

Escuela de Enfermería
MS.-FCM.-UNCuyo
Licenciatura en Enfermería

Trabajo final

Investigación de enfermería

Tema

Valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico

Autores:
Alvarez, Cristina
Carini, Sergio
Carrasco, Marcelo






Mendoza, Marzo del 2006

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y el Ministerio de desarrollo Social y Salud, y la misma no podrá ser publicada en toda o en parte o resumirse, sin al consentimiento escrito de la dirección de la Escuela de Enfermería y/o autor del trabajo.

Investigación aprobada:

.....
.....
.....

Integrantes del tribunal examinador:

Loic. Reyes María Rosa 
Loic. Andrade Ana Magdalena 
Loic. Casalvieri Franco 

Fecha: 06 de marzo de 2006

Prólogo

Con los avances acelerados en el camino de la ciencia y la tecnología, se hace inminente el desarrollo de nuevas teorías, que orienten el accionar de enfermería. Cada vez más, los enfermeros deben prepararse para la comprensión de tratamientos nuevos sobre patologías existentes, o nuevas situaciones de enfermedad que surgen de los tiempos modernos.

El enfermero se ve en muchas ocasiones, presionado por brindar una calidad óptima de cuidados, sin tener en cuenta la calidad de los registros de enfermería como datos anecdóticos de la prestación realizada. Con facilidad el profesional se fia más de la comunicación oral entre colegas que la escrita, llevando consigo a la pérdida de la transmisión de datos importantes en el tiempo.

Por lo anterior expuesto, no es nuestra intención condenar a los enfermeros que tienen a su cargo la tarea de evaluar y evolucionar a cada paciente y/o familia fomentando su independencia, sino alentarlos para que lo lleve a cabo de la mejor manera, y cumplir con los preceptos que fija la calidad de atención de enfermería.

Introducción 1

1. El mundo de hoy 2

2. El mundo de mañana 3

3. El mundo de siempre 4

4. El mundo de siempre 5

5. El mundo de siempre 6

6. El mundo de siempre 7

7. El mundo de siempre 8

8. El mundo de siempre 9

9. El mundo de siempre 10

10. El mundo de siempre 11

11. El mundo de siempre 12

12. El mundo de siempre 13

13. El mundo de siempre 14

14. El mundo de siempre 15

15. El mundo de siempre 16

16. El mundo de siempre 17

17. El mundo de siempre 18

18. El mundo de siempre 19

19. El mundo de siempre 20

20. El mundo de siempre 21

21. El mundo de siempre 22

22. El mundo de siempre 23

23. El mundo de siempre 24

24. El mundo de siempre 25

25. El mundo de siempre 26

26. El mundo de siempre 27

27. El mundo de siempre 28

28. El mundo de siempre 29

29. El mundo de siempre 30

30. El mundo de siempre 31

31. El mundo de siempre 32

32. El mundo de siempre 33

33. El mundo de siempre 34

34. El mundo de siempre 35

35. El mundo de siempre 36

36. El mundo de siempre 37

37. El mundo de siempre 38

38. El mundo de siempre 39

39. El mundo de siempre 40

40. El mundo de siempre 41

41. El mundo de siempre 42

42. El mundo de siempre 43

43. El mundo de siempre 44

44. El mundo de siempre 45

45. El mundo de siempre 46

46. El mundo de siempre 47

47. El mundo de siempre 48

48. El mundo de siempre 49

49. El mundo de siempre 50

50. El mundo de siempre 51

51. El mundo de siempre 52

52. El mundo de siempre 53

53. El mundo de siempre 54

54. El mundo de siempre 55

55. El mundo de siempre 56

56. El mundo de siempre 57

57. El mundo de siempre 58

58. El mundo de siempre 59

59. El mundo de siempre 60

60. El mundo de siempre 61

61. El mundo de siempre 62

62. El mundo de siempre 63

63. El mundo de siempre 64

64. El mundo de siempre 65

65. El mundo de siempre 66

66. El mundo de siempre 67

67. El mundo de siempre 68

68. El mundo de siempre 69

69. El mundo de siempre 70

70. El mundo de siempre 71

71. El mundo de siempre 72

72. El mundo de siempre 73

73. El mundo de siempre 74

74. El mundo de siempre 75

75. El mundo de siempre 76

76. El mundo de siempre 77

77. El mundo de siempre 78

78. El mundo de siempre 79

79. El mundo de siempre 80

80. El mundo de siempre 81

81. El mundo de siempre 82

82. El mundo de siempre 83

83. El mundo de siempre 84

84. El mundo de siempre 85

85. El mundo de siempre 86

86. El mundo de siempre 87

87. El mundo de siempre 88

88. El mundo de siempre 89

89. El mundo de siempre 90

90. El mundo de siempre 91

91. El mundo de siempre 92

92. El mundo de siempre 93

93. El mundo de siempre 94

94. El mundo de siempre 95

95. El mundo de siempre 96

96. El mundo de siempre 97

97. El mundo de siempre 98

98. El mundo de siempre 99

99. El mundo de siempre 100

A Dios.
 A nuestras familias.
 A nuestros colegas

INDICE GENERAL

	Página
Introducción	1
Problema	2
Justificación	3
Objetivos	4
Propósito	5
Marco teórico – conceptual	6
Marco referencial	15
Hipótesis	17
Diseño metodológico	18
Tablas y gráficos	22
Conclusión	41
Recomendaciones	42
Conclusión final	43
Bibliografía	44
Anexos	46

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Tabla	Página
Nro. 1:	Edad de los enfermeros	21
Nro. 2:	Enfermeros distribuidos por sexo	22
Nro. 3:	Formación de los enfermeros	23
Nro.4:	Según años de ejercicio	24
Nro. 5:	Capacitación de enfermería	25
Nro. 6:	Antigüedad en el servicio	26
Nro. 7:	Enfermeros por turno	27
Nro. 8:	Enfermeros por cantidad de pacientes	28
Nro. 9:	Existencia de protocolos	29
Nro. 10:	Distribución del trabajo	30
Nro. 11:	Evaluación del paciente con TEC	31
Nro. 12:	Parámetros de la Escala de Glasgow	32
Nro. 13:	Registro de la valoración inicial	33
Nro. 14:	Registro del ABC en historias clínicas	34
Nro. 15:	Items completos de la valoración neurológica	35
Nro. 16:	Items incompleto de la valoración neurológica	36
Nro. 17:	Valoración de la Escala de Glasgow	37
Nro. 18:	Valoración del ABC en historias clínicas y entre los enfermeros	38

Introducción

En este último tiempo, las comunicaciones han alcanzado su punto óptimo. Las computadoras han simplificado el trabajo de los hombres, y la salud no está al margen, en la actualidad los centros asistenciales manejan datos informáticos sobre los pacientes.

En enfermería como en otras disciplinas, todavía se deben confeccionar datos respecto a los pacientes que atienden, plasmado en hojas, la evaluación al ingreso de los mismos en su unidad, pasando por la evolución durante su estadía. Las notas deben ser concisas, claras y precisas sin emitir juicios de valor.

Con el presente trabajo se pretende demostrar, cuales son los factores relevantes desde el área del conocimiento y/o administrativos, que dificultan el registro de la valoración inicial de los pacientes con traumatismo encefalocraneal, que ingresan a terapia intensiva.

Este es un estudio llevado a cabo, en la Terapia Intensiva del Hospital Central.

Problema:

¿Existen factores que dificultan el registro de enfermería al efectuar la valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico, que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central en diciembre de 2005?

Justificación

El problema detectado es dependiente del proceso de atención de enfermería, de ello se desprende, que la valoración de enfermería es un método de información necesario, para la realización de los cuidados enfermeros.

Es indispensable que haya una correcta valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico, y el correspondiente registro de los hallazgos durante el ingreso, puesto que sirve como punto de partida para comparar la evolución, y así mismo orientar sobre las intervenciones necesarias, para prevenir complicaciones a futuro, con la finalidad de actuar en forma concreta frente a éstas, a fin de lograr la recuperación del nivel funcional óptimo, minimizando las secuelas.

Cabe señalar, que el registro sobre la valoración del paciente por parte de enfermería, es importante además, para fines administrativos, de investigación, docencia, como también jurídico por el peso legal que éste posee.

Esto nos lleva a plantear, que los motivos que dificultan los registro de enfermería, sobre la valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico que ingresa en la Unidad de Terapia Intensiva pueden ser:

- Falta de conocimiento y habilidad práctica sobre valoración del paciente
- El grado de complejidad que posee el paciente, al ingreso en la Unidad de Terapia Intensiva
- Relación entre cantidad de pacientes y número de enfermeros.

Objetivo general

Determinar factores, que dificultan los registros de la valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico, que ingresa en la Unidad de Terapia Intensiva, con la finalidad de mejorar la calidad de asistencia de enfermería.

Objetivo Específico

- a) Determinar el grado de conocimiento, que enfermería tiene sobre valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico.
- b) Identificar factores que determinan la calidad del registro enfermero.

Propósito

- a) Reflexionar sobre la importancia, que tiene la correcta valoración inicial del paciente que ingresa en la Unidad de Terapia Intensiva con TEC.
- b) Contribuir a la normatización de las acciones independientes de enfermería, en la recepción del paciente con TEC en la unidad de terapia intensiva.

Marco teórico – conceptual

Al comenzar la búsqueda bibliográfica inherente a este tipo de trabajo, se hace necesario definir el proceso de enfermería, como el soporte vital de nuestra profesión que ayuda, ordena y sistematiza los cuidados enfermeros. El mismo se constituye por cinco pasos bien definidos, a saber: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración inicia, cuando el enfermero aborda por primera vez al paciente que ingresa. Esta fase consta de dos partes: la recolección de información y el registro de la misma.

La recolección de datos es de cuatro tipos: objetivos, subjetivos, de antecedentes y actuales.

El segundo componente de la valoración, es el registro de enfermería que se define como la constancia escrita que se deja de los hechos, con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado ¹

El registro le permite al enfermero:

- Planificar: utilizar la información para evaluar la eficacia de las acciones enfermeras
- Educar: ya que de él, se extrae información útil, para elaborar planes de enseñanza.
- Investigar
- Controlar calidad: Revisar la atención de enfermería a través del expediente, es posible vigilar la atención proporcionada y la competencia del personal que los administra.
- Comunicar: ya que se convierte en un medio, por el cual el resto de los profesionales de salud, se mantienen informados de la evaluación y hallazgos del paciente.
- Documentación legal: el registro de enfermería se admite como prueba judicial ante un pleito.
- Estadística: de ellos se desprenden la planificación de las necesidades de la comunidad
- Acreditaciones y licencias institucionales: hay organizaciones que para dar acreditaciones y licencias, revisan las historias clínicas para confirmar que las instituciones satisfacen las normas impuestas.
- Reembolso: Las instituciones se sirven de las historias clínicas, para justificar la prestación que se le ha realizado al paciente antes las obras sociales.

¹ DUGAS. Tratado de Enfermería Práctica. Mc Grill Interamericana. 4ta. Ed. México. 1994. Cap.10. pág. 166-167

Los registros de enfermería, se rigen por normas para su confección, estas son:

- Escribir con tinta
- Realizar anotaciones concretas y concisas, con letra clara y de imprenta
- Usar solo abreviaturas consensuadas entre todo el equipo, para no inducir confusión a la hora de su lectura
- No borrar ni usar líquido corrector, si se ha equivocado, tachar con una sola línea y colocar no corresponde.
- No dejar espacios en blancos, ni escribir entre renglones
- Registrar los datos en forma cronológica, si existiese olvido, se hace un llamado de atención, y luego al pie se colocará "otro si digo", y a posterior se continuará el registro.
- Solo anote los datos que sean pertinentes, sin emitir juicios de valor u otro comentario que dañe la permanencia del paciente, y que sean irrelevantes para su tratamiento.
- Cada anotación debe tener fecha y hora, como también firma y sello de ser posible, o bien aclaración de firma y número de matrícula del enfermero que la realiza.

Valoración inicial del traumatismo encefalocraneal.

El traumatismo encefalocraneal (TEC), es una grave lesión del cerebro o de las estructuras intracraneales. La fisiología general de las lesiones cefálicas entre moderadas y graves que vienen dadas por el edema cerebral, los déficit motosenso-riales, el déficit cognitivo y el incremento de la presión intracraneal (PIC). Tras la lesión cerebral inicial, puede aparecer un daño secundario derivado de hernia cerebral, isquemia o hipoxemia. La intensidad y duración de los efectos del deterioro fisiológico, varían en función del daño cerebral y de los cuidados poslesionales²

La valoración que se realiza al ingresar un paciente con lesión neurológica, es la evaluación más importante. Cualquier observación posterior, debe tener como base lo que se halló inicialmente. De este modo, es decisivo establecer un estimación precisa.

Se debe tener en cuenta, que el grado de mortalidad de un paciente politraumatizado tiene tres momentos. Primer momento, hay lesión de grandes vasos con sangrado masivo o lesiones en órganos vitales como riñón, corazón, bazo, etc. El segundo momento ocurre en horas, y está ocasionado más precisamente por lesiones cefálicas, pulmonares y fracturas de huesos largos con compromiso de grandes vasos. El último momento se observa en días o semanas, ocasionados sobre todo por complicaciones del segundo momento como por ejemplo: septicemia en el caso de gran-

² CHIPPS – CLANIN – CAMPBELL. Trastornos Neurológicos. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Mosby – Doyma. Barcelona 1994. Cap 4. Pág. 47

des cirugías, o por el uso de respiradores; edema pulmonar; shock neurogénico; neumopatía; trombosis; deterioro del estado nutricional; escaras; etc.

Durante una primera evaluación rápida del paciente con TEC, se identifican las afecciones que ponen en peligro la vida. Esta evaluación cuenta con los siguientes factores:

- Permeabilidad de las vías respiratorias con control de la columna cervical
- Respiración (ventilación – oxigenación)
- Circulación y control de hemorragia
- Valoración neurológica

La valoración neurológica incluye cinco aspectos importantes, a saber:

- Nivel de conciencia
- Respuesta pupilar
- Respuesta motora
- Respuesta sensorial
- Signos vitales

Nivel de conciencia

La conciencia consta de dos elementos: el grado de vigilia y la orientación.

La vigilia indica lo despierto que se encuentra la persona. La orientación hace referencia a la interpretación de los estímulos sensoriales, con una respuesta adecuada³. La orientación tiene tres categorías: persona, lugar y tiempo⁴. Se deben formular preguntas cortas que permitan una única respuesta EJ: ¿Qué año es? ¿Cuál es su apellido?

Dentro del nivel de conciencia también se incluyen:

- Memoria: reciente y lejana
- Lenguaje: cuyas categorías son: lenguaje espontáneo, forzado, incomprensible, comprensión de órdenes simples y complejas.

La escala de coma de Glasgow, se aplica para determinar rápidamente el nivel de conciencia⁵. La escala consta de valorar tres parámetros: mejor respuesta al abrir los ojos, mejor respuesta verbal y mejor respuesta motora. Se le asigna al paciente una calificación en cada categoría y luego se suman las tres. El puntaje óptimo varía entre 11 y 15.

³ Ibid. 2. Cap 2 pág. 20

⁴ PARKER et al. Manual de Enfermería en el Area de Urgencia. Grupo Noriega. México. 1992. Vol 2. Cap. 20. Pág. 431

⁵ Ibid. 3

Escala de Glasgow	
	Puntuación
La mejor respuesta al abrir los ojos	
Abiertos espontáneamente	4
A la voz	3
Al dolor	2
No hay respuesta	1
La mejor respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta	1
La mejor respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Hace ademán de retirarse ante el dolor	4
Flexión ante el dolor	3
Extensión ante el dolor	2
No hay respuesta	1

Al usar la escala de Glasgow, indique si ciertas respuestas no pueden valorarse, porque el paciente ha sido entubado o inmovilizado, o los ojos están edematizados y no puede abrirlos. El estímulo doloroso, se puede practicar con un suave masaje esternal, o ligera presión sobre el lecho ungueal, o la hendidura supraorbitaria⁶

A continuación se presentan los niveles de conciencia anormales

Confusión	Respuesta inadecuada a preguntas. Delirio, alucinaciones, inquietud, excitabilidad. Disminución de la atención y de la memoria
Letargo – obnubilación	Somnoliento, muy bajo grado de atención Responde adecuadamente cuando está despierto Se queda dormido con facilidad
Estupor	Despierto durante periodos breves, con estímulos visuales, verbales o dolorosos. Movimientos lentos. Cabeza caída. Mirada fija
Coma	Ni despierto ni orientado. Responde al dolor retirando el miembro de la fuente de dolor. Se habla de coma profundo cuando no hay respuesta a ningún estímulo.

⁶ Ibid. 2. Cap 2. Pág. 22

Respuesta pupilar

Las pupilas deben examinarse para determinar su tamaño, la relación entre ellas y su reacción a la luz.

Clasificación pupilar

<i>Según el tamaño</i>	Mióticas	Diámetro <2 mm
	Medias	Diámetro >2 y <5 mm
	Midriáticas	Diámetro >5 mm
<i>Según la relación entre ellas</i>	Isocóricas	Iguales
	Anisocóricas	Desiguales
	Discóricas	Forma irregular
<i>Según la respuesta a la luz</i>	Reactivas	Contracción al acercar el foco luminoso
	Arreactiva	Inmóviles al acercar el foco luminoso

Ransohoff y Fleisher. Traumatismos craneales. JAMA. 1975

Respuesta motora

Hay que determinar, si el paciente se mueve en forma espontánea, o si para moverse requiere estimulación. Cuando los cambios mentales impiden que el paciente siga instrucciones, se recurre entonces al uso de estímulos álgicos, para evaluar la respuesta motora, es esta instancia el paciente puede mostrar una postura de decorticación o descerebración en forma espontánea.

Inspecciones los músculos por la hipertrofia o atrofia evidente, fasciculaciones y espasmos. El tamaño debe ser bilateralmente simétrico, aunque no de forma aproximada, sin atrofia ni hipertrofia⁷.

El tono muscular, es la firmeza o tensión de los músculos⁸. El tono debe ser firme, no debe observarse rigidez (aumento de la resistencia muscular, en todo el arco de movimiento de la articulación), espasticidad (aumento de la resistencia muscular a un movimiento enérgico de la articulación), o hipotonía (flacidez) en los movimientos pasivos⁹.

La evaluación de la fuerza de cada grupo muscular, suele acompañarse de la valoración del rango de movimiento de la articulación asociada¹⁰. Observe si la debi-

⁷ SEIDEL - BALL - DAINS - BENEDICT. Manual Mosby de Exploración Física. Océano Mosby. España. 2003. Vol 3. Cap 20. Pág. 710

⁸ Ibid 2 Cap 2. Pág. 32

⁹ ALSPACH. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto. Mc Grill Interamericana. 5ta. Ed. México. 2000. Cap3 pág. 382

¹⁰ Ibid. 7

lidad sigue un patrón de distribución, como distal proximal, derecha izquierda, extremidad hacia arriba o extremidad hacia abajo¹¹

Respuesta sensorial

En la valoración de la respuesta sensorial se toman los siguientes parámetros: dolor, tacto superficial, temperatura, propiocepción (capacidad de conocer la posición del cuerpo y sus partes sin mirar directamente a ellas). Estos parámetros normalmente ayudan a la persona a ser consciente de las alteraciones de los medios internos y externos por ello, cualquier alteración de la sensibilidad disminuye la capacidad de protegerse de manera completa y precisa.

Signos vitales

Los cambios en los signos vitales asociados con el aumento de la PIC se presentan, generalmente, después de una alteración en el nivel de conciencia y representa una respuesta compensatoria para la perfusión y preservación del cerebro

Temperatura

La temperatura desciende por lo regular inmediatamente después de producirse una lesión. Nótese si se alcanza un punto máximo o si existe una tendencia gradual a aumentar¹².

La hipertermia incrementa aún más las necesidades metabólicas del sistema nervioso central, y debe ser combatida en forma vigorosa. La hipotermia, si es extrema, puede producir disritmias cardíacas. La hipotermia moderada puede ser de utilidad en el control de la PIC y para mejorar el desenlace en pacientes con lesiones craneales¹³.

Pulso y presión arterial

Si bien son vitales para la valoración general y la atención de enfermos graves, es evidente que son parámetros poco confiables. Cuando ocurren cambios, se observan de manera tardía en el curso de una elevación de la presión intracraneal, de modo que su valor clínico es limitado¹⁴. Los pacientes con lesión craneana cerrada no presentan un estado de hipotensión como resultado de la lesión craneana, salvo como un hecho terminal. Cuando se presenta hipotensión en pacientes con esta afectación hay que pensar que tiene una pérdida del volumen sanguíneo en otra región.

El reflejo de Cushing es un incremento en la presión sistólica de mayor magnitud que el aumento de presión diastólica. Este reflejo ensancha la presión del pulso

¹¹ Ibid 9. Pág 383

¹² Ibid. 4 pág. 434

¹³ Ibid. 9 pág. 388-389

¹⁴ Ibid. 9 pág. 389

y en ocasiones causa desaceleración refleja de pulso. Algunas veces se observa en pacientes que tienen periodos de aumento de la presión intracraneal¹⁵.

Si presenta taquicardia junto con dolor, ansiedad, miedo, cólera o hipoxia. Un hallazgo crítico es una bradicardia intensa que frecuentemente se presenta antes de cualquier cambio en la presión sanguínea. Comúnmente aparecen arritmias sinusales¹⁶.

Respiración

Es extremadamente importante hacer una evaluación respiratoria porque no sólo ayuda a determinar la capacidad respiratoria del paciente, sino que también constituye un medio útil de diagnóstico¹⁷.

La hipercapnia o hipoxia produce vasodilatación, aumento del volumen de sangre en el cerebro y, en pacientes con afección de dinámica intracraneal, incremento de presión de la cavidad craneal. Las disritmias respiratorias con frecuencia se correlacionan con lesiones en diferentes niveles, pero los efectos varían y dependen de otros factores¹⁸. Los patrones respiratorios que se pueden encontrar son:

<i>Tipo de respiración según zona cerebral afectada</i>	
<i>Zona Cerebral</i>	<i>Tipo de respiración</i>
<i>Corteza</i>	Cheyne - Stokes
<i>Mesencéfalo</i>	Hiperventilación neurogénica central (HVNC)
<i>Puente</i>	Respiración apnéutica
	Respiración en racimo
<i>Médula</i>	Respiración atáxica
	Respiración agónica

Otros datos que se pueden agregar a la valoración inicial

Nervios craneales

Para una valoración más rápida se toman sólo los siguientes grupos de pares craneales: 1er. Grupo: II, III, IV y VI; 2do. Grupo lo conforman: IX y X. Esto corresponde, en el primero al óptico, motor ocular común, patético y motor ocular externo, con ellos se aprecian los signos oculares, donde se efectúa la visión, los movimientos extraoculares, contracción pupilar, acomodación y elevación del párpado superior. En el segundo grupo, glosofaríngeo y vago, son responsables del reflejo

¹⁵ Ibid. 4 pág. 435

¹⁶ Ibid. 4 pág. 436-437

¹⁷ Ibid. 4 pág. 439

¹⁸ Ibid. 9 pág. 389

nauseoso y de la capacidad de deglutir, como también el control del reflejo de la presión sanguínea, el pulso y la respiración¹⁹

Cabeza

Se evaluará el cuero cabelludo para detectar laceraciones, cuerpos extraños, deformidades del cráneo o cualquier fuente de sangrado. Se observa equimosis o contusiones en cabeza y cara; el signo de Battle, que consiste en equimosis sobre el mastoide (que suele asociarse con la fuga de LCR por el oído), es un patrón claro de equimosis que a menudo se asocia con fractura de la región basal posterior del cráneo. Los ojos de mapache o panda son equimosis periorbitales por fractura basal de la fosa anterior del cráneo que acompaña con frecuencia las fugas de LCR por la nariz. Estos patrones muchas veces se observa en la sala de guardia pero otras veces se observan durante la fase de evolución del TEC en una sala de internación, y es motivo de revaloración neurológica más detallada acompañado de estudios complementarios.

En conclusión el manejo inicial del paciente con TEC debe constar con las siguientes premisas:

- 1- Asegurar el transporte de oxígeno evaluando la entrada del mismo. Saturación de O₂, frecuencia respiratoria; también el estado de conciencia como indicador de aporte deficiente del mismo gas.
- 2- Evitar la hiperventilación. Algunos autores destacan que la hiperventilación reduce de manera notoria la presión intracraneana ya que la hipocapnia induce un descenso del flujo sanguíneo cerebral y por ende del volumen sanguíneo cerebral responsable de la caída de la presión intracraneana. Pero también se sabe que una reducción del pH extracelular cerebral puede causar vasoconstricción del lecho vascular cerebral y limitar el flujo sanguíneo²⁰. También hay que destacar que la hiperventilación lleva al paciente a presentar alcalosis respiratoria dificultando aún más el pronóstico de vida²¹.
- 3- Asegurar la normovolemia puesto que un descenso del volumen circulante en el organismo de un 25% con lleva a shock hipovolémico con resultados omníscos para la persona. Por ello se debe asegurar un acceso venoso y perfundir soluciones isotónicas como cloruro de sodio y en preferencia Ringer lactato que aporta electrolitos extra, no se debe colocar soluciones glucosadas salvo hipoglucemia, ya que el cerebro metaboliza la dextrosa y deja agua libre que absorben las células y contribuyen al edema cerebral²².

¹⁹ Ibid. 4 pág. 440

²⁰ CABEZAS - SANCHEZ. Terapia Intensiva. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Edición Panamericana. 3ra.ed. Argentina. 2000. Cap 6. Pág. 239

²¹ HORNE - SWEARINGEN. Guía Clínica de Enfermería: Líquidos, Electrolitos y Equilibrio Ácido-Base. Mosby - Doyma. 2da. Ed. España 1994. Cap14 pág. 164

²² KITT - KAISER. Urgencias en Enfermería. McGraw - Hill Interamericana. México. 1992. Cap18 pág. 430

- 4- Mantener el flujo cerebral colocando la cabecera de la cama entre 30° y 45° sobre el plano horizontal.
- 5- Evitar la presencia de ansiedad o dolor ya que esto promueve el estado de agitación con el subsiguiente estado de hiperventilación que limita el flujo sanguíneo.
- 6- Mantener la temperatura evitando la hipertermia puesto que aumenta la necesidad de oxígeno a nivel celular.
- 7- Controlar los ingresos y egresos puesto que las lesiones en la cabeza trae aparejado diversos tipos de desequilibrios como la hipernatremia, síndrome de secreción inadecuada de ADH, retención cerebral de sodio o elevación de los niveles plasmáticos de cortisol.
- 8- Control de la glucemia: la hiperglucemia como la hipoglucemia con causas de lesión secundaria de origen sistémico, puesto que la hipoxia causa glucólisis anaeróbica con la disminución de la producción de adenosina trifosfato (ATP) dando inicio al edema cerebral citotóxico²³.
- 9- Prevención de convulsiones
- 10- Prevención de infecciones debidas a laceraciones del cuero cabelludo o heridas penetrantes. A nivel sistémico por neumonía relacionadas a la broncoaspiración o por dispositivos venosos.

²³ Ibid. 22 pág. 429

Marco Referencial

Servicio de Terapia Intensiva

El Servicio de UTI esta ubicado en el Ala Oeste del 4to. Piso del Hospital Central, en una zona de circulación restringida, con una superficie propia de 468 m². El servicio esta diseñado con tres salas de internación y de una dotación de 16 camas divididos de la siguiente manera:

Terapia de alta complejidad: 4 camas
Terapia de mediana complejidad: 6 camas
Terapia intermedia: 6 camas

Siguiendo los lineamientos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) sería una Unidad de Terapia Intensiva 2 (UTI2), es decir, un servicio de internación para pacientes críticos que requieren atención médica y de enfermería permanente y constante, con dotación propia de personal técnico y profesional, que debe contar con unidad de terapia intermedia (UTIm)

Posee sala con visión directa desde el puesto de enfermería, baño en cada una de ellas, dos lavabos por sala, iluminación artificial y natural. Posee un sector destinado para la permanencia de acompañantes con teléfono para la recepción de llamadas desde el exterior del nosocomio y un portero donde se comunican con el interior de la UTI, posee baños y asientos para el confort de los acompañantes durante su estancia.

Los pacientes estan ubicados en tres salas diferentes como se señala anteriormente, las dos primeras, la de alta y mediana complejidad, poseen un puesto de control en común y otro puesto en la tercera, esto constituye también el lugar de trabajo de los enfermeros, pudiendo observar todas las camas.

Sobre el recurso humano con que cuenta la unidad de Terapia Intensiva, se cita:

Personal médico: integrado por un jefe de servicio con dedicación exclusivo y concurrencia diaria al servicio. 8 médicos con especialidad en terapia intensiva con guardia de 24 horas semanales. Un médico reemplazante que cubre licencias y ausentismos. 8 residentes de las especialidades de clínica médica y cirugía que hacen pasantía por el servicio teniendo a su cargo la unidad de terapia intermedia, supervisado por el médico especialista.

Plantel de enfermería: esta precedida por un encargado que cumple funciones de jefe de unidad con título de enfermero profesional, con una carga horaria de 7 horas por día y 40 semanales.

El plantel esta compuesto por 22 enfermeros distribuidos en 8 horas diarias, cumpliendo en total 40 horas semanales, con un promedio de 5 enfermeros por turnos, generalmente en turno noche el promedio es de 4 enfermeros. Se ve reforzado el turno mañana por la dinámica de la institución y del servicio, siendo la mañana donde se encuentra la mayor actividad.

Entre los profesionales que concurren a UTI se encuentran:

Kinesiólogos

Nutricionistas: siendo dos encargadas de las dietas de los pacientes y la vía de administración

Personal de Limpieza: solo para turno mañana y tarde, por la noche se encarga el personal asignado para el servicio de guardia general.

Personal Administrativo: cuenta con una secretaria cuya función es la realización de todo trámite relacionado con la confección, ordenamiento, e informe de hospitalización, encuesta a familiares y trámites en servicio de admisión y documentación clínica, además de recepción y despacho de interconsulta y notas médicas.

La dinámica del servicio en UTI, es constante, la rutina diaria se inicia con la llegada del personal, el pase de guardia, novedades, posteriormente se hacen presente los médicos residentes, quienes examinan, evalúan y evolucionan al paciente asignado. Aproximadamente a las 8.30 horas se inicia la revista de sala a cargo del jefe de servicio con la presencia del médico de guardia saliente y entrante, enfermera en jefe y enfermeros de turno; y en algunas ocasiones la enfermera en control de infecciones y nutricionista.

La actividad de enfermería es exigente tanto desde el punto de vista psíquico como físico. Sus acciones están dirigidas a efectuar controles y procedimientos como control de signos vitales, colocación de catéteres endovenosos, sondas, balances de ingresos y egresos, higiene y confort, rotaciones, curaciones, control de equipamiento, aspiración de secreciones, preparación para estudios; como también asistencia al médico en procedimientos invasivos como colocación de vías centrales, cirugías menores, intubación endotraqueal, etc.

En nuestra opinión la función de enfermería es netamente asistencialista dirigida a los cuidados inmediatos de los pacientes en esa unidad, y a la vez exigente como se mencionó anteriormente. Por el ritmo de 40 horas semanales, nos refieren los enfermeros, que no poseen beneficio remunerativo en comparación con colegas de otros servicios menos complejos, esto los lleva a tener alto índice de ausentismo y pérdida del interés por perfeccionamiento en la ciencia de la enfermería.

Hipótesis

Los factores que influyen en el registro de la valoración inicial del paciente con TEC al ingreso en la Unidad de Terapia Intensiva, se encuentran dentro de las áreas del conocimiento y administrativas.

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

El presente trabajo es un estudio cuantitativo ya que implica recolectar datos en forma sistemática. Se confeccionó una encuesta para la recolección de datos luego se analizaron los mismos obteniendo de ellos, mediante procesos estadísticos, los resultados. Se esbozó pequeños números de conceptos que a posterior comenzamos a interrelacionarlos entre sí formando la hipótesis del estudio.

Es transversal ya que las variables que arroja el problema se estudiaron simultáneamente en un momento haciendo un corte en el tiempo.

Es descriptivo porque nos permite ordenar los hallazgos de las observaciones, o sea conocer como es o como esta la situación de las variables que se pretenden conocer en esta población.

Area de Estudio

Unidad de Terapia Intensiva
Cuarto Piso. Hospital Central
Departamento de Capital
Provincia de Mendoza

Universo

En la presente investigación se tomará como unidad de observación la totalidad de los enfermeros que desempeñan tareas en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central (22 enfermeros).

También se seleccionará a los pacientes que ingresan a la UTI con diagnóstico de Traumatismo Encéfalo craneal (TEC). (32 pacientes)

Muestra

Todos los enfermeros que se encuentran cumpliendo funciones en la Unidad de Terapia Intensiva. (20 enfermeros).

Selección de pacientes que ingresan con TEC a la UTI. (32 pacientes)

Instrumentos a utilizar

Se utilizó una encuesta destinada a enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva, el resultado se somete a estudio de interpretación.

Para los pacientes se elabora una grilla donde se hace constar por medio de la variable principal dimensionada, los resultados obtenidos.

Definición y medición de variables

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Operacionalización	Categorización	Tipo de variable
Registro de valoración inicial del TEC	Documentación de la información concreta que se obtiene de un paciente	Datos	Constantes vitales	FC	SI - NO	Variable dependiente
				FR	SI - NO	
				T°	SI - NO	
				TA	SI - NO	
			Nivel de conciencia	Mejor respuesta al abrir los ojos	SI - NO	
				Mejor respuesta verbal	SI - NO	
				Mejor respuesta motora	SI - NO	
			Respuesta pupilar	SI - NO		
			Respuesta motora	SI - NO		
			Respuesta sensorial	SI - NO		
		Normativa	Uso de tinta	SI - NO	Variable dependiente	
			Anotación concreta	SI - NO		
			Uso de abreviatura	SI - NO		
			Enmienda	SI - NO		
	Espacios en blanco	SI - NO				

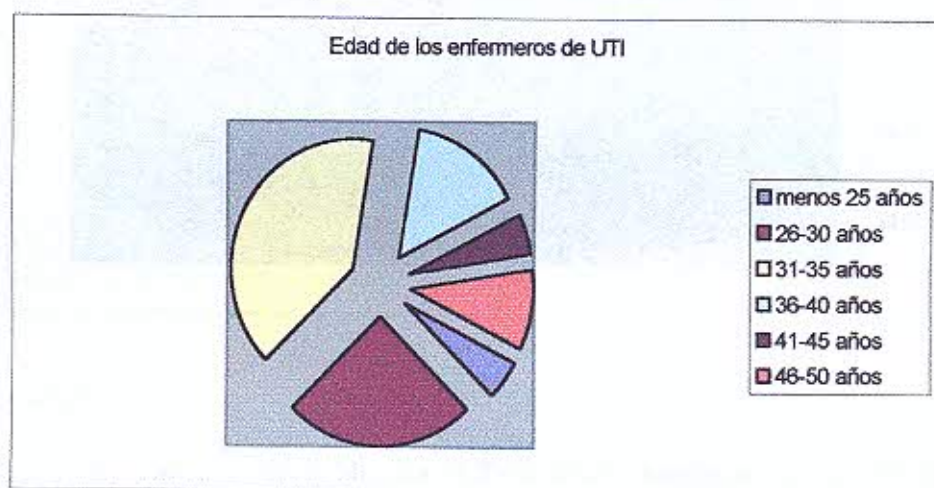
Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Operacionalización	Categoría	Tipo de Variable
Factores de conocimiento	Conjuntos de elementos del saber enfermero que influyen y/o determinan el accionar frente a circunstancias concretas que necesitan de su intervención		Formación Sexo Años de ejercicio Antigüedad en UTI Capacitación		Aux. – Enf. – Lic. M – F -5, 6-10, 11-15, +16 -5, 6-10, +11 SI - NO	Variable independiente
Factores Administrativos	Conjunto de elementos organizativos, que influyen en el accionar de enfermería		Cant. De Enf. Por turno Cant. De ptes. Por enf. Por turnos Protocolo Distribución de tareas		Preguntas abiertas Preguntas abiertas SI – NO Por pacientes Por turno	Variable independiente

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla Nro. 1: Enfermeros por edad en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central de Mendoza. Diciembre 2005

Edad	Frecuencia absoluto	Frecuencia relativa
menos 25 años	1	5%
26-30 años	5	25%
31-35 años	8	40%
36-40 años	3	15%
41-45 años	1	5%
46-50 años	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central de Mza. Dic-05



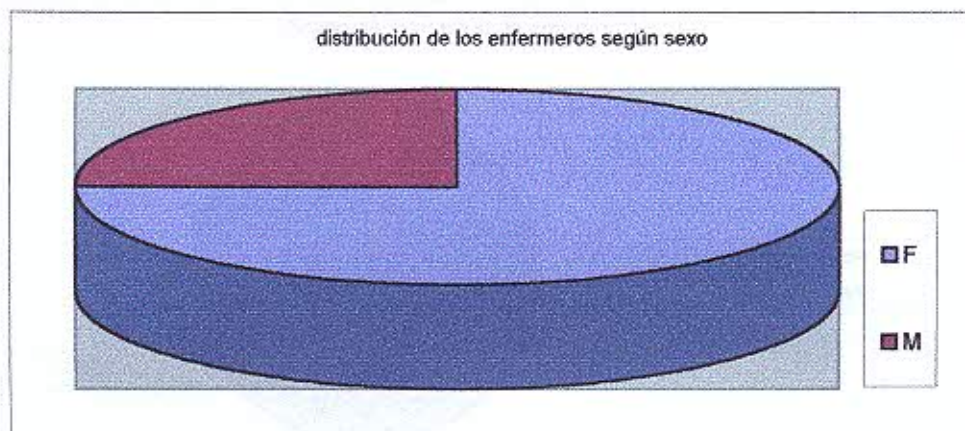
Comentario:

De lo observado en esta tabla, podemos decir que de los enfermeros encuestados en la UTI del Hospital Central, el 70 % son menores de 36 años, el 20% oscila entre los 36 y los 45 años, y el 10% tiene entre 46-50 años. De lo que se desprende, que es un servicio integrado mayormente por adultos jóvenes.

Tabla Nro. 2: Enfermeros distribuidos por sexo en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 20005

SEXO	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
F	15	75%
M	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central. Mendoza Dic-05



Comentario:

Observamos en esta tabla, que el 75% de los enfermeros de la UTI del Hospital Central son mujeres.

Tabla Nro. 3: Enfermeros según grado de formación en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005

Grado de Formación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Auxiliar de enf	1	5%
Enfermero	19	95%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005



Comentario:

De esta tabla se desprende, que el 95% de los enfermeros de la UTI, tienen título de pregrado, y un 5% es auxiliar de enfermería, y no hay ningún personal con título de grado ni posgrado.

Tabla Nro. 4: Enfermeros por años de ejercicio en la profesión en la Unidad de Terapia Intensiva. Del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005

Años de Ejercicio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
menos 5 años	9	45%
6-10 años	4	20%
11-15 años	5	25%
más 16 años	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



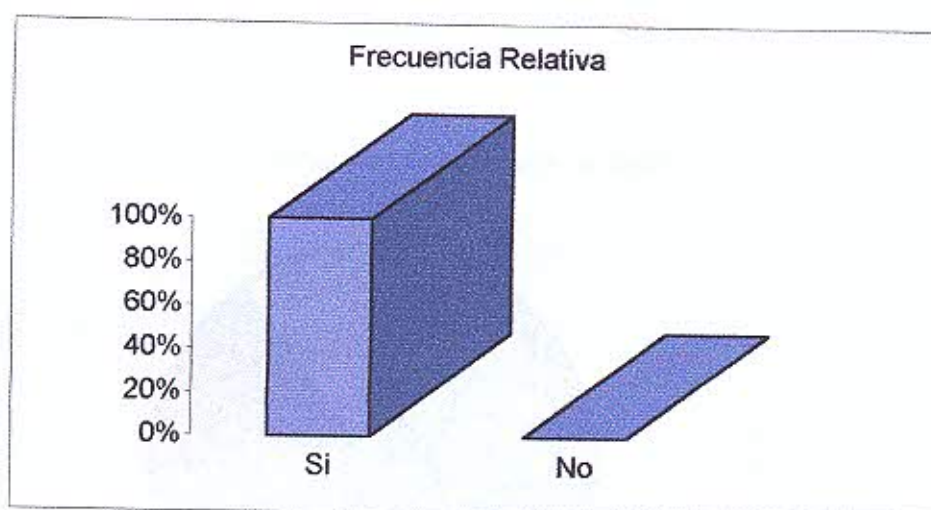
Comentario:

En esta tabla observamos, que los enfermeros de UTI del Hospital Central con respecto a los años de ejercicio en la profesión, el 45% tienen menos de 5 años en ella, el otro 45% está entre los 6 y los 15 años. De todo lo anterior se deduce, que la Unidad de Terapia Intensiva posee en su mayoría, personal joven en el ejercicio de su profesión.

Tabla Nro. 5: Enfermeros según cursos de capacitación que realiza en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Cursos de Capacitación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	20	100%
No	0	0
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas Realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



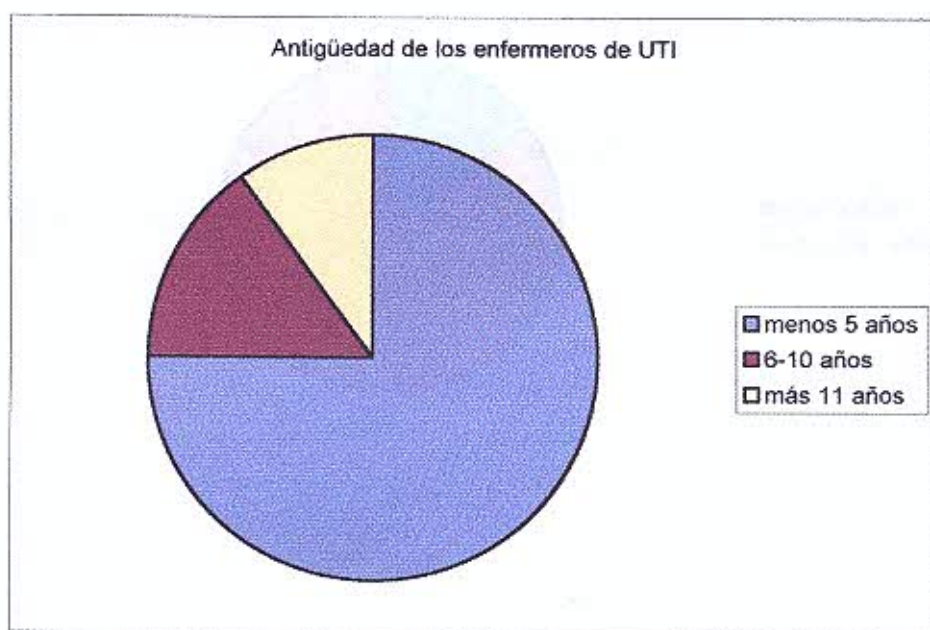
Comentario:

En la presenta tabla, cabe señalar que el 100% de los enfermeros encuestados, han realizado cursos de perfeccionamiento en manejo inicial del politraumatizado. Esto se debió, a que existe un programa de educación continua, realizado por la Unidad de Trauma de dicho nosocomio en toda la institución, comenzando por Terapia Intensiva, con carácter obligatorio, y devolución de horas para el personal.

Tabla Nro. 6: Distribución de enfermería por antigüedad en el servicio de UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Antigüedad En el Servicio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
menos 5 años	15	75%
6-10 años	3	15%
más 11 años	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



Comentario:

En esta tabla observamos que el 75% de los enfermeros de la UTI del Hospital Central, tienen menos de 5 años de antigüedad en el servicio, un 15% entre los 6 y 10 años, y el resto 11 años de servicio.

Tabla Nro. 7: Enfermeros por turno en la Unidad de Terapia Intensiva del hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005

Cant. Enfermeros por turno	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
menos 3 enf	3	15%
4-6 enfermeros	17	85%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



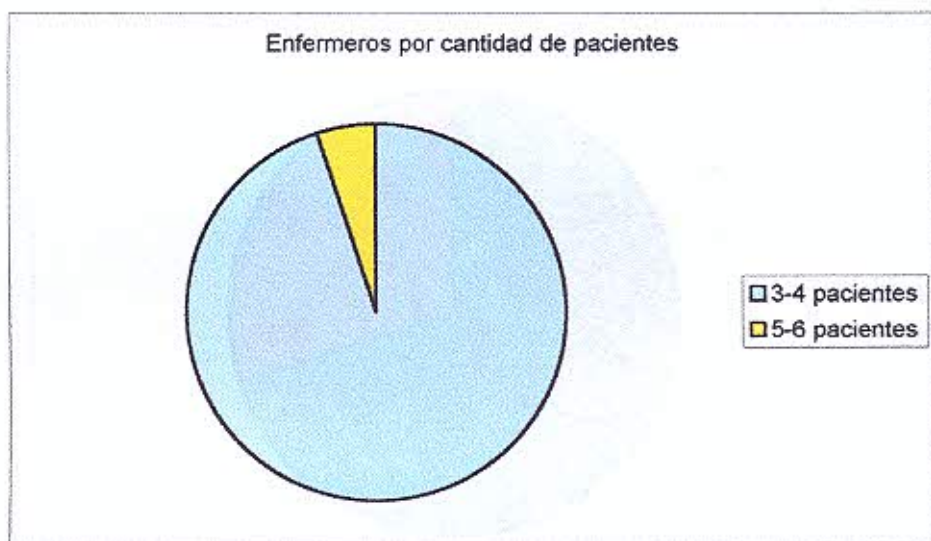
Comentario:

La tabla anterior nos señala, que en la mayoría de los turnos trabajan de 4 a 6 enfermeros y sólo un 15% del total trabajan de a 3 enfermeros por turnos, esto se puede deber a licencia o parte médico del personal, o también, al ausentismo.

Tabla Nro. 8: Enfermeros por cantidad de pacientes que atienden cada uno por turno, en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Enfermeros por pacientes	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
3-4 pacientes	19	95%
5-6 pacientes	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



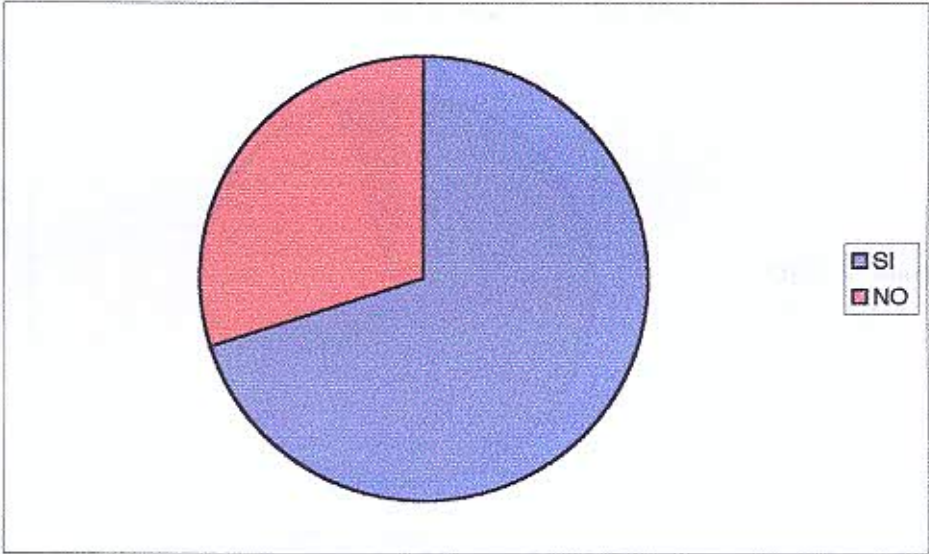
Comentario:

En esta tabla observamos, que sólo el 5% de los enfermeros tienen asignado de 5 a 6 pacientes por turno, y el 95% restante tiene de 3 a 4 pacientes por turno a su cuidado.

Tabla Nro. 9: Enfermeros según conocimiento de la existencia de protocolos para manejo de pacientes con Traumatismo encefalocraneal, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Enf. Según conocimiento de protocolos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	16	70%
NO	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



Comentario:

En esta tabla observamos, que la mayoría de los enfermeros, el 70% conoce la existencia de protocolo para el manejo de pacientes con Traumatismo encefalocraneal, y el 30% lo desconoce.

Tabla Nro. 10: Enfermeros según la distribución del trabajo en UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Distribución del trabajo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
por pacientes	19	95%
por Tareas	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



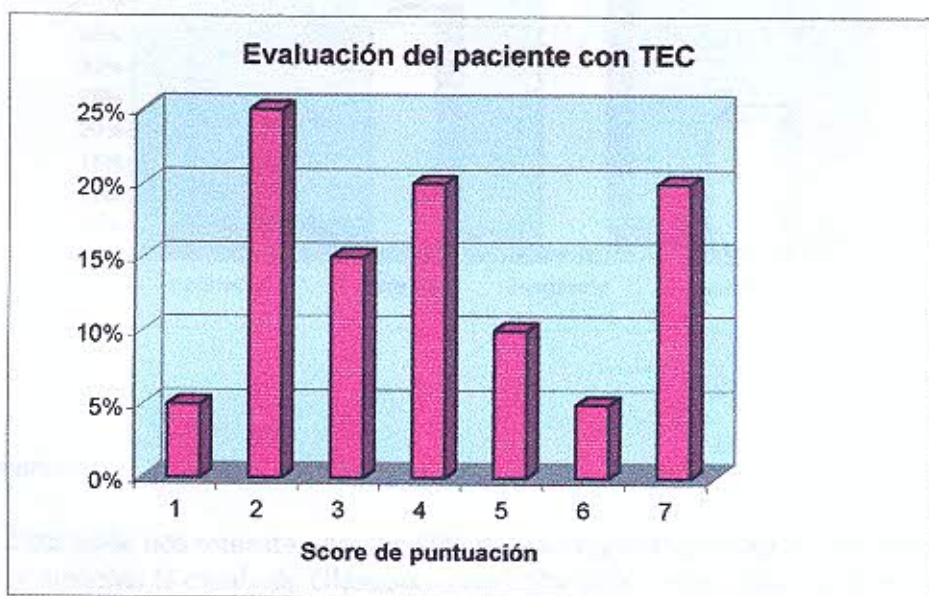
Comentario:

En esta tabla se puede observar que sólo el 5% de los enfermeros se distribuye el trabajo por tareas, y el 95% restante por pacientes asignados.

Tabla Nro. 11: Enfermeros según evaluación de pacientes con traumatismo encefalocraneal por orden de prioridades en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Evaluación Pte. Con TEC	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
0	1	5%
1	5	25%
2	3	15%
3	4	20%
4	2	10%
5	1	5%
6	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



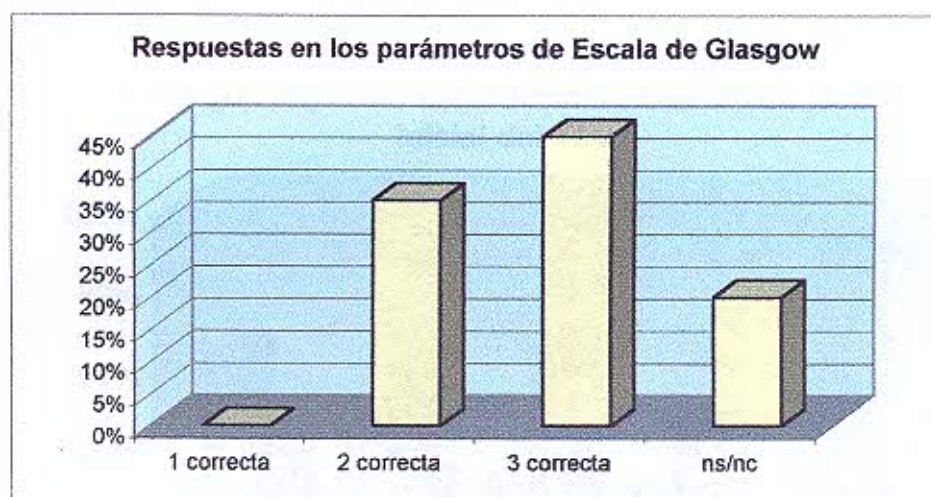
Comentario:

La tabla nos muestra que un 25% de los enfermeros encuestados sólo han contestado una respuesta correcta, le sigue el 20% que corresponde a enfermeros que han respondido tres o seis correctas.

Tabla Nro. 12: Enfermeros según respuestas en los parámetros de la escala de Glasgow en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Parámetros Esc. Glasgow	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1 correcta	0	0%
2 correcta	7	35%
3 correcta	9	45%
ns/nc	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre 2005



Comentario:

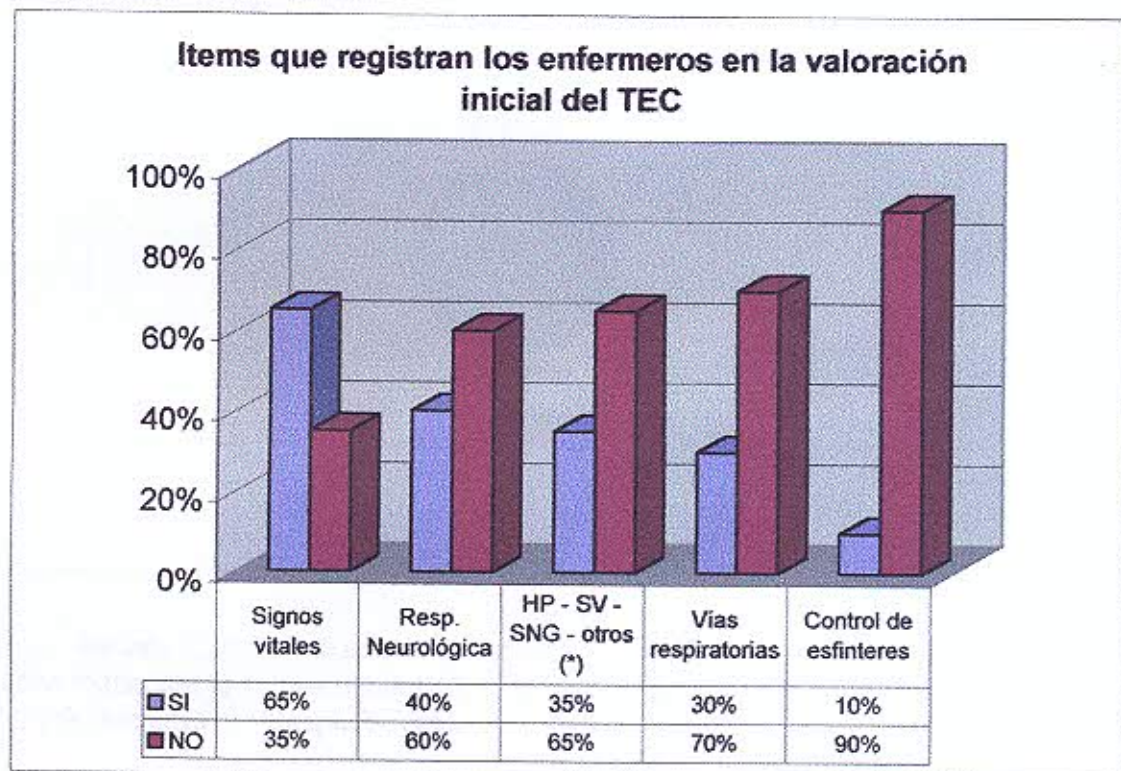
Esta tabla nos muestra, que un 45% de los enfermeros conocen los parámetros en que se sustenta la escala de Glasgow, otro 35% sólo conoce dos parámetros, y un 20% no contesta o no lo sabe.

Tabla Nro. 13: Enfermeros según lo que registran en la Valoración Inicial. Del paciente con TEC en la UTL Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Items que registra enfermería en la valoración	SI		NO		TOTAL
	N°	%	N°	%	
Signos vitales	13	65%	7	35%	20
Resp. Neurológica	8	40%	12	60%	20
HP - SV - SNG - otros (*)	7	35%	13	65%	20
Vías respiratorias	6	30%	14	70%	20
Control de esfínteres	2	10%	18	90%	20

Fuente: Eleboración propia, sobre datos extraídos de las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI del Hospital Central.

Mendoza. Diciembre. 2005



Comentario:

En la tabla podemos visualizar, que el 65% de los enfermeros de UTI documentan los signos vitales de los pacientes que ingresan a ese servicio, mientras que el 70% de los mismos registran la valoración de las vías respiratorias, como también, el 60% no registra la respuesta neurológica.*

* HP: Hidratación parenteral. SV: sonda vesical. SNG: sonda nasogástrica.

Tabla N° 14: Historias Clínicas de pacientes con TEC ingresados al servicio de UTI según registro del ABC*. Hospital Central. Mendoza. Diciembre 2005.

Registro del ABC	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	30	94%
NO	2	6%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia, según datos recabados de historias clínicas de pacientes con TEC, ingresados en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre.2005



Comentario:

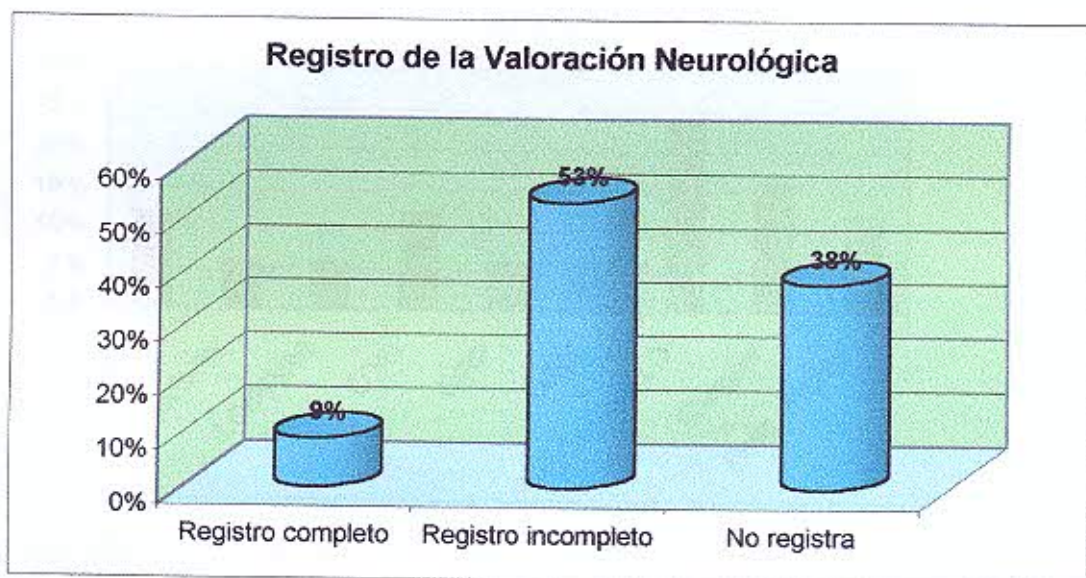
En esta tabla visualizamos, que el 94% de las historias clínicas observadas, tienen registrado la valoración del ABC, al ingreso del paciente en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Central.

* A: Vía aérea permeable. B: Respiración y ventilación. C: Circulación

Tabla Nro. 15: Historias clínicas de pacientes con TEC según registro de los ítems completos de la valoración neurológica. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Central. Mendoza. 2005.

Registro de la Valoración neurológica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Registro completo	3	9%
Registro incompleto	17	53%
No registra	12	38%
Total	32	100%

Fuente: Elaboración propia, según lo recabado de Historias Clínicas de pacientes con TEC ingresados en la UTI del Hospital Central Mendoza. Diciembre. 2005,



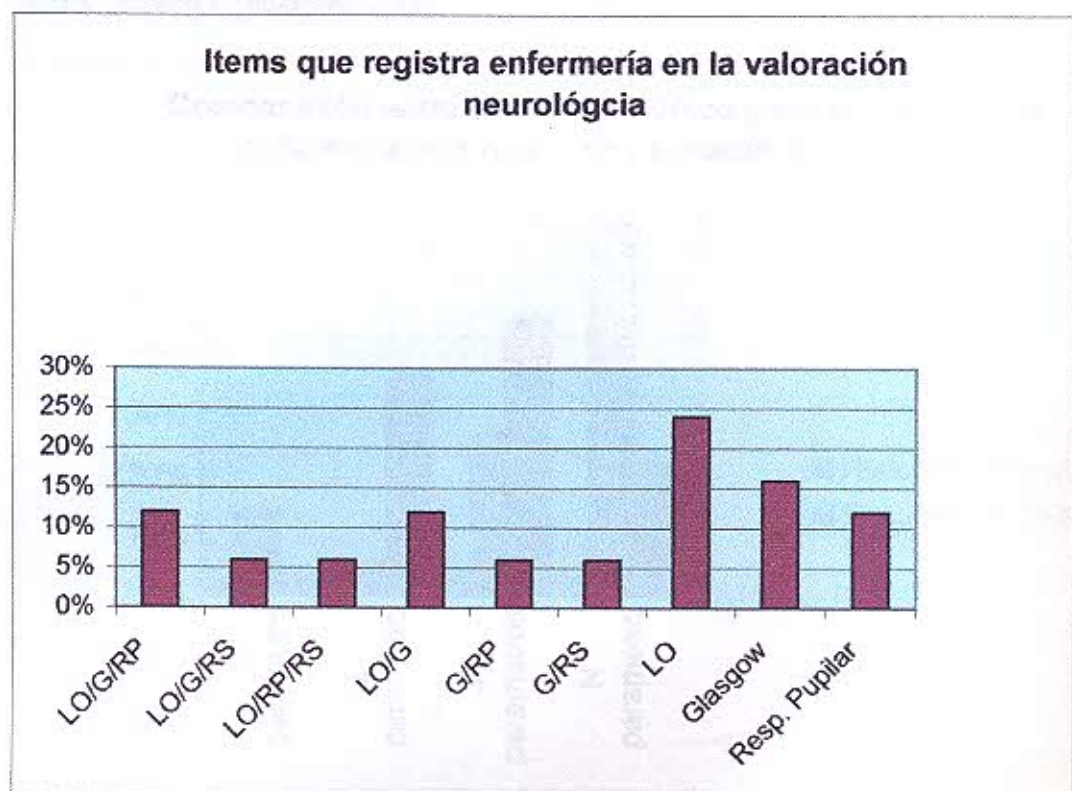
Comentario:

En la tabla resalta que el 53% del registro de la valoración neurológica es incompleta, le sigue el 38% de las historias clínicas donde no se registra la valoración, y si el 9% tiene un registro de la valoración inicial neurológica.

Tabla Nro. 16: Historias Clínicas de pacientes con TEC ingresados en la UTI según los ítems que registran los enfermeros, en la valoración neurológica. Hospital Central. Mendoza. Diciembre. 2005.

Glasgow	3	16%
Resp. Pupilar	2	12%
Total	17	100%

Fuente: Elaboración propia, según datos recabados de Historias Clínicas de pacientes con TEC ingresados en la UTI del Hospital Central. Mendoza. Diciembre. 2005,



Comentario:

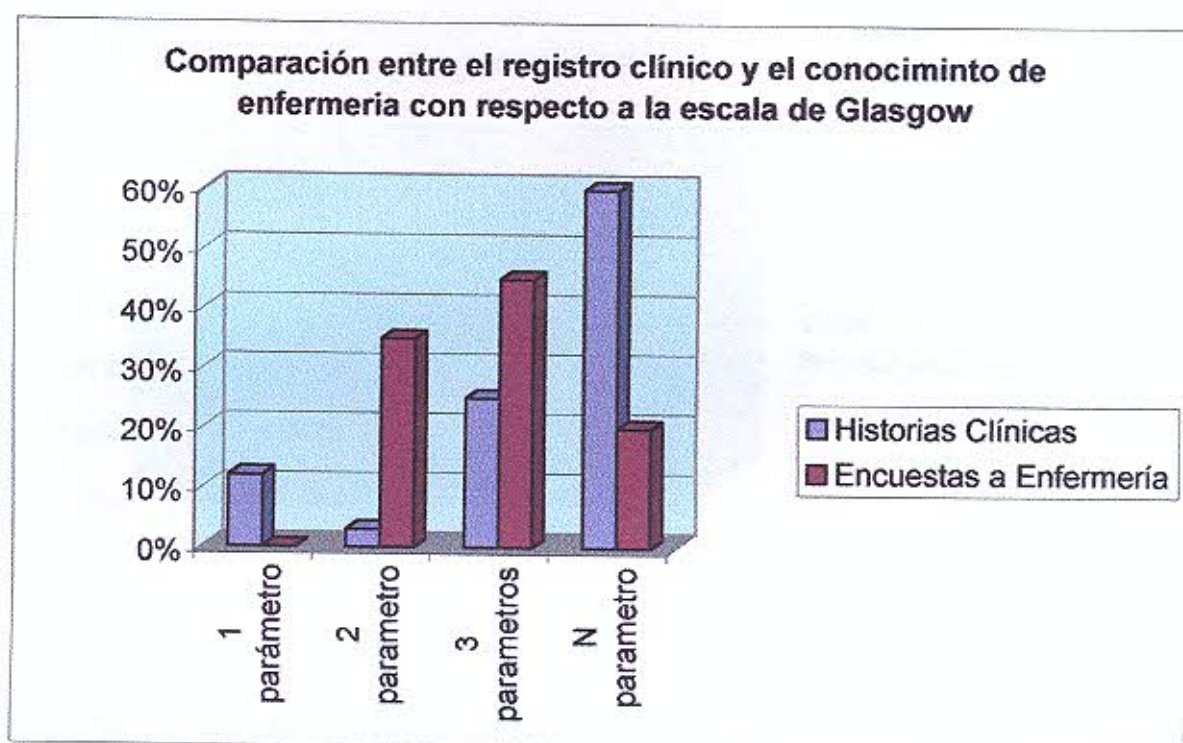
Siguiendo con lo expuesto en la tabla nro.15, en lo que respecta a las 17 historia clínicas donde el registro de la valoración neurológica es incompleto; en esta tabla observamos, que en el 24% de las historias se coloca el parámetro lúcido y orientado, en el 16% de estas se hace una apreciación del Glasgow. El 12% está registrado la respuesta pupilar o la combinación del grado de lucidez y orientación con la escala de Glasgow. En el resto de las historias clínicas, sólo se aprecia una combinación de parámetros de valoración neurológica, donde vemos la ausencia de uno o más, para lograr la valoración completa.

LO: Lúcido – orientado. G: Glasgow. RS: Respuesta Sensitiva. RP: Respuesta pupilar

Tabla Nro. 17: Valoración de la Escala de Glasgow por parámetros según historias clínicas y conocimientos de enfermería a dichos parámetros. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Central. Diciembre. 2005.

Valoración de los parámetros de SG (*)	Parámetros de la Escala de Glasgow				
	1 parámetro	2 parametro	3 parametros	N parametro	Total
Historia Clínica	12%	3%	25%	60%	100%
Encuesta a enfermería	0%	35%	45%	20%	100%

Fuente: Elaboración propia, de datos extraídos de las historias clínicas de pacientes con TEC y las encuestas realizadas a enfermeros. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Central. Mendoza. Diciembre. 2005



Comentario:

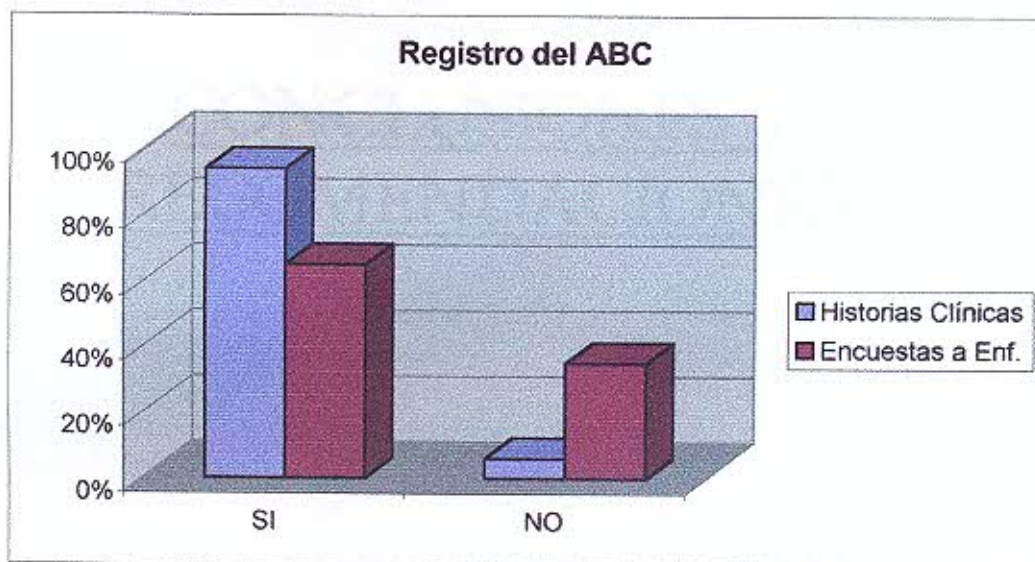
En Tabla nos muestra que en el 1º parámetro en el 12% de las historias clínicas figura el mismo, mientras que las encuestas revelan que los enfermeros no valoran un solo parámetro. El 3% de las historias clínicas revelan que se ha valorado dos parámetros de la escala, contra un 35% de los enfermeros encuestados que respondieron correctamente dos parámetros de la misma escala. El 45% de las encuestas revelan que los enfermeros conocen la escala de Glasgow, pero en sólo el 25% de las historias esta valorado dicha escala. Lo curioso es que 60% de los registros enfermeros no poseen valoración de escala mientras que el 20% de los enfermeros encuestados no respondieron o no saben de la escala de Glasgow.

(*) SG: Escala de Glasgow

Tabla Nro. 18: Valoración del ABC* por registros según consta en historias clínicas y constancia de que enfermería lo registra. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Central. Mendoza. Diciembre. 2005.

Registro del ABC	SI	NO	Total
Historias Clínicas	94%	6%	100%
Encuesta a Enf.	65%	35%	100%

Fuente: Elaboración propia, de datos extraídos de las historias clínicas de pacientes con TEC y las encuestas realizadas a enfermeros. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Central. Mendoza. Diciembre. 2005,



Comentario:

En esta tabla observamos que en la valoración del ABC, como parte fundamental y no excluyente de la valoración inicial, el 94% si consta en historia clínicas contra el 65% que enfermería dice que lo registra o conoce. Esto nos lleva a pensar, que si se realiza en casi todos los pacientes la valoración del ABC al ingreso en la unidad, y que más del 50% de los enfermeros la conocen.

* A: Vía aérea permeable. B: respiración ventilación. C: Circulación

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión

Las conclusiones a las que hemos llegados son:

Que con respecto al análisis de las historias clínicas de pacientes con TEC sobre lo que registra enfermería (tabla Nro. 15), había un alto índice de registros incompletos, que la mayoría de los enfermeros de Terapia Intensiva (tabla Nro. 16) sólo señaló si el paciente estaba lúcido y/u orientado.

Lo que refiere a la Escala de Glasgow como indicador rápido del estado de conciencia en la valoración inicial (tabla Nro. 17), la mayoría conocía los parámetros de la escala, pero en las historias clínicas el 60% no figuraba, esto se ve reflejado cuando se les pregunta a los profesionales, que señalen lo que registraron en la valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad (tabla Nro. 13), mas de la mitad no coloca la respuesta neurológica, sí los signos vitales, que vemos en nuestra profesión como algo rutinario.

Otros datos que podemos cruzar para elaborar una explicación, es que el 45 % (tabla Nro. 12) de los profesionales conocen los parámetros de la escala de Glasgow, podemos señalar que según lo que señalan por orden de prioridades en la evaluación del TEC (tabla Nro. 11), solo 4 enfermeros lograron el mayor puntaje (6 de 8). Otro dato a tener en consideración es que la mayoría tiene título de enfermero (tabla Nro. 3), y cuenta con menos de 5 años de ejercicio en la profesión (tabla Nro. 4).

Con todo este análisis de las tablas podemos señalar, que si bien la mayoría de los enfermeros tienen poco años de ejercicio y conocen sobre escala de Glasgow, su registro es escaso. Sin embargo si registran el ABC anexado a la medición de los signos vitales, pero no la valoración neurológica básica.

Todo ello arroja como resultado, que enfermería por cansancio o por estrés de encontrarse en un servicio de alto riesgo con urgencias constante, sólo se limita a la atención del paciente a través de la aparatología con que cuenta esta unidad. La presión del medio que lo rodea, y las exigencias cada vez mayores lo sumergen en una hacer, sin tener momentos para registrar. Esto lo vimos de cerca cuando al entregar las encuestas, el enfermero llenaba con más facilidad los ítems que eran para marcar, que aquellos en los que se les pedía la elaboración escrita.

Recomendaciones

Nuestras recomendaciones son:

- A- Elaboración de un plan de enseñanza teórico – práctico. Contemplando la disponibilidad de horarios que estos pueden ser de 7 a 8 horas en la mañana para convocar al turno noche y mañana, y 15 horas para el turno tarde con una carga horaria de una hora, a realizarse sábado por medio. Podrá ser evaluado a través de ateneos, conjuntamente con las historias clínicas de los pacientes. Las horas invertidas en el curso podrán ser devueltas como horas por curso, puesto que el Departamento de Enfermería contempla esta situación y la apoya a través de su Comité de Docencia Hospitalaria.
- B- Elaboración de protocolos de valoración inicial del paciente con TEC, puesto que el que existe es sólo para manejo de dicho paciente. El mismo podrá ser elaborado por los enfermeros de la UTI, ya que son ellos quienes conviven a diario frente a situaciones extremas, que ponen en peligro la vida de los pacientes que ingresan con TEC.
- C- Elaborar una planilla como anamnesis de enfermería, donde se contemple la valoración neurológica inicial, que la misma sea de fácil llenado o sea con ítems cerrados y pocos que sean abiertos, para que el enfermero se pueda explayar ante cada situación.

Conclusiones finales

Esta investigación nos ha permitido hacer un análisis de nuestro hacer como enfermeros, a través de algo tan importante como la valoración del TEC, muchas de nuestras inquietudes fueron resueltas pero otras quedaran para futuras investigaciones.

En lo personal, las dudas sobre la aceptación de este trabajo por nuestros colegas, fueron esclarecidas cuando mostraron interés a través por conocer el resultado de nuestra investigación.

Como análisis final de todo lo anterior elaborado, sostenemos que es necesario tomar una postura que tienda a mejorar la calidad de atención basados en la calidad de registro, como principal medidor del accionar de enfermería hacia el paciente y su entorno.

Bibliografía

- 1- DUGAS. Tratado de Enfermería Práctica. Mc Grill Interamericana. 4ta. Ed. México. 1994. Cap. 10. Pág. 166-167
- 2- CHIPPS – CLANIN – CAMPBELL. Trastornos Neurológicos. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Mosby – Doyma. Barcelona. 1994. Cap 4. Pág. 47
- 3- Ibid 2. Cap. 2 pág. 20
- 4- PARKER et al. Manual de Enfermería en el Area de Urgencia. Grupo Noriega. México 1992. Vol 2. Cap 20. Pág. 431
- 5- Ibid 3
- 6- Ibid 2 Cap. 2 Pag. 22
- 7- SEIDEL – BALL – DAINS – BENEDICT. Manual Mosby de Exploración Física. Océano – Mosby. España 2003. Vol 3. Cap 20. Pág. 710
- 8- Ibid 2. Cap. 2 Pág. 32
- 9- ALSPACH. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto. Mc Grill Interamericana. 5ta. Ed. México 2000. Cap. 3. Pág 382
- 10- Ibid. 7
- 11- Ibid. 9. Pág. 383
- 12- Ibid. 4. Pág. 434
- 13- Ibid. 9. Pág. 388-389
- 14- Ibid 9. Pág. 389
- 15- Ibid 4. Pág. 435
- 16- Ibid 4. Pág. 436-437
- 17- Ibid 4. Pág. 439
- 18- Ibid. 9. Pág. 389
- 19- Ibid 4. Pág. 440
- 20- CABEZAS – SANCHEZ. Terapia intensiva. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Ed. Panamericana. 3 Ed. Argentina. 2000. Cap. 6. Pág. 239
- 21- HORNE – SWEARINGEN. Guía clínica de Enfermería: Líquidos, electrolitos y Equilibrio Acido – Base. Mosby – Doyma. 2da. Ed. España. 1994. Cap. 14. Pág. 164.
- 22- KITT – KAISER. Urgencia en Enfermería. McGraw – Hill Interamericana. México. 1992. Cap. 18. Pág. 430
- 23- Ibid. 22. Pág. 429

ANEXOS

Elementos que posee el servicio de UTI **Hospital Central. Mendoza**

El servicio de Terapia Intensiva, esta aislado del resto del hospital por un sistema de puertas que delimitan espacios de ingresos. Poseen un corredor interno para la circulación de quienes estan afectados al área, y para el ingreso y egreso de pacientes.

Las paredes de la UTI son lavables. Consta de luces fluorescentes en el techo, en la cabecera de cada cama hay una luz direccional, con lámpara dicróica para lectura, con control de encendido y apagado para el paciente, aparte posee una luz difusa y además una lámpara con brazo móvil, para procedimientos que requieren la concentración de la luz en una pequeña zona.

Se dispone de seis conexiones a la red eléctrica por cama, con enchufes tipo SHUKO, protegidos, los cuales estan colocados en paneles individuales con disyuntores y descarga a tierra.

En caso de corte eléctrico, posee conexiones a grupo electrógeno.

La luz natural, también forma parte de la iluminación de estas salas de Terapia Intensiva, ya que posee ventanales en cada sala, en toda la pared este, y a lo largo del pasillo de circulación, con orientación al oeste.

El ambiente es climatizado, en forma centralizada brindando frío o calor según necesidad de la época del año.

Al ingreso de cada sala, está ubicado el negatoscopio para la observación de las radiografías, a ambos lados de la puerta de ingreso existen dos lavabos y otro en el interior de cada sala, cada uno con grifos accionado automáticamente por medio de dispositivo fotosensible, con mezclador de agua fría – caliente con dispensador de jabón líquido y de toallas descartables. Este mismo diseño se repite en las tres salas.

El sector de enfermería cuenta con visión directa a la sala, con mesada de acero inoxidable, con un total de tres con grifería automática, dispenser de jabón líquido y toallas en el primer puesto y en el segundo puesto 2 piletas. También poseen un bajo mesada para el almacenaje de diversos elementos, los cuales estan sectorizadas.

Por la extensión de estas mesadas, se le ha podido separar en dos sectores limpios uno para preparación de medicación, otro para la colocación de dietas para pacientes y dos sectores sucios: uno para material utilizado y otro para papeles varios, carpetas, formularios, etc.

Dentro de la enfermería esta ubicada la heladera, para uso exclusivo de medicación que requieren cadena de frío.

En lo referente a depósito, posee dos uno para estacionar elementos de trabajo como lo son los respiradores, estante para la colocación de repuestos de los mismos, y estantes para el almacenaje de papelería a utilizar en la historia clínica, y otro abierto las 24 horas del día para almacenar material descartable estéril.

Otro sector que podría considerarse depósito, esta destinado para ropa de cama y depósito para la atención del paciente.

Posee, también un armario para almacenar soluciones de hidratación con estantes identificados.

Cabe señalar que cada sala cuenta con un baño totalmente equipado y un sector para el lavado de chatas, papagayos y brocales.

Existen otros sectores dentro de UTI que son los sectores específicos, aquí se encuentran: la secretaría, sala de espera de familiares, dormitorios de médico de guardia, jefatura, despacho médico de guardia, vestuario varones y mujeres estar de enfermería.

El equipamiento e instrumental con que cuenta UTI es:

OSCILOSCOPIO: uno en cada cama, con un total de 12 en el servicio. Registran trazado electrocardiográfico, oximetría de pulso, tensión arterial, temperatura. Posee memoria y para una mejor visualización se conecta a una pantalla de PC

RESPIRADORES: hay un total de siete y tres que se alquilan, todos servoventiladores accionados eléctricamente con microprocesadores y pantalla en la cual se pueden visualizar los distintos parámetros con que ha sido programado y poder modificarlos.

BOMBAS DE INFUSION: hay cinco destinadas a hidratación parenteral, macrogoteros y microgotero, tres destinados a la alimentación enteral.

BALANZA: una de pie con altímetro

OXIMETRO DE PULSO: uno portátil, además de medir oximetría en los 12 conectados a cada monitor.

CARDIODEFIBRILADOR: con un total de dos

TENSIOMETRO: existen dos tensiómetros comunes de pie

CARRO DE REANIMACIÓN: existen dos, equipados con equipo de intubación endotraqueal, que incluye laringoscopio de tres ramas, tubos endotraqueales descartables de distintas medidas, cánulas para traqueotomías, bolsas resucitadores tipo AMBU, bolsa de resucitación con válvula de Rubens, cajonera con medicación a utilizar en la urgencia.

CARRO DE CURACIONES Y PROCEDIMIENTO

CAMAS: ortopédicas, rodantes, 4 de ellas con comando eléctrico, todos con barandas de protección, cabecera desmontable.

OXIGENO CENTRAL: dos bocas en cada cama y otra ubicada en el sector de admisión.

ASPIRACIÓN CENTRAL: una boca por cada cama con doble vaso, uno receptor de secreciones y el otro con válvula regulable de presión aspirativa.
AIRE COMPRIMIDO CENTRAL: una boca por cada cama

Encuesta para personal de UTI

Esta encuesta es para realizar un estudio sobre la valoración neurológica inicial de pacientes con TEC. La información es confidencial y será analizada para un resultado general, no se dará a conocer en ningún caso en forma individual. Por su colaboración, desde ya muchas gracias.

.....

Edad:.....

Sexo: M O F O

Grado de formación:

Auxiliar de Enfermería O Enfermero O Lic. De enfermería O

Años de ejercicio en la profesión

O - 5 años O 6 - 10 años O 11 - 15 años O + 16 años

Realiza Ud. Cursos de capacitación?

SI O

NO O

Antigüedad en el servicio de UTI

O - 5 años O 6 - 10 años O + 11 años

¿Cuántos enfermeros hay en su turno?

O - 3 enf. O 4 - 6 enf. O + 7 enf.

¿Cuántos pacientes atienden Ud. Por turno?

O 1 - 2 ptes. O 3 - 4 ptes. O 5 - 6 ptes. O + 6 ptes.

Existen protocolos de atención del paciente con TEC en su servicio

SI O

NO O

¿Cómo se distribuyen las actividades de enfermería en el servicio?

O por pacientes

O por tareas

O otros

¿Qué es lo que Ud. Evalúa inmediatamente en un paciente que ingresa con TEC?
Ordenar según prioridad.

Estado de conciencia		Respuesta sensitiva	
Control de esfínteres		Vías aéreas	
Estado hemodinámico		Amplitud de arco reflejo	
Datos de laboratorio e imágenes		Estado de la memoria	

¿En qué parámetros se basa la escala de Glasgow?

- A)
- B)
- C)

¿Qué registra de la valoración inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico?

.....
.....
.....

MATRIZ DE DATOS: ENCUESTAS ENFERMEROS DE UTI

Nro.	Edad										Sexo		Grado de Formación			Años de ejercicio en la profesión			<16años
	<25 años	26-30 años	31-35 años	36-40 años	41-45 años	46-50 años	>51 años	Masc.	Fem.	Aux Enf	Enf	Lic Enf	> 5 años	6-10 años	11-15 años				
1							1			1								1	
2			1							1							1		
3		1								1							1		
4			1							1					1				
5			1							1							1		
6						1				1								1	
7					1					1								1	
8			1							1							1		
9			1							1							1		
10	1									1							1		
11				1						1									
12				1						1							1		
13					1					1									
14					1					1							1		
15										1									
16		1								1							1		
17				1						1									
18				1						1							1		
19			1							1									
20				1						1							1		
21																			
22																			
Total	1	5	8	3	1	2	0	4	16	1	19	0	9	4	5	2			

Enfermeros de licencia o parte médico.

Grilla para la recolección de datos de Historias Clínicas

N° pte	A		B				C			Lúcido y Orientado		Glasgow			Reacción pupilar		Respuesta		Observaciones
	FR	SO2	ARM	Mas	TA	TA	FC	PVC	AO	RV	RM	Tama	Relación	Resp	Sensitiva				
1	1	1	1	1	1	1	1	1										Derivado de otro servicio	
2	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
3	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
4	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
5	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
6	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
7	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
8	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
9	1	1	1	1	1	1	1	1										Derivado de otro servicio	
10	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
11	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
12	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
13	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
14	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
15	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
16	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
17	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
18	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
19	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
20	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
21	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
22	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
23	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
24	1	1	1	1	1	1	1	1										Derivado de otro servicio	
25	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
26	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
27	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
28	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
29	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
30	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
31	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
32	1	1	1	1	1	1	1	1										Ingresos por guardia	
Total	30	30	4	28	30	30	0	13	9	11	10	9	3	4	6				

Abreviaturas:

A: Vías áreas

B: Permeabilidad de las vías áreas

C: Circulación

FC: Frecuencia cardíaca

FR: frecuencia respiratoria

SO2: saturación de oxígeno

Resp: respuesta ocular

ARM: asistencia respiratoria mecánica

Masc: máscara

TA: tensión arterial

TAMA: tamaño de las pupilas

PVC: presión venosa central

AO: apertura ocular

RV: respuesta verbal

RM: respuesta motora