teóricas.....	27
2.5.1.	Cuidados de atención en enfermería	28
2.5.2.	Objetivos de los procesos de los cuidados de enfermería	28
2.5.3.	Cuidados de enfermería en el trauma craneoencefálico	30
2.5.4.	Traumatismo Craneoencefálico.....	32
5.2.1.	Características	33
5.2.2.	Clasificación de los TCE	33
5.2.3.	Fisiopatología del TCE.....	34
5.2.4.	Autorregulación cerebral intacta.	35
5.2.5.	Hipoxia cerebral oligohémica o Perfusión límite.	35
5.2.6.	Perfusión de lujo o hiperperfusión cerebral relativa.	35
5.2.7.	Monitorización neurológica en TCE	36
5.2.8.	Monitorización indirecta.....	36
5.2.9.	Saturación Bulbo-Yugular.....	36
5.2.10.	Eco Doppler transcraneal	36
5.2.11.	Monitorización directa.....	37
5.2.12.	Actividades de las enfermeras	38
5.2.13.	Valoración de la función respiratoria	39
5.2.14.	Valoración del ABD en el traumatismo craneoencefálico	39
2.6	Marco Legal.....	41
	El marco legal se refiere a las leyes o reglamentos que fundamentan el proceso investigativo. Esta se sustentara en los siguientes artículos basados en:	41
	Constitución De La República.....	41
	Ley orgánica de salud	41
	CAPÍTULO III.....	44
	DISEÑO METODOLÓGICO	44
3.1.	Diseño de la investigación	44
3.2.	Tipos de investigación	45
3.3.	Métodos de investigación	46
3.4.	Técnica de recolección de datos.....	46
3.5.	Instrumentos de recolección de datos	47

3.6.	Procesamiento de Datos.....	47
3.7.	Rigor científico	48
3.8.	Consideraciones éticas	48
3.9.	Análisis de la información.....	49
3.9.1.	Resultados obtenidos de la entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP.....	49
	Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP.....	50
	Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP.....	52
	Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP.....	54
	Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP.....	56
	Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP.....	58
3.10.	Matriz de categorías	59
3.11.	Contraposición de ideas	65
3.12.	Aproximación teórica.....	68
3.13.	Conclusiones	71
3.14.	Recomendaciones	71
	CAPÍTULO IV	72
	PROPUESTA.....	72
4.1	Título	72
4.2	Justificación	73
4.3	Objetivo de la propuesta	74
4.3.1	Objetivo General	74
4.3.2	Objetivos Específicos.....	74
4.4	Diseño de la propuesta	74
4.5	Conclusiones	93
4.6	Recomendaciones	93
	Bibliografía	94
	UNIDAD DE TITULACIÓN	100
	UNIDAD DE TITULACIÓN	101
	UNIDAD DE TITULACIÓN	103
	UNIDAD DE TITULACIÓN	104

UNIDAD DE TITULACIÓN	106
Formato de la entrevista	111
.....	111
Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	111

Índice de tablas

Tabla 1 Datos en bruto- transformación y codificación.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2 Categorización de la información	¡Error! Marcador no definido.



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN GRADO**

**“CUIDADOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR PERIODO 2017-
2018”**

Autoras: Belén Solórzano Vera
Giniva Suárez Villacís

Tutora: LIC. NARCISA CASTRO

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir el resultado de los cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur Periodo 2017-2018, se ha observado que actualmente la sobre carga de trabajo que tienen las licenciadas y auxiliares de enfermería haciendo muchas veces imposible brindar una correcta atención, afecta especialmente a los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE), en la institución ya mencionada. Esta investigación, tendrá un impacto en el ámbito social, porque se ha ejecutado en beneficio de la población pediátrica con TCE que se atiende en el Hospital General Guasmo Sur, de esta manera se favorecerá con la depreciación de los costos que emanan de las estancias hospitalarias extensas, tanto para el Estado como para la comodidad de los familiares, asimismo se menguarán las complicaciones en el manejo de estos pacientes, al optimar la calidad de atención que les brinda el personal de enfermería tanto en lo profesional como en la calidez del trato con el usuario y con sus familiares. Los datos fueron obtenidos directamente en el área hospitalaria al personal de enfermería que atiende a los pacientes hospitalizados, por lo que fue necesario realizar entrevistas a estos profesionales para poder tener un conocimiento más profundo sobre el tipo de

problema que está sucediendo en el área de cuidados de atención de enfermería del hospital y a qué tipo de conclusiones se debería llegar.

Palabras claves: traumatismo craneoencefálico, hospital, pacientes pediátricos.



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN GRADO**

**“CARE OF NURSING CARE IN PEDIATRIC PATIENTS WITH
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO OF HOSPITAL
GENERAL GUASMO SOUTH PERIOD 2017-2018”**

Author: Belén Solórzano Vera
Giniva Suárez Villacís

Advisor: LIC. NARCISA CASTRO

ABSTRACT

The objective of this research is to describe the result of nursing care in pediatric patients with head trauma at the General Hospital Guasmo South Period 2017-2018, it has been observed that currently the overload of work carried out by licensed and auxiliary nurses making it often impossible to provide correct care, especially affects pediatric patients with Traumatic Brain Injury (TBI), in the aforementioned institution. This research will have an impact in the social field, because it has been carried out for the benefit of the pediatric population with TBI that is treated in the Guasmo Sur General Hospital, in this way it will be favored with the depreciation of the costs that emanate the long hospital stays. , both for the State and for the comfort of family members, complications in the management of these patients will also be reduced, by optimizing the quality of care provided by the nursing staff both professionally and in the warmth of the treatment with the patient. user and their families. The data was obtained directly in the hospital area to the relatives of the hospitalized patients, to apply this proposal, it was necessary to conduct interviews with parents to be able to have a deeper knowledge about the type of problem that is happening in the area of nursing care of the hospital and what kind of conclusions should be reached.

Keywords: traumatic brain injury, care, pediatric patients.

INTRODUCCIÓN

La gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.

Los cuidados de enfermería del Hospital General Guasmo Sur, se deben brindar de manera eficaz y eficiente, para facilitar una mejor calidad de vida al paciente pediátrico hospitalizado. La atención en los hospitales públicos ha tenido como principal inconveniente las quejas de los usuarios y sus familiares, estas son de manera permanente, en temas como la atención en salud, así como del trato que brindan los profesionales que trabajan en las distintas áreas hospitalarias.

Es significativo ejecutar este trabajo de exploración para visualizar los problemas que se presentan en el hospital ya mencionado. Esta indagación tiene como objetivo fundamental investigar que tan eficaz es el cuidado de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico aplicado en el Hospital General Guasmo Sur.

Se puede indicar que este contexto problemático forma la motivación en los investigadores porque la problemática es real y afecta especialmente a los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE), en la institución ya mencionada. Por tal razón, esta investigación, trata de dejar documentado un aporte al cuidado de atención de enfermería para el manejo de los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE) del Hospital General Guasmo Sur, que se lleva cabo en el hospital referido, con el fin de mejorar la calidad de atención en esta institución.

En la presente investigación estará estructurada de la siguiente manera:

- **Capítulo I:** entre otros aspectos puede abarcar planteamiento del Problema, formulación y sistematización del mismo, objetivos de la investigación, justificación, delimitación, hipótesis o premisas de investigación y su Operacionalización.
- **Capítulo II:** en el cual se incorporan los antecedentes de la investigación, Marco Teórico, marco contextual, marco conceptual, marco legal, entre otros.
- **Capítulo III:** el cual debe abarcar los aspectos metodológicos empleados en el desarrollo del trabajo de titulación.
- **Capítulo IV:** comprende el desarrollo de la Propuesta de la investigación. Conclusiones. Recomendaciones, Referencias Bibliográficas. Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La salud y la enfermedad son circunstancias reales y complejas que se generan en las personas y grupos determinados de una sociedad. Es por ello la necesidad que muchos han tomado en conocer y practicar ciertas creencias y costumbres que conducen a que las personas adopten medidas pertinentes con el fin de prevenir o curar una enfermedad determinada. Por ello el cuidado de la salud está estrechamente vinculado a la labor que realizan los profesionales de salud, en este caso particular, los enfermeros (as) para el tratamiento y prevención de enfermedades con el objetivo que la persona pueda gozar de plena salud y bienestar de forma integral. El cuidado de enfermería se basa en el cuidado de la vida humana y es un proceso dinámico que comienza con la vida y termina con la muerte.

El traumatismo craneoencefálico es el resultado de la acción de algún agente externo sobre el cráneo y su contenido, el cual actúa normalmente con violencia física, en donde es capaz de producir alteraciones anatómicas, funcionales o ambas, en dichas estructuras. El autor González (2003). Explica que: Los accidentes en general y por lo consiguiente, el traumatismo craneoencefálico, son extraordinariamente frecuentes en pediatría, bien de forma aislada o formando parte de un politraumatismo.

Es importante, destacar, que los accidentes de tránsito producen un trágico drama para la familia y la sociedad en general, debido a las consecuencias que trae consigo un siniestro de este tipo. Por su parte la Organización Mundial de Salud OMS (2015) indica que: “anualmente mueren por esta causa alrededor de un 1.000.0000 de personas, y unas 40 y 50 millones resultan heridas en estos accidentes, a causas de las traumatismos que le fueron ocasionados en el área cerebral.

Además, la OMS ha expresado por medio de informes que dentro de los cinco países conexos con mayor número de fallecidos por accidentes de tránsito se encuentran Estados Unidos, Brasil, México, Colombia y Venezuela. Viéndose afectado un gran número de la población infantil y adolescente menores de quince años, de los cuales 180.900 pierden la vida en este tipo de siniestros y cientos de miles quedan discapacitados de por vida. En Latinoamérica la mortalidad por accidentes viales se ubicó entre el 40% y 60%

Los traumatismos producidos por accidentes de tránsito son un problema importante para la salud pública y para el desarrollo, y en caso que los estados miembros no tomen medidas correctivas en la seguridad vial se prevé que se agravará dicho problema. Ante esto, la OMS se ha mantenido en constante preocupación por esta cuestión durante más de cuatro decenios.

Los accidentes la mayor parte son originados por accidentes de tránsito lo que forma un problema de salud pública de sumo riesgo. Es así que Corro señala que los dos últimos decenios el Banco Mundial han alentado a sus prestatarios a que incluyeran mecanismos de seguridad vial en sus proyectos de transporte urbano y por carretera.

En la mayoría de la fisiopatología de las diferentes lesiones cerebrales traumáticas son decisivas para el control y manejo terapéutico de la persona que ha sufrido la lesión cerebral con el fin de obtener resultados en el paciente. Por ello se puede decir que el traumatismo craneoencefálico es un proceso que se desarrolla de una forma dinámica en compañía de diversos factores contribuyentes y eventos en cascada y que produce serias alteraciones anatómicas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que los traumatismos originados por accidentes de tránsito originan alrededor de 150 mil defunciones al año y más de 5 millones de lesionados, lo que semeja cada año a unos 33 lesionados por

cada persona fallecida. Es decir que la tasa de mortalidad por tránsito vehicular es de 15,8 por 100.000 habitantes y se observa una gran variación entre los diferentes países.

Teniendo lo expuesto, se sabe que el profesional de enfermería en dicho caso debe proporcionar cuidados de calidad durante todo el tiempo que permanezca el paciente en la institución de salud. Hackspiel indica que “El cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana, de la persona considerada en forma integral” (p. 156). Es decir que la enfermera actúa permanentemente, en este caso como se trata en este tema de pacientes pediátricos serían niños; de esta manera se proporciona más cuidado a los niños con Traumatismo Craneoencefálico (TCE), en donde se debe poseer capacidades científico-técnicas y humanas especiales, brindando una diversidad de instrucciones con habilidad y eficacia, para la detección temprana de los cambios sutiles que se dan en el niño e interpretarlos de manera oportuna.

Este tema de investigación nace en la estancia de las prácticas pre-profesionales en el “Hospital General Guasmo Sur”, en donde se observó la necesidad de proveer los cuidados específicos de enfermería a los pacientes pediátricos con patología Traumatismo Craneoencefálico (TCE), evidenciándose la sobre carga de trabajo que tienen las licenciadas y auxiliares de enfermería haciendo muchas veces imposible brindar una correcta atención a los pacientes, además existe una falta de administración de la medicación en los horarios determinados, en donde la sedoanalgesia es obligatoria, asimismo los fármacos manejados periódicamente que comprimen la presión intracraneal (PIC); también se pudo observar que no se aplica la técnica apropiada para canalizar la vía central, no se efectúan técnicas antisépticas al momento de realizar las curaciones de las vías y heridas.

Los traumatismos craneoencefálicos en el “Hospital General Guasmo Sur” de la ciudad de Guayaquil, son muy habituales, sobre todo en niños menores de 10 años; por la trascendencia del caso es importante que el personal de enfermería, como parte de la unidad de salud, este capacitado para facilitar la atención pertinente, para una oportuna recuperación y convalecencia de los pacientes. Por eso es importante que

los mismos cuentos con herramientas teóricas y métodos que sean de su pleno conocimiento con el fin de brindar una mejor asesoría y atención al paciente que este su cargo.

Otra de las complicaciones que se presenta en dicha problemática, es que no se identifica eficazmente las acciones que deben ser tomadas para lograr la mejoría de los pacientes y evitar posteriores complicaciones que influyan en la mortalidad, supervivencia y calidad de vida del paciente. A pesar de los avances tecnológicos, sobre los conocimientos fisiopatológicos, existen aún ciertas falencias en cuanto a su manejo y seguimiento del paciente, limitando el desarrollo de nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas, que contribuyen a disminuir la mortalidad haya descendido, pero la morbilidad (secuelas) está en aumento.

Debido a la relevancia que tienen las prácticas de enfermería en el cuidado de la salud, se ha determinado que los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad en el seguimiento y atención de pacientes con traumatismos cerebrales, en el presente estudio se enfoca primeramente en aquellos usuarios del pediátrico que presentan Traumatismo Craneoencefálico (TCE), dando origen a ejecutar este estudio, en donde cuyo objetivo principal será ejecutar un protocolo de manejo de cuidados para dichos pacientes, determinar el nivel de influencia que tiene la realización de dicho protocolo de cuidado para la mejoría del paciente en esta condición, este servirá de guía para que el personal profesional y no profesional, pueda suministrar indicaciones en relación a los cuidados específicos para estos pacientes, optimizando su calidad de vida y la estancia hospitalaria.

Enunciado del problema:

¿Cómo incide el cuidado de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur Periodo 2017-2018?

1.2 Justificación

La presente investigación se efectuó con el propósito de conocer cómo influye el cuidado que se da en la atención de enfermería a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur. Es significativo ejecutar este trabajo de exploración para visualizar los problemas que se presentan en el hospital ya mencionado. Esta indagación tiene como objetivo fundamental investigar que tan eficaz es el cuidado de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico aplicado en el Hospital General Guasmo Sur.

En donde el profesional de enfermería en el cumplimiento de su práctica posee la responsabilidad de efectuar funciones propias como son: el cuidado que le facilita al individuo en la satisfacción de una de sus necesidades básicas, como es restablecer y conservar la buena salud del paciente tratado.

Los cuidados de enfermería del Hospital General Guasmo Sur, se debe brindar de manera eficaz y eficiente, para facilitar una mejor calidad de vida al paciente pediátrico hospitalizado. La atención en los hospitales públicos ha tenido como principal inconveniente las quejas de los usuarios y sus familiares, estas son de manera permanente, en temas como la atención en salud, así como del trato que brindan los profesionales que trabajan en las distintas áreas hospitalarias.

Se puede indicar que este contexto problemático forma la motivación en los investigadores porque la problemática es real y afecta especialmente a los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE), en la institución ya mencionada. Por tal razón, esta investigación, trata de dejar documentado un aporte al cuidado de atención de enfermería para el manejo de los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE) del Hospital General Guasmo Sur, que se lleva cabo en el hospital referido, con el fin de mejorar la calidad de atención en esta institución.

Es así que se plantean interrogantes que se deben precisar a lo largo de la investigación en cómo influye este cuidado en el estado de los pacientes, los costos que se originan por la mala atención y posterior prolongación estadía del paciente. Por lo tanto, es necesaria su realización, debido que representa una de las más frecuentes causas de morbilidad en el país, según lo afirmado por el INEC (2010): “A nivel de Ibero-América es una de las primeras causa de morbi-mortalidad, para el 2005 fue la principal causa de mortalidad, y en el Ecuador es la cuarta causa de muerte”.

Es pertinente la realización de la presente investigación, debido a que por medio de la misma, se pretende valorar el conocimiento del personal de enfermería del hospital, en el cuidado de pacientes del área de pediatría con Traumatismo Craneoencefálico, además de determinar la influencia que tiene dicho cuidado en la mejoría de dichos pacientes, también para que se pueda implantar la capacitación perenne, para optimar el nivel de conocimiento del personal; de esta manera aplicar los nuevos conocimientos en los numerosos procedimientos del cuidado específico de estos pacientes, como la valoración del nivel de conciencia, el control de los signos vitales, valoración de los patrones funcionales, también las alteraciones de la conciencia, en si todo el procedimiento que implique la adecuada atención del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico.

Esta investigación, tendrá un impacto en el ámbito social, porque este trabajo de investigación se ha ejecutado en beneficio de la población pediátrica con TCE que se atiende en el Hospital General Guasmo Sur, de esta manera se favorecerá con la depreciación de los costos que emanan las estancias hospitalarias extensas, tanto para el Estado como para la comodidad de los familiares, asimismo se menguara las complicaciones en el manejo de estos pacientes, al optimar la calidad de atención que les brinda el personal de enfermería tanto en lo profesional como en la calidez del trato con el usuario y con sus familiares.

Resulta conveniente la realización de la presente investigación, desde la perspectiva personal, como futura profesional de la carrera de enfermería, esta investigación beneficia en lo científico, porque favorece al mejor desenvolvimiento en el campo de la enfermería profesional, ya que es una investigación de gran escala en el campo de la salud, porque para el estudio del conducción de los pacientes pediátricos con TCE, donde empleé los conocimientos científicos y las diferentes técnicas de enseñanzas aprendidas, en la aplicación del cuidado de estos pacientes, para brindarles una atención de calidad en su estancia hospitalaria; brindándole mayor esfuerzo y dedicación, logrando la obtención de nuevos criterios teóricos y prácticos en beneficio del cuidado de los pacientes pediátricos con TCE. También el presente estudio está ajustado al Plan Nacional del Buen Vivir, y sus objetivos, matriz productiva, zona 8, área de salud, además busca el cumplimiento de los preceptos establecidos en la Constitución de la República y las normas relacionadas al correcto ejercicio de la profesión de salud.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar los cuidados de atención de enfermería en el tratamiento de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur Periodo 2017-2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Analizar el cuidado que aplican los profesionales de enfermería en el cuidado y tratamiento de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en el Hospital General Guasmo Sur, Periodo 2017-2018.

- Describir el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre el cuidado de atención y tratamiento de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Para este tema de investigación se han tomado trabajos bibliográficas de archivos e investigaciones que guardan relación con la presente investigación en cuanto al

cuidado de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se han encontrado algunos proyectos tocantes al tema, pero la presente investigación se diferencia en el lugar, tiempo y espacio, que contiene sus propias características por la cual resulta novedosa su realización, destacándose que los estudios investigados serán fundamento para el desarrollo del tema que aquí se plantea. Por lo tanto, las diversas investigaciones a referenciar son:

De acuerdo, a Manrique y Alcalá (2014), en su investigación titulada “Manejo del traumatismo craneal pediátrico”, publicada por el Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia-España. El TCE infantil constituye un motivo frecuente de consulta en Urgencias. Aunque en su mayoría no conlleva consecuencias graves, el TCE supone la primera causa de muerte y discapacidad en niños mayores de 1 año en los países desarrollados. Se estima que 1 de cada 10 niños sufrirá un TCE no banal a lo largo de la infancia. Por otra parte, se considera que la mortalidad de los traumatismos es dos veces mayor en niños menores de 12 meses que en el resto de edades pediátricas. En este estudio se determinó que cuando se realiza correctamente la valoración la mayor parte de los niños no requiere más que unos cuidados sencillos y estandarizados, en lugar de unas medidas terapéuticas activas, y que sólo en pocas ocasiones se requiere un tratamiento.

En sentido comparativo con el resto de la población, los pacientes pediátricos muestran con mayor periodicidad lesión intracraneal, en especial cuanto son menores de edad, siendo las caídas las que constituyen el mecanismo etiológico más habitual, asimismo, los accidentes de tráfico otra causa que los origina causando lesiones graves y fallecimientos. Se debe señalar la importancia que exige este tema, debido a que es una de las principales causas de mortalidad, a causa de la gravedad y complejidad de los daños sufridos por la persona que ha recibido un impacto fuerte, de acuerdo a las situaciones ya mencionadas.

Por otra parte, Medina (2011) en su tema de investigación "Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias" publicado en la Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería, Colombia. El trauma encéfalo craneano (TEC) en niños menores de quince años es una causa frecuente de consulta en las salas de urgencias. El profesional de enfermería debe brindar cuidados de calidad durante todo el tiempo que permanezca el niño en la institución, además se debe señalar que para el autor resulto importante atender este tema, debido a la incidencia pediátrica que tiene, por ser una de las tasas de morbimortalidad que se presenta en los niños de 4 años, ocasionados por accidentes.

Para la autora el trauma encéfalo craneano (TEC) es una de las causas más comunes en urgencias, en donde el personal de enfermera interactúa persistentemente como sujeto de atención; en este caso los niños, este personal se encarga de alimentar, bañar, y llevar a cabo procedimientos e intervenciones, para las observaciones pertinentes al estado del niño y se comunica con el resto del equipo de salud del paciente.

Para las autoras Peña y Redondo (2013) en su tema de investigación "Propuesta de Actuación de Enfermería Para Pacientes Politraumatizados en las UCI Pediátricas" tema publicado por el Hospital Peritico Doc. Juan Manuel Márquez, Habana- Cuba. Siendo su principal objetivo, lograr la excelencia en la prestación de los servicios de salud, por parte de los profesionales de enfermería, además de protocolizar el actuar de enfermería frente a un paciente politraumatizado, en conclusión esta investigación, se optimizo el cuidado de actuación de enfermería, para lograr la incorporación a la sociedad de todos los pacientes con el menor número de lesiones discapacitantes.

Los traumatismos constituyen una de las primeras causas de mortalidad en pediatría y la tercera causa que aporta severas lesiones discapacitantes y lesionados. Alrededor de un 20% de las muertes en pediatría por traumatismo, son prevenibles. El éxito terapéutico relacionado con la atención inicial del niño/as, requiere de un sistema

de atención regionalizado, un adecuado entrenamiento del personal y de un fuerte soporte institucional.

Para las autoras en la actualidad es una de las causas que causan mortalidad. Es así que la autora considerando la importancia de los cuidados especiales de enfermería y su valoración, propuso desarrollar una guía de práctica clínica del paciente politraumatizado para todo el personal de enfermería del Hospital Peritico Doc. Juan Manuel Márquez

Es así que Rada en su trabajo de investigación "Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico severo ingresado en la UCI-A del complejo Hospitalario de Navarra" publicado por la Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España, destaca que el traumatismo craneoencefálico es uno de los procesos patológicos más serios a los que nos enfrentamos en nuestra sociedad. En la actualidad, es el primer responsable de la muerte a menores de 45 años. Una buena valoración inicial del TCEG permite rápidamente iniciar un tratamiento adecuado. La autora en su investigación señala que el ingreso en UCI de los pacientes será de poca prolongación si se controla la posición del paciente, temperatura, agitación, dolor y hemodinámica, así como la aparición de daño pulmonar.

Por lo anterior expuesto es que el personal de enfermería debe registrar la observación de signos vitales, aspiración constante de secreciones orofaríngeas, nteniendo vías aéreas permeables; mantener la permeabilidad en vías endovenosas; cumplir oportunamente el tratamiento médico, control estricto de ingesta y eliminación de líquidos, vigilar e identificar fuentes de pérdida de sangre para prevenir el shock, entre otras valoraciones que se brindan, así lo estableció Barzola (2013) en su tema de tesis "Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013" publicado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil-Ecuador.

Para los autores Quiroga, Ávila, Badillo (2017) en su tema de tesis "Intervenciones de Enfermería en trauma craneoencefálico en urgencias" publicado por la Universidad de Ciencias de Salud de Bogotá-Colombia. El TCE es una patología que existe desde el principio de la humanidad, aunque los diferentes tipos y mecanismos de lesión han cambiado en relación con el desarrollo tecnológico. El advenimiento de los vehículos de motor ha causado un incremento exponencial en nuestro siglo, lo cual nos ha motivado a buscar medidas de prevención, así como nuevas y mejores opciones terapéuticas en la atención de estos pacientes. Podemos decir que el TCE se considera una patología de la sociedad moderna.

Es importante destacar el estado clínico del enfermo con TCE, es de suma jerarquía para el abordaje terapéutico, que se fundamenta especialmente en la escala del coma de Glasgow mancomunada con el mecanismo de trauma y las lesiones que muestran al momento de su primera evaluación. El TCE es la lesión neurológica más habitual; su incidencia se desarrolla de manera paulatina y causa la mitad de las muertes relacionadas con los traumatismos en personas jóvenes. Además, se debe destacar, que el profesional de enfermería debe proporcionar cuidados de calidad durante todo el tiempo que permanezca el paciente en la institución de salud, para que pueda recuperarse de manera satisfactoria.

2.2 Teoría de enfermería

2.2.1. Modelo de Virginia Henderson (1947)

El modelo de Virginia Henderson se ubica en el modelo que parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Asimismo, pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson cree el papel de la enfermería como la ejecución de las acciones que el paciente no logra

ejecutar en un explícito momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), avivando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente.

Según Paola Medina (2012) en su libro Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias, ubica la teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia y establece que:

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado. (Medina , 2012, pág. 15)

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el compromiso que la enfermera inicia y vigila y en el que es propietario de la situación. En donde parte de que todos los seres humanos poseen una variedad de necesidades humanas básicas que compensar, estas son normalmente efectuadas por cada individuo cuando este se encuentra sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. De esta manera las actividades que realizan el departamento de enfermería ayudan al paciente a cubrir sus necesidades, en donde Henderson señala que estos son los cuidados básicos de enfermería y se aplican mediante un programa de cuidado de enfermería, este es elaborado de acuerdo con los requerimientos detectados en el paciente. (Medina , 2011)

Por lo que los cuidados de enfermería van de acuerdo al programa requerido así Hernández lo explica que "El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además es

muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC" (Hernández, 2015, pág. 9)

Este modelo es una de los de mayor aceptación, dentro del ejercicio de la medicina, además es uno de los modelos, que más beneficia la recuperación del paciente, este modelo revela 14 necesidades que tiene un paciente generalmente. Además de identificar los posibles problemas que el paciente puede tener y ayudar a prevenir a tiempo antes de que ocurra la enfermedad, o incluso que se agrave la situación, a través de la intervención por el cuidado que se aplica, puede restaurar sus necesidades mediante cambios. O para prevenir complicaciones se desarrolla este modelo. Según esta manera Vélez (2014) en su artículo concluye que para:

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. (Vélez, 2014)

Los modelos tienen un significado real cuando pueden llevarse a la práctica, por lo tanto, es de gran utilidad este modelo, para aquellos casos de pacientes con graves traumatismo. Los profesionales de enfermería deben escoger y seguir el modelo o cuidado que los lleve a la recuperación de su salud. Por ello, deben estar constantemente investigando de cómo llevar a cabo el proceso de cuidado de acuerdo a la necesidad del paciente, con el fin de brindar una mejor calidad de vida a quienes se sirve, la cual es una contribución para mejorar la salud.

Dentro de este modelo de Virginia Henderson existen las siguientes ventajas de su aplicación, afirmadas por Hernández que señala que se adaptan al contexto de

enfermería que se aplica en el país, es decir que son universales. Se utilizan en todos los campos de actuación. Poseen suficiente información. Asimismo, se incluyen en colaboración como parte de actuación de la enfermería, pues reconoce a la persona su potencial de cambio. Así también propone un método de resolución de problemas. Además que permite la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC. (Hernández, 2015)

Este modelo es uno de los más viables, para el cuidado del paciente y lograr su recuperación, por ello es de gran importancia su revisión y estudio, por lo tanto, su aplicación beneficiara a los pacientes que presenten las circunstancias que le rodea en relación a la obtención y mejoría del paciente.

Dentro de este modelo, Henderson determina las siguientes necesidades básicas del paciente, citado por Corro (2012):

1. Respirar normalmente. La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida, la cual pretende conocer la función respiratoria de la persona, la que incluye: Valoración del patrón respiratorio, conocimientos de la persona sobre cómo respirar bien, aspectos ambientales con influencia en la respiración.
2. Alimentarse e hidratarse. El organismo requiere de líquidos y nutrientes para poder vivir, para ello es necesario conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud. Estos incluye: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos, medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación.
3. Eliminar por todas las vías corporales. El organismo precisa descartar los desechos para su correcto funcionamiento. Estos estas compuestos por: Patrón de eliminación fecal, patrón de eliminación urinaria, patrón de

eliminación a través de la piel (sudor, transpiración), patrón de eliminación pulmonar y la menstruación.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas. La mecánica del organismo establece en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, incitando la inmovilidad significativas alteraciones del cuerpo humano. Esto incluye: Actividades de la vida diaria, actividad física (ejercicio y deporte), limitaciones y deformidades corporales.
5. Dormir y descansar. son las necesidades básicas e imprescindibles de la cada individuo, estas son trascendentales funciones reparadoras que ejercen en el organismo, favoreciendo a la salud física y psicológica del mismo e incluye: Hábitos de sueño y reposo, problemas para conciliar el sueño, dificultades para el reposo.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse. Este constituye un elemento representativo de la personalidad del paciente, siendo un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor. Pretende conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa usada por cada persona, considerando esta necesidad de forma especial en los niños como instrucción social, y en inválidos e incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia. Esto incluye: Capacidad física para vestirse, limpieza de la ropa.
7. Mantener la temperatura corporal. La temperatura del cuerpo requiere mantenerse dentro de un explícito rango para certificar su correcto funcionamiento, para lo que se dispone de una serie de componentes de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación). Es así que la temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres e incluye: Temperatura corporal, condiciones ambientales.

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel. El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que exhibe, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico, este incluye: Hábitos higiénicos: frecuencia, medios utilizados, duración.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas. Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos. Este incluye: Conocimientos sobre medidas de prevención, desarrollo de medidas de prevención, ejecución de actuaciones de riesgo.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores. Este es fundamental para expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno, estas son emociones ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. Este incluye: Relaciones sociales, relaciones familiares y de pareja, equilibrio soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. Cada individuo piensa, actúa y toma decisiones en función de sus propios valores, creencias y fé. Este incluye: Sentido de su vida, actitud ante la muerte, conflicto con los valores/creencias.
12. Laborar para sentirse realizados. Cada persona se sienten realizada y satisfecha cuando tienen una productividad, cuando obtienen un trabajo. Este incluye: La autoestima y autoimagen de la persona, la posición de la persona dentro de su grupo, rol laboral que desempeña, problemas/conflictos laborales. (Corro, 2012)

El modelo de Henderson, establece pautas básicas para realizar una ideal intervención de enfermería en la mayoría de los pacientes. Es decir, las necesidades del individuo a través del modelo teórico (en este caso, el modelo Virginia Henderson en teoría) establecen los objetivos que debe perseguir el personal de salud en la atención

de un paciente. De esta manera, el modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería, según modelo conceptual se resumen en los siguientes pasos, de acuerdo a lo indicado por Crespo (2013):

1. Valoración: se realiza una valoración de las necesidades del paciente con traumatismo craneoencefálico en donde se implica los datos recopilados y su correspondiente validación.
2. Diagnóstico: el diagnóstico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración al paciente con traumatismo craneoencefálico. En donde se extraen e identifican las dificultades presentadas.
3. Planificación: etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Es decir se establecen las acciones del cuidador en función al paciente con traumatismo craneoencefálico. De este modo la persona cuidadora establecer el enfoque de ayuda en función del tipo de cuidado a realizar.
4. Ejecución: consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería que se aplicaran al paciente con traumatismo craneoencefálico.
5. Evaluación: se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos que se plantearon en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico. En donde se intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente. (Crespo A., 2013)

El profesional de enfermería debe poseer en pediatría, diversas técnicas, características humanas especializadas, que le permita poseer actitudes que le permita asumir una variedad de procedimientos con destreza y eficacia para el cuido de los pacientes, con el fin de hacer detecciones tempranas de los cambios que se den en el niño e interpretarlos de una forma oportuna, por ello que indispensable, que los

enfermeros manejen el conocimiento de forma amplia de los modelos e intervenciones a seguir para alcanzar la mejoría de los pacientes.

2.2.2. Afirmaciones teóricas

Existen algunas relaciones detalladas a continuación:

- **Relación enfermera-paciente:**

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

1. La enfermera como sustituta del paciente: este se brinda cuando el paciente tiene una enfermedad grave, es aquí donde la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.
2. La enfermera como auxiliar del paciente: Se da en el periodo de convalecencia la enfermera auxilia al paciente para que recobre su independencia.
3. La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien efectúa su propio cuidado.

- **Relación enfermera-médico:**

1. La enfermera posee una función especial, que es diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, sin embargo existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se intercalan.

- **Relación enfermera-equipo de salud:**

1. La enfermera trabaja de manera independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente, pero no deben efectuar las tareas ajenas a ella.
(Rivero, 2013)

2.3 La teoría del auto cuidado de Dorothea Orem (1957)

El autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su salud. De esta manera es requerida la individualización de los cuidados y la implicación de cada persona en su propio plan de cuidados, dando protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Es así que para que un autocuidado se dé adecuadamente se deben proporcionar condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar. (Prado , González, & Paz, 2014)

2.3.1. Requisitos de autocuidado universal

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el Bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos Sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad). (Prado , González, & Paz, 2014)

Es por ello que cada uno de los requisitos están profundamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos logran ser conseguidos en diferentes grados de acuerdo a los factores condicionantes básicos que son precisos e influyentes para el buen estado de salud de toda persona.

2.3.2. Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los inhabilitan para el autocuidado prolongado, originando que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Es así que existe el déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, es decir que el individuo no tiene la capacidad para cubrir las demandas del autocuidado.

De esta manera cuando existe un déficit de autocuidado en un individuo se requiere la necesidad de cuidados de enfermería, es así que León señala que los enfermeros establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción. (León, 2012)

Por lo anterior expresado se concluye que cuando existe el déficit de autocuidado en un individuo, el personal de enfermería puede suplirlo por medio de los Sistema de enfermería, estos sistemas dependerán del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Es así que se puede recurrir un Sistema de Enfermería o pueden activarse varios sistemas al mismo tiempo.

2.3.3. Teoría de los sistemas de enfermería

Esta teoría que explica las modalidades con las que el personal de enfermería puede atender a los pacientes, se identifican tres tipos de sistemas:

1. Sistema parcialmente compensador: Es cuando una persona presenta algunos requerimientos de autocuidado por parte del personal de enfermería, estos son originados por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la

enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente. Si se relaciona con el paciente con traumatismo craneoencefálico se podrá ayudar al paciente en lo que corresponde a la alimentación y se lo efectuara según la indicación médica y estado del paciente.

2. Sistema totalmente compensador: Es cuando el individuo no puede ejecutar ninguna actividad de autocuidado, este implica una dependencia total. Es decir que en el paciente con traumatismo craneoencefálico se procederá al monitoreo electrocardiográfico y permeabilización de las vías aéreas, así también medición estricta de signos vitales como son la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial. También se incluyen el cuidado estricto en la administración de las soluciones por vía parenteral en cuanto a dosificación de las concentraciones de las soluciones de acuerdo con la superficie corporal y edad del niño.
3. Sistema de apoyo educativo: Es cuando el individuo requiere orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; es así que la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado posteriormente. En este caso se le brindara apoyo psicológico al paciente para darle aliento y explicarle en qué consiste su padecimiento y advertirle sobre los procesos que ha sido o será sometido si fuese el caso. (García , Borges , & Hernández, 2014)

De esta manera estos sistemas de cuidado, deben individualizarse y concretarse en cada paciente, para de esta manera ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y acciones específicas, procede de la misma forma para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas, el uso de la clasificación taxonómica de NIC y NOC.

2.4 Teoría de Nola Pender (1975)

En esta teoría se identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como efecto la participación en conductas favorecedoras en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

En este se expone de manera amplia los aspectos relevantes que actúan en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Esta fue sustentado en dos soportes teóricos: la teoría de aprendizaje social de Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

Bandura, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e concentra aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos intervienen en las conductas de las personas. Aquí se establece los cuatro requisitos para que éstas asimilen y organicen su comportamiento: atención, retención, reproducción y motivación. (Bandura A, 1977)

Feather, afirma que la conducta es racional, en donde la motivación es la clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Es así que cuando existe una intención clara, concreta y definida por obtener un objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un elemento motivacional decisivo, que se representa en el análisis de las conductas voluntarios encaminados al logro de metas planeadas. (Feather, 1982). El MPS presenta características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos determinados de la conducta que conlleva al individuo a participar en comportamientos de salud, de esta manera Pender integra el diagrama del Modelo de Promoción de la Salud de la siguiente manera:

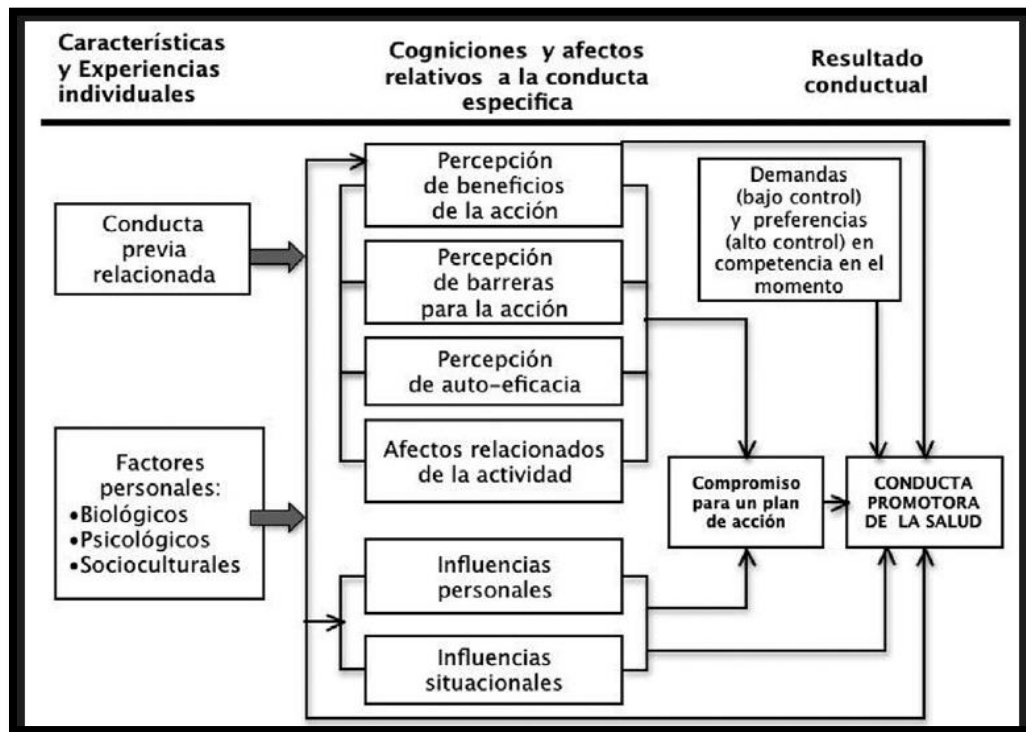


Figura 1 Modelo de promoción de Salud de Pender, 1996 En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB

En este esquema se pueden situar los elementos por columnas de izquierda a derecha; en donde la primera se establece que las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

Para Sakraida (2013) la primera columna se puede establecer el concepto que se refiere a experiencias anteriores que alcanzan a tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. La segunda columna describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Así se también se observa que los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se correlacionan con los conocimientos y afectos específicos de la conducta, lo que comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se originarán como expresión de la conducta de salud; el segundo describe a las barreras percibidas para la acción; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más significativos en este modelo porque personifica la percepción de competencia de uno mismo para formar una conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. (Sakraida J, 2013)

Asimismo, el cuarto elemento es el afecto relacionado con la conducta, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos de una conducta; el quinto concepto son las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se mezclan al adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; el séptimo elemento establece las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden acrecentar o reducir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. (Sakraida J, 2013)

En la tercera columna se constituye el precedente para el resultado final, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir las demandas y preferencias contrapuestas contiguas. En síntesis, el MPS bosqueja las dimensiones y relaciones que anuncian para formar o modificar la conducta promotora de la salud la cual está dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

2.5 Bases Teóricas

2.5.1. Cuidados de atención en enfermería

La enfermería tiene conciencia de la responsabilidad ante la calidad del cuidado que se les brindan a los pacientes, y se rige por normas institucionales que encierran en contexto ética, leyes de la profesión, las mismas que contribuyen al buen desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes. Esta es medida por la satisfacción del paciente y ha sido apadrinada por las instituciones de salud como una estrategia para conseguir un conjunto de percepciones relacionadas a la calidad de la atención recibida. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

De esta manera se establece que el cuidado del personal de enfermería es un modelo estándar para el cuidado de los pacientes, este se asienta en los requerimientos de cuidado, y la comunicación continua a otros enfermeros y miembros del equipo sanitario. Por lo tanto el personal de enfermería, organiza y reconoce precipitadamente cualquier riesgo, para de esta manera se le pueda brindar el cuidado correcto y exacto, de tal forma que se debe manejar adecuadamente los recursos, equipos y suministros necesarios para proporcionar el cuidado al paciente. Para Phaneuf, el proceso de cuidado por parte del enfermero es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de Enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas. (Phaneuf , 1996)

Es por ello que los procesos de cuidados permiten al personal de enfermera integrar los mecanismos del pensamiento crítico para expresar juicios y poner en práctica las labores de enfermería asentadas en la razón, igualmente se usa para diagnosticar las respuesta humanas ante las experiencias de salud-enfermedad.

2.5.2. Objetivos de los procesos de los cuidados de enfermería

Entre los objetivos principales de los procesos de los cuidados de enfermería a los pacientes, están los siguientes.

1. Establecer una base de datos sobre el paciente.
2. Identificar las necesidades de cuidado.
3. Determinar las prioridades de los cuidados, los objetivos y los resultados esperados.
4. Establecer un plan de cuidado y poner en práctica las actuaciones de enfermería
5. Determinar la eficacia de los cuidados

Asimismo se determinan cinco elementos para el proceso de cumplimiento:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Implementación
5. Evaluación

Todos estos elementos se consideran en el proceso de cuidado de enfermería para cubrir las necesidades del paciente, asimismo, favorece el cuidado enfermero individualizado y ayuda a la enfermera a valorar a la persona en su totalidad y a responder de forma vertiginosa y razonable para optimar o mantener la salud de cada individuo que se asiste en la casas médicas asistenciales. Es así que cada uno de los procesos cumple una función determinada como son:

1. **Valoración:** En esta fase consiste en la compilación y organización de los datos que pertenecen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y acciones posteriores.
2. **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o terminación que se origina como resultado de la valoración de enfermería.

3. **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, establecer si se han obtenido los objetivos establecidos.

En síntesis los datos recogidos permiten hacer un inventario de todo lo concerniente a la persona o familia, lo cual brinda información sobre lo que padece sobre sus hábitos de vida. Posteriormente se analizan e descifran los datos para examinar con claridad el problema y diagnósticos para hacer la programación de los cuidados; en esta etapa establece los objetivos y determina las mediaciones del personal de enfermería. Siguiendo el proceso se pone en práctica las intervenciones o implementación del plan de cuidados y por último se evalúa los resultados, que consiste en volver atrás para ver si el proceso seguido y los resultados emanados son válidos. (Phaneuf , 1996)

2.5.3. Cuidados de enfermería en el trauma craneoencefálico

Los cuidados que se brindan en un paciente con trauma craneoencefálico dependerá de la complejidad del cuadro clínico y la frecuencia de ellas, para ello es necesario el ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), donde no sólo puede ser sometido a la vigilancia intensiva sino también a múltiples técnicas competentes, las cuales garantizan las funciones vitales, asimismo atender las necesidades nutricionales multidisciplinaria, estas suelen estar en colaboración con intensivistas, cirujanos, neurocirujanos, ortopédicos, enfermeros. Todos estos son requeridos para actuar con destreza ante situaciones de amenaza vital y ser capaces de brindar valiosas informaciones sobre el estado físico y psíquico del enfermo. Entre las principales acciones a ejecutar en el cuidado están:

- 1) Recepción de paciente: Esta comienza con el anuncio de su ingreso en la UCIP. Es aquí en donde debe estar preparada la cama, equipo de ventilación mecánica, monitor, catéteres de infusión venosa y otros accesorios que fueran necesarios.
- 2) Movilización del paciente hacia la cama: se hará con sumo cuidado, para evitar la exacerbación del dolor o lo que es más frecuente el compromiso medular.
- 3) Monitoreo electrocardiográfico y permeabilización de las vías aéreas: se efectuará para posterior ventilación mecánica si procediera.
- 4) Medición estricta de signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial).
- 5) Anotación estricta de los líquidos eliminados y administrados. Se anotan tantos los que se administran por infusión venosa como por vía oral; esto consiente efectuar un balance hidromineral diario del paciente y planear los volúmenes a administrar.
- 6) Observación de la coloración de piel y mucosas: palidez, cianosis, ictericia o la aparición de petequias que pueden indicar generalmente complicaciones graves.
- 7) Si existe herida quirúrgica y punciones venosas se deben observar los sitios de estas, si existieran se debe reportar de inmediato al médico.
- 8) Vigilancia periódica de la permeabilidad de las vías aéreas y del funcionamiento del ventilador, de sus sistemas de alarma y de otros parámetros de la mecánica respiratoria y susceptibilidad de medición, auscultación de ambos campos pulmonares.
- 9) Aliviar el dolor: es de vital importancia al permitir las inspiraciones profundas y la tos lo que evita el cierre de las vías aéreas, el drenaje inadecuado de las secreciones del árbol bronquial, atelectacias y como consecuencias la aparición de insuficiencias respiratorias.
- 10) Cuidado estricto en la administración de las soluciones por vía parenteral.
- 11) Vigilancia estricta del goteo de la hidratación.
- 12) Ejecutar el baño de aseo diario y la movilización en el lecho, para mantener la buena higiene del niño y evitar úlceras por decúbito (escaras) y complicaciones del tipo respiratorias como neumonías del tipo hipostáticas.
- 13) Viabilidad en la realización de exámenes complementarios

- 14) Alimentación: se realizará según indicación médica y estado del paciente ya sea por vía oral o parenteral.
- 15) Aspirar secreciones traqueobronquiales
- 16) Vigilancia continua del estado de conciencia, reactividad y reflejo pupilar, tipo de respiración y movilidad de los miembros. (García , Borges , & Hernández, 2014)

2.5.4. Traumatismo Craneoencefálico

El Congreso Americano de Rehabilitación en Medicina definió que el traumatismo craneoencefálico (TCE) como la alteración de la función cerebral o alguna otra evidencia de patología cerebral, originado por alguna fuerza externa. Así también planteo un rango amplio de patologías que podrías incluir dentro de la definición de traumatismo craneoencefálico con los siguientes eventos:

1. Impacto del cráneo por un objeto
2. Impacto de un objeto contra el cráneo
3. Fuerzas de aceleración y desaceleración sin impacto directo contra el cráneo
4. Cuerpo extraño penetrando en el cráneo
5. Fuerzas generadas por explosión

El TCE normalmente forma parte de un politraumatismo y puede ser importante en el estado clínico del paciente. Así también se observan lesiones primarias ocasionadas por el impacto o movimiento, y se clasifican en primarias y secundarias. Según Otaiza (2011) indica que las lesiones están divididas en lesiones primarias, lesiones secundarias. En donde las lesiones primarias están compuestas por óseas o fracturas. Encefálicas o focales como son contusión, hemorragias y hematomas. Y las lesiones secundarias que son de origen sistémico como son Hipotensión arterial, hipoxemia, hiponametría, hipercapnia, hipertermia, hipo-hiperglucemia, acidosis y anemia. Así también de origen intracraneal como es la Hipertensión intracraneal, vasoespismo, convulsiones, edema cerebral, hiperemia y hematoma cerebral tardío.

5.2.1. Características

Entre las características más visibles del TCE como lesión, señala Bobenrieth desde el punto de vista médico están las siguientes y estas pueden ser alteraciones anatómicas y funcionales. Dentro de las lesiones más superficiales se puede encontrar las siguientes:

- 1) Lesiones del cuero cabelludo: Lesiones por desprendimiento, contusiones simples, y heridas por arma blanca como las cortantes o punzocortantes.
- 2) Lesiones de la gálea aponeurótica y hematomas subgaleales.
- 3) Lesiones de las tablas externas del cráneo como son fisuras, lesiones de la bóveda craneana, orificios por armas de fuego, entre otras.
- 4) Fracturas de la base del cráneo.
- 5) Hematomas epidural, subdural. (Bobenrieth, 2011)

5.2.2. Clasificación de los TCE

- Según el tipo de lesión encefálica los TCE pueden dividirse en:

1. Focales

1.1 Contusión: lesión localizada, necrótica o hemorrágica, causada por transmisión directa de la energía de un trauma craneal a la región cortical y a la sustancia blanca subcortical. Característicamente se ve en las regiones temporal y/o frontal por contacto directo del encéfalo con protuberancias óseas. (Wegner, 2013)

1.2 Hematomas

- Epidural: colección de sangre entre la duramadre y el cráneo. Puede ser de origen venoso o arterial y generalmente no sobrepasa las líneas de las suturas, a menos que coexista con fractura. En el TAC aparece como una imagen localizada, lenticular, de alta densidad, con evidente efecto de masa.
- Subdural: colección de sangre localizada sobre la superficie de la corteza, bajo la duramadre. Generalmente está asociado a daño cortical por vasos lacerados o contusión cortical directa. La apariencia al TAC es de una imagen

crescéntica, hiperdensa, localizada a lo largo de las convexidades cerebrales.
(Bobenrieth, 2011)

1.3 Hemorragias

- Hemorragias intraventricular: sangre al interior de los ventrículos.
- Hemorragias subaracnoidea: sangre en el espacio subaracnoideo. Es la hemorragia más frecuente en TEC. (Bobenrieth, 2011)

2. - Difusos

2.1 Daño Axonal Difuso: disrupción de pequeñas vías axonales como resultado de una rápida aceleración y desaceleración craneal. Generalmente compromete a los núcleos hemisféricos profundos, tálamo y ganglios basales y a los tractos de sustancia blanca (cuerpo calloso). El TAC inicial puede ser normal.

- Según indemnidad meníngea se clasifican en:
 1. TEC abierto: lesión con solución de continuidad de las envolturas meníngeas y comunicación del encéfalo con el medio externo.
 2. TEC cerrado: lesión sin comunicación del encéfalo con el exterior. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)
- Según tipo de fractura pueden clasificarse como:
 1. TEC con Fractura de base de cráneo.
 2. TEC con Fractura bóveda craneal: lineal, conminuta, deprimida o con hundimiento, diastática. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)
- Según Compromiso neurológico (de mayor relevancia clínica) el TEC puede ser:
 1. Leve: puntaje escala Glasgow (GCS) 13 - 15.
 2. Moderado: puntaje escala Glasgow 12 - 9.
 3. Severo: puntaje escala Glasgow < 8 (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

5.2.3. Fisiopatología del TCE

El daño provocado por un tce se divide en dos fases:

El daño producido por la injuria primaria es imposible de revertir, como segundo (cascadas metabólicas post-trauma). Los eventos de la injuria secundaria son potencialmente adaptables, luego, las acciones terapéuticas deben evitar las cascadas metabólicas desencadenadas por la injuria inicial y disminuir los riesgos de una mala evolución neurológica o muerte. Inmediatamente producido el TEC, el Consumo Metabólico de Oxígeno (CMO₂) disminuye de manera constante, sin embargo, el Flujo sanguíneo cerebral (FSC) puede comportarse en forma variable según la indemnidad de la autorregulación. (Crespo A., 2013)

5.2.4. Autorregulación cerebral intacta.

Esto significa que disminuirá el FSC -y la CDO₂- en igual proporción a la disminución del CMRO₂, el CERO₂ permanecerá constante y la Sat BYO₂ se encontrará en rangos relativamente normales.

5.2.5. Hipoxia cerebral oligohémica o Perfusión límite.

En general, ocurre dentro de las primeras 6 horas post TEC grave, en un 13% de los pacientes. Hay un desacoplamiento entre el CMRO₂ y la autorregulación (focal o global): frente a la disminución del CMRO₂, disminuye el FSC $\frac{3}{4}$ y la CDO₂-, pero en mayor proporción a lo esperado, lo cual implica riesgo de isquemia ante situaciones de bajo CaO₂ (hipoxemia, anemia), hipotensión, vasoespasmo, hipocapnia marcada, etc., sin un aumento concomitante de la CDO₂. Esto se reflejará en un aumento del CERO₂ y en una caída de la Sat BYO₂. Si el FSC es reducido en forma severa y por un tiempo suficiente, se producirán cambios isquémicos irreversibles e infarto cerebral. La Sat BYO₂ aumentará por un CMRO₂ disminuido, indicando daño permanente. Bajo estas circunstancias y para prevenir la isquemia cerebral, las estrategias terapéuticas deben dirigirse a aumentar la CDO₂ o a reducir aún más el CMRO₂. (Guzmán , 2008)

5.2.6. Perfusión de lujo o hiperperfusión cerebral relativa.

El FSC aumenta $\frac{3}{4}$ y la CDO₂- por hiperemia cerebral reactiva, sin un aumento concomitante del CMRO₂, favoreciendo el edema cerebral y el aumento de la PIC.

Este es el escenario más frecuente en la población pediátrica en las primeras horas post TCE, dada la hiperreactividad de la vasculatura cerebral. Así, la Sat BYO2 será relativamente alta ($> 70\%$) y el CMRO2 bajo. En este escenario la terapia debe dirigirse a intentar disminuir el VSC. (Hernández, Reyes-Berazaín, & Buergo, 2011)

5.2.7. Monitorización neurológica en TCE

La monitorización neurológica en el TCE es tanto clínica como de laboratorio. Dentro de la monitorización clínica es significativo el examen físico completo y sobre todo el examen neurológico, que debe encerrar evaluación de Escala de Glasgow, presencia de reflejos osteotendíneos, normalidad de pares craneanos y función de tronco encefálico. Dentro de la monitorización de laboratorio, hay métodos de evaluación indirecta y directa. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

5.2.8. Monitorización indirecta

Electroencefalograma: registrado en forma continua, permite detectar si hay actividad eléctrica cerebral en todo momento, además permite el uso más holgado de terapias como barbitúrico y paralizante. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

5.2.9. Saturación Bulbo-Yugular

No da información cuantitativa acerca del CMRO2 o del FSC, pero refleja la relación entre ellos y orienta a la terapéutica. La monitorización indicada es la continua, pues permite evaluar la terapia en forma instantánea. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

5.2.10. Eco Doppler transcraneal

Método no invasivo que serviría para evaluar las características del flujo y el estado de autorregulación cerebral en pacientes con TCE. Este sistema mide la velocidad de flujo en la arteria cerebral media, marcador indirecto del FSC. Con flujo constante, la velocidad de flujo cerebral es inversa al área seccional de los vasos, es decir, frente a una disminución de esta (vasoconstricción) hay un aumento de la velocidad de flujo cerebral y viceversa. Los equipos actuales permiten medir la

velocidad media de flujo y el índice de pulsatilidad ($IP = (\text{velocidad sistólica} - \text{velocidad diastólica}) / \text{velocidad media}$) que es un índice de resistencia vascular, índice que aumenta en pacientes con PIC elevada. (Wegner, 2013)

5.2.11. Monitorización directa

Indicaciones de instalación de captor de PIC

- En todo paciente con TCE grave, aunque TAC no muestre lesiones evidentes.
- Caída de Glasgow en 2 o más puntos en 1 hora.
- Ante fuertes evidencias clínicas o imagenológicas de Hipertensión intracraneana.
- Con un mayor Glasgow en niños con sedación profunda.

Abordaje Inicial

El abordaje inicial del traumatismo de cráneo no excede a cualquier otro politraumatismo independientemente de su mecanismo. Es por esto por lo que se inicia con la evaluación secuencial de la vía aérea como:

1. La respiración/ventilación/oxigenación
2. La circulación (
3. Una vez asegurados esto, se puede iniciar la evaluación neurológica del paciente, la cual debe ser breve, pero a la perfección.

Para ello es necesario contar por un lado con la evaluación del estado de conciencia del paciente y por otro una vista rápida de los signos que indican gravedad.

Como primer punto de la evaluación esta:

1. Evaluación del estado de conciencia

Esto se lo realiza mediante la Escala de Coma de Glasgow (GCS)[7]. La misma que presenta como puntaje mínimo de 3 y máximo de 15. Utilidad de la misma es pronóstico, comparativa, de estratificación en estudios, y tratamiento. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

2. Signos de gravedad

Buscar signos clínicos de compromiso cerebral, meníngeo u óseo (fracturas de cráneo), recordando la equimosis bipalpebral (signo de ojos de mapache) como señal de fractura de fosa craneal anterior. La pérdida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz apunta a fractura de la base del cráneo y TEC abierto. El signo de Battle o equimosis retroauricular mastoidea sugere de fractura del peñasco. (Barzola G. Á., 2013)

5.2.12. Actividades de las enfermeras

Las actividades que efectúan en estos casos tienen como objetivo evitar daños cerebrales secundarios y dotar al encéfalo lesionado de medios para la recuperación de las lesiones primarias a través del reconocimiento precoz de síntomas que consientan determinar el tratamiento adecuado. (Barzola Á. , 2013)

Preparación del box

Conocer la mayor cantidad de datos sobre el paciente con el objeto de preparar todo lo necesario antes de la llegada.

Comprobación e inserción de accesos venosos

Tras la recepción del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y durante su estadía en esta, es necesario comprobar la permeabilidad de los accesos venosos para poder canalizar las vías venosa periféricas y luego la inserción de los catéteres. (Barzola Á. , 2013)

Monitorización de los signos vitales

Dependiendo de la gravedad del TCE, y las medidas tomadas antes de su ingreso con la colaboración del personal médico de apoyo, se monitorizan los siguientes signos.

1. Frecuencia cardíaca
2. Presión arterial
3. Presión venosa
4. Presión intracraneal
5. Presión de perfusión cerebral
6. Frecuencia respiratoria
7. Saturación de oxígeno
8. Capnografía

9. Oxigenación cerebral
10. Temperatura central
11. Presión de la arteria pulmonar (Barzola Á. , 2013)

5.2.13. Valoración de la función respiratoria

Para mantener una oxigenación y ventilación adecuada dada la gravedad que añaden al pronóstico del paciente la hipoxemia y la hipercapnia. En algunos pacientes se les dará soporte de oxígeno y otros se les proporcionará intubación si son GCS:< 8, dificultad respiratoria, PAS < 90 mmHg, saturación arterial de oxígeno < 95%, también es adecuado conocer si existen lesiones cervicales. Si se requiere una intubación orotraqueal (IOT) es necesario preparar el material de intubación, como el ventilador y la medicación etomidato 20mg-10cc y succinilcolina 100mg-10cc. Asimismo, la sonda nasogástrica (SNG) o la sonda orogástrica (SOG) si existe fractura maxilar o de la base del cráneo. (Barzola G. Á., 2013)

Valoración de la función hemodinámica

Se evalúa la FC por su valor indicativo o cambios en la PIC, en donde la PAS debe situarse > 90 mmHg así se empezará el tratamiento médico pautado. También es principal el manejo de la temperatura en pacientes TCE. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

Valoración neurológica

En esta valoración se debe observar las pupilas como el tamaño, el reflejo aplicando el test de Glasgow, asimismo la existencia de alteraciones motoras o sensitivas como convulsiones plejias, paresias, entre otros. Además de mareos, vómitos. Aquí es conveniente el uso de escalas de sedación. (Toledo & Van Isseldyk, 2013)

5.2.14. Valoración del ABD en el traumatismo craneoencefálico

Yáñez señala que la valoración debe efectuarse a través de:

(A) Permeabilización de la vía aérea e inmovilización cervical

Antes de iniciar cualquier exploración deberemos valorar el estado y permeabilidad de la vía aérea, pero siempre bajo el más estricto control de la columna

cervical, debiendo presuponerse que puede existir lesión cervical mientras no se demuestre lo contrario.

(B) Respiración- ventilación

Requiere además control de los movimientos toracoabdominales (simetría o no de movimientos torácicos, tirajes, etc.), así como la realización de auscultación de ambos campos pulmonares.

(C) Circulación

El soporte circulatorio de niño politraumatizado requiere un control simultáneo de cualquier hemorragia externa, la evaluación y soporte de la función cardiovascular y perfusión sistémica, y la restauración de la volemia adecuada.

(D) Disfunción neurológica

La vigilancia neurológica comprende dos aspectos importantes: el nivel de conciencia y el estado de las pupilas.

(E) Exponer, desvestir completamente

Desvestir al paciente completamente, para poder así realizar un examen físico minucioso evitando la hipotermia. (Yáñez , 2015)

Cuidados generales

Entre los cuidados generales están:

1. Aseo: siempre que sea necesario y o este contraindicado, movilizar el paciente. Se prestarán cuidados especiales a los ojos y la boca cuando se administre sedación/relajación.
2. Deposiciones: es importante mantener una regularidad para evitar maniobras que aumenten la PIC.
3. Cuidados de catéteres: dada la cantidad y localizaciones (flexuras, cráneo, cuello, etc.), se realizarán cada vez que sea necesario y como mínimo cada 24 horas. Es importante el registro y control de catéteres, lugar y fecha de inserción, estado actual,
4. Sondas: el sondaje vesical es necesario y recomendable para controlar el balance hídrico y del paciente. El sondaje gástrico se hará por nariz o boca.

5. Cuidados asociados a la inmovilización: que cobran especial importancia en aquellos pacientes en los que los cambios posturales están contraindicados.
6. Apoyo paciente familia: resaltado por su importancia, será mayor cuanto más graves sean las lesiones. En un primer momento son importantes los datos que pueden aportar solo de antecedentes, si no de los acontecimientos inmediatos, por ejemplo, mareos, cambios en el tratamiento, etc. (Health-Medicine, 2013)

2.6 Marco Legal

El marco legal se refiere a las leyes o reglamentos que fundamentan el proceso investigativo. Esta se sustentará en los siguientes artículos basados en:

Constitución De La República

ART. 32 (Derecho a la salud) La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Ley orgánica de salud

La presente ley tiene como finalidad regular las acciones que consientan efectivizar el derecho universal a la salud consagrada en la Constitución Política de la República del Ecuador y la ley. Esta sustenta los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad,

solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población. . (LEY ORGÁNICA DE SALUD, 2012)

Código De La Niñez Y Adolescencia.

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares. El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación.

Art. 11.- El interés superior del niño.- El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los

derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento. Para apreciar el interés superior se considerará la necesidad de mantener un justo equilibrio entre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes, en la forma que mejor convenga a la realización de sus derechos y garantías. Este principio prevalece sobre el principio de diversidad étnica y cultural.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;

Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

Art. 78.- Derecho a protección contra otras formas de abuso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se les brinde protección contra:

1. El consumo y uso indebido de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y sustancias psicotrópicas;
2. La participación en la producción, comercialización y publicidad de las sustancias y objetos a que se refieren los numerales 1 y 3;
3. El uso de armas, explosivos y sustancias que pongan en riesgo su vida o su integridad personal;

4. La exposición pública de sus enfermedades o discapacidades orgánicas o funcionales, para la obtención de beneficios económicos; y,
5. La inducción a los juegos de azar. (CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, 2014)

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación

Teniendo claro el enfoque de este trabajo investigativo se tiene que el diseño de este estudio es carácter descriptivo y prospectivo con un enfoque cualitativo. En función de la problemática se dedican a señalar, clasificar y contar los hechos desde su lugar de origen. En este caso se logra clasificar y evaluar el impacto que tiene esta situación en la seguridad y calidad de la atención al paciente. En este caso se logra clasificar y evaluar el impacto que tiene esta situación en la seguridad y calidad de la atención al paciente.

Descriptivo Se trata de un estudio descriptivo, debido a que describe la actividad de la atención en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, la organización del trabajo y de los espacios físico.

En la realización de la investigación descriptiva se usan los símbolos más comunes de una investigación (imágenes, graficas, figuras geométricas, etc.) y se enuncia en un lenguaje y estilo denotativo, preciso y univoco alejado de palabras colosales y ambiguas, por cuanto su meta no se limita solo a la identificación entre dos o más variables sino a la predicción de las mismas. (Franco, 2014, pág. 7).

Enfoque cualitativo. - como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible. (Paz, 2014)

3.2. Tipos de investigación

De acuerdo de este tipo de investigación, se consideró de una investigación con lineamientos de tipo bibliográfico y documental, debido a la realidad que se presentan en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, identificando de este modo sus causas y consecuencias, considerando de esta manera el lograr diseñar una propuesta válida y factible, que se oriente a la solución o mejora de la problemática en estudio.

Investigación Documental: De acuerdo a lo señalado por García (2013), explica que esta investigación es el método investigativo basado en la revisión de textos, artículos, bibliografías, videos, películas entre otros ya existentes sobre un tema y que pueden ser utilizadas para dar inicio o traer a flote un tema ya tratado. Allí se puede encontrar una investigación histórica hecha ya sobre el tema de interés. (pág. 2).

Investigación Fenomenológica: El profesional de enfermería requiere de métodos de estudio que le admitan observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de forma individual y propia. Para Trejor (2012) el enfermero basa su cuidado en concebir lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desequilibra su vida diaria. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia. (pág. 99)

3.3. Métodos de investigación

De acuerdo con Angrosino (2012) y Martínez (2011) puede ser empleada para estudiar todo grupo social, que esté integrado por un delimitado espacio socio demográfico, o que compartan situaciones de su vida diaria que los hagan semejantes, buscando establecer patrones de comportamiento que conlleven a la comprensión del mismo

A través de este método inductivo es posible llegar a conclusiones directas, cuando se hace la deducción de lo particular mediante intermediarios. Mediante este método, concluimos lo de lo particular a lo general. (Carvajal, 2013, pág. 2).

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur.

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que proporciona atención a otros grupos de pacientes en el Hospital General Guasmo Sur.

3.4. Técnica de recolección de datos

Para realizar la recolección de datos e información precisa mediante el uso de fuentes (primarias y secundarias) la técnica utilizada fue:

La Entrevista: La entrevista en el proceso investigativo sirvió para determinar cuál es la opinión del personal de enfermería que proporciona atención a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur.

La entrevista es una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional, con la que además de adquirirse información acerca de lo que se investiga, tiene importancia desde el punto de vista educativo; los resultados a lograr en la misión dependen en gran medida del nivel de comunicación entre el investigador y los participantes en la misma. (Castillo & Orozco, 2014)

La entrevista permite recopilar la información investigada y dar respuesta a los objetivos de la investigación para conocer los criterios diversos y aspectos relacionados al tema permitiendo obtener un concepto más amplio del fenómeno estudiado.

3.5. Instrumentos de recolección de datos

Para generar una idea de los instrumentos de recolección de datos empleados en esta investigación debemos mencionar que hemos utilizado:

El Cuestionario: Es un documento donde quedan registradas las respuestas u opiniones de los entrevistados , esta entrevista tuvo un cuestionario no estructurado que permitió recolectar la información total de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, como antecedentes patológicos, diagnósticos, evolución de la enfermedad, características clínicas epidemiológicas.

3.6. Procesamiento de Datos.

Concerniente al procesamiento de los datos de considera el criterio de (Pardinas, 2015) donde se establecen tres etapas de dicho proceso, donde interviene “la documentación, la investigación de campo y finalmente el análisis e interpretación de los resultados”, (pág. 49).

Considerando esta información se determina que el primer paso que se realizó para el procesamiento de la información fue enviar la carta de autorización al Director del Hospital General Guasmo Sur, el segundo paso fue la aplicación del instrumento de recolección de información de cuestionario de preguntas abiertas aplicadas a 5 colaboradores de enfermería (4 mujeres y 1 hombre), quienes prestan sus servicios de atención en el área de UCIP donde se proporcionan cuidados a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, además se informó al personal de enfermería mediante el consentimiento informado sobre la realización de la entrevista que busca determinar los cuidados que los profesionales aplican a los pacientes.

3.7. Rigor científico

La confiabilidad de este proyecto de investigación se basa en la veracidad de cada uno de los datos que son precisos y sistemáticos, mediante la observación lo cual facilita la obtención de los mismos en la población de estudio. Así también la validez recae en las entrevistas efectuadas a los padres de familia de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur.

Según (Guba y Lincoln, 2015) el rigor científico hace referencia a los estudios cualitativos “que permiten evaluar la calidad de la investigación a través de los factores de la audibilidad o confortabilidad, transferibilidad y credibilidad, bajo la orientación de los pasos básicos para la obtención de hallazgos absolutamente confiables en el contexto investigado”.

3.8. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas fueron expresadas a través del consentimiento informado, donde se comunicó a los sujetos de investigación sobre las interrogantes y objetivos de la entrevista, de modo que la participación de los involucrados sea voluntaria, favoreciendo la credibilidad, apoyo y confidencialidad del estudio.

Las investigaciones éticas requieren de sujetos que participen en el proceso investigativo, se consultó a cinco profesionales de enfermería que proporcionan atención a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, a los cuales se les informo el propósito de esta investigación.

3.9. Análisis de la información

En este capítulo se procederá a analizar el conocimiento y percepción de la población acerca de los cuidados que se les brinda a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, en este caso serían los profesionales de enfermería. Se destaca que para recolectar los datos se hizo uso de la herramienta de entrevista, el cual se desarrolló a través de cuatro preguntas explícitas que permiten cumplir el objeto de la investigación.

3.9.1. Resultados obtenidos de la entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP

A través de la Guía de entrevista se tiene como propósito:

- Analizar el cuidado que aplican los profesionales de enfermería en el cuidado y tratamiento de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, y
- Describir el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre el cuidado de atención y tratamiento de estos pacientes.

Para esto se consideró el criterio de cinco profesionales de enfermería cuyas opiniones y criterios se presentan en las tablas que se presentan a continuación:

Tabla No. 1 *Entrevista No. 1 aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP (E1)*

Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	Código
1) ¿Cuál es la técnica que usted utiliza para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Al presentarse este tipo de enfermedades lo primero que hago es buscar las historias clínicas, para determinar la información que no se ha registrado y proceder a preguntar al padre de familia o madre, sobre los aspectos relacionados con el menor y detectar los antecedentes de la salud del niño(a).	Recolección de datos (historias clínicas)
2) ¿Valoró los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Claro que sí. La valoración es el punto principal que se debe desarrollar en los pacientes, la movilización del neonato es importante para evitar las úlceras por presión por la razón que se encuentra en una sola postura.	Valoración de enfermería (evitar úlceras por presión)
3) ¿Valoró el patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con traumatismo craneoencefálico? Sí se realizó para evitar el riesgo de la ansiedad del bebé tiende a sufrir problemas en la salud mental.	Valoración de enfermería (evitar problemas mentales)
4) ¿Diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Sí. Porque el neonato guarda reposo y se debe hidratar la piel para evitar este tipo de daños cutáneos y de llagas en todo el cuerpo.	Diagnóstico de riesgo (evitar llagas)
5) ¿Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador? Específicamente al cuidador no realizamos ningún tipo de diagnóstico, nosotros estamos enfocados más al enfermo en este caso al niño que necesita de todos los cuidados para mejorar la salud.	Diagnóstico de riesgo (descuido del cuidador)
6) ¿Administró los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico?	Intervenciones de enfermería (administró)

Los medicamentos son administrados a los pacientes neonatos de acuerdo a lo establecido por el médico, con respecto a la higiene se cambian los pañales o sondas cada cierto tiempo para mantenerlo limpio.	medicamentos correctamente)
7) ¿Suministró el apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares? En los pacientes me resultada complicado emplear el apoyo emocional porque el neonato se encuentra inconsciente, no responde ningún estímulo y en los padres en ciertas ocasiones se da palabras de apoyo.	apoyo emocional a los padres (ocasionalmente)
8) ¿Recibió capacitación en atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? No.	Ausencia de capacitación
9) ¿Cuántos años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? La verdad no tengo mucha experiencia ya que no existen capacitación en este tipo de pacientes con traumatismo craneoencefálico, yo manejo los cuidados en base a protocolos que investigo en varias fuentes, pero si es necesario que existan capacitaciones a los profesionales para mejorar la atención en los enfermos.	Limitada experiencia
10) ¿Para usted cuán importante es realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados? Para mi es importante realizar las intervenciones para obtener experiencia y conocimiento de las posiciones u otros cuidados que permitan mejorar el estado de salud del paciente.	Importante para prevenir úlceras por presión (cambios de posición)

Fuente: Entrevista estructurada para los profesionales de enfermería del área de UCIP.

Tabla No. 2 Entrevista No. 2 aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP (E2)

Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	Código
1) ¿Cuál es la técnica que usted utiliza para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Se realiza una valoración de enfermería, en la que se incluye la recepción, ordenación y validación de la información general del paciente, para posteriormente manejar dicho registro, en todo el proceso enfermero.	Recolección de datos (aplica valoración de enfermería)
2) ¿Valoró los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Claro, una de las medidas más esenciales cuando un paciente asiste por emergencia al centro hospitalario es aplicar patrones de percepción y manejo de salud en la que se comprendan la observación de los signos vitales y el proceso de eliminación, pero ciertamente la gestión de movilidad no tiene una adecuada diligencia debido al nivel de afectación del paciente.	Valoración de enfermería (observación de signos vitales)
3) ¿Valoró el patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con traumatismo craneoencefálico? Sí, se manejó un adecuado protocolo el cual comprende factores como sueño, descanso y relajación distribuidos en varios períodos, implicando todos los medios de ayuda para conseguir el reposo, ya sea mediante medicamentos o ejercicios especiales.	Valoración de enfermería (uso de protocolos)
4) ¿Diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Claro, se realizó una exploración neurológica con el fin de establecer una valorización basal acertada y determinar las alteraciones que se desarrollan en el paciente respecto a la movilidad física.	Diagnóstico de riesgo (exploración neurológica)
5) ¿Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador? En algunos casos se logra dialogar con los familiares del paciente sobre la situación actual del mismo, pero ciertamente no se realiza una evaluación sobre el cuidador y los posibles riesgos de cansancio.	Diagnóstico de riesgo (diálogo con familiares)

6) ¿Administró los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Por supuesto, la suministración de los medicamentos se ejecuta bajo la orden del tratamiento designada por los profesionales médicos, determinando los ciclos, proporción y compatibilidad de las medicinas en los pacientes, además de los cuidado pertinentes del aseo y limpieza de los mismos.	Intervenciones de enfermería (administró medicamentos bajo el tratamiento)
7) ¿Suministró el apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares? En mucho de los casos los usuarios que llegan a la institución presentando un estado crítico, por lo cual es difícil establecer un diálogo con ellos, y en el caso de los familiares no siempre se puede brindar dicha atención por factores externos.	Apoyo emocional a los padres (ocasionalmente)
8) ¿Recibió capacitación en atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Sí he asistido a algunos talleres que abordan la atención de pacientes con traumatismo craneoencefálico, pero no he recibido una capacitación más apropiada y técnica para la aplicación de protocolos y mecanismos sobre el tema.	Ausencia de capacitación
9) ¿Cuántos años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Solo 2 años.	Limitada experiencia en la atención de pacientes con TCE
10) ¿Para usted cuán importante es realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados? Es muy importante, porque así se puede evitar otras complicaciones en la salud del usuario, pero en algunos casos las intervenciones del personal de enfermería se limita a dicha gestión por la inmovilidad del paciente en estado crítico.	Importante para evitar complicaciones en la movilidad

Fuente: Entrevista estructurada para los profesionales de enfermería del área de UCIP.

Tabla No. 3 Entrevista No. 3 aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP (E3)

Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	Código
1) ¿Cuál es la técnica que usted utiliza para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Para la obtención de la información de los niños que se encuentran en el área de UCIP se ha considerado hablar directamente con el padre o cuidador que se encuentra de turno, para determinar alguna situación que permita mejorar la atención proporcionada.	Recolección de datos (aplica valoración de enfermería)
2) ¿Valoró los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Claro, la valoración del menor se realiza de forma frecuente para determinar los signos vitales, con relación al patrón de eliminación se aplica para evitar que se pueda presentar estreñimiento o acumulación de gases, respecto a la movilización se destaca que debe efectuar cada cierto tiempo para evitar la presencia de úlceras por presión que pueden complicar más la situación del niño(a), el aspecto referente a la higiene es de gran relevancia puesto que por su estado de inmovilidad es el profesional de enfermería quien realiza la higiene considerando los cuidados pertinentes mediante el uso de los materiales adecuados para evitar causar daños cutáneos.	Valoración de enfermería (observación de signos vitales)
3) ¿Valoró el patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con traumatismo craneoencefálico? El patrón de reposo se considera muy importante para los pacientes que se encuentran con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, por lo que el paciente pediátrico requiere de sedación con lo que se favorece su descanso, se reduce la presión intracraneal y se reduce la actividad convulsiva, con lo que se consigue también reducir el riesgo de ansiedad del paciente con ACV isquémico.	Valoración de enfermería (sedación para favorecer el descanso)
4) ¿Diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? El diagnóstico del riesgo de deterioro de la integridad cutánea es una parte del deterioro de la integridad tisular, se aplica de forma regular por la gravedad de los pacientes para evitar lesiones (úlceras) profundas en la piel cumpliendo con esto mediante la movilidad física del paciente pediátrico.	Diagnóstico de riesgo (evitar lesiones profundas en la piel)
5) ¿Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador? El riesgo de cansancio del cuidador se relaciona con la situación que padece el padre de familia de los niños con trauma craneoencefálico que tienen el deber de cuidar a su hijo(a) con importantes necesidades de cuidados, por lo que se tiene la función de animar al cuidador y proporcionar el apoyo emocional.	Diagnóstico de riesgo (animó al cuidador proporcionó apoyo emocional)
6) ¿Administró los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico?	Intervenciones de enfermería

El traumatismo craneoencefálico es una afección de la salud que genera grandes posibilidades de morbilidad en cualquier lugar del mundo; el mismo que afecta a los pacientes pediátricos, por este motivo es de gran importancia que se administre la medicación en el tiempo y las dosis indicadas por el profesional médico, la medicación se encuentra dirigida al control de la hipertensión intracraneal, por lo que se administra tan como lo prescribió el doctor.	(administró medicamentos dosis y tiempo indicadas)
7) ¿Suministró el apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares? Siempre he proporcionado apoyo emocional tanto a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares para ayudar a fortalecer su carácter y para conseguir que no se desmotiven y padezcan depresión por la situación de su vástago.	Apoyo emocional a los pacientes y padres (Frecuentemente)
8) ¿Recibió capacitación en atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? En los años que llevó laborando en la casa de salud he recibido capacitación con mucha frecuencia inherente a la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.	Recibió capacitación
9) ¿Cuántos años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Actualmente tengo aproximadamente 5 años y medio laborando en el Área de UCIP en la atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, donde he tenido la oportunidad de aprender día a día y gracias a la capacitación que he recibido he logrado aportar con mis cuidados a la recuperación de muchos pacientes cumpliendo con mi deber de profesional de enfermería.	Experiencia en el área de UCIP (5 años)
10) ¿Para usted cuán importante es realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados? Las intervenciones que tiene como finalidad la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico es de gran relevancia para lograr salvar las vidas de los pacientes, siendo los cambios de posición necesarios para evitar las úlceras por presión que complican el descanso del paciente y además se proporciona la hidratación.	Importante para evitar úlceras por presión que evitan el descanso

Fuente: Entrevista estructurada para los profesionales de enfermería del área de UCIP.

Tabla No. 4 Entrevista No. 4 aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP (E4)

Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	Código
1) ¿Cuál es la técnica que usted utiliza para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Una vez que el paciente ingresa al establecimiento se hace una recopilación de datos y validación de la información con el fin de cerciorarse si ya posee un historial clínico o en todo caso elaborar un registro nuevo.	Recolección de datos (Historial clínico)
2) ¿Valoró los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Por supuesto, se realiza una valoración de las funciones orgánicas, a la vez que se califica el proceso de eliminación para suministrar los respectivos cuidados y medicamentos, pero la tarea de movilidad resulta compleja gracias al grave estado del paciente.	Valoración de enfermería (cumple la valoración de signos vitales y eliminación, falencias en la movilidad)
3) ¿Valoró el patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con traumatismo craneoencefálico? Sí, pues es esencial acomodar la modalidad de dormir del paciente con ACV y el período descanso y relajación durante las 24 horas del día, a fin de reducir el riesgo de ansiedad, y en todo caso si es necesario suministrar medicamentos que faciliten la práctica.	Valoración de enfermería (reduce el riesgo de ansiedad)
4) ¿Diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Claro, se realiza una observación de la zona afectada para determinar cuáles deberían ser las actuaciones enfermeras, pero concerniente a la movilidad, el procedimiento es algo dificultoso razón por la cual no se lo realiza muy a menudo.	Diagnóstico de riesgo (movilidad física deficiente)
5) ¿Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador? No, aunque considero si sería una medida muy factible para que el paciente pueda rehabilitarse una vez que salga del establecimiento.	Diagnóstico de riesgo (deficiente diagnóstico del cansancio del cuidador)
6) ¿Administró los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Por supuesto, la medicina proporcionada al paciente va a la mano con el tratamiento, y distribuida en los horarios correspondientes, además se maneja un protocolo de limpieza en el que se suele emplear esponjas, paños húmedos o toallas,	Intervenciones de enfermería (manejo del protocolo)

para poder asear todas las zonas del cuerpo, como el uso correcto de bioalcoholes.	
7) ¿Suministró el apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares? En algunos casos es posible realizar esta función, pero depende mucho del estado del paciente, y en el caso de los familiares no siempre están dispuestos a recibir algún tipo de ayuda emocional.	Apoyo emocional (falta de colaboración de los familiares)
8) ¿Recibió capacitación en atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? No, pero he aprendido a realizar dichas intervenciones con la práctica.	Ausencia de capacitación
9) ¿Cuántos años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Tengo 4 años en la atención de pacientes con ACV.	Aprendizaje por experiencia
10) ¿Para usted cuán importante es realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados? Sí, es muy importante para minimizar la aparición de nuevas afectaciones, por lo cual se debe realizar un monitoreo sobre la postura del usuario para evitar que se generen úlceras por presión.	Importante para minimizar la aparición de afectaciones

Fuente: Entrevista estructurada para los profesionales de enfermería del área de UCIP.

Tabla No. 5 Entrevista No. 5 aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP (E5)

Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	Código
1) ¿Cuál es la técnica que usted utiliza para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Al presentarse esta situación debo preguntar todo lo sucedido a los padres o a las personas que estuvieron en el momento del accidente.	Recolección de datos (entrevista a los padres)
2) ¿Valoró los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Sí la valorización la realizo al instante para proceder con las estrategias o cuidados necesarios que requiere el paciente, la movilización minimiza la aparición de úlceras por presión que son provocados por el tiempo que mantiene en una sola postura, y la eliminación lo hago cuidadosamente para evitar afecciones en el bebé.	Valoración de enfermería (valoración inmediata para aplicar los cuidados)
3) ¿Valoró el patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con traumatismo craneoencefálico? En muy pocas ocasiones he diagnosticado el patrón de sueño, pero la ansiedad si porque estas son peligrosas, ya que afecta en el sistema inmunitario del neonato.	Valoración de enfermería (para determinar situaciones de peligro)
4) ¿Diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico? Sí para evitar la integridad cutánea la actividad que realizo al paciente es hidratarlo, frotar suavemente con pañitos húmedos por todo el cuerpo y a su vez dar una nueva postura.	Diagnóstico de riesgo (para evitar la integridad cutánea)
5) ¿Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador? Son muy pocas las ocasiones que dialogó con el cuidador para indicarle el estado del neonato y le recomiendo que descansa y que se alimente mejor.	Diagnóstico de riesgo (deficiente diálogo)
6) ¿Administró los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Cada medicamento es administrado a su tiempo, la higiene se realiza acorde a un tiempo establecido allí se observa si hay respuesta de mejoramiento.	Intervenciones de enfermería (administración en dosis adecuadas)
7) ¿Suministró el apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares?	Apoyo emocional (limitado)

A los pacientes no porque ellos están en estado de inconsciencia, a los padres muy pocas veces se les da palabras de aliento	
8) ¿Recibió capacitación en atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? Sí pero hace cinco años atrás.	Capacitaciones en el pasado
9) ¿Cuántos años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico? No cuento con mucha experiencia por lo que no existen capacitaciones en el establecimiento de salud	Deficiente experiencia
10) ¿Para usted cuán importante es realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados? Las intervenciones son algo necesarias para conocer cuáles son las causas que provoca las úlceras por presión.	Importante para conocer las causas de úlceras por presión

Fuente: Entrevista estructurada para los profesionales de enfermería del área de UCIP.

3.10. Matriz de categorías

En el siguiente cuadro se detallan la matriz de categorías de la presente investigación:

Tabla No. 6. Matriz de Categorías

Tema central	Categorías	Sub categorías	Códigos	Respuestas
--------------	------------	----------------	---------	------------

Cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico	Cuidados de los profesionales de enfermería	Aplicación del PAE	Recolección de datos	E1: Historias clínicas E2: Aplica valoración de enfermería E3: Aplica valoración de enfermería E4: Historial clínico E5: Entrevista a los padres
			Valoración de enfermería	E1: Evitar úlceras por presión E2: Observación de signos vitales E3: Observación de signos vitales E4: Falencias en la movilidad E5: Valoración inmediata para aplicar los cuidados
			Valoración de enfermería	E1: Evitar problemas mentales E2: Uso de protocolos E3: Sedación para favorecer el descanso E4: Reduce el riesgo de ansiedad E5: Determinar situaciones de peligro
			Diagnóstico de riesgo	E1: Evitar llagas E2: Exploración neurológica E3: Evitar lesiones profundas en la piel E4: Movilidad física deficiente E5: Evitar la integridad cutánea
			Diagnóstico de riesgo	E1: Descuido del cuidador E2: Diálogo con familiares E3: Animó al cuidador E4: Deficiente diagnóstico del cansancio del cuidador E5: Deficiente diálogo
			Intervenciones	E1: Administró medicamentos correctamente E2: Administró medicamentos bajo el tratamiento E3: Administró medicamentos dosis y tiempo indicadas E4: Manejo del protocolo E5: Administración en dosis adecuadas

Fuente: Entrevista a los profesionales de enfermería del área de UCIP.

Tabla No. 6. Matriz de Categorías

Tema central	Categorías	Sub categorías	Códigos	Respuestas
--------------	------------	----------------	---------	------------

Cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería.	Apoyo de la enfermería al paciente en UCIP	Apoyo emocional	E1: Ocasionalmente E2: Ocasionalmente E3: Frecuentemente E4: Falta de colaboración de los familiares E5: Limitado
		Capacitación de las enfermeras en el cuidado de pacientes con TCE	Capacitación	E1: Ausencia de capacitación E2: Recibió de capacitación E3: Ausencia de capacitación E4: Ausencia de capacitación E5: Capacitaciones en el pasado
			Experiencia	E1: Limitada E2: Limitada experiencia E3: Experiencia en el área de UCIP (5 años) E4: Aprendizaje por experiencia E5: Deficiente experiencia
			Importancia de prevenir úlceras por presión	E1: Cambios de posición E2: Para evitar complicaciones en la movilidad E3: Para evitar úlceras por presión que evitan el descanso E4: Importante para minimizar la aparición de afectaciones E5: Importante para conocer las causas de úlceras por presión

Fuente: Entrevista a los profesionales de enfermería del área de UCIP.

Pregunta 1: Los resultados obtenidos evidencian que en la E1 y en la E4 las profesionales de enfermería realizan la recolección de datos mediante el uso de las historias clínicas, mientras que en el E2 y en la E3 esta actividad se desarrolla a través de la valoración de enfermería aplicada al paciente para detectar el estado en el que se

encuentra, al respecto se observó que en la E5 se efectuó la entrevista directa a los padres de familia para determinar información sobre el menor que se encuentra en UCIP.

Pregunta 2: En lo concerniente a la valoración de enfermería de los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se obtiene que el profesional de enfermería considerada en la E1 efectúa dicha valoración para evitar las úlceras por presión, mientras que en la E2 y E3 se observa que realizan esta valoración mediante la observación directa de los signos vitales, en la E4 se presentó falencias en la valoración de movilidad y en la E5 se efectuó la valoración de forma inmediata para aplicar los cuidados de enfermería.

Pregunta 3: Respecto a la valoración del patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con traumatismo craneoencefálico, se obtiene que en la E1 se trata de evitar problemas mentales, en la E2 la profesional de enfermería se guía en los protocolos de la casa de salud, según la E3 se efectúa mediante la sedación para favorecer el descanso de los pacientes y coincide con la E4 para reducir el riesgo de ansiedad, mientras que la E5 señala que se debe efectuar para determinar las situaciones de peligro del paciente y tomar acciones preventivas.

Pregunta 4: Con relación al diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico, se puede conocer que en la E1 los profesionales de enfermería realizan este diagnóstico para evitar llagas, en la E2 se destaca que deben realizar la exploración neurológica, en la E3 indica que realizan la movilidad para evitar las lesiones profundas en la piel, el profesional de la E4 no realiza la movilidad de manera eficiente lo que puede provocar la presencia de lesiones en la piel, mientras que la E5 se destaca la aplicación de dicha intervención para evitar la integridad cutánea.

Pregunta 5: Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador, de acuerdo a los resultados obtenidos del criterio de los profesionales de enfermería se destaca que no se ha proporcionado el debido cuidado y la orientación a los familiares y progenitores de los menores con traumatismo craneoencefálico.

Pregunta 6: Respecto a la administración de los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se evidencian que en la E1 la administración de medicamentos se realizó de manera correcta al igual que en la E2 y E3 efectuando la medicación en la hora y dosis adecuadas, mientras que en la E4 se determina que se basó en el uso de los protocolos.

Pregunta 7: Referente a la suministración de apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares, se obtiene que los profesionales de enfermería de la E1 y E2 lo realizan de forma ocasional, mientras que el E3 realiza el apoyo emocional de forma frecuente, mientras que el profesional de la E4 señala que existe falta de colaboración de los familiares, respecto a la E5 indica que el apoyo emocional es limitado.

Pregunta 8: Concerniente a la capacitación que recibió el personal de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se evidencia que se han presentado ausencia de las capacitaciones, obteniendo que tan solo dos profesionales recibieron capacitación siendo el personal de la E3, mientras que en ultimo entrevista recibió capacitación en el pasado.

Pregunta 9: Conforme a los años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se refleja que tanto en la E1, E2 y la E5 se han presentado limitaciones en la experiencia ya que tienen poco tiempo desempeñándose en el área, mientras que el profesional de la E3 tiene alrededor de 5 años de experiencia en el área de UCIP.

Pregunta 10: Se consultó a los profesionales el nivel de importancia de realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados, se obtiene que todos los entrevistados consideran que es muy importante para evitar las complicaciones que desarrollen úlceras por presión debido al estado del paciente que no puede realizar la movilidad por sí solo.

La teoría referente a estos resultados es la proporcionada por la (World Health Organization , 2013), indicando que la enfermería tiene conciencia de la responsabilidad ante la calidad del cuidado que se les brindan a los pacientes, y se rige por normas institucionales que encierran en contexto ética, leyes de la profesión, las mismas que contribuyen al buen desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes. Esta es medida por la satisfacción del paciente y ha sido apadrinada por las instituciones de salud como una estrategia para conseguir un conjunto de percepciones relacionadas a la calidad de la atención recibida.

Además de lo indicado por Otaiza (2011) indica que las lesiones de pacientes con TCE están divididas en lesiones primarias, lesiones secundarias. En donde las lesiones primarias están compuestas por óseas o fracturas. Encefálicas o focales como son contusión, hemorragias y hematomas, mientras que las lesiones secundarias que son de origen sistémico como son Hipotensión arterial, hipoxemia, hiponametría, hipercapnia, hipertermia, hipo-hiperglucemia, acidosis y anemia, así también de origen intracraneal como es la Hipertensión intracraneal, vasoespasmo, convulsiones, edema cerebral, hiperemia y hematoma cerebral tardío.

Considerando los resultados obtenidos y las teorías indicadas se determina que los cuidados que se brindan en un paciente con trauma craneoencefálico dependerá de la complejidad del cuadro clínico y la frecuencia de ellas, para ello es necesario el ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), donde no

sólo puede ser sometido a la vigilancia intensiva sino también a múltiples técnicas competentes, las cuales garantizan las funciones vitales, asimismo atender las necesidades nutricionales multidisciplinaria, estas suelen estar en colaboración con intensivistas, cirujanos, neurocirujanos, ortopédicos, enfermeros. Todos estos son requeridos para actuar con destreza ante situaciones de amenaza vital y ser capaces de brindar valiosas informaciones sobre el estado físico y psíquico del enfermo.

3.11. Contraposición de ideas

Los hallazgos obtenidos de la entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP que atienden a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico reflejan los siguientes resultados:

Para cumplir con el primer objetivo del estudio que busca analizar el cuidado que aplican los profesionales de enfermería en el cuidado y tratamiento de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en el Hospital General Guasmo Sur, Periodo 2017-2018, se consideró consultar a los profesionales de enfermería sobre la técnica que aplicó para la obtención de datos del paciente pediátrico, evidenciando que el personal de enfermería realizó esta actividad de manera total, respecto a la valoración de los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene se obtiene que el cumplimiento fue parcial y en algunos casos no se cumple a cabalidad con la actividad.

Con relación a la valoración del patrón de reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con ACV isquémico se obtuvo que el personal de enfermería cumplió de manera total con dicha actividad para asegurar que los pacientes que se encuentran con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico descansen, se reduzca la presión intracraneal y la actividad convulsiva, además se consigue reducir el riesgo de ansiedad del paciente.

Respecto al diagnóstico del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente se obtiene que en algunos casos existen limitaciones sobre todo en la movilidad del paciente evidenciándose el cumplimiento total en cuatro de los cinco casos, mientras que un profesional de enfermería tuvo un cumplimiento parcial de las actividades, siendo de gran relevancia que se apliquen para evitar la formación de úlceras por presión que agraven la condición de salud del paciente pediátrico.

Referente al diagnóstico del riesgo de cansancio del cuidador se obtiene que los profesionales de enfermería no realizan la actividad demostrando el incumplimiento de esta función, lo que demuestra la falta de conocimiento del personal sobre la necesidad e importancia de proporcionar apoyo emocional a los padres y familiares de los niños con trauma craneoencefálico, ya que se encuentran en una situación complicada por la afección de sus hijos, además para fortalecerse.

Concerniente a la administración de los medicamentos a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico se obtiene que el personal cumple de manera total con la administración de los fármacos, ya que el traumatismo craneoencefálico es una afección de la salud que genera grandes posibilidades de morbilidad y mortalidad en cualquier lugar del mundo; el mismo que afecta a los pacientes pediátricos, por este motivo es de gran importancia que se administre la medicación en el tiempo y las dosis indicadas por el profesional médico, por lo tanto la medicación se encuentra dirigida al control de la hipertensión intracraneal, por lo que se administra tan como lo prescribió el doctor, además se realizaron las acciones de higiene.

Con relación a la suministración de apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares se puede determinar que los profesionales de enfermería han presentado algunas fallas con relación al apoyo emocional proporcionado a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares, lo que se considera de gran importancia para ayudar a fortalecer su carácter y motivarlos.

Se cumplió con el segundo objetivo del estudio que tiene el propósito de describir el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre el cuidado de atención y tratamiento de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se aplicó las interrogantes concernientes a la capacitación que han recibido, logrando identificar que cuatro de los cinco profesionales consultados no han recibido la capacitación adecuada en temas inherente a la atención de este tipo de pacientes pediátricos.

Además se consultó acerca de los años de experiencia que tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, obteniendo como resultados limitaciones en los cuidados aplicados debido a la inexperiencia de la mayoría de los colaboradores lo que dificultado los procesos de atención de enfermería que es la principal problemática del estudio, a pesar de esto los profesionales de enfermería consideran que es de gran importancia realizar las intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, mediante los cambios de posición oportunos.

Teniendo lo expuesto, se sabe que el profesional de enfermería en dicho caso debe proporcionar cuidados de calidad durante todo el tiempo que permanezca el paciente en la institución de salud. Hackspiel indica que “El cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana, de la persona considerada en forma integral” (pág. 156). Es decir que la enfermera actúa permanentemente, en este caso como se trata en este tema de pacientes pediátricos serían niños; de esta manera se proporciona más cuidado a los niños con Traumatismo Craneoencefálico (TCE), en donde se debe poseer capacidades científico-técnicas y humanas especiales, brindando una diversidad de instrucciones con habilidad y eficacia, para la detección temprana de los cambios sutiles que se dan en el niño e interpretarlos de manera oportuna.

3.12. Aproximación teórica

La presente investigación se relaciona de forma directa con la teoría de Virginia Henderson, la misma que permite determinar las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería, además hace referencia al papel de la enfermería como la ejecución de las acciones que el paciente no logra ejecutar en un explícito momento de su ciclo de vital, avivando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente.

Paola Medina (2012) en su libro Cuidados de enfermería considera la teoría de Virginia Henderson como una filosofía definitoria de enfermería, basada en las necesidades básicas humanas, donde la función de la enfermera es atender al paciente sano o enfermo, en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación, teniendo como objetivo hacer al individuo independiente para cubrir sus necesidades básicas a través de los cuidados de enfermería. (Medina , 2012, pág. 15)

De acuerdo a esta teoría el personal de enfermería tiene la función de buscar la recuperación de los pacientes lo antes posible, mediante la aplicación de los cuidados de manera pronta y oportuna para garantizar su recuperación por lo tanto los profesionales son los responsables del cuidado de los pacientes pediátricos con Traumatismo Craneoencefálico (TCE).

Al respecto se añade que todos los seres humanos poseen una variedad de necesidades humanas básicas que compensar, estas son normalmente efectuadas por cada individuo cuando este se encuentra sano y tiene el conocimiento suficiente para ello, por lo tanto las actividades que ejecutan dentro del área de trabajo tiene como finalidad proporcionar la ayuda al paciente para cubrir sus necesidades, en donde Henderson señala que estos son los cuidados básicos de enfermería y se aplican

mediante un programa de cuidado de enfermería de acuerdo con los requerimientos de los pacientes.

Los cuidados de enfermería se aplican de acuerdo al programa requerido así lo señala Hernández indicando que “El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC” (Hernández, 2015, pág. 9)

Este modelo es una de los de mayor aceptación, dentro del ejercicio de la medicina, además es uno de los modelos, que más beneficia la recuperación del paciente, este modelo revela 14 necesidades que tiene un paciente generalmente, mediante la identificación de los posibles problemas que el paciente puede tener y ayudar a prevenir un desenlace negativo a través de la intervención por el cuidado que se aplica para restaurar sus necesidades y prevenir complicaciones.

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. (Vélez, 2014)

Dentro de este modelo de Virginia Henderson existen las siguientes ventajas de su aplicación que se adaptan al contexto de enfermería que se aplica en el país, es decir que son universales, se utilizan en todos los campos de actuación mediante la suficiente información, además se incluyen como parte de actuación de la enfermería, pues reconoce a la persona su potencial de cambio. Así también propone un método de

resolución de problemas, permitiendo la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC.

Este modelo es uno de los más viables, para el cuidado del paciente y lograr su recuperación, por ello es de gran importancia su revisión y estudio, por lo tanto, su aplicación beneficiara a los pacientes pediátricos con que presenten las circunstancias que le rodea en relación a la obtención y mejoría del paciente con Traumatismo Craneoencefálico.

El modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería, según modelo conceptual se resumen en los siguientes pasos, de acuerdo a lo indicado por Crespo (2013):

- Valoración: de las necesidades del paciente con traumatismo craneoencefálico en donde se implica los datos recopilados y su correspondiente validación.
- Diagnóstico: corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración al paciente con traumatismo craneoencefálico.
- Planificación: etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar.
- Ejecución: consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería.
- Evaluación: se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos que se plantearon en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico. (Crespo A., 2013)

El profesional de enfermería requiere tener conocimientos en pediatría, diversas técnicas, características humanas especializadas que le permita poseer actitudes para asumir una variedad de procedimientos con destreza y eficacia para el cuidado de los pacientes, permitiendo la detección temprana de los cambios que se den en el niño e interpretarlos de una forma oportuna siendo indispensable la capacitación de los

profesionales de enfermería para proporcionar los cuidados adecuados, así como la consejería de los padres o cuidados y el apoyo emocional.

3.13. Conclusiones

Se concluye que en el proceso investigativo la mayor parte de padres de familia no se encontraban en el instante del accidente por motivos de trabajo u otras ocupaciones, sin embargo todos acudieron al llamado de los familiares en cuanto le informaron de los acontecimientos dados en su hijos. De los entrevistados solo dos estaba en el sitio del suceso.

En cuanto al conocimiento de cómo atender a su hijo en el instante del accidente, como la mayor parte no estaba en el suceso, solo se limitaron a indicar que llevaron a sus hijos a la unidad médica más cercana, ya sea a través de ambulancia o en taxi. Asimismo se estableció que se pusieron nerviosos y pensaban lo peor al enterarse de lo ocurrido.

Se establece que el personal de enfermería cumple diariamente con los cuidados generales de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, es así que se señala que brindan apoyo y cuidado en el aseo, deposiciones, sondas, entre otras obligaciones y acciones que efectúa el personal.

Así también se determina en este proceso investigativo que el personal de enfermería del Hospital General Guasmo Sur, brinda todo el apoyo e información a los padres en cuanto al cuidado del pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, como son el aseo personal, alimentación, vestimenta, tareas escolares, entre otras actividades de recuperación.

3.14. Recomendaciones

En base a los datos obtenidos y conclusiones, se recomienda a los padres de familia aconsejar y tomar todas las precauciones en cuanto al accionar de sus hijos ya que la mayor parte de accidentes ocurrió fuera de sus hogares, es por ello que se debe inculcar al menor el autocuidado.

Se recomienda a los padres de familia investigar o tomar charlas informativas que ayuden a optimar cualquier accidente que pueda ocurrir con sus hijos u otro familiar, estos ayudaran a mantener la calma y efectuar acciones adecuadas de acuerdo al tipo de acontecimiento originados por accidentes, es así que se estará preparado para socorrer y dar los primeros auxilios pertinentes.

Se recomienda al personal de enfermería mantener la labor que llevan efectuando diariamente en cuanto al cuidado de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, como son la valoración, aseo, alimentación, medicación, así también la vigilancia continua del paciente.

Se recomienda al personal de enfermería mantener a los padres de los pacientes informados de cualquier novedad que acontezca, asimismo como también brindar la información adecuada de cómo ayudar a sus hijos, para que tenga una recuperación adecuada en sus hogares.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

4.1 Título

Plan de cuidados dirigida a los padres de familia de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur.

4.2 Justificación

El ingreso de un paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico, afecta al paciente como a sus familiares, es decir a sus padres. Es por ello que hoy en día se está integrando de manera directa a la familia en los cuidados enfermeros de dichos pacientes, siendo estos uno de los movimientos más significativos para la recuperación integra del paciente pediátrico.

Es así que el personal de enfermería cumple un papel esencial en dicho escenario, ya que permite la participación de los padres en los cuidados, siendo este el que brinda información de calidad de los cuidados que requieren los pacientes. Es por ello que este plan tiene como objetivo que el personal profesional de enfermería imparta conocimientos a los padres de familia de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, incorporando de esta manera la participación familiar a los cuidados centrados en la familia.

De esta manera el personal de enfermería desempeña un rol específico en el cuidado del paciente pediátrico tanto dentro de la unidad hospitalaria como fuera de ella, ya que cumplen varias funciones como cuidados, animar a los padres e involucrarlos, proveerles información de cuidados. Es por ello que este plan de cuidados se dirigirá a los padres de familia de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, el cual ayudara a comprender los cuidados que se deben brindar al paciente para mejorar la calidad de vida de este. Por lo expuesto anteriormente se justifica de manera teórica y práctica la ejecución del plan de cuidados.

4.3 Objetivo de la propuesta

4.3.1 Objetivo General

Brindar a los padres de familia la información necesaria para los cuidados que requieren los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur.

4.3.2 Objetivos Específicos

1. Explicar de manera clara y sencilla los cuidados nutricionales y metabólicos que requiere el paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico.
2. Manifestar de forma precisa los cuidados de aseo que requiere el paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico.
3. Explicar de manera sencilla la actividad y ejercicio que requiere el paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico.

4.4 Diseño de la propuesta

Tipología de los patrones funcionales

Se definen 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Los cuales son configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Patrón 1: Percepción de la salud.

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar, donde se incluye:

1. Estilos de vida
2. Prácticas de promoción de salud
3. Prevención de riesgos
4. Prescripciones médicas y de enfermería.

Criterios de valoración estandarizados

0104 Perímetro cefálico
0105 Edad
0106 Sexo
0111 Retraso en el desarrollo
1001 Higiene Personal
1009 Higiene/ seguridad de la vivienda
2903 Alergias
2905 Tipo de riesgo laboral
2907 Conocimientos del problema de salud
2910 Tratamiento farmacológico
2917 Ingresos hospitalarios
2919 Casusa de los ingresos hospitalarios
3619 Bebe alcohol
3903 Recursos de la comunidad
4502 Conocimiento de conductas saludables
4503 Revisiones de Salud
4513 Consumo de drogas

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye:

1. Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
2. Medidas antropométricas.
3. Aspectos psicológicos de la alimentación.
4. Patrón de alimentación del lactante.
5. Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

Criterios de valoración estandarizados

0101 Peso (kg)

0102 Talla (cm)

0103 IMC

0302 Valoración de la alimentación

0303 N° de comidas al día

0306 Ingesta de líquido al día (ml)

0311 Come entre horas

0313 Cena abundante

0318 Come sin hambre

0323 Problemas para comer

0329 Alimentación adecuada

0339 Estado hidratación

1006 Caries

2501 Sensibilidad de la piel

2510 Problemas de cicatrización

2519 Signos de traumatismo

2520 Quemadura

Patrón 3: Eliminación

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Incluye:

1. Patrón de eliminación intestinal.
2. Patrón de eliminación vesical.
3. Patrón de eliminación a través de la piel.

Criterios de valoración estandarizados

0501 N° de deposiciones a la semana

0502 Consistencia de las deposiciones

0504 Problemas en la eliminación intestinal

0505 Dolor al defecar

0508 Sangre en las Heces

0511 Ruidos intestinales

0513 Sistemas de ayuda eliminación intestinal

0522 Hábitos defecación irregulares

0602 Características de la orina

0603 Problemas micción

0606 Incontinencia (Urinaria)

0612 Retención Urinaria

0613 Globo vesical

0614 Escozor al orinar

0616 Nicturia

0623 Lesiones en el tracto urinario

0624 Infeccion Urinaria

0625 Habitos de eliminacion urinaria inadecuados

1002 Olor Corporal

1011 Olor Fecal

Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Incluye:

1. Actividades de la vida diaria.
2. Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
3. Actividades recreativas.
4. Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Criterios de valoración estandarizados

0201 Frecuencia Respiratoria

0202 Ruidos respiratorios

0204 Disnea

0205 Cianosis

0212 Ventilación aérea

0216 Traqueotomía

0217 Secreciones bronquiales

1101 Espasmos

1103 Ejercicios físicos

1107 Deporte

1114 Fatiga

1116 Actividad física excesiva

1206 Problemas de movilidad

1207 Inmovilizado

1213 Problemas de coordinación

1417 Dependiente

1501 Actividad de Ocio

2607 Tensión Arterial Sistólica

2608 Tensión Arterial Diastólica

2609 Frecuencia cardiaca

2611 Gasto cardiaco

Patrón 5: Sueño – Descanso

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluye:

1. Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
2. Ayudas para el sueño y el descanso.

Criterios de valoración estandarizados

1301 Sueño/ descanso

1302 Horas de sueño/día

1303 Horario de sueño regular

1306 Lugar donde duerme

1311 Presencia de hábitos inadecuados para el sueño

1312 Horas trabajo/día

1314 Siesta

1316 Presencia de Ronquido

1317 Problemas con el sueño

1318 Problemas para conciliar el sueño

1320 Utiliza ayuda para dormir

1324 Terrores nocturnos

1325 Pesadillas

1326 Insomnio

1327 Se levanta cansado

1330 Somnolencia

1331 Problemas de descanso/relajación

1332 Medicamentos para descansar

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Incluye:

1. Situación de los sentidos sensoriales.
2. Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Criterios de valoración estandarizados

0801 Alteraciones sensoriales
0802 Problemas de visión
0804 Problemas de audición
0806 Problemas sensitivos/táctiles
0807 Problemas de olfato
0808 Problemas del gusto
0809 Vértigo
0811 Dolor
0813 Intensidad del dolor
0815 Localización del dolor
0817 Problemas de equilibrio. Inestabilidad
0819 Estimulación sensorial deficiente
0820 Estimulación sensorial excesiva
1412 Problema con el lenguaje y/ habla
3531 Cólera, ira
3604 Intranquilidad
3606 Agitación
3621 Habilidades adecuadas
3702 Puede leer
3703 Puede escribir
3704 Nivel de conciencia
3705 Orientado
3708 Problemas de memoria
3709 Alteraciones Cognoscitivas
3714 Dificultad para aprender

3715 Problemas de comprensión

3716 Escala de Glasgow

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto

Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Incluye:

1. Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
2. Imagen corporal y patrón emocional.
3. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
4. Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Criterios de valoración estandarizados

1008 Imagen corporal

1508 Desinterés, falta de motivación

3503 Postura corporal

3506 Fracazos, rechazos

3508 Cambios frecuentes estado ánimo

3512 Angustia

3513 Ansiedad

3514 Depresión

3518 Problemas de autoestima

3520 Expresiones de desesperanza

3521 Expresiones de inutilidad

3522 Le preocupa lo que piensen de él

3524 Problemas con su imagen corporal

3526 Miedo al rechazo de otros

3530 Tristeza

3603 Problemas conductuales

3830 Rendimiento escolar

Patrón 8: Rol – Relaciones

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones. Incluye:

1. Percepción de las responsabilidades de su rol.
2. Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Criterios de valoración estandarizados

1401 Convive en

1403 Se siente solo

1406 Tipo de relación social

1407 Tipo de relación laboral

1409 Problemas relación escolar

1421 Falta de tiempo

1422 Conflicto familiar

1429 Problemas en la educación del niño

1431 Pérdidas significativas

1433 Expresión de culpa

1434 Negación de una pérdida

1437 Duelo

1440 Alejamiento de personas significativas

3618 Conducta enérgica, violenta

3818 problemas entre padres e hijos

3820 Violencia domestica

3822 Problemas en los miembros de la familia

3905 Apoyo recursos de la persona

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona. Incluye:

1. Satisfacción con la sexualidad.
2. Trastornos de la sexualidad.
3. Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
4. Problemas en la menopausia.

Criterios de valoración estandarizados

0901 Menarquia

0903 Alteración de ciclo menstrual

0904 Alteración cantidad de eliminación menstrual

0907 Días entre ciclos menstruales

0911 Dismenorrea

0915 Relaciones Sexuales

0916 Contactos sexuales de riesgos

0921 Gestaciones

0928 Sequedad Vaginal

0931 Dispare unía

0932 Revisiones ginecológicas

0941 Violación

Patrón 10: Tolerancia al estrés

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Incluye:

1. Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
2. Manejo del estrés.
3. Sistemas de soporte y ayuda.
4. Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Criterios de valoración estandarizados

2801 Cambios/ Crisis importantes
2802 Problemas en adaptación a cambios/crisis
2804 Incapaz afrontar la crisis
2805 Estrés
2806 Agentes estresantes
2812 Tolerancia al estrés
2815 Sistema de apoyo contra el estrés
2817 Ayudas para relajación
2818 Técnicas de relajación
2819 Medicamentos/ drogas para relajación
2821 Agente estresantes situacionales
3516 Hipersensibilidad a críticas
3517 Emociones inapropiadas
3528 Tensión Habitual
3602 Problemas fisiológicos/ conducta lactante
3610 Grandiosidad
3611 Negación a problemas evidentes
3614 Rabietas en el niño
3615 No acepta colegio
3617 Llanto excesivo en el niño

Patrón 11: Valores – Creencias

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Incluye:

1. Cosas percibidas como importantes en la vida.
2. La percepción de la calidad de vida.
3. Conflicto con los valores o creencias importantes.
4. Las expectativas relacionadas con la salud.

Criterios de valoración estandarizados

1601 Cosas importantes en la vida

1602 Satisfecho de su vida

1603 Planes de futuro

1604 Ve bien su futuro

1605 Ideas/ creencias importantes

1609 Practica alguna religión

1611 La religión le ayuda en los problemas

1615 Prácticas religiosas de riesgo para la salud de la persona

1616 Conflicto/oposición familiar a las prácticas religiosas

1617 Valores/ costumbres culturales

1621 Terapias de salud

1622 Conflicto de terapias con sus creencias

1624 Conflicto/ preocupación vida-muerte

1625 Actitud ante la vida-muerte

1626 Actitud antes el sufrimiento-dolor



Traumatismo Craneoencefálico

Pediatría

**Plan de cuidados para los
pacientes pediátricos
con traumatismo craneoencefálico
del Hospital General Guasmo Sur.**

¿Qué es traumatismo craneoencefálico?

La lesión cerebral de origen traumático constituye un significativo problema de salud, y es responsable del 40% de las grandes discapacidades, siendo la primera causa de mortalidad en niños y en adultos jóvenes. Es de esta manera que el 80% de las urgencias de los hospitales pediátricos constituye a esta patología traumática infantil. Ya que las caídas en los primeros años, los accidentes como atropellos o accidentes relacionados con los juegos (parques infantiles, escuela) son las causas más habituales de los traumatismos craneoencefálicos en la infancia.

¿Qué secuelas se pueden originar tras el traumatismo craneoencefálico?

Los traumatismos craneoencefálicos, fundamentalmente los severos, pueden originar cambios en las capacidades cognitivas de los niños, como es el caso de la concentración o de la memoria, en su estado emocional y en su conducta. Estos pueden interferir en el desarrollo y maduración psicosocial, ya sea en el contexto escolar como en el familiar y en el entorno habitual de relación y socialización.

¿Qué rol desempeña la familia en el paciente con traumatismo craneoencefálico?

La familia desempeña un rol muy significativo tras la lesión de su hijo, ya que está en conjunto se constituye en protagonista de primer orden para custodiar al niño a lo largo de su socialización, tarea que lleva en conjunto con profesores y educadores.

¿Qué cuidados debe tener en su alimentación un paciente con traumatismo craneoencefálico?

La nutrición es un aspecto muy importante en el niño con traumatismo craneoencefálico (TCE). Después de un TCE, muchos niños presentan problemas de deglución. Estos problemas no solo perturban a la correcta nutrición, sino que también suponen un riesgo a las horas establecidas de alimentación. Por este motivo, se debe dedicar mucho tiempo reeducar la deglución del niño para que pueda alimentarse sin riesgo. Después de un TCE, los músculos que se usan en la deglución quedan débiles e incoordinados, igual que los músculos de los brazos y las piernas, de modo que la

habilidad de comer se ve deteriorada. Por lo que se debe poseer paciencia hasta que esta motricidad se regule. Asimismo se debe vigilar que la vía respiratoria se mantenga abierta para conservar oxigenados los pulmones. Es por ello que se aconseja dieta blanda los primeros meses, tipo yogurt, no se le permite comer sólidos, ya que puedan resultar peligrosos.



¿Qué cuidados debe tener en su aseo diario un paciente con traumatismo craneoencefálico?

En lo que corresponde a aseo este debe ser diario, se le puede adaptar un espacio de acuerdo a la necesidad de cada paciente como son sillas de baño, barras sostenedoras en la ducha, el aseo diario se lo puede dar en seco también. La ayuda de un adulto siempre será requerida.



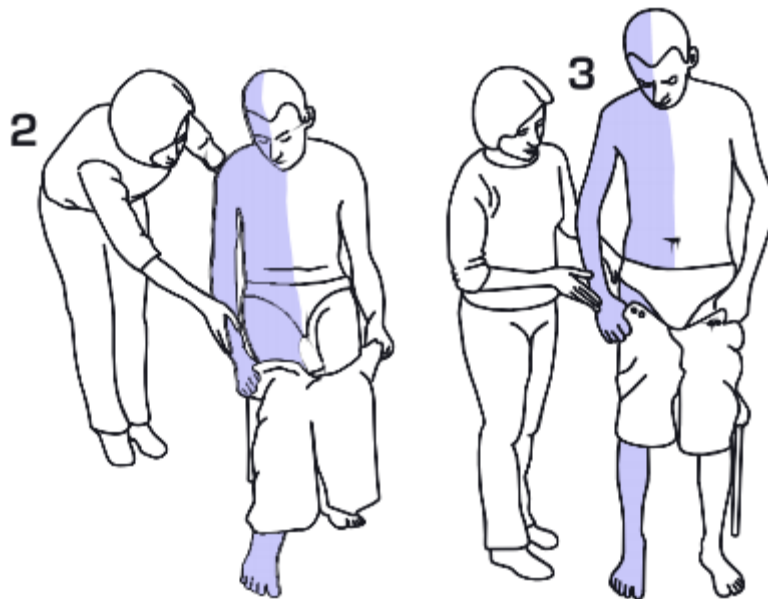
¿Qué cuidados debe tener en sus actividades diarias un paciente con traumatismo craneoencefálico?

Es muy beneficioso animar al niño a interesarse y participar en deportes de bajo riesgo. Deportes como: natación, deportes de raqueta, danza, artes marciales en las que no haya contacto o atletismo entre otros.



¿Qué cuidados debe tener en la movilización de un paciente con traumatismo craneoencefálico?

La movilización en los primeros días debe ser moderada de acuerdo al grado de lesión sufrida, siempre que el paciente requiera moverse debe ser acompañado de un adulto, este debe vigilar si no se producen mareos, vómitos, entre otros.



¿Qué cuidados debe tener en la eliminación de líquidos y deposiciones de un paciente con traumatismo craneoencefálico?

Se debe vigilar paulatinamente con qué frecuencia se producen eliminación de líquidos y deposiciones de los pacientes que han sufrido traumatismo craneoencefálico, estos son factores que dependerán mucho de una adecuada alimentación y proceso digestivo. Se no se diera normalmente debe informar al médico.



Otras cuidados que se estiman para la recuperación adecuada del paciente son efectuar actividades habituales de familia o estableced alguna actividad familiar en la que todos los miembros participen como son salidas o visitas a parque, centros comerciales llevando siempre una silla de ruedas si fuese necesario de momento. También se pueden establecer actividades caseras como son juegos familiares o noche de películas, estas serían acciones que incorporaran al paciente a disfrutar un tiempo en familia.

4.5 Conclusiones

Las lesiones cerebrales no son iguales ni las familias reaccionan del mismo modo ante un percance, sin embargo, hay experiencias que son similares en las familias, como es el caso del proceso de recuperación en donde surgen diversas contradicciones y las familias a menudo sienten emociones concretas en respuesta al accidente que se produjo en su hijos.

La vida del paciente como de la familia después de un TCE cambia, ya que se producen procesos de adaptación y rehabilitación. Es aquí en donde el sufrimiento e incertidumbre está presente; es por ello que este plan aporta de manera significativo a la optimización de dichos escenarios, convirtiéndolos en oportunidades inesperadas para crecer y transformarse.

El plan de cuidados se ha establecido de forma que se pueda ampliar los conocimientos que han adquirido los padres de los pacientes desde que ocurrió el accidente. Este aportara significativamente al manejo y cuidado adecuado de sus hijos.

4.6 Recomendaciones

Se recomienda que el Plan de cuidados para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, sea impartido a cada padre de familia que ingrese a dicha unidad médica.

Se recomienda que el Plan de cuidados para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, se impartido a otras unidades médicas de la ciudad.

Se recomienda monitorear a los padres de familia de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur, para conocer de qué manera influyo el plan de cuidados en su familia y en el paciente.

Bibliografía

- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Asamblea Nacional. (2008). *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*. Montecristi: Asamblea Nacional.
- Asamblea Nacional. (2014). *DERECHOS DEL BUEN VIVIR*. Quito: Asamblea Nacional.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitucion de la Republica de Ecuador*. Quito: Gaceta Oficial.
- Bandura A. (1977). *Toward a unifying theory of behavioral change*. USA: Psychology review.
- Barzola, Á. (16 de Agosto de 2013). Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013. *Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013*. Guayaquil, Guayas, Guayaquil: Universidad Catolica Santiago de Guayaquil.
- Barzola, G. Á. (2013). *CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”, DE ABRIL A JUNIO DEL 2013*. GUAYAQUIL – ECUADOR: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

- Bobenrieth, F. (23 de Septiembre de 2011). *sciencedirect*. Obtenido de sciencedirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401170476X>
- Carvajal, L. (2013). *Metodología de la Investigación*. Guayaquil: Universidad Casa Grande.
- Castillo, C. C., & Orozco, . O. (2014). *Metodología de la Investigación*. Madrid: Grupo Editorial Patria.
- CONGRESO NACIONAL. (2014). *CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA*. Quito: CONGRESO NACIONAL.
- Corro, Y. (2012). *Cuidados de Enfermería a paciente pediátrico politraumatizado fundamentado en la teoría de Dorothea Orem* . Carabobo-Venezuela: Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. “Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros”. Extensión Aragua .
- Crespo , A. (2013). *NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS/OS SOBRE EL MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO GRAVE, EN EL ÁREA DE SHOCK TRAUMA Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO*. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.
- Crespo, A. L. (2013). *NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS/OS SOBRE EL MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO GRAVE, EN EL ÁREA DE SHOCK TRAUMA Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO*. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.
- EL CONGRESO NACIONAL. (2012). *LEY ORGÁNICA DE SALUD*. Quito: EL CONGRESO NACIONAL.

- Feather. (1982). *Espectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. USA: Lawrence Erlbaum .
- Franco. (2014). *Metodologia de la Investigacion*. Obtenido de Tesis de Investigación.: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/poblacion-y-muestra-tamayo-y-tamayo.html>
- García , J., Borges , P., & Hernández, E. (20 de Abril de 2014). Traumatismo craneoencefálico. *Traumatismo craneoencefálico*. La Habana, La Habana, Cuba : Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".
- Garcia, S. (18 de Septiembre de 2013). *Metodologia de la Investigación*. Obtenido de Tipo y Modalidad de la Investigación: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2013/06/tipo-y-modalidad-de-la-investigacion.html>
- González , F. (10 de Enero de 2003). *bvs*. Obtenido de bvs.: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19_1_03/enf09103.htm#cargo
- Guzmán , F. (20 de Julio de 2008). *scielo*. Obtenido de scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39s3/v39s3a11.pdf>
- Hackspiel, M. M. (2010). EL CUIDADO DE UNA VIDA HUMANA. *Bioetica, Sexta edición* , 150-167.
- Health Medicine . (11 de Diciembre de 2014). *slideshare.net*. Obtenido de slideshare.net: <https://www.slideshare.net/seleneICEST/cuidados-pretrans-y-postoperatorios-de-enfermeria>
- Health-Medicine. (2013). *Teoria enfermeria neurologica* . España : Bcm.
- Hernández, M. C. (2015). *EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

- Hernández, Z., Reyes-Berazaín, A., & Buergo, M. (12 de Julio de 2011). *scielo*.
Obtenido de *scielo*:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000300008
- INEC. (2010). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos* .
- León, R. (12 de Febrero de 2012). *scielo*. Obtenido de *scielo*:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es
- Manrique, I. A. (10 de Abril de 2014). Manejo del traumatismo craneal pediátrico .
Manejo del traumatismo craneal pediátrico . Valencia, Valencia, España :
Centro de Salud de Alfaz del, Pi.
- Martínez, J. (2011). *Metodologías de la investigación cualitativa*. México.: Trillas.
- Medina , P. (2011). *Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias*. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería.
- Medina , P. (23 de Agosto de 2012). Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias. *Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias*. Antioquia , Medellin, Colombia: Universidad de Antioquia .
- Menon , D. (2010). *Definition of traumatic of brain injury*. EEUU: Arch Phys Med Rehabil.
- Naresh , M. (21 de Abril de 2010). *questionpro*. Obtenido de *questionpro*:
<https://www.questionpro.com/es/encuesta.html>
- OMS. (21 de Diciembre de 2015). *Resumen del 2015: repaso de la salud mundial de la OMS* . Obtenido de Resumen del 2015: repaso de la salud mundial de la OMS : <http://www.who.int/es/>

- OPS. (2009). *Apuntes Reunión de la Red Iberoamericana de la CIF*.
- Otayza, F. (2011). Traumatismo encefalocraneano. *Revista chilena de pediatría*, 1-25.
- Paz, G. M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Madrid : Grupo Editorial Patri .
- Peña, M. R. (18 de Febrero de 2012). "Propuesta de Protocolo de Actuación de Enfermería Para Pacientes Politraumatizados en las UCI Pediátricas. *"Propuesta de Protocolo de Actuación de Enfermería Para Pacientes Politraumatizados en las UCI Pediátricas*. Habana, Cuba, Cuba : Hospital Juan Manuel Marquez.
- Phaneuf . (1996). *El proceso de Atención de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Prado , L., González, M., & Paz, N. (5 de Noviembre de 2014). *scielo*. Obtenido de scielo.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Quiñonez , E. (2003). *Bases de Pediatría Crítica*. Quito : tercera edicion .
- Quiroga, Á. B. (1 de Octubre de 2017). Intervenciones de Enfermería en trauma craneoencefálico en urgencias. *Intervenciones de Enfermería en trauma craneoencefálico en urgencias*. Bogota, Colombia, Colombia: Fundación Universidad de Ciencias de Salud.
- R, A. (2011). *VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON*.
- Rada, S. (5 de Junio de 2014). Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico severo ingresado en la UCI-A del complejo Hospitalario de Navarra. *Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico severo ingresado en la UCI-A del complejo Hospitalario de Navarra*. Pamplona, Navarra, España : Universidad Publica de Navarra .

- Rivero, I. (24 de Febrero de 2013). *Monografías* . Obtenido de Monografías : <http://www.monografias.com/trabajos67/traumatismo-craneoencefalico/traumatismo-craneoencefalico.shtml>
- Sakraida J. (2013). *Modelo de Promoción de la Salud*. España: Elsevier-Mosby.
- Sollmann, L. P. (15 de Octubre de 2014). Atención inicial al paciente con traumatismo craneal. *Atención inicial al paciente con traumatismo craneal*. España, España, España: C O M E R O I A M P P.
- Toledo, J., & Van Isseldyk, F. (2013). *Traumatismo craneoencefálico I*. España: Curso de Patologías Neuroquirúrgicas de Guardia y Consultorio.
- Trejo, F. (12 de Marzo de 2012). Fenomenología como método de investigación. *Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería* . Tlalpan, México D.F., México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
- Vélez, M. A. (24 de Noviembre de 2014). *Modelo de cuidados de Virginia Henderson*. Obtenido de Modelo de cuidados de Virginia Henderson: <https://prezi.com/xxb39gp3nd5j/modelo-de-cuidados-de-virginia-henderson/>
- Wegner, A. (2013). *Traumatismo encefalocraneano, conceptos fisiológicos y fisiopatológicos para un manejo racional*. . USA: Rev chil pediatr.
- World Health Organization . (30 de Marzo de 2013). *who.int*. Obtenido de who.int: <http://www.who.int/patientsafety/patients>
- Yáñez , V. (22 de Marzo de 2015). Evaluación Primaria ABC del trauma craneoencefalico. *Evaluación Primaria ABC del trauma*. Madrid , Madrid , España .

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, _____

Sr. /Sra.

DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA

FACULTAD _____

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación _____
(título) _____ del (los) estudiante (s) _____, indicando ha (n) cumplido con todos
los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

C.I. _____ DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: _____ Autor(s): _____ _____		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad de Guayaquil Facultad Ciencias Médicas Carrera de Enfermería	0.4	
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	

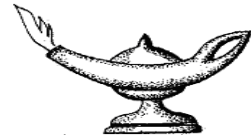
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	
Pertinencia de la investigación	0.5	
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	
CALIFICACIÓN TOTAL *	10	
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral		

 FIRMA DEL DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
 No. C.I. _____

FECHA: _____



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

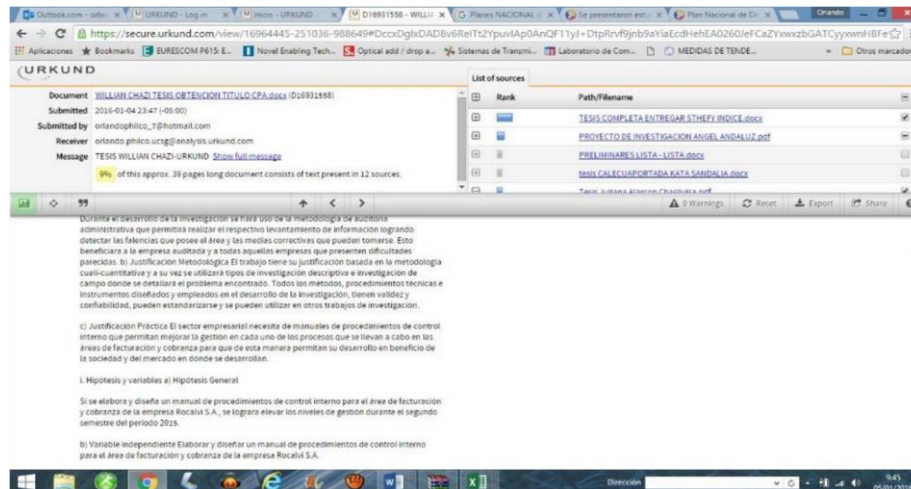


UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado NOMBRE Y APELLIDO DEL DOCENTE TUTOR, tutor del trabajo de titulación, certifico que el presente proyecto ha sido elaborado por NOMBRE Y APELLIDO DEL (LOS) ESTUDIANTE (S), C.C.:, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de _____.

Se informa que el proyecto: **“NOMBRE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (indicar el nombre del programa antiplagio empleado) quedando el _____% de coincidencia.



<https://secure.arkund.com/view/16964445-251036-988649#DccxDglxDADBv6>

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR

C.I. _____



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, _____

Sr. /Sra.

DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA

FACULTAD _____

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación _____ (título) _____ del estudiante _____. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de ____ palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo ____ años. ☐ La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante _____ está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. _____



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIDAD DE TITULACIÓN

**RÚBRICA DE EVALUACIÓN MEMORIA ESCRITA TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Título del Trabajo: _____			
Autor(s): _____			

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3		
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6		
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6		
Redacción y ortografía	0.6		
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6		
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6		
RIGOR CIENTÍFICO	6		
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5		
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6		
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7		
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7		
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7		
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7		
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4		
Factibilidad de la propuesta	0.4		

Las conclusiones expresa el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4		
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4		
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5		
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1		
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta	0.4		
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3		
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3		
CALIFICACIÓN TOTAL*	10		
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral			

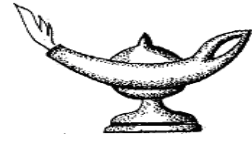
FIRMA DEL DOCENTE TUTOR REVISOR

No. C.I. _____

FECHA: _____



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado NOMBRE Y APELLIDO DEL DOCENTE TUTOR, tutor del trabajo de titulación
_____ certifico que el presente proyecto, elaborado por _____
(NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE (S)), con C.I. No. _____, con mi respectiva
supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de
_____, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO**
en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. No. _____



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN***

Título del Trabajo: _____ Autor(s): _____ _____			
EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN ORAL	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
El alumno realiza una presentación con seguridad, dirigiéndose hacia el tribunal, manteniendo su atención y manejando las transparencias o cualquier otro medio con soltura.	2		
Capacidad de análisis y síntesis, Capacidad de organización, planificación y habilidad en la gestión de la información, administrando el tiempo de la exposición de manera adecuada.	2		
Las ideas se presentan de manera clara y comprensible, dominando el tema y utilizando recursos visuales y ejemplos. La presentación es original y creativa, sin uso excesivo de animaciones. Los elementos visuales son adecuados	2		
Los contenidos que se exponen son adecuados, ajustados a la memoria escrita y en un lenguaje científico.	2		
Responde adecuadamente a las preguntas del tribunal, su actitud es respetuosa hacia los miembros del tribunal	2		
CALIFICACIÓN TOTAL * *	10		
* Cada miembro del tribunal utilizará una rúbrica para la evaluación de la sustentación y registrará su firma en el documento individualmente. **El resultado será promediado con la calificación de la memoria escrita para la obtención de la Nota Final de Sustentación del Trabajo de Titulación			

FIRMA DEL MIEMBRO DEL TRIBUNAL	FIRMA DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	FIRMA DE LA SECRETARIA DE LA CARRERA
 C.I. No. _____	 C.I. No. _____	 C.I. No. _____
FECHA DE LA SUSTENTACIÓN		



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Formato de la entrevista

TEMA: Cuidados de atención de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur Periodo 2017-2018

OBJETIVO DE ESTUDIO: Determinar los cuidados de atención de enfermería en el tratamiento de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico del Hospital General Guasmo Sur Periodo 2017-2018.

INSTRUCCIONES: Conteste según considere la respuesta.

Entrevista aplicada a los profesionales de enfermería del área de UCIP	Código
1) ¿Cuál es la técnica que usted utiliza para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico?	
2) ¿Valoró los signos vitales, eliminación, movilización y el estado de higiene de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico?	
3) ¿Valoró el patrón reposo / sueño y diagnosticó el riesgo de ansiedad del paciente con ACV isquémico?	
4) ¿Diagnosticó el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad física del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico?	
5) ¿Diagnosticó el riesgo de cansancio del cuidador?	
6) ¿Administró los medicamentos y ejecutó acciones para la higiene adecuada de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico?	

7) ¿Suministró el apoyo emocional para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y sus familiares?	
8) ¿Recibió capacitación en atención de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico?	
9) ¿Cuántos años de experiencia tiene en la atención de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico?	
10) ¿Para usted cuán importante es realizar intervenciones para la prevención de las úlceras por presión de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, con cambios de posición adecuados?	