



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES
“CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON TRAUMATISMO
ENCEFALOCRANEANO EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA, 2022”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR:

LIC. RIVERA SURITA, MARIA CRISALIDA

<https://orcid.org/0000-0003-3701-4273>

ASESOR:

Mg. FAJARDO CANAVAL, MARIA DEL PILAR

<https://orcid.org/0000-0001-9942-0491>

LIMA – PERÚ

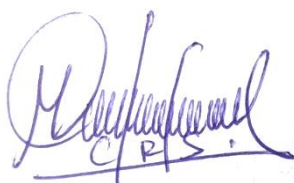
2022

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

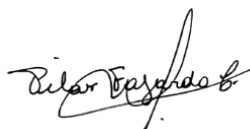
Yo, **RIVERA SURITA, María Crisálida** con DNI 47870110, en mi condición de autora del trabajo académico presentada para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres, "**CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2022**" **AUTORIZO** a la universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de **22%** y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de noviembre del año 2022.



Lic. Rivera Surita María Crisálida
DNI: 47870110



Mg. Fajardo Canaval. María Del Pilar
DNI:25967604

¹ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

INFORME DE ORIGINALIDAD – TURNITIN

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.brainline.org

Fuente de Internet

7%

2

repositorio.unac.edu.pe

Fuente de Internet

6%

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

4%

4

repositorio.uma.edu.pe

Fuente de Internet

2%

5

www.revmie.sld.cu

Fuente de Internet

1%

6

dspace.unl.edu.ec

Fuente de Internet

1%

7

aprenderly.com

Fuente de Internet

1%

8

Submitted to Aliat Universidades

Trabajo del estudiante

1%

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MATERIAL Y MÉTODOS	25
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	39

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	41
ANEXO B. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
ANEXO D. INFORME DE ORIGINALIDAD	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad del cuidado de enfermería en pacientes con traumatismo encefalocraneano en el Hospital María Auxiliadora -2022. **Métodos y materiales:** enfoque cuantitativo, descriptivo y de diseño no experimental, de corte transversal. La población estará conformada por 30 enfermeras (os) del área de neurocirugía del referido nosocomio. Además, de recoger datos de las historias clínicas de los pacientes con TEC y de las enfermeras a cargo. Para la recolección se empleará como técnica un cuestionario elaborado por la Escala Care-Q. Este cuestionario fue creado por la enfermera Patricia Larson y está integrado por 46 preguntas divididas en las siguientes dimensiones del comportamiento de la enfermera: accesible; explica y facilita; conforta; se anticipa; mantiene relación de confianza; monitorea y hace seguimiento. **Resultados:** Se espera que la correlación sea significativa y se exprese como indirectamente proporcional, es decir a mayor calidad de enfermería menor nivel de complicaciones de los pacientes, para un valor de significancia de $p < 0,05$ esperado. **Conclusiones:** El estudio aportara información valiosa para la institución de salud permitiendo tomar acciones de mejora en beneficio de la calidad de los cuidados de enfermería y las complicaciones que pueden presentar los pacientes con TEC.

Palabras clave: Atención de enfermería; traumatismos craneoencefálicos, cuidados de enfermería (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of nursing care in patients with encephalocranial trauma at the María Auxiliadora Hospital -2022. **Methods and materials:** quantitative, descriptive approach and non-experimental, cross-sectional design. The population will be made up of 30 nurses from the neurosurgery area of the aforementioned hospital. In addition, to collect data from the medical records of patients with ECT and the nurses in charge. For data collection, a questionnaire will be used as a technique, elaborated by the Care-Q Scale. This questionnaire was created by Nurse Patricia Larson and is made up of 46 questions divided into the following dimensions of nurse behavior: accessible; explains and facilitates; comforts; anticipates; maintains a relationship of trust; monitor and follow up. **Results:** The correlation is expected to be significant and expressed as indirectly proportional, that is, the higher the nursing quality, the lower the level of patient complications, for an expected significance value of $p < 0.05$. **Conclusions:** The study will provide valuable information for the health institution, allowing improvement actions to be taken for the benefit of the quality of nursing care and the complications that patients with ECT may present.

Keywords: Nursing care; traumatic brain injury, nursing care (MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

Diversos informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que más del 84% de las muertes relacionadas con traumatismos encéfalocraneano (TEC), concurren por accidentes de tránsito o similares. Además indica que entre 20 y 50 millones de personas que sufren traumatismos no mortales terminan padeciendo alguna forma de incapacidad permanente (1).

En otros países más desarrollados se ha registrado alrededor de 415 por cada 100000 habitantes registrados anualmente en los hospitales con problemas de TEC, cuyas edades oscilan entre 15 -45 años, siendo mayormente de sexo masculino (2).

Según la OMS, señala que a nivel mundial el TEC por accidentes de tránsito es el más frecuente, que los accidentes laborales, deportivos, agresiones físicas, caídas y los que ocurren en el hogar constituyendo un problema de salud pública y ocupan el quinto lugar con 1.8 millones de muertes en la mayoría de los países (3).

En la actualidad nuestro país, según el Instituto Nacional De Estadísticas E Informáticas (INEI) en el 2017. El TEC, fue una patología más peligrosa para la sociedad y hoy en día se dice que es la octava causa de muerte, donde se prevé que para el 2030 esta posición haya variado, ascendiendo a constituir una de las cinco causas que mayor mortandad generan (4).

Esta situación termina sobrecargando los servicios de salud en sus diversos niveles y servicios complementarios como centros de diagnóstico por imágenes, laboratorios, centros de tratamiento de neurocirugía, emergencias y unidades de hospitalización, incrementando también los servicios de terapias y tratamientos de recuperación con el alto costo que conlleva la discapacidad temporal o permanente de los pacientes sobrevivientes (5).

La tasa epidemiológica evalúa que los pacientes en Europa comparado sus estadísticas con los Estados Unidos, a nivel global, señala que el 12% de los adultos en países desarrollados han tenido un TEC, precisando que existen 2 tipos de poblaciones de alto riesgo: atletas y miembros militares por la exposición en sus labores (6).

Debido a la menor capacidad de respuesta para prevenir estos accidentes, así como a atenderlos de manera apropiada, en los países con menores recursos para asignar a las acciones educativas preventivas y a las acciones de emergencia o su mejor atención en las instalaciones hospitalarias especializadas escasas en estas regiones, situación que alcanza a casi toda Latinoamérica, que con el continente africano son los que más países en esta crítica situación (7).

La incidencia del TEC, varía considerablemente de un país a otro, dependiendo de factores como desarrollo, recursos económicos, modernidad, uso de tecnologías médicas, entre otros, de modo tal que se atiende adecuada y oportunamente a los pacientes, según su estado de gravedad y preventiva según las condiciones de adquisición de la propia anomalía cerebral. Presenta un pronóstico favorable en países que cuentan con programas de prevención de lesiones, tienen una mejor y rápida atención sanitaria, es decir son capaces de asignar recursos para tender a los pacientes traumáticos con TEC (8).

El TEC es un problema de salud pública en todas las partes del mundo, con un porcentaje elevado de la mortalidad. Causado principalmente por accidentes de tránsito, que llevan a un TEC representan un alto porcentaje de mortalidad mundial (9).

Además, estudios que han realizado en Perú se dice que 700,000 accidentes de tránsito en una década, ocasionado 310,000 muertes y en los cuatro últimos años 117,000 personas quedaron con discapacidad de por vida, afectando directamente al paciente, familia y al estado por cubrir gastos de la víctima con alrededor de 150millnes dólares anuales (10).

En la revista Acta Médica Peruana se ha publicado que el TEC constituye ahora la sexta causa de ingreso a la unidad de emergencia de los hospitales, referenciándose como una patología con alto Índice de morbimortalidad, y con estado pendiente de precisar la incidencia de la gravedad de las secuelas discapacitantes en el Perú. Los libros de ingresos de incidencias por TEC señalan que la incidencia de este problema está en aumento en las diferentes edades y grupos étnicos (11).

La acción de enfermería resulta especialmente importante ante esta crítica situación y su rol deviene en fundamental, dado que los cuidados de enfermería pueden llegar a paliar de manera importante el frágil estado de salud de los pacientes expuestos a esta condición de exigente y especializado cuidado (12).

En Lima como en todo el mundo, se han generado complicadas situaciones sanitarias a raíz de la pandemia por covid-19, la cual ha logrado colapsar los servicios de salud en la mayoría de los países de todo del mundo (13).

El Hospital Maria Auxiliadora, san Juan de Miraflores-Lima durante el periodo de enero a diciembre del 2020 se atendieron 2,300 pacientes en el servicio de neurocirugía por presentar traumatismo encéfalo craneano en diferentes edades, la cual es la segunda causa de morbilidad. (14).

El personal de enfermería registra en promedio una alta cualificación profesional, debido a la evolución doctrinaria y social de su formación, y se capacitan anualmente un importante número de profesionales de enfermería, que supera ya los 28 millones de profesionales de la especialidad y representan alrededor del 60% del total del personal de los servicios de salud (15).

En Latinoamérica, donde se encuentra apenas el 10% de la población mundial, concentra por otro lado casi el 31% de los profesionales de enfermería, equivaliendo por tanto a 10 veces el promedio del resto del mundo (16).

Esta densidad poblacional y la cantidad de profesionales de enfermería han aliviado la confrontación de la pandemia, pero, aun así, ha generado una severa crisis en los demás servicios de salud, para enfermedades no contagiosas, y más aún para pacientes comprometidos con discapacidades derivadas de las secuelas del TEC.

Por otro lado, mi motivación, para realizar este trabajo de investigación, debido a que tengo la oportunidad de trabajar como enfermera profesional, donde observo que existen muchas complicaciones y muertes debido a los factores que se presentan y existen: por falta de personal capacitado, tener un servicio limitado, falta de protocolos, y el no tener un manejo adecuado a los pacientes que sufren TEC, entre otras patologías.

Por tal motivo me propongo a indagar e investigar dicho tema relacionado al TEC, viviendo mis experiencias en el trabajo diario, sabiendo que este trabajo es importante para mí y para la sociedad. Ya que se observa diferentes inquietudes quejas, desacuerdos con los usuarios diciendo que su trato no es bueno, la enfermera no atiende rápido, se demoran mucho en atender, entre otros. Para ello me pregunto ¿qué tan preparados estamos?, ¿ponemos en práctica nuestro conocimiento científico?, como profesionales de la salud, tenemos que poner en práctica especialmente en el cuidado de enfermería en los pacientes con TEC.

El cuidado de enfermería es uno de los constructos más sólidos de las distintas carreras profesionales, que tiene su teorización profesional en el siglo XIX, con los escritos doctrinales de Florence Nightingale (1820-1910) (17).

En los albores del inicio de la profesionalización de la carrera de Enfermería, quien parte de la premisa de que la labor del cuidado de enfermería es el refinado arte y ciencia ejercido por los enfermeros para poner al paciente en las mejores condiciones posibles para que éste logre reinsertarse al equilibrio que la naturaleza produce sobre el hombre (18).

Para Swanson el desarrollo y cualificación de la profesional de enfermera no tiene que ver mucho con su experiencia y profesionalismo, sino con el sentido humanitario de su vocación y la formación holística, pensamiento integral y fundamentos de protección de la vida del paciente (19).

Para Dorotea Oren (1914-2007) quien profundiza los principios de Florence Nightingale y forja sus teorías del “autocuidado”, del “déficit del autocuidado” y de los “sistemas de enfermería” en las que desarrolla el principio de la conducta que debe existir en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar, denominada del autocuidado y su posterior sistematización para indicar que el paciente es, por norma una persona con déficit de autocuidado, y como tal requiere una especial atención que resane esta situación permitiéndole al paciente establecer una conducta orientada al objetivo fundamental de restablecer su salud (20).

El cuidado del paciente es el quehacer diario de todo profesional de Enfermería, centrado fundamentalmente en la atención integral de la persona, orientado a resolver problemas que los afectan con sentido holístico (21).

Ser resumido en la atención en los aspectos biopsicosocial emocional, que incluye la empatía entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad de tener un resultado terapéutica mejorado (22).

Desde Florence Nightingale hasta Swanson, pasando por Dorothea Orem y Roy Callista, la profesionalización de la enfermería pasa fundamentalmente por la comprensión de un protocolo de atención personalizada, individualizada, especializada que busca restablecer equilibrios en la persona (paciente), con el entorno, la naturaleza, la familia, despertando el interés por la vida y fomentando el autocuidado, no únicamente en sentido de las medidas de autoprotección, sino también en el sentido de valorar sus relaciones e interacción con el medio de manera interactiva, empática y proactiva (23).

La evaluación de los cuidados de enfermería han sido fuente de innumerables estudios e investigaciones científicas y se han producido informes, cuestionarios y escalas para esta evaluación. Si bien la teoría y doctrina general enseña que el cuidado de enfermería es holístico y personalizado según cada paciente, en su unidad biopsicosocial emocional, su entorno familiar, cuidadores, recursos, capacidad de autocuidados, entre otros factores, es especialmente importante que los profesionales de enfermería muestran actitudes, aptitudes, capacidades y conocimientos excepcionales en el cuidado de situaciones críticas de la salud y vida de los pacientes, asociadas a sus diagnósticos, como es el caso particular del (TEC) (24).

Los estudios de evaluación del cuidado de enfermería apuntan a dos aspectos esenciales y bien diferenciados en cuanto a un adecuado diagnóstico, los cuales se basan en el equipo de enfermería, usualmente asociado a la unidad de enfermería que se hace cargo del paciente y presenta una especialización particular (trauma o neurocirugía), y en el trabajo individual de la enfermera asignada para la atención personalizada de cada paciente (25).

La importancia de los cuidados de enfermería permite identificar los aspectos esenciales a medir y valorar para lograr una evaluación exacta y precisa de la calidad brindada de cuidados de enfermería, a partir de la percepción de los pacientes, sus cuidadores o su familia más cercana a cargo en las unidades de hospitalización (26).

Bajo estos criterios es que se ha construido la escala sobre cuidados de enfermería que valoran los criterios de la opinión personal formada sobre el profesional de enfermería, los datos sociodemográficos del paciente, opinión del servicio de enfermería especializado (neurocirugía y/o trauma), opinión de la atención de enfermería en particular, la cual permite una evaluación integral del cuidado recibido por los pacientes a partir de la opinión y valoración de los pacientes o sus cuidadores y/o familiares a cargo (27).

Debido a que el principal objetivo para las medidas generales del tratamiento de pacientes con TEC es evitar las complicaciones y lesiones cerebrales y llegar a la aparición de lesiones secundarias, lo cual es frecuente debido a la inercia que se produce luego de la primera reacción de la emergencia de salud superada, es importante que las medidas de observación, seguimiento, constante y cuidadosa evaluación deben aplicarse siempre a todos los pacientes que presenten un TEC, siendo que cada profesional de enfermería asuma inmediatamente el reto de superar conjuntamente todo proceso evolutivo negativo del estado de salud del paciente, su reacción al tratamiento, la aparición de eventos críticos por comorbilidades, infecciones oportunistas, entre otras complicaciones que pueden poner en riesgo la salud del paciente (28).

El TEC, se refiere a las lesiones que afectan directamente la función cerebral sea leve o severamente. Su evidencia se denota por traumatismo en el cerebro, en el cráneo e inclusive en el cuero cabelludo. De su profundidad y la presencia de exposición de partes internas suele depender su gravedad y riesgo de desarrollar cuadros clínicos graves e inclusive la muerte, cuando no ocasionar discapacidades de diferente grado y temporalidad (29).

El aporte del personal de salud encargado de controlar y atender el desarrollo de pacientes con procesos TEC debe atender las condiciones de su origen y además de valorar los criterios indicados y/o prescritos por el médico encargado,

debe conocer directamente las condiciones clínicas y sus correspondientes cuidados especializados a partir de la naturaleza y características de la enfermedad cerebro vascular (30).

Por el otro lado también puede presentar una serie de condiciones y características distintivas, las cuales van a determinar una u otra forma de atender, movilizar, desplazar, manipular al paciente y cumplir las funciones motoras, alimenticias, dinámicas del paciente (31)

Estas condiciones dependerán del tipo de lesión, intensidad de la contusión, apertura craneal, sangrado, pérdida de conocimiento y otros síntomas que evidencian la gravedad de la lesión (32).

El paciente que presenta un cuadro de TEC debe ser escrupulosamente atendido, observándose medidas y acciones especializadas, las cuales van a ser indicadas por el facultativo a cargo y seguidas por el equipo de salud de manera sumamente cuidadosa (33).

Debido a los flujos sanguíneos y la presión que se distribuye de diferente manera, según la postura del paciente, éste debe presentar una alineación corporal correcta según la indicación médica, permaneciendo con la cabeza en posición neutra, evitando su rotación, hiperflexión o hiperextensión de la columna cervical, debido a que son posturas que aumentan la presión intracraneal (PIC) por alteraciones en el drenaje venoso cerebral (34).

Con el objeto de evitar la rotación cervical será necesario el uso de almohadas cilíndricas o en su defecto, rulos de toallas a ambos lados de la cabeza, evitando su rotación. La cabecera de la cama debe permanecer entre 20° y 30° de inclinación, luego del descarte de lesiones en la columna vertebral. En el caso de su presencia se debe mantener un tope de 20° a fin de elevar la cabeza sin flexionar la columna vertebral. Si hay evidencia de traumatismo en la columna cervical y porta collarín cervical, es mejor aflojarlo e incluso retirarlo cuando el paciente se halla sedado y con la analgesia adecuada (previa consulta médica) para evitar compresión en las venas yugulares (35).

Otro aspecto fundamental en el cuidado del paciente de TEC severo o moderado es verificar que sus pies no ejerzan presión contra apoyo del pie de la cama los

cuales se asocian al incremento de la presión al interior del abdomen (PIA) y por tanto tienden a ejercer o generar presión intracraneal (PIC). Las variaciones de presión sanguínea que se generan en los terminales sanguíneos en dedos de pies y manos deben ser cuidadosamente atendidos y controlados evitando permanentemente las malas posturas y presión que altere su dinámica (36).

Es vital controlar permanentemente la incorporación de la cama y que ángulo de inclinación sea el correcto y la posición del paciente la adecuada, ya que en muchos momentos estas condiciones son modificadas por diferentes motivos, como las movilizaciones, realización de pruebas diagnósticas, traslados, revisiones, alimentación y otros. El transductor para medir la tensión arterial deberá localizarse a la altura del foramen de Monro para calcular con seguridad la presión de perfusión cerebral (PPC). No se debe medir la Presión Venosa Central (PVC) con el transductor de la tensión arterial, sino utilizando otro sistema (37).

Debido que uno de los mayores riesgos del paciente con TEC es la inestabilidad hemodinámica, es decir las variaciones de la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca, y esto eleva los riesgos del paciente en estado crítico producto de accidente cerebrovascular es muy importante preservar su mayor estabilidad posible, consiguiendo una tensión arterial media (TAM) adecuada que asegure y facilite una correcta presión de perfusión cerebral (PPC). En caso se requiera alguna droga vasoactiva, se suele emplear la noradrenalina, el cual está sujeto a riesgos propios de la situación de los pacientes y se halla sujeta a procedimientos y protocolos muy precisos en su aplicación y dosificación, la cual debe ir sujeta a las indicaciones médicas y la experiencia propia del conocimiento de su uso (38).

Los pacientes con TEC deben mantenerse en normotermia, tratando de forma inmediata, agresiva y precoz todo incremento de la temperatura por encima de los 37°C, dado que la hipertermia se asocia directamente al índice de mortalidad del paciente crítico en general y en particular, al provocar aumentos de la PIC en estos pacientes (39).

Es muy importante que se establezca la razón o causa de la alteración de la temperatura corporal para adoptar la estrategia adecuada para recuperar el equilibrio apropiado de manera inmediata (40).

Debido a que la hiperglicemia empeora la lesión cerebral en el TEC, incrementando el riesgo de morbimortalidad, es importante verificar constantemente que la glucemia oscile entre 80-140 mg/dl, tratándola cuando se halla por encima de 140mg/dl. Para ello es conveniente el uso de insulina rápida vía subcutánea, pasando a vía endovenosa si supera los 200 mg/dl (41).

Los pacientes con TEC que presentan hipermetabolismo, debido a un gasto energético alto y aumento de las pérdidas de proteínas. Deben recibir por ello, el apoyo nutricional apropiado para prevenir la pérdida de competencia inmune, disminuir la morbimortalidad y reducir la estancia hospitalaria (42).

En la medida de lo posible, debe emplearse la calorimetría indirecta para establecer sus requerimientos nutricionales. De no ser posible, se puede emplear una cantidad calórica fija referente, que oscilará entre 20-30 Kcal/Kg/día, con un aporte proteico superior al 20% de las calorías totales (43).

Los cuidados de enfermería de nutrición en pacientes con TEC grave y prevención de la bronco-aspiración principalmente, son: Control del peso y talla, colocación y mantenimiento de sonda nasogástrica (SNG) u orogástrica según sea el caso, siguiendo estrictamente los protocolos respectivos, comprobación radiográfica de tórax luego de colocación de SNG, control de residuo gástrico cada 6 hrs, realizar de análisis sanguíneo y de orina tras 24 hrs. para control nutricional, control continuo de glicemia cada 6hras, la cabecera del paciente a 30° o 20° según el caso y tipo de TEC, cambio de equipo NE/NPT según protocolo (44).

El estreñimiento o alteración de deposiciones en el paciente crítico, se relacionan con el retraso en el proceso de destete, debido a una estancia hospitalaria prolongada incrementando el riesgo de morbimortalidad. Particularmente el paciente con TEC grave tiene mayor tendencia a presentar estreñimiento, provocando incremento de la presión abdominal interior, pudiendo repercutir negativamente sobre la PIC (45).

De manera general, los cuidados de enfermería, deben estar orientados a dispensar los cuidados de básicos, con el objeto de prevenir complicaciones sistémicas como infecciones nosocomiales, úlceras por presión u otras complicaciones relacionadas con la inmovilidad o la movilización del paciente, según sea el caso, tipo y presentación de la crisis por TEC (46).

Las complicaciones derivadas de la propia naturaleza del TEC y la gravedad que reviste la lesión misma son el indicador más frecuente de su mayor incidencia (47).

Por lo general, la gravedad está asociada directamente a la aparición de complicaciones del paciente en el período inmediatamente posterior al traumatismo cerebral, las cuales no son directamente de tipo TEC., sino que son problemas médicos distintos consecuencia a las lesiones y la pérdida de algunas facultades mentales que dejan de procesarse adecuadamente (48).

En caso de TEC, el riesgo se incrementa acorde a la gravedad del traumatismo. Las complicaciones incluyen convulsiones mediatas e inmediatas. Entre las inmediatas se presentan la hidrocefalia o engrandecimiento ventricular postraumático, derrames de fluido cerebro espinal, infecciones, lesiones vasculares, lesiones del nervio craneal, dolor, úlceras por presión. Entre las mediatas suelen concurrir la disfunción múltiple o específica de distintos órganos dependientes, también conocida como falla orgánica múltiple en pacientes inconscientes, presentación de trauma en otras partes del cuerpo además del cerebro, generando cuadros politraumáticos (49).

Poco más del 25% de pacientes contusos cerebrales o con hematomas y alrededor y alrededor del 50% de pacientes con lesiones penetrantes en la cabeza desarrollan convulsiones inmediatas, dentro de las primeras 24 horas de la lesión, con alto riesgo de muerte. Dichas convulsiones inmediatas incrementan el riesgo de convulsiones precoces, conocidas como convulsiones que ocurren dentro del plazo de una semana posterior a la lesión, pero que muchas veces pareciesen no estar ligados al desarrollo de la epilepsia postraumática, las cuales se definen como las convulsiones recurrentes postraumáticas dentro del plazo posterior a la semana del trauma. Se aplican medicamentos anticonvulsivos para

tratar convulsiones en pacientes de traumatismo cerebral sólo si estas convulsiones persisten o se espera que su curso sea severo (50).

La dilatación ventricular postraumática (hidrocéfalo) ocurre cuando en el cerebro se acumula fluido espinal o del cerebro, resultando en dilatación de ventrículos cerebrales al llenarse las cavidades del cerebro por el fluido cerebroespinal y con un consiguiente incremento en la PIC (51).

Esta condición suele desarrollarse en la etapa aguda, que es el primer año después del TEC grave o moderado, además es posible que no aparezca, hasta mucho después de la lesión original (52).

Si bien es cierto, ocurre dentro del primer año de la lesión, caracterizándose por un agravamiento del desarrollo neurológico (funciones nerviosas o cerebrales), conciencia impedida o reducida, cambios en la conducta, falta de coordinación o de equilibrio (Ataxia), incontinencia de esfínteres, o signos de una PIC incrementada, esta condición puede desarrollarse producto de meningitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma intracraneal, u otras lesiones producto de la lesión (53).

En el tratamiento se agrega la colocación de válvulas de derivación y drenaje del fluido cerebroespinal para aliviar la PIC, además de cualquier otro tratamiento apropiado para la causa primaria de la condición y sus síntomas asociados o generados (54).

En otro espacio de las complicaciones se ha observado que las fracturas craneales pueden lesionar y agrietar las membranas que cubren el cerebro, permitiendo derrames del fluido cerebroespinal bajo la corteza cerebral u otros espacios intersticiales (55).

Se dice que una rotura entre la duramadre y las membranas aracnoides, se llamada fístula de fluido cerebroespinal, suele ocasionar filtración del fluido cerebroespinal fuera de su espacio subaracnoidea, ingresando al espacio subdural, formando un higroma subdural, que generará pérdida de nuevas funciones cerebrales (56).

Una de las mayores y más frecuentes complicaciones se da cuando el fluido cerebroespinal se filtra por la nariz y el oído generando congestión e incremento de la PIC e inflamación. Estas roturas al permitir que el fluido cerebroespinal filtre fuera de la cavidad cerebral permiten a su vez que aire y bacterias ingresen dentro de la cavidad, con el alto riesgo de causar infecciones como meningitis u otras. Cuando el aire entrante se almacena en la cavidad intracraneana, quedando atrapado dentro del espacio subaracnoideo se produce el llamado neumoencéfalo, siendo una lesión que puede evitarse mediante la revisión constante y sistemática de los profesionales de enfermería a cargo, para reducir sus riesgos apenas son percibidas (57).

Debido a que las infecciones dentro de la cavidad intracraneal son complicaciones peligrosas del traumatismo cerebral es necesario poner el mayor énfasis en su minimización o evitar su evolución a grados peligrosamente letales. Pueden ocurrir fuera de la duramadre, debajo de la duramadre, debajo de la aracnoidea, tomando el nombre de meningitis, e inclusive dentro del espacio cerebral mismo, formando un absceso, que tenderá a la descomposición gradual y progresiva (58).

Generalmente estas lesiones se desarrollan dentro de las primeras semanas del trauma inicial, como resultado de las fracturas del cráneo o de lesiones penetrantes en mayor proporción. El tratamiento adecuado, por lo general, incluye el uso de antibióticos y cirugía para remover el tejido infectado o restos de derrames. La meningitis, que puede ser adicionalmente muy peligrosa, por su potencial de repartirse al resto del cerebro y sistema nervioso, debe ser controlada y extirpada rápidamente (59).

Todo daño, lesión en la cabeza o cerebro resulta habitualmente en daño colateral al sistema vascular, debido a que éste provee sangre a las células del cerebro de manera constante y la intermitencia o interrupción de estos flujos generarán derrames, acumulaciones, deterioro venoso, entre otros. El sistema inmunológico corporal, a través de sus mecanismos de respuesta, puede reparar el daño de pequeños vasos sanguíneos, pero si este daño alcanza a los vasos sanguíneos mayores y en gran cantidad de ellos, puede resultar en

complicaciones graves o severas, con impacto en órganos que dejan de ser alimentados y nutridos adecuadamente (60).

El daño a una arteria principal que conduce flujos sanguíneos al cerebro puede causar un ataque a éste, a causa de hemorragias en la arteria, denominado ataque cerebral hemorrágico o a través de la formación de coágulos en el lugar de la lesión, llamado un trombo, o trombosis, que bloquea el flujo sanguíneo al cerebro, llamados ataques cerebrales isquémicos (61).

Además, los coágulos sanguíneos, por presión e irrigación irregular, también pueden desarrollarse en otras áreas de la cabeza. Presentando dolor de cabeza, convulsiones, somnolencia, vómitos, parálisis parcial del cuerpo y un estado de semi-conciencia desarrollado dentro de algunos días inmediatos a la lesión de la cabeza, puede estar causado por coágulos sanguíneos formados en el tejido de alguno de los senos paranasales (sinusoides), o en cavidades adyacentes al cerebro (62).

Se dice que cuando hay tres o cuatro síntomas como mínimo de una media docena de ellos pueden ser definitorios para el diagnóstico clínico precoz y se podría evitar las complicaciones del TEC. (63).

Los ataques isquémicos trombóticos consecuencia posterior del TEC, deben ser tratados con anticoagulantes, mientras que la cirugía es el tratamiento de preferencia para los ataques hemorrágicos. Su diferenciación y caracterización temprana es necesaria (64).

Se dice que los otros tipos de lesiones vasculares cerebrales incluyen espasmo vascular, contracción y formación de aneurismas, que suelen ser además consecuencia de malformación pre existente, cuyo detonante es la lesión cerebral (65).

Diversos grupos de complicaciones posteriores a la hospitalización, e inclusive a la alta médica, en pacientes con TEC moderado o grave, se asocian a las fracturas del cráneo, y son las que, particularmente ocurren en la base del cráneo, debido a la fragilidad cervical, y porque pueden causar lesiones de los nervios del cráneo que conducen a neuropatías craneales compresivas. Es

importante conocer que todos los nervios craneales irradian del tronco cerebral hacia la cabeza y el rostro, con excepción de tres de ellos (65).

En el nervio facial, que es el séptimo par craneal es el más frecuentemente es lesionado en un traumatismo cerebral, lo que puede conducir a una parálisis de los músculos faciales. El origen de sus lesiones se genera principalmente en accidentes frontales o sobre la parte frontal del cráneo (66).

El dolor intenso, constante, resonante, es el principal síntoma común del TEC y este dolor puede llegar a ser una complicación importante para pacientes que están conscientes durante el período inmediatamente posterior a un traumatismo cerebral, más aún asociado a personas con baja tolerancia al dolor o con umbral mínimo (67).

La cefalea, que es el dolor más común en los pacientes con TEC, suele ser permanente y debe ser moderado luego de afrontar las causas directas, para evitar enmascararse síntomas y anomalías mayores (68).

Existen, diversas formas de dolor como las faciales, musculares, cervicales, etc., asociadas al TEC y sus complicaciones. Las complicaciones más graves para pacientes que están inconscientes, con pérdida total o parcial de los sentidos, en estado de coma o vegetativo. Incluyen las lesiones de decúbito u otras lesiones de la piel producidas por presión, infecciones de la vejiga, neumonía u otras infecciones que ponen en peligro la vida y el daño múltiple de órganos progresivo (69).

Estas complicaciones derivadas del tratamiento, la hospitalización prolongada y los efectos colaterales del trauma deben ser monitoreadas constantemente por el personal de enfermería para reducir sus riesgos, aplicando los protocolos adecuados para paliar sus efectos degradadores de la salud del paciente (70).

A partir de hace algunos años se emplea la misma escala de Glasgow para realizar una supervisión continua sobre el paciente con TEC, especialmente si se halla hospitalizado, aplicándose rutinariamente mediante técnicas de fácil maniobra, observando cuidadosamente la aplicación de las técnicas dolorosas que se infringen para provocar determinadas reacciones del paciente con

pérdida de grados de sensibilidad parciales en algunas partes del cuerpo, debido precisamente a la evolución del TEC (71).

El nivel de complicaciones, clínicamente evaluado en la historia del paciente en cada momento resulta del puntaje de Glasgow más los correspondientes a evidencia de algunos síntomas específicos medidos en cada chequeo, como son la PIC, la PIAA, la temperatura, entre otros, que van agregando un punto por cada evento presente o sobre los niveles esperados, lo cual va a determinar el nivel de complicación en la fecha y permite evaluar el nivel de complicaciones que ha presentado un paciente en su proceso de hospitalización o tratamiento del TEC y sus efectos en la salud general del paciente (72).

Ruiz, (48), en Trujillo-Perú, 2021, el presente estudio titulado “conocimiento y práctica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encéfalo craneano hospital Cajabamba, 2021”, dentro de sus hallazgos mencionan el 50.0% de enfermeros presentaron un conocimiento medio y el 50% un conocimiento bajo, concluyendo con el 0.0% de Enfermeros no presentan un conocimiento Alto, el 50.0% presentan un conocimiento medio y el 50.0% presentaron un conocimiento bajo.

Crusinta (49), en Arequipa-Perú, en el año 2019, cuya investigación es “Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre traumatismo encefalocraneano en el servicio de emergencia del hospital Honorio Delgado”, con una metodología de estudio descriptivo, prospectivo y univariable, con un instrumento que se usó la encuesta con 30 enfermeras. Llegando a un resultado que 53.3% de las enfermeras tienen una edad 46 a 50 años. Además que 60% tiene 11 años en el servicio y el 80% son especialistas. Concluyendo que el nivel de conocimientos que poseen las enfermeras es medio (53.3) %.

Andrade y colaboradores (50), en Trujillo- Perú, 2018, El presente trabajo tiene como título “Nivel de conocimientos y cuidados prioritarios que brinda el enfermero/a al paciente con Traumatismo encéfalo craneano severo en emergencia” basándose en su metodología de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo. La muestra estuvo conformada por 36 profesionales de enfermería, que concluye con el total de enfermeros/as que laboran en el servicio

de emergencia del HRDT el 79.2% presentan alto nivel de conocimientos y el 20.8% un bajo nivel.

Villasis (45), Loja-Ecuador 2018, realizó un estudio “Conocimientos Del Profesional de Enfermería en el manejo del paciente con trauma en el Hospital General Teófilo Dávila” con una metodología enfoque cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal, para la cual se aplicó una encuesta a los profesionales que laboran en los servicios de emergencia, traumatología, cirugía, cuyos resultados señalan que la edad del personal es de 30 a 39 años con 41.1% de los profesionales que elaboran en el servicio de Emergencia 44.2% tienen estabilidad laboral con 1 a 9 años 75.3% poseen una formación académica de tercer nivel, el 65.8% posee capacitación. En conclusión el 39,7% del personal de enfermería tiene un nivel medio de conocimiento en el manejo de pacientes con trauma.

Ponce (46), Valencia- Venezuela 2018, “Conocimiento y práctica que tiene el profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave”. La investigación fue de tipo descriptiva, diseño de campo, correlacional con una población de 70 profesionales de enfermería que elaboran en trauma shock, siendo una muestra de 30 profesionales, la recolección de datos se utilizó 2 instrumentos. Obteniendo como resultado 0.77%, lo cual se considera bueno, por lo tanto, se concluye que no existe relación entre el conocimiento y la práctica en lo que se refiere al cuidado de paciente con traumatismo encéfalo craneano grave, demostrando que los profesionales de enfermería poseen un 38.9% de conocimientos y el 21.8% de las acciones de enfermería a cumplir, esta situación posee a que el profesional realiza actividades empíricas debido a los muchos años de experiencia en el área.

Pillajo (48), Quito-Ecuador 2020, el presente estudio tiene como título “Manejo hospitalario del Traumatismo encéfalo craneano por parte de la enfermera profesional en pacientes de urgencias pediátricas”, la metodología empleada tiene un enfoque cuantitativo de diseño descriptivo, los datos fueron obtenidos mediante aplicación de encuestas a enfermeras que tuviesen experiencia de trabajo en el servicio de urgencias pediátricas y con el manejo de pacientes con

TCE, concluye que los elementos analizados en las enfermeras encuestadas sugieren un buen manejo hospitalario del paciente, lo que podría favorecer la recuperación de los pacientes pediátricos en esta condición.

En la Justificación e importancia el TEC es una agresión brusca que presenta el cráneo y su contenido, producido por una fuerza de inercia, de contacto o por un golpe externo que termina afectando directamente la zona intracraneana y los tejidos adyacentes, con mayor incidencia en los jóvenes y adultos.

Produciendo heridas en la cabeza que en más del 25% conlleva a la muerte y en un porcentaje equivalente a incapacidades serias en personas de todas las edades por periodos prolongados de vida o permanente. Además, estas lesiones constituyen la segunda causa más común de déficit neurológico y es la principal causa de muerte entre las personas menores de 0 a 35 años, principalmente en mayor cantidad en jóvenes y adultos varones. El estudio buscará evidenciar la relación que puede existir entre la calidad del cuidado de enfermería con el grado de impacto de las complicaciones postraumáticas, para reducir el riesgo de morbimortalidad por la causa específica de complicaciones del TEC.

La revisión teórica y científica de la evolución del TEC ayudará a que las profesionales de enfermería puedan comprender la importancia de una especial atención a estos casos y una predisposición a aprender todos los detalles que coadyuvan a una mejor y totalmente oportuna atención de las complicaciones que pueden presentarse en el paciente hospitalizado o no, sometido a los cuidados y revisiones del profesional de enfermería.

Es muy importante el estudio, para que en el trabajo diario que realiza el profesional de enfermería se brinde una atención permanente, holística y humanizada, donde se establece un contacto directo con los pacientes que sufren un TEC y también con los familiares y cuidadores, de modo tal que se constituyen en los primeros testigos de las diferentes complicaciones que pueden presentarse y tomar las acciones necesarias para reducir sus riesgos.

El conocimiento y la práctica deben ir siempre juntos para la atención de pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano, porque a través de esto es posible valorar e identificar los principales signos, síntomas y estado de gravedad

que presenta un paciente para una intervención inmediata, óptima, oportuna y eficaz y por tanto poner en práctica todas las habilidades y destrezas que tiene cada profesional de Enfermería.

Además, el estudio que justifica de manera teórica porque brindara un análisis de literatura que se encuentra en ambas variables de estudio, con el fin de aportar el conocimiento de los cuidados de enfermería y nivel de complicaciones a pacientes con traumatismo encefalocraneano (TEC), para cubrir algún desconocimiento sobre la relación que hay entre las variables, sus dimensiones y resaltar la problemática de estudio.

De otro lado, el estudio de forma social está orientado a proporcionar información en los diferentes niveles del Hospital y departamento de Enfermería en cuanto a la detección de complicaciones del paciente con TEC en base a los cuidados protocolos de enfermería, para realizar un plan de implementación y capacitación continua dirigido al equipo de trabajo, para mejorar los cuidados de Enfermería y evitar las complicaciones graves del paciente.

El estudio que se justifica metodológicamente, porque nos muestra una forma de investigación científica, como es que, bajo un estudio descriptivo correlacional, nos permite obtener una información relevante para la presentación de resultados y sean una referencia para los futuros investigadores de la ciencia de la salud en cuanto a este problema de salud y otros que ameriten cuidados excepcionales por el estado crítico al que llevan al paciente.

Objetivo general: Determina la calidad del cuidado de enfermería en pacientes con traumatismo encefalocraneano en el Hospital María Auxiliadora -2022

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El actual estudio presenta un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental descriptivo y de corte transversal, por constituir un proceso de investigación empírico, basado en valores estadísticos para dar respuestas concretas y posibles efectos entre ambas variables en estudio (49).

Será no experimental y descriptivo porque aborda las variables sin intervención alguna y analiza las mismas en su proceso independientemente de su evolución. Es transversal por que la recolección de datos se da en un momento específico de tiempo. Será un estudio prospectivo, porque se tomarán los datos conforme van llegando y formándose el criterio los participantes (50).

Será un estudio explicativo, porque está orientado a responder la medida en que los cuidados de enfermería reducen los niveles de complicación de los pacientes con TEC, lo cual reduce su riesgo de derivar en estados más críticos de salud.

2.2 POBLACIÓN

En este estudio de investigación estará conformada por 30 enfermeras de la Unidad de Neurología del Hospital María Auxiliadora-2022. La muestra será la misma población, debido a la accesibilidad a todos ellos.

Criterios de selección:

- Se considerarán todos los profesionales de enfermería de la unidad con más de 6 meses en el puesto o en el área.
- Que apliquen íntegramente los instrumentos de la investigación.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El presente estudio tiene como variable principal la calidad del cuidado de enfermería, la cual es una variable ordinal, y como variable dependiente el nivel de complicaciones de pacientes con traumatismo encefalocraneano, la cual es también una variable ordinal.

Definición conceptual:

Calidad del cuidado de enfermería: Es la calidad observada por las profesionales de enfermería, y del equipo a cargo del cuidado, como acción individual de cada enfermera/o que asume el cuidado personalizado y directo de cada paciente (50).

Definición operacional:

Calidad del cuidado de enfermería: Cada uno de los grados asociados al cuidado de enfermería como equipo o individualmente sobre los aspectos como: Accesibilidad, Explica y Facilita, Conforta, Se Anticipa, Mantiene relación de confianza, Monitorea y Hace, y Seguimiento (51).

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica a utilizarse durante la recolección de datos será combinada:

Se empleará la encuesta, realizada con la aplicación de un cuestionario a la población de 30 enfermeras seleccionada, para determinar los cuidados de enfermería. El cuestionario a emplearse será el cuestionario de “Satisfacción del cuidado de enfermería: Cuestionario Care-Q”, el cual consta de 46 ítems y mide las 6 dimensiones señaladas de los cuidados de enfermería, que fue creado por la enfermera Patricia Larson .Esta escala tipo Likert fue aplicada en España y diversos países de Latinoamérica, incluido Perú y fue validado en todas estas ocasiones, siendo el nivel de consistencia promedio alcanzado de 0,88 en la prueba Alpha de Cronbach, lo cual muestra su eficacia y consistencia para medir los datos deseados(52).

Se aplicará a los profesionales de enfermería. Se empleará la ficha de datos, para valorar el estado diario del paciente, leído y transcrito de la historia clínica del paciente, en base a los informes de evolución del estado de salud del paciente. La ficha es “Ficha de datos del estado de salud del paciente diagnosticado con TEC y sometido a tratamiento en el Hospital María Auxiliadora, 2022” Se preferirá principalmente la escala de Glasgow aplicada rutinariamente para evaluar la evolución del paciente y sus respectivos indicadores de estado de salud y consciencia del paciente(53).

Esta prueba clínica que es empleada y aplicada universalmente en todo paciente con TEC, permite una total garantía de su uso, por ser altamente confiable, dado que es un instrumento médico para valorar la salud del paciente con TEC. Acumula con los datos de control de Temperatura corporal diaria, evidencia de PIC y de PIA, PVC, TAM y PPC.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Durante el desarrollo del trabajo se gestionará una carta de presentación al director general de la Universidad María Auxiliadora, dicho documento permitirá el acceso con el Director del Hospital María Auxiliadora, en la Unidad de Neurocirugía, para poder abordar a los profesionales de enfermería de dicha área mencionada, para poder trabajar el estudio de investigación, incluyendo criterios de inclusión y exclusión.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

El recojo de información se efectuará en el presente año, en las instalaciones hospitalarias, por correo o directamente, a cada profesional de enfermería. La presencia de complicaciones se leerá de las historias clínicas de cada paciente.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para el análisis estadístico de los datos se emplearán tablas de doble entrada, en los que se establecerán los niveles de frecuencia, distribución poblacional, edades, sexo, estado de gravedad, complicaciones, entre otros.

Estos datos serán analizados estadísticamente mediante estadígrafos de correlación de Pearson o Rho de Spearman, según sea el caso y la demostración de normalidad medida mediante el índice de Kolmogorov Smirnov que evidencia la necesidad de emplear pruebas paramétricas (Pearson) o no (Rho de Spearman) para identificar con suficiente confianza y seguridad índices de correlación entre dos variables ordinales.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se tendrá en cuenta los principios básicos: la bioética y ética al tratarse de estudio con la salud de las personas. Los aspectos a valorar son: Aspectos bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos principios garantizan a los participantes su protección y seguridad en el estudio. Además, se aplicará el consentimiento informado brindando una breve información, clara y precisa a todos los participantes:

Principio de Autonomía: Es la capacidad de cada ser humano de deliberar sobre sus propósitos personales y de actuar según a las decisiones que puede tomar. Nadie estará obligado a participar.

Principio de beneficencia: Este principio consiste en realizar el bien, y actuar con interés para el beneficio de la salud de la humanidad.

Principio de no maleficencia: se relaciona a no producir daño y prevenir algún posible daño, en toda circunstancia. Pruebas como el test de Glasgow debe ser aplicado mediante estricta observación de este principio.

Principio de justicia: Todo estudio debe ser beneficioso para los participantes y la comunidad.

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Cronograma De Actividades

ACTIVIDADES	2022																							
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema	■	■																						
Búsqueda de la bibliografía vía internet de los repositorios		■	■	■	■																			
Elaboración de la introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			■	■	■	■	■																	
Construcción de la sección de introducción referente a la Importancia y justifica la investigación			■	■	■	■	■																	
Determinar y enunciar los Objetivos de la investigación dentro de la introducción.			■	■	■	■	■	■																
Definición de la sección de material y métodos: Enfoque y diseño de investigación						■	■	■	■	■														
Determinación de la Población, muestra y muestreo									■	■	■	■												
Elección de la Técnicas e instrumentos de recolección de datos									■	■	■	■												
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos										■	■	■												
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información										■	■	■	■											
Elaboración de aspectos administrativos del estudio										■	■	■	■											
Elaboración de los anexos													■	■										
Evaluación anti plagio – Turnitin													■	■	■	■	■	■						
Aprobación del proyecto																			■	■	■			
Sustentación del proyecto																						■	■	

3.2 RECURSOS FINANCIEROS

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2022					TOTAL
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	octubre	5/.
Equipos						
1 laptop	2,200					2,200
Disco duro externo 1 Tb		250				250
Materiales de escritorio						
Lapiceros		10				10
Hojas bond A4			10			10
Material Bibliográfico						
Libros		60	60	10		130
Fotocopias e impresiones		80	40	10	40	170
Espiralado		7	10		10	27
Otros						
Movilidad		50	50	100	300	500
Viáticos		50	50	50	100	250
Comunicación		50	20	10		80
Recursos Humanos						
Asesor estadístico		200				200
Imprevistos*			100		100	200
TOTAL		2,632	340	180	550	3,927

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales: Monitoreando la salud para los Objetivos de Desarrollo sostenible. [Internet]. OMS Ginebra; 2020 [citado 10 de enero de 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
2. Herrera MMP, Ariza HAG, Rodríguez CJJ, et al. Epidemiología del trauma craneoencefálico. [Internet]. Rev Cub Med Int Emerg. 2018;17(Suppl: 2):3-6. [citado 21 de enero de 2022]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cies182b.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. [Internet]. OMS Ginebra; 2004 [citado 20 de noviembre de 2021]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. [Internet]. OPS Ginebra, Suiza; 2020 [citado 20 de enero de 2022]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2020-oms-revela-principales-causas-muerte-discapacidad-mundo-2000-2019>
5. Bonow RH, Barber J, Temkin NR, Videtta W, Rondina C, Petroni G, et al. The Outcome of Severe Traumatic Brain Injury in Latin America. (*El resultado de la lesión cerebral traumática grave en América Latina. Neurosurgo Mundial*). World Neurosurg. 2018;111: e82-e90. [Internet]. 2018. [citado 25 de enero de 2022]. DOI: 10.1016/j.wneu.2017.11.171. Available from: https://www.researchgate.net/publication/321703495_The_Outcome_of_Severe_Traumatic_Brain_Injury_in_Latin_America.
6. Wilberger, James E. Traumatismo encéfalo craneano (TEC). [Internet]. 2019. [citado 29 de enero de 2022]. Manual MSD, On line Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>

7. Organización Mundial de la Salud. Guías para la atención pre-hospitalaria de los traumatismos. [Internet]. OMS Ginebra, Suiza; 2007 [citado 12 de enero de 2022]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/723/9789275316252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Nguyen R, Fiest KM, McChesney J, Kwon CS, Jette N, Frolkis AD, Atta C, Mah S, Dhaliwal H, Reid A, Pringsheim T, Dykeman J, Gallagher C. The International Incidence of Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Neurol Sci.* 2016 Nov;43(6):774-785. DOI: 10.1017/cjn.2016.290. Epub 2016 Sep 27. PMID: 27670907. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27670907/>
9. Hinostrza Luyo, Josefina. Incidencia de traumatismo encéfalo craneano en pacientes hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2015. [Internet]. 2017 [citado 18 de enero de 2022]; UNMSM, Lima, Perú. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5268/Hinostrza_lj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Guillén-Pinto D, Zea-Vera A, Guillén-Mendoza D, Situ-Kcomt M, Reynoso-Osnayo C, Milla-Vera LM, Bravo-Padilla E, Espinoza IO, Medina-Alva MP. Traumatismo encéfalo craneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 19 de octubre de 2021]; 30(4): 630-634. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400015
11. Cam Páucar JL. Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2011 [citado 19 de diciembre de 2021]; 28(1): 39-45. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000100007
12. De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud.* 2018;20(2):171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

13. Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles. [Internet]. OMS Ginebra, Suiza; 2004 [citado 30 de enero de 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
14. Cassiani, Silvia Helena De Bortoli et al. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. v. 44 [citado 20 de enero de 2022]. Available from: <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e64/es/#>
15. Organización Mundial de la Salud. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership (*Estado de la enfermería mundial 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*). [Internet]. Ginebra, 2020. [citado 24 de enero de 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
16. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018. [Internet]. Chile, 2018. [citado 25 de enero de 2022]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34959>
17. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Harcourt. Ed. Madrid, España: 1999.
18. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo a través del proceso de enfermería. Enfermería global. [Internet]. 2010 [citado 17 de diciembre de 2021]; (19): 1-14. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
19. Gil Sánchez C. Cuidados de enfermería al paciente con traumatismo craneoencefálico grave. Aplicación de las medidas generales de tratamiento. Neurotrauma. [Internet]. 2012 [citado 18 de noviembre de 2021]: 1-7. Available from: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/CristinaGil.pdf>
20. Alonso Jiménez, Esperanza; Cabeza Díaz, Pedro; Gutiérrez Fernández, Gemma; Pérez Manjón, Ana Rosa; y Pablo Tomé Bravo. Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo. [Internet]. 2013, Mar

- [citado 2022 enero 30]; 59(230): 26-49. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000100003&lng=es
21. Ibáñez Gabarrón, Ana María; Rojo Atenza, Encarnación; Núñez García, Oscar; y Núñez García, Eva María. Importancia de la metodología enfermera en la mejora de la calidad de los cuidados en el paciente con traumatismo craneo-encefálico grave. [Internet]. 2013. RECIEN: Revista Científica de Enfermería. [citado 28 de diciembre de 2021]: 1-7. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44965/1/RECIEN_07_05.pdf
 22. Wilberger, MD, James E. Traumatismo encefalocraneano (TEC). [Internet] Drexel University College of Medicine; Johns Hopkins School of Medicine. 2019. [citado 21 de enero de 2022]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-ct/traumatismo-encefalocraneano-tec>
 23. Traumatismos craneoencefálicos. Unidad de Neurocirugía RGS [Internet] 2021 [citado 15 de setiembre de 2021]. Available from: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema9-traumatismos-craneoencefalicos2/>
 24. Neurorrehabilitación. Traumatismo craneoencefálico. [Internet]. 2021 [citado 18 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de <https://www.guttmann.com/es/especialidad/traumatismo-craneoencefalico>
 25. Arribas, Mercedes y Expósito, Lourdes. X Curso de cuidados de enfermería al paciente neurocrítico. [Internet]. 2013. Segunda edición. Asociación para el fomento de la investigación y docencia en neurotraumatología y neurocirugía. Barcelona. [citado 25 enero, 2022]. Available from: https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/X_CursoEnfermeria_PIC2012.pdf
 26. Ruiz Jiménez CG. Conocimiento y práctica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encefalocraneano en Emergencia del Hospital General Cajabamba. [tesis en Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021 [citado 26 de noviembre de 2021]. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7629/1/REP_CESAR.RUIZ_CONOCIMIENTO.Y.PRACTICA.DEL.ENFERMERO.pdf
 27. Olaya Ordinola LJ. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con traumatismo por accidentes de tránsito en emergencia del Hospital de Apoyo II-2

- Sullana. 2018-2020. [tesis en Internet]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]. Available from: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2702/MHUM-OLA-ORD-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Bárcena-Orbe A., Rodríguez-Arias C. A., Rivero-Martín B., Cañizal-García J.M., Mestre-Moreiro C., Calvo-Pérez J.C. et al. Revisión del traumatismo craneoencefálico. [Internet]. 2006 Dic [citado 2022, enero 25]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000600001&lng=es.
29. Andrade Saavedra SA, Díaz Cerna LM. Competencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo encéfalo craneano en emergencia del Hospital Belén de Trujillo, 2018. [tesis en Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]. Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6917/1/REP_SOFIA.ANDRADE_LIDIA.D%C3%8DAZ_COMPETENCIAS.DEL.PROFESIONAL.DE.ENFERMERIA.pdf
30. Ferreyra Franco, F. Protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. [trabajo final en Internet]. [Córdoba]: Universidad Nacional de Córdoba; 2017 [citado 19 de noviembre de 2021]. Available from: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/ferreyra-franco.pdf>
31. Castello M. Prieto J. (2011). Revista SIDEME. [En línea] enero-marzo de 2011. Citado el: 20 de junio de 2013.] Available from: http://www.sideme.org/revista/num7/VDC_Alicante_S7.pdf
32. Radas S. (2014), Recomendaciones en el cuidado de pacientes con traumatismo craneoencefálico severo, España. citado 19 de noviembre de 2021].
33. Vilca M. Traumatismo Encefalocraneano (TEC). Neurocirugía Docencia UCSUR. [En línea] [citado 19 de noviembre de 2021]. Available from: <http://neurocirugiadocenciaucsur.blogspot.pe/2011/02/traumatismoencefalocraneano-tec.html>.
34. Revista Brainline. ¿Qué complicaciones inmediatas posteriores al trauma pueden ocurrir con traumatismo cerebral? Brainline; editorial. [Internet] 2021 [citado 16 de noviembre de 2021]. Available from:

- <https://www.brainline.org/article/%C2%BFqu%C3%A9-complicaciones-inmediatas-posteriores-al-trauma-pueden-ocurrir-con-traumatismo-cerebral>
35. Ruiz Jiménez CG. Conocimiento y práctica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encefalocraneano en Emergencia del Hospital General Cajabamba. [tesis en Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021 [citado 26 de noviembre de 2021]. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7629/1/REP_CESAR.RUIZ_CONOCIMIENTO.Y.PRACTICA.DEL.ENFERMERO.pdf
36. Crusinta Solis, Belinia. Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre traumatismo encefalo craneano servicio de emergencia del hospital regional Honorio Delgado. Arequipa. 2019. [acceso el 11 de noviembre del 2022]. [tesis de internet]. Universidad Católica de Santa María Disponible https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_d9f1d6937ccbf1af15ce793a40766755/Description#tabnav
37. Olaya Ordinola LJ. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con traumatismo por accidentes de tránsito en emergencia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana. 2018-2020. [tesis en Internet]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]. Available from: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2702/MHUM-OLA-ORD-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Andrade Saavedra SA, Díaz Cerna LM. Competencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo encéfalo craneano en emergencia del Hospital Belén de Trujillo, 2018. [tesis en Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]. Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6917/1/REP_SOFIA.ANDRADE_LIDIA.D%C3%8DAZ_COMPETENCIAS.DEL.PROFESIONAL.DE.ENFERMERIA.pdf
39. Carranza Camacho R. Análisis sociodemográfico, biomarcadores séricos y evaluación neuropsiquiátrica como factores predictivos en pacientes con traumatismo craneoencefálico. [tesis en Internet]. [Monterrey]: Tecnológico de Monterrey; 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]. Available from: <https://repositorio.tec.mx/ortec/bitstream/handle/11285/633067/Tesis%20Doctora%20Ricardo%20Caraza%20abril%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

40. Zaras Lopez CA. Frecuencia de TCE por grados de acuerdo a la escala de coma de Glasgow en el servicio de urgencias del HGZ-50. [tesis en Internet]. [San Luis de Potosí]: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí; 2020 [citado 22 de noviembre de 2021]. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7324/TesisE.FM.2020.Frecuencia.Zaras.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Ferreyra Franco, F. Protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. [trabajo final en Internet]. [Córdoba]: Universidad Nacional de Córdoba; 2017 [citado 19 de noviembre de 2021]. Available from: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/ferreyra-franco.pdf>
42. Carrion M, conocimientos del professional de enfermeria en el manejo del paciente con trauma en el hospital general Teofilo Davila, 2018 [tesis para licenciatura] Loja –Ecuador: Universidad Nacional Loja [acceso 11 de noviembre 2022]disponible:https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20632/1/TE_SIS%20MARIA%20JOSE%20CARRION.pdf
43. Ponce L, conocimiento y practica que tiene el professional de enfermeria en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefalico gave, 2018[tesis de maestria].Valencia-Venezuela: Universidad de Carabobo. [acceso 11 de noviembre2022].Disponible <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/6905/1/lponce.pdf>
44. Pillajo M, Quito, 2020 manejo hospitalario del traumatismo craneoencefálico por parte de la enfermera profesional en pacientes de urgencias pediátricas de junio-agosto 2019[trabajo final en internet]. universidad católica del ecuador´ [citado 19 de noviembre de 2021]. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18163/disertacion%20m.%20pillajo.%20%281%29.pdf?sequence=1&isallowed=y>
45. Fernández-Ayuso RM, Morillo-Velázquez JM, Fernández-Ayuso D, de la Torre-Montero. Validation to Spanish of the Caring Assessment Tool (CAT-V). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2965. [Acceso enero, 22, 2022]; Available from: <http://dx.doi.org/1518-8345.0920.2965>
46. Castelo Corral, Laura. Escala de coma de Glasgow. Medicina Interna. [Internet]. CHU Juan Canalejo. A Coruña. [citado 19 de enero de 2022]. Available from: <https://meiga.info/escalas/glasgow.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	Tipo de variable según su naturaleza: Cuantitativa Escala de medición: Ordinal	Es la calidad percibida por el paciente, sus cuidadores o familiar a cargo de los cuidados dispensados por los profesionales de enfermería, tanto como equipo a cargo del cuidado, como acción individual de cada enfermera/o que asume el cuidado personalizado y directo de cada paciente.	Cada uno de los grados asociados al cuidado de enfermería como equipo o individualmente sobre los aspectos como: Accesibilidad, Explica y Facilita, Conforta, Se Anticipa, Mantiene relación de confianza, Monitorea y Hace, y Seguimiento.	Accesibilidad	Cuidados en relación de: - Apoyo. - Ayuda de forma oportuna.	5 ítems (1 - 5)	Alto	Las dimensiones del CARE-Q se obtuvieron a partir de las puntuaciones medias de los ítems, recogidos en una escala de Likert con 4 opciones de respuesta. Las puntuaciones se transformaron en una escala de 46 a 184 para facilitar su interpretación: a mayor puntuación, mayor nivel.
				Explica y Facilita	Cuidados en dar a conocer aspectos desconocidos en relación con su: - Enfermedad. - Tratamiento. - Recuperación.	5 ítems (6 - 10)	Medio	
				Conforta	Cuidados para el usuario hospitalizado, familia y allegados: - Comodidad. - Entorno que favorezca el bienestar.	9 ítems (11 - 19)	Bajo	
				Se Anticipa	Cuidados planeados con anterioridad teniendo en cuenta: - Las necesidades del usuario. - Prevenir complicaciones.	10 ítems (20 - 29)	.	
				Mantiene Relación de Confianza	Cuidados para que el usuario hospitalizado tenga: - Empatía con ellos dirigidos en pro de su recuperación. - Cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el usuario.	9 ítems (30 - 38)		
				Monitorea y Hace Seguimiento	Cuidados que implican: - Conocimiento propio de cada usuario. - Dominio de lo científico técnico y de los procedimientos que realiza.	8 ítems (39 - 46)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

1. SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO CARE-Q

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, soy estudiante de la Especialidad de Enfermería en Centro de neurología de la Universidad María Auxiliadora, y estoy acá para pedir su la calidad de atención de los pacientes que fueron atendidos por Traumatismo encéfalo craneano (TEC) en el Hospital María Auxiliadora, 2022. Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, lee cada pregunta con atención. Cuando pienses en tu respuesta, trate de recordar los servicios presenciados, vividos u conocidos en su estancia en la Unidad de atención de neurología como enfermero/a. ¿Qué respuesta viene a su mente primero? Escoja la opción que mejor se adapte a su respuesta y márkela con una equis (X).

Recuerde que esto no es un examen, así que no hay respuestas buenas ni malas. Pero es importante que respondas a todas las preguntas y que veamos sus marcas claramente.

No tienes que mostrarle a nadie tus respuestas. Tampoco nadie más, aparte de nosotros, mirará su cuestionario una vez que hayas finalizado.

DATOS GENERALES:

Edad: _____.

Sexo del entrevistado:

a. Femenino () b. Masculino ()

DIMENSIONES - ITEMS		NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
ACCESIBILIDAD					
1	La enfermera se aproxima al paciente para ofrecerle medidas que alivien el dolor para realizarle procedimientos.				
2	La enfermera brinda los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.				
3	La enfermera visita a sus pacientes con frecuencia para verificar su estado de salud.				

4	La enfermera responde rápidamente al llamado de cada paciente.				
5	La enfermera pide al paciente que la llame si usted se siente mal.				
EXPLICA Y FACILITA					
6	La enfermera informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad a cada paciente.				
7	La enfermera brinda información clara y precisa sobre la situación actual al paciente.				
8	La enfermera enseña cómo cuidarse por ellos mismos a cada paciente.				
9	La enfermera sugiere preguntas que los pacientes para formularle a su doctor cuando sea necesario.				
10	La enfermera es honesta con los pacientes en cuanto a su condición médica.				
CONFORTA					
11	La enfermera se esfuerza para que los pacientes puedan descansar cómodamente.				
12	La enfermera motiva a los pacientes a identificar los elementos positivos de su tratamiento.				
13	La enfermera es amable con los pacientes a pesar de tener situaciones difíciles.				
14	Todas las enfermeras del área son alegres.				
15	La enfermera se sienta con los pacientes para entablar conversación con ellos.				
16	La enfermera establece contacto físico cuando necesitan consuelo los pacientes.				
17	La enfermera escucha con atención a sus pacientes.				
18	La enfermera habla con sus pacientes amablemente.				
19	La enfermera involucra a la familia de cada paciente en su cuidado.				
SE ANTICIPA					
20	La enfermera presta mayor atención a sus pacientes en horas de la noche.				
21	La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con el paciente y su familia sobre su situación de salud.				
22	Cuando el paciente se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con ellos nuevos planes de intervención.				
23	La enfermera está pendiente de las necesidades de los pacientes para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.				

24	La enfermera comprende que experiencia de cada paciente es difícil para ello y les presta especial atención durante este tiempo.				
25	Cuando la enfermera esta con los pacientes realizando algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en ese paciente.				
26	La enfermera continúa interesada en cada paciente, aunque haya culminado o pasado la crisis o fase crítica.				
27	La enfermera ayuda a los pacientes a establecer metas razonables.				
28	La enfermera busca la mejor oportunidad para hablar a los pacientes sobre los cambios en su situación de salud.				
29	La enfermera concilia con los pacientes antes de iniciar un procedimiento o intervención.				
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA					
30	La enfermera ayuda a sus pacientes a aclarar sus dudas en relación a su situación.				
31	La enfermera acepta que el paciente es quien mejor se conoce, y lo incluye siempre en lo posible en la planificación y manejo de su cuidado.				
32	La enfermera anima al paciente para que formule preguntas de su médico relacionadas con su situación de salud.				
33	La enfermera pone al paciente en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.				
34	La enfermera es amistosa y agradable con los familiares y allegados de cada paciente.				
35	La enfermera permite expresar a cada paciente totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.				
36	La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con cada paciente.				
37	La enfermera identifica y trata a cada paciente como una persona individual.				
38	La enfermera se identifica y se presenta ante cada paciente.				
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO					
39	El uniforme y carnet que porta la enfermera la caracteriza como tal.				
40	La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.				

41	La enfermera es organizada en la realización de su trabajo				
42	La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.				
43	La enfermera es calmada.				
44	La enfermera le proporciona buen cuidado físico.				
45	La enfermera se asegura que los familiares y allegados de cada paciente sepan cómo cuidarlos.				
46	La enfermera identifica cuando es necesario llamar al médico.				
TOTAL					

Gracias por su colaboración.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Cuidados de enfermería y nivel de complicaciones a pacientes con traumatismo encéfalo craneano en el hospital María Auxiliadora -2021

Nombre del investigador principal: MARIA CRISALIDA RIVERA SURITA

Propósito del estudio: Determinar la relación entre los cuidados de enfermería y nivel de complicaciones a pacientes con traumatismo encefalocraneano en el Hospital María Auxiliadora -2021

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a MARIA CRISALIDA RIVERA SURITA autora del trabajo (teléfono móvil N° 985990470) o al correo electrónico:maria_rivera23@hotmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al _____, presidente del Comité de Ética de la _____, ubicada en la _____ y al correo electrónico: _____.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido

indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital	
Nº de DNI:		
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp		
Correo electrónico		
Nombre y apellidos del investigador		Firma
MARIA CRISALIDA RIVERA SURITA		
Nº de DNI		
47870110		
Nº teléfono móvil		
985 990 470		
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma	
Nº de DNI		
Nº teléfono		
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados		Firma o huella digital
Nombre y apellido:		
DNI:		
Teléfono:		

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

Firma del participante

Anexo D. Informe de originalidad