



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima,

2024

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Presentado por:

Autora: Ccalluco Chosec, Marianita

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2872-8392>

Asesora: Mg. Benavides Silva de Sender, Erika del Carmen

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8421-270X>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Marianita Ccalluco Chosec egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO GRAVE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2024." Asesorado por el docente: Erika Maria Del Carmen Benavides Silva De Sender DNI 21463499 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8421-270X> OID 14912:455511426 tiene un índice de similitud de 17 % verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Marianita Ccalluco Chosec
 DNI: 44305838



.....
 Firma
 Erika Maria Del Carmen Benavides Silva De Sender
 DNI:21463499

Lima,de Mayo de 2025

Dedicatoria

Al Señor Todopoderoso por bendecirme todos los días para lograr mis metas trazadas en la vida y ser una profesional de calidad y eficiente

Agradecimiento

A mis valiosos familiares por ser el gran motivo
y el motor para proseguir con pasos agigantados
en la lucha por mi formación de especialidad

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice de contenido.....	vi
Resumen	ix
Abstract.....	x
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica.....	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7
1.5.3. Población o unidad de análisis	7

2.	MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.	Antecedentes	8
2.1.1.	Antecedentes internacionales	8
2.1.2.	Antecedentes nacionales	9
2.2.	Bases teóricas	11
2.2.1.	Nivel de conocimiento sobre TEC	11
2.2.2.	Prácticas de enfermería sobre TEC grave	16
2.2.3.	Teorías de enfermería relacionadas.....	20
2.3.	Formulación de hipótesis	22
2.3.1.	Hipótesis general.....	22
2.3.2.	Hipótesis específicas	22
3.	METODOLOGÍA	23
3.1.	Método de la investigación	23
3.2.	Enfoque de la investigación	23
3.3.	Tipo de investigación	23
3.4.	Diseño de la investigación	23
3.5.	Población, muestra y muestreo	24
3.6.	Variables y operacionalización	25
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
3.7.1.	Técnica	26
3.7.2.	Descripción de instrumentos	26
3.7.3.	Validación	27
3.7.4.	Confiableidad.....	27
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	27
3.9.	Aspectos éticos.....	28

4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	29
4.1.	Cronograma de actividades.....	29
4.2.	Presupuesto	30
5.	REFERENCIAS.....	31
	Anexos.....	35
	Anexo 1: Matriz de consistencia	36
	Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	37
	Anexo 3: Consentimiento informado	41

Resumen

Introducción: Los enfermeros de emergencias son responsables de la evaluación y manejo continuos de los parámetros fisiológicos asociados con el traumatismo encéfalo craneano; por lo tanto, tienen un papel vital y significativo en la atención de los pacientes que sufren de traumatismo nivel moderado a grave para salvar vidas, evitar complicaciones y secuelas.

Objetivo: Determinar cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería sobre el traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024. **Métodos:** se utilizará el método hipotético-deductivo, con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, con diseño no experimental, trasversal y de alcance correlacional; en una muestra de 90 enfermeros quienes responderán un formulario de interrogantes plasmados en un cuestionario acerca del nivel de conocimiento sobre TEC grave ($\alpha = 0.83$), y otro cuestionario sobre prácticas de enfermería sobre TEC grave ($\alpha = 0.85$), seguidamente los hallazgos reportados se ingresarán al programa SPSS 27.0 y Excel 2019 para su análisis y descripción en las tablas y figuras; para encontrar la correlación se usará el cálculo de la normalidad.

Palabras clave: *Conocimiento, prácticas, enfermería, lesiones traumáticas del encéfalo*

Abstract

Introduction: Emergency nurses are responsible for the ongoing assessment and management of physiological parameters associated with traumatic brain injury; Therefore, they have a vital and significant role in the care of patients suffering from moderate to severe trauma to save lives, avoid complications and sequelae. **Objective:** Determine the relationship between the level of knowledge and nursing practices on severe traumatic brain injury in the emergency service of a national hospital in Lima, 2024. **Methods:** The hypothetical-deductive method, quantitative approach, applied type, non-experimental design and descriptive-correlational scope will be used; in a sample of 90 nurses who will answer a form of questions expressed in a questionnaire about the level of knowledge about severe TBI ($\alpha = 0.83$), and another questionnaire on nursing practices regarding severe TBI ($\alpha = 0.85$). Then, the reported findings will be entered into the SPSS 27.0 and Excel 2019 programs for analysis and description in tables and/or figures, the correlation test according to the calculation of normality.

Keywords: *Knowledge, practices, nursing, traumatic brain injuries*

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, se informa que globalmente las lesiones físicas a nivel cerebral es el traumatismo encéfalo craneano (TEC), afectó de 60 a 69 millones de víctimas cada año, provocando una hospitalización de emergencia de urgencias 55% y la mortalidad del 25%; el cerebro se encuentra con probabilidades de provocar muerte o discapacidad permanente; asimismo, es dado en naciones emergentes bajas y medianas 98% y naciones altas 19.6%, ocasionados por los accidentes de tránsito como colisiones o atropellos 60%, caídas 40%; mayormente en países como África, Asia, Europa, América del Norte y Sur (1).

Asimismo, en los países de Latinoamérica, la realidad es similar por la presencia de eventos graves a nivel cerebral como traumatismo encéfalo craneano (TEC), han perjudicado millones en la población, con mayor prevalencia en la mortalidad en la etapa prehospitalaria 73%, en lo hospitalario 20% y en las unidades de emergencias el 7%; por accidentes de tránsito 65%, caídas 35%; en los países con mayor porcentaje de estos accidentes son Brasil, Colombia, Argentina, Venezuela, Perú, Chile, Uruguay, Paraguay y Bolivia del 75% a 35%; por lo tanto, siendo la población joven y niños que tienen mayor prevalencia; teniendo un promedio de muertes más alta en las naciones de ingresos bajos y medianos (2).

De la misma manera a nivel nacional, se ha reportado que el TEC, afecta a más de 1.5 millones de afectados teniendo como causas accidentes de tránsito 68%, caídas 25% y agresiones 7%; el promedio de sobrevivencia 25%, pero tienen secuelas irreversibles o discapacidades; una mortalidad 56%; predominante en varones, con edades de 15 a 35 años; ocasionando mareos, problemas de equilibrio, dificultades cognitivas, déficit de memoria, labilidad emocional, delirios, alucinaciones, alteraciones visuales y cefaleas o muerte (3).

Por todo ello, cada año, se producen aproximadamente 8 a 10 millones de muertes así como entre 1.5 y 1.7 millones de personas con discapacidad neurológica debido a una lesión cerebral traumática o TEC; asimismo, la lesión primaria en el cerebro puede dar lugar a una discapacidad grave debido a la destrucción neuronal con un mayor deterioro producido por la isquemia cerebral ocasionado por la inflamación del cerebro, la formación de hematomas, la hipoxia y la hipotensión y luego conduce a una lesión cerebral secundaria (4).

Del mismo modo, el TEC lograr alterar las funciones neurológicas o del cerebro ya sea transitoria o duradera, derivada de una fuerza externa que induce un movimiento rápido del cerebro dentro del cráneo que ocurre en el momento del impacto y es irreversible, iniciando una secuencia de procesos celulares reconocidos como lesión secundaria; si bien el trauma inicial inflige daño, la sucesión de eventos secundarios influye significativamente en el resultado de pacientes críticamente enfermos por consecuencias del TEC grave (5).

Asimismo, la lesión secundaria comienza con procesos inflamatorios, cambios de la parte masa encefálica, lesión del cerebro y liberación de mediadores inflamatorios, teniendo principales culpables de la lesión secundaria edema cerebral, presión intracraneal, hipoperfusión e hipoxemia, que culminan en compresión del tejido cerebral y daño posterior; además, los desequilibrios electrolíticos, sobre todo cambios repentinos o alterados de sodio, exacerban los déficits neurológicos al precipitar cambios significativos del equilibrio hídrico (6).

Por lo que, la oportunidad para mejorar los resultados en pacientes víctimas de TEC a través de intervenciones terapéuticas tempranas, ya que los mecanismos subyacentes a la lesión secundaria sólo se vuelven irreversibles después de un período de tiempo específico; es evidente el imperativo de prevenir lesiones secundarias, con el objetivo de reducir la aparición de comorbilidades asociadas con la TEC con una intervención inmediata que requiere un enfermero con experiencia de lesiones cerebrales primarias y secundarias (7).

Es así que el profesional de Enfermería debe estar preparado para brindar el cuidado en la recuperación del paciente con TEC; siendo importante el recurso humano por su valioso aporte con sus conocimientos y prácticas para dar la mejor atención con pertinencia y calidad a los pacientes con TEC; siguiendo los protocolos de atención para minimizar los daños y complicaciones (8).

A su vez, los enfermeros cumplen un rol primordial influyendo en resultados de pacientes críticamente enfermos debido a su proximidad a la hora de identificar déficits neurológicos e intervenir con prontitud o inmediato; de hecho, el conocimiento y práctica adecuada de evaluaciones neurológicas periódicas y el reconocimiento rápido de los cambios del estado clínico puede afectar significativamente los resultados, inclinando potencialmente el sobrepeso de la balanza de vivir o morir, así como prevenir posibles complicaciones (9).

El retraso en el diagnóstico de complicaciones puede precipitar un deterioro de la condición clínica de pacientes críticamente enfermos, limitando modalidades de tratamiento y, en última instancia un daño irreparable; además, las intervenciones de enfermería con TEC es prevenir y minimizar la lesión cerebral secundaria, las complicaciones físicas y cognitivas; por ello, el enfermero debe tener conocimientos científicos actualizados, experiencia profesional, competencias de procedimientos, capacidad de priorizar y tomar decisiones efectivas (10).

En el servicio de emergencia de un hospital de Lima, la actuación del enfermero son cruciales para promover la recuperación y mitigar las lesiones secundarias entre pacientes críticamente enfermos con TEC, con una formación continua para dotarlos de las habilidades necesarias para reducir los riesgos y mejorar los beneficios de intervenciones especializadas, elevando la calidad asistencial del enfermero mediante la integración del conocimiento adquirido en la práctica con la capacitación permanente en el manejo del TEC grave.

Por lo anteriormente mencionado, siendo imprescindible que pacientes con TEC grave sean atendidos de manera inmediata y con enfermeras altamente calificadas en el manejo con intervenciones para prevenir complicaciones o muertes de pacientes de emergencias.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera el nivel de conocimiento se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿De qué manera el nivel de conocimiento de la dimensión “aspectos teóricos sobre TEC” se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave?

¿De qué manera el nivel de conocimiento de la dimensión “identificación del TEC” se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave?

¿De qué manera el nivel de conocimiento de la dimensión “evaluación de la gravedad del TEC” se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar de qué manera el nivel de conocimiento se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar de qué manera el nivel de conocimiento de la dimensión “aspectos teóricos sobre TEC” se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave

Identificar de qué manera el nivel de conocimiento de la dimensión “identificación del TEC” se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave

Identificar de qué manera el nivel de conocimiento de la dimensión “evaluación de la gravedad del TEC” se relaciona con las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

En la justificación teórica se consolidará lo cognitivo-científico acerca del conocimiento sobre TEC grave basado en la Teoría de Patricia Benner enfatiza que el enfermero debe poseer conocimientos adquiridos en base a la experiencia para ser profesionales expertos durante las emergencias; y las prácticas de enfermería sobre TEC grave basado en la Teoría de Virginia Henderson se enfoca en brindar cuidados según necesidades para prevenir problemas a nivel neurológico que afectan la salud ocasionando deficiencias cognitivas, ópticas, verbales y auditivos; así como la presencia de alternaciones cerebrales, vegetativas temporales o permanentes.

1.4.2. Metodológica

El trabajo será un precedente a seguir en estudios con abordajes semejante al estudio, ya sea a nivel internacional, nacional o local, en cuanto al aspecto cuantitativo; asimismo, será una guía metodológica, referencial y teórica, con el apoyo de sus instrumentos validados y confiables para ser aplicados según las realidades de cada investigación pertinente.

1.4.3. Práctica

Esta investigación es relevante porque al conocer los resultados se fortalecerá las intervenciones para actuar frente a los casos de emergencia, demostrando competencias y capacidades para resolver situaciones de riesgo en pacientes con TEC grave en la cual le brindan intervenciones eficaces logrando que se puedan evitar posibles de daños en la cabeza sobre todo en el cerebro para minimizar las secuelas ya sean temporal y permanentes del pacientes en la percepción sensorial, cognición, movilidad, coma o muerte del mismo, si se actúa dentro de las primeras horas del trauma centrado en la optimización de la recuperación funcional y minimizando la lesión cerebral.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación se aplicará a partir del mes de julio hasta diciembre del 2024.

1.5.2. Espacial

La investigación se aplicará en la unidad de emergencia de un hospital del MINSA en Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Los profesionales de enfermería de emergencias.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Shehade et al (11), en el 2023, en Palestina, realizó un estudio que tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de las enfermeras sobre la atención de pacientes de emergencias con traumatismo craneoencefálico en Cisjordania”. La metodología investigativa abordada fue cuantitativo-transversal-descriptivo-correlacional; encuestando a una muestra de 165 enfermeros que llenaron dos formularios tipo cuestionario. Los resultados obtenidos finalizaron que el nivel de conocimiento TEC fue bajo en un 60%, medio en un 37.6% y alto en un 2.4%; asimismo, las prácticas de enfermería sobre TEC malo 69.7%, regular 28.5% y bueno 1.8%. Las conclusiones fueron que dos tercios de las enfermeras tenían bajos conocimientos sobre la atención de TEC y de igual manera un nivel deficiente de práctica en la atención de TEC.

Sabah et al (12), en el 2020, en Bagdad, realizó un estudio que tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de las enfermeras de emergencias sobre lesiones traumatismo craneoencefálico (TEC) durante la hora dorada”. La metodología investigativa abordada fue cuantitativo-transversal-descriptivo-correlacional; encuestando a una muestra de 25 enfermeros que llenaron dos formularios tipo cuestionario. Los resultados de la investigación fue conocimiento TEC fue bajo 52%, medio 32% y alto 16%; asimismo, las prácticas de enfermería sobre TEC fueron adecuado 58% e inadecuado 42%. Las conclusiones del estudio confirmaron que no hay relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas sobre el manejo del TEC por su experiencia en general.

Condori (13), en el 2020, en Bolivia, realizó un estudio que tuvo como objetivo

“determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en la atención inicial de traumatismo craneoencefálico grave en servicios de emergencia del Hospital Bajío del Oriente de Santa Cruz”. La metodología investigativa abordada fue cuantitativo-transversal-descriptivo-correlacional; encuestando a una muestra de 25 enfermeros que llenaron dos formularios tipo cuestionario. Los resultados de la investigación fue conocimiento TEC fue conoce 80% y desconoce 20%; asimismo, las prácticas de enfermería sobre TEC fueron adecuado 88% e inadecuado 12%. Las conclusiones fueron que los enfermeros de emergencias poseen bajos conocimientos y que las prácticas del cuidado de pacientes con TEC son adecuadas esto deduce que dentro de la correlación entre variables se afirmó que no existe una relación del conocimiento sobre la práctica que realiza el profesional de enfermería en la primera atención al paciente con TEC grave.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Chura et al (14), en el 2024, en Moquegua, realizó un estudio que tuvo como objetivo “determinar la relación entre el conocimiento y práctica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encéfalo craneano de emergencias en el Hospital Regional de Moquegua”. La metodología investigativa abordada fue cuantitativo-transversal-descriptivo-correlacional; encuestando a una muestra de 44 enfermeros que llenaron dos formularios tipo cuestionario. Obteniendo como resultados que el conocimiento sobre TEC fue alto con 45.5%, medio 34.1% y bajo 20.4%; mientras que las prácticas de enfermería dieron como respuesta regular con 45.5%, buena 34.1% y deficiente 20.4%. Al final se tuvo como conclusión que los enfermeros presentaron un nivel de conocimiento alto y las prácticas fueron regulares esto se da la razón que a pesar que poseen altos conocimiento las prácticas no son similares ya que la experiencia es fundamental para ganar más habilidades que la parte técnico científica es primordial, pero va unida a los cuidados de enfermería.

Montes et al (15), en el 2022, en Lima, investigó con el objetivo de “determinar la relación entre nivel de conocimiento y cuidados de enfermería al paciente con traumatismo encéfalo craneano de emergencia del Hospital Guillermo Díaz Vega de Abancay”. La metodología investigativa abordada fue cuantitativo-transversal-descriptivo-correlacional; encuestando a una muestra de 30 enfermeros que llenaron dos formularios tipo cuestionario. Los resultados obtenidos evidenciaron que el conocimiento TEC fue medio 46.7%, alto 43.3% y bajo 10%; de la misma manera las prácticas de enfermería sobre TEC fueron adecuado 96.7% e inadecuado 3.3%. Se concluye que los enfermeros tuvieron un nivel de conocimiento medio y las prácticas de enfermería adecuadas por lo que el tratamiento de los pacientes con TEC requiere un enfoque multidisciplinario, estrecha vigilancia frecuente y un uso juicioso de múltiples tratamientos para disminuir la lesión cerebral secundaria y mejorar los resultados que de acuerdo a los hallazgos pueden mejorar la condición general de salud del paciente.

Ruiz (16), en el año 2021, en Trujillo, desarrollo una investigación con el objetivo “determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encéfalo craneano en el servicio de emergencia del Hospital General Cajabamba”. La metodología fue enfoque cuantitativo con diseño no experimental, transversal y correlacional; encuestando a una muestra de 20 enfermeros que llenaron dos formularios tipo cuestionario. Los resultados del estudio fueron que el conocimiento TEC fue medio 50% y bajo 50%; asimismo, las prácticas de enfermería sobre TEC fueron inadecuada 65% y adecuada 35%. Las conclusiones fueron que los profesionales de enfermería presentaron un nivel de conocimiento nivel medio y prácticas del cuidado sobre TEC inadecuadas de emergencias por lo que el manejo del TEC incluye diferentes enfoques, lo que claramente requiere el esfuerzo de las enfermeras de cabecera junto con el resto del equipo sanitario del

hospital siendo un desafío tener suficientes conocimientos y habilidades para brindar atención de calidad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Conocimiento del Traumatismo Encéfalo Craneano Grave

Los enfermeros emergencistas son indispensables por su labor asistencial sanitaria, siendo un colectivo profesional que ayuda a proteger y mejorar la salud comunitaria, ya sea el individuo, la familia y la sociedad. Sus conocimientos les permiten proporcionar cuidados de salud orientados a la curación y rehabilitación con enfoque holístico en caso de enfermedad, el objetivo del área de emergencia es formar personal de alto performance (17).

La opinión que se forma en el ser humano desde el momento del primer contacto con la existencia es el conocimiento que se sistematiza considerándolo a nivel científico; es decir, que se produce mediante la observación, experimentación, medición y razón del individuo, mediante el estudio de teorías de fenómenos comprobados u obtenidas como aquel que puede explicar un determinado evento tratado de la manera más conveniente y aceptable (18).

Por ende, es necesario que estén actualizados a nivel cognitivo en el área de emergencia que trabajan principalmente para proteger y mejorar la salud se hacen necesarios y tienden a ser determinantes en casos de accidentes o desastres. Estos conocimientos les permiten planificar, implementar y evaluar los cuidados de enfermería en caso de enfermedad, estos solo se pueden dar mediante las prácticas basadas en evidencias, pensar crítico, combinando excelencia académica y elementos investigativos (conocimientos) (19).

Por ello, la experiencia laboral, el estar expuestos a diferentes escenarios de urgencia, el abordaje de diversos pacientes de diferentes cuadros clínicos brinda a los enfermeros emergencistas diversidad de experiencias, estas con el correr del tiempo les permite la

adquisición de talentos y habilidades, por ello un área de gran complejidad como el área de emergencia les permite desenvolverse con experticia en todas las instituciones de salud (20).

En este sentido, las características básicas del conocimiento científico son universal, comprobable, criticable y falsificable también, el conocimiento científico que poseen los enfermeros sólo puede producirse en un entorno científico y mediante la investigación acerca de profesionalización sanitaria sobre todo los enfermeros, en situaciones de suma peligrosidad estos conocimientos y experiencia son vitales el abordar de los afectados con TEC de un nivel de gravedad elevado por lo que es crucial el requisito de la experiencia (21).

Las instituciones de la salud necesitan de estos profesionales que conozcan y apliquen meticulosamente la metodología científica y respeten las consideraciones éticas, que a la vez sean plasmados en la práctica, ya sean en los cuidados de enfermería (terapias, tratamientos, cuidados, etc.). Así también en la práctica con los colegas, superiores (jefatura) o con el equipo multidisciplinario, la práctica de las habilidades y destrezas es la acumulación de los conocimientos que se manifiestan y se plasman en su desempeño (22).

El conocimiento científico sólo puede producirse en un entorno científico y mediante el ejercicio de enfermería, que conozcan y apliquen meticulosamente los cuidados y respeten los principios y valores éticos. En los casos del abordaje de pacientes con TEC suele ser experiencias traumáticas en enfermeros novatos, al exponerse a gran estrés y a sensaciones abrumantes, sin embargo, debido al contacto frecuente con estos pacientes se familiarizan y en la mayoría de los casos son resolutivos y solamente se enfocan en el factor tiempo (23).

Esto último es uno de los principales factores que deben ser tratados, ya que debido a la severidad de las condiciones en las que vienen estos pacientes suelen presentar severas lesiones. Los TEC suelen darse mayormente en accidentes automovilísticos, la urbanización es la causa más común de TEC, la congestión del tráfico como resultado de la expansión

poblacional, accidentes de trabajo y heridas de bala, por estos motivos los enfermeros deben abordar rápidamente y saber que sus conocimientos y el tiempo pueden salvar vidas (24).

Dimensión 1. Aspectos teóricos sobre TEC: Cuando se menciona los aspectos teóricos aprendidos de manera técnica y científica del enfermero sobre la enfermedad dada; estos son importantes ya que deben saber sobre la enfermedad, su abordaje, tratamiento, cuidados, gravedad, clasificación de lesiones, las causas que la ocasionan, los mecanismos de la lesión, el desarrollo sintomatológico, diagnóstico, manejo de los pronósticos, complicaciones, prevención, y el informar a los familiares sobre el estado del paciente (25).

Los enfermeros de la unidad de emergencia deben entender estos conceptos con claridad y saber diferenciar la complejidad que puede presentar una sintomatología del paciente siendo importante mantenga un nivel alto en el abordaje de tales lesiones, para ello se debe tener un sustento teórico para diferenciar lo antes mencionado, es decir tener un conocimiento claro sobre los aspectos generales de la enfermedad, caso contrario un diagnóstico realizado superficialmente, errado o confuso puede perjudicar el resultado (26).

Dado la gravedad del TEC, los pronósticos pueden ser variantes y tener la progresión del empeoramiento de la condición del paciente, las posibles complicaciones, y el abordaje también serán múltiples. Esto conlleva a que los enfermeros emergencistas tengan gran experiencia que les permitan discriminar los diferentes estados que presentan estos pacientes. En todo caso estas intervenciones deben realizarse de manera inmediata, el factor tiempo impulsa que el entorno de urgencias siempre se dé una intervención inmediata (27).

Por tal motivo los requisitos indispensables y necesarios es que el emergencista tenga experiencia práctica, que plasme y desarrolle en situ los conocimientos de anteriores experiencias ganadas en sus pasantías y en el servicio como enfermero certificado. Las organizaciones de salud saben de la alta complejidad en que se puede desarrollar el área de

emergencia, y por tal motivo deben y tienen que invertir en el talento humano, ya que diariamente la vida de los pacientes está en manos de enfermeros de alta performance (28).

Dimensión 2. Identificación del TEC: En primer lugar, al ingresar el paciente al área de emergencia, el abordaje debe ser inmediato, y el enfermero valorará inicialmente al paciente, verificando la gravedad del TEC, así como solicitará las pruebas necesarias para el diagnóstico necesario. Una vez especificado el estado del paciente procederá a la identificación visual del paciente, mediante una pulsera, para que su identificación de su estado clínico sea más fácil, y a la vez facilite el trabajo del equipo multidisciplinario (29).

En el primer contacto con el paciente, como se mencionó anteriormente la experiencia cumple una función importante en la identificación del paciente, en tal sentido de acuerdo a las experiencias previas el enfermero debe identificar la causa del TEC. Para tal propósito es necesario que se indague a los colegas, familiares, o amigos quienes inicialmente condujeron al paciente al área de emergencia, el recabar información es crucial, ya que puede orientar al equipo multidisciplinario y saber que esperar mientras se brinda cuidados (30).

Un indicativo claro puede dar la examinación del estado de consciencia del paciente, que esto supondrá una posible lesión cerebral, aunque podrían encontrarse nuevas lesiones posteriormente, sin embargo, debe haber una discriminación del estado, el cual menciona que debe abordarse primeramente la situación de salud que ponga en peligro de muerte a la víctima. La alteración de la consciencia es el indicativo principal, luego debe aplicarse el tratamiento farmacológico, seguido de realizar una estimulación neuropsicológica (31).

El siguiente paso es la inspección de las pupilas en búsqueda de signos de consciencia, es importante se observe los signos y síntomas, desorientación y confusión, si se encontrará semiconsciente o consciente puede tener amnesia, dolor de cabeza, náuseas y vómitos. Otro de los indicativos es el tener problemas de visión, mareos y vértigo, dificultad para hablar o

para comprender las palabras, en los casos más complejos y graves convulsiones, debilidad y entumecimiento de extremidades y que consecuentemente se entre en estado de coma (32).

Dimensión 3. Evaluación de gravedad del TEC: Son muchos factores que afectan la evaluación de pacientes con TEC, estos pueden variar según la puntuación de gravedad en el momento de la admisión siendo fundamentales las pruebas para evaluar el nivel de la gravedad mediante el uso de la “Escala de Coma de Glasgow”, esta herramienta evalúa el estado del paciente basados en las respuestas motoras, las respuestas pupilares, la presencia de lesiones concomitantes, hipotensión, hipoxia y ciertas hemorragias intracraneales (33).

Las puntuaciones de la ECG pueden ser altos en el ingreso del paciente, sin embargo, se pueden detectar hallazgos como desplazamiento de la línea media, efecto de masa, hemorragia subaracnoidea y calor cerrado en las cisternas mesencefálicas en algunos casos. El hecho de que las puntuaciones de ECG en el momento del ingreso fueran generalmente altas y que los hallazgos graves no se detecten en las exploraciones por una tomografía computarizada (TC) realizadas en el ingreso a emergencias para relevante evaluación (34).

La mayoría de lesiones en la cabeza que ingresan en emergencia son traumatismos que suelen ocurrir después de caídas, el problema más importante del TEC surge de la dificultad en la evaluación inicial y la determinación de la gravedad del traumatismo; algunos hallazgos que se detectan en el examen TEC son importantes para determinar el pronóstico del paciente; en la evaluación usando la ECG, se calculará la puntuación del estado del paciente se logra con una evaluación óptica, ocular, del habla y del movimiento (35).

El enfermero conoce que el mayor puntaje será de 15 puntos y mínima de 3 puntos, en la respuesta ocular se tendrá un puntaje extremo menor de 1 a mayor 4, en la respuesta motora de 1 a 6, y la respuesta verbal de 1 a 5. La respuesta que este entre 4 a 3 puntos será la respuesta de peor pronóstico ya que el paciente no presentará respuestas a las

estimulaciones, la puntuación que fluctuó entre 8 a 5 es un TEC grave donde habrá escasa repuesta, mientras que puntuaciones de entre 4 a 3 será la peor condición del paciente (36).

2.2.2. Prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave

La enfermería es una profesión formativa tanto teórica como práctica, que considera elevar su praxis de intervenciones, capacidades, competencias y decisiones críticas en los momentos de gran estrés por lo que las pasantías del enfermero tienen un lugar importante en la educación de enfermería y que a la vez les permite la adquisición de experiencia mientras van terminando su carrera, teniendo el interés de la combinación teórica con la praxis, las prácticas dan una muy buena idea sobre el entorno en el que se encontrará (37).

Estas prácticas permiten observar muchos problemas relacionados con el entorno hospitalario, al mismo tiempo, la profesión del enfermero requiere de unas intervenciones inmediatas seguras y oportunas; por ello las practicas mantienen el nivel competitivo. Estas habilidades son indispensables, por lo que primero el enfermero debe ser constantes y tener contacto directo con los pacientes para mejorar habilidades y destrezas en sus cuidados (38).

Para que su desempeño sea asertivo se requiere preparación psicológica y mental, por ejemplo, si el paciente con TEC va a ser alimentado por vía nasogástrica, en primer lugar, el enfermero debe tener la capacidad de reconocer tal vía y saber aplicarla, y saber que administrar a través de ella. El plasmar los conocimientos de enfermería especializado en emergencia aumenta la confianza, y ayuda a prepararlos psicológicamente, en realidad, es necesario la preparación psicológica cuando pasa lo desconocido en la atención misma (39).

Los pacientes y familiares del paciente TEC pueden verse afectados por los procedimientos, en la mayoría de casos se confía en la capacidad de los enfermeros, y debe apoyarse del equipo multidisciplinario; teniendo como meta intervenciones preventivas para

mitigar daños, secuelas o complicaciones a nivel cerebral, coma o muertes, donde las funciones se centran en la protección contra el traumatismo que es el detener o evitarlos (40).

La palabra TEC se refiere a múltiples traumas se utiliza generalmente para describir una lesión que altera la integridad estructural del cerebro, en la cual puede dañar el tejido cerebral, rompiendo las células cerebrales, y daño en los vasos sanguíneos. El TEC se puede definir como una situación que afecta a diferentes partes del cerebro, provocando disfunción y muerte, conllevando a la presencia de morbilidad del paciente afectado mediante una atención de los enfermeros provienen de accidentes automovilísticos, caseros, o caídas (41).

La recuperación completa, especialmente después de un traumatismo, puede llevar años, por tal sentido los enfermeros deben actuar de manera inmediata, estos traumas pueden provocar discapacidades permanentes graves que pueden afectar los patrones de vida diarios del paciente; cuyo motivo fundamental de las intervenciones es la rehabilitación de personas afectadas por un TEC no es sólo prevenir la muerte, sino también garantizar la recuperación funcional y la independencia, minimizando posibles discapacidades postraumáticas (42).

Para fortalecer el bienestar vivido tanto de pacientes y familiares, el enfermero debe ser consciente que no basta tener los conocimientos necesarios si la práctica no es continua, en tal sentido estando a la vanguardia de las últimas competencias frente al TEC grave que han sufrido un trauma. Estos avances también han afectado positivamente la atención de dichos pacientes, esto hace que las instituciones de salud estén a la vanguardia en las nuevas tecnologías y avances en la enfermería, en especial en el abordaje y manejo del TEC (43).

Desafortunadamente pacientes con TEC debido a un trauma requieren cuidados de enfermería complejos, siendo la prioridad en los cuidados el centrarse en evaluar constantemente la condición física y monitorear su respuesta a los tratamientos aplicados. El enfermero que atiende a pacientes traumatizados en el ambiente hospitalario debe aplicar el

abordaje siguiendo el protocolo de atención acorde al cuadro clínico, a la vez encargarse de conocer las situaciones de afrontamiento de los familiares e informarles periódicamente (44).

Dimensión 1. Cuidados generales a pacientes con TEC grave: El manejo inicial es la ventilación y manejo de vías respiratorias, aunque los pacientes con TEC generalmente ingresan en el área de emergencia después de ser estabilizados en la sala de emergencias. A veces pueden ser admitidos en el área antes de estar completamente estabilizados. La primera prioridad debe ser estabilizar a estos pacientes y, como en todo paciente ingresado en emergencia, se debe controlar el ABC, vías respiratorias, la respiración y la circulación (45).

Es decir, resolver primero las patologías relacionadas, garantizar la apertura de las vías aéreas con una ventilación de oxígeno correcto como una tarea secundaria del cerebro, es muy importante proteger contra más daños si es que no se aborda al paciente de manera inmediata, por este motivo, se debe realizar una intubación de urgencia en pacientes en los que se prevea que no podrán proteger las vías respiratorias y en pacientes con ECG <8, el enfermero debe ser diestro en el uso de esta herramienta y saber la puntuación de gravedad (46).

Dado que la intubación nasotraqueal se asocia a la elevación de presión intracraneal, se debe preferir la intubación orotraqueal, la intubación y ventilación mecánica del paciente, esto proporciona un mejor control de la hipercapnia, que provoca un incremento de la presión intracraneal, y de la hipocapnia, que provoca una disminución presión de perfusión cerebral ($pCO_2 < 25$ mmHg); se debe manejar la PA y los líquidos, el objetivo del tratamiento hemodinámico en el trauma es suficiente asegurar la perfusión cerebral y los órganos (47).

Otro de los aspectos es el manejo de la circulación, debe tomarse en cuenta la hipotensión (presión arterial baja), de no manejarlo puede tener desenlace mortal; además, contribuye a la perfusión cerebral, debe examinarse posibles daños neurológicos, por tanto, la ECG procura la respuesta motora, por lo que manteniéndose la postura de cabeza en 30°

de inclinación, según sea el daño, sea del cuero cabelludo debe evitarse posibles infecciones, hemorragias, esto puede derivar a complicaciones donde se corra el riesgo de muerte (48).

Dimensión 2. Cuidados específicos para el manejo de la hipertensión intracraneal:

El paciente que ha sufrido un TEC es uno de los más difíciles de cuidar el ver como una persona independiente se convierte en dependiente de repente. Los pacientes sobreviven con primeros auxilios, las áreas de emergencia, se están especializando aún más en nuevas tecnologías y procedimientos. Con la intervención adecuada, se pueden prevenir daños adicionales causados por un flujo sanguíneo inadecuado o un soporte de oxígeno errado (49).

Se debe evaluar el estado neurológico del paciente (conciencia, fuerza motora y respuesta pupilar), y signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial). Una vez estabilizado al paciente, se debe examinar tomando las prioridades de urgencias y categorizarlas del grado de severidad a leves, de tal manera que se asegure la vida. Al mismo tiempo, evaluar al paciente para detectar fracturas óseas, especialmente fracturas de cuello, el daño cerebral primario no se puede cambiar, pero el daño cerebral secundario se puede evitar con ello (50).

Debe haber un registro y monitorización de la presión intracraneal (PIC) en periodos de tiempo de 30 minutos, el drenaje de los líquidos cefalorraquídeo, debido al daño en la masa cerebral pueden desprenderse líquidos del cerebro. El catéter debe estar estéril, el lugar de la punción debe mantenerse aséptico, la preparación de los medicamentos y su administración deben estar bajo vigilancia constante, se deben administrar en los periodos descritos en la prescripción médica, debe evitarse la hipotensión, hipoxia e hipercapnia (51).

Es de gran importancia establecer un acceso vascular adecuado y reponer el líquido faltante, se pueden detectar signos de hipotensión, isquemia cerebral y aumento de la presión arterial suele ser altamente riesgoso teniendo causales mortales en la mayoría de pacientes; en tal sentido incluso un solo ataque de hipotensión puede causar un gran aumento en la

mortalidad, una vez que se halla estabilizado los signos vitales, el enfermero en decisión conjunta con el equipo multidisciplinario derivara al paciente al área correspondiente (52).

2.2.3. Teorías de enfermería relacionados

Teoría del Aprendiz al Experto de Patricia Benner

El pensamiento de Benner estuvo significativamente influenciado por Virginia Henderson, y Hubert Dreyfus, Benner también ha sido influenciado por muchos filósofos, quienes manifiestan que el enfermero adquiere un sinfín de habilidades y destrezas según van acumulándose a través de sus experiencias vivenciales laborales que a la postre servirán de base para manifestar unas intervenciones de enfermería que van a resolver de unos resultados positivos de acuerdo a la experticia que presenten según sus adquisiciones (53).

Benner explica el camino de novato a experto; de principiante, principiante avanzado, competente, competente avanzado y el enfermero experto; el principiante sin experiencia con situaciones de aplicación específicas se adhiere por completo a las reglas explícitas; el principiante avanzado, conoce tantas situaciones de aplicación que reconoce ciertos aspectos no objetivables de las situaciones de aplicación de las reglas que aún guían su acción (54).

El enfermero competente domina tan bien actividades a realizar que el responsable queda libre para hacerlo planificar, establecen ciertas prioridades y su proceder va de acuerdo con este plan. El enfermero competente avanzado ya no percibe aspectos individuales de una situación sino la situación en su conjunto, ya tiene la capacidad de estar en situaciones ya experimentada y comienza a actuar basándose en máximas en lugar de reglas rígidas (55).

El enfermero capacitado logra una intervención eficaz de manera intuitiva, basándose en la riqueza de la experiencia, no tiene problemas para poner en prácticas soluciones complejas, en donde incluso otros colegas no se atreverían a actuar; las decisiones lo toman

siguiendo su intuición y vasto conocimiento, no se detiene en examinar soluciones inútiles, toma la rienda y comanda soluciones sumamente estresantes, es un líder por naturaleza (56).

Virginia Henderson y su Teoría de Cuidados de Enfermería

Henderson, teórica de enfermería que aboga por que se deba ayudar al individuo con un enfoque de atención holístico para proteger o recuperar su salud. Henderson menciona que el papel del enfermero se define como reemplazar al paciente, apoyarlo, complementarlo y tratar de ayudarlo a ser lo más independiente posible, la mayor fuente teórica de la definición de enfermería de Henderson fueron la Teoría de las Necesidades Humanas (57).

Estas necesidades fueron establecidas por la teoría de Maslow, Henderson llamó la atención sobre las necesidades fisiológicas y de seguridad de los pacientes con los primeros nueve componentes de su modelo, y las necesidades de amor, pertenencia y autorrealización con los otros cinco componentes. Henderson ha llegado a una definición de enfermería que incluye las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual del ser humano (58).

Según Henderson, el PAE se enfoca a resolver los casos de pacientes con TEC grave constantes basados en evidencia para los problemas que enfrentan los individuos; este proceso, el enfermero investiga cuáles de las 14 necesidades básicas el paciente no podrá satisfacerlas y por qué, de acuerdo con sus preferencias; mediante un exhaustivo régimen de la información desprendida de la atención de los pacientes el enfermero determinará cuáles de las 14 necesidades deben ser suplidas por el enfermero que está a cargo del cuidado (59).

Su objetivo principal es promover la independencia del paciente en su recuperación, ayudándolo a recuperar la autonomía lo antes posible y acelerando su mejoría durante su estancia en el hospital, teniendo en cuenta estas 14 necesidades básicas para que el enfermero logre restablecer a los pacientes afectados de TEC mediante un entorno satisfactorio,

capacidad para comunicarse según sus creencias, capacidad para trabajar con sensación de éxito, el divertirse, y tener la capacidad de aprender, explorar y satisfacer la curiosidad (60)

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería sobre el TEC grave en el servicio de emergencia de un hospital del MINSA, Lima, 2024

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería sobre el TEC grave en el servicio de emergencia de un hospital del MINSA, Lima, 2024

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión aspectos teóricos sobre TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave

Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión identificación del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave

Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión evaluación de la gravedad del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

En la investigación se utilizó el método hipotético deductivo, que es una técnica de razonamiento basado en la refutación mediante la comprobación de la prueba estadística de una hipótesis para su posterior contrastación afirmativa o negativa (61). Esta investigación se basa en este método que permitirá establecer relaciones entre fenómenos de estudio y contrastación de hipótesis.

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque será cuantitativo basándose en el abordaje de cuantificaciones de los datos que serán recopilados a través de encuestas reportadas estadísticamente porcentuales (62).

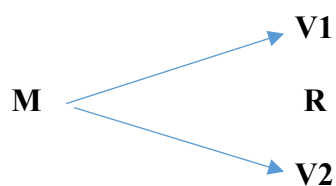
3.3. Tipo de investigación

Aplicado que pretende dar solución a una temática ya abordada implicando con ello el fortalecer la generación de nuevos hechos y teorías más actualizadas del estudio (63).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño será no experimental solo se observa no se manipulan tal y como se presenta lo real; asimismo, será descriptivo correlacional porque no tienen un grupo de comparación (control), lo que significan no permiten hacer en asociaciones entre variables; y, además, será correlacional reflejado en la asociación o correlación entre ambas (64).

El esquema representativo de la relación entre variables es la siguiente:



Donde:

V1 : Nivel de conocimiento sobre TEC grave

V2 : Prácticas de enfermería sobre TEC grave

M : Enfermeros

R : Relación

3.5. Población, muestra y muestreo

La población de estudio estará conformada por los 90 Licenciados de Enfermería que laboran en la unidad de emergencia de un hospital de MINSA de Lima; asimismo, por ser una muestra censal se tomará a la totalidad de la población, siendo el muestreo no probabilístico por conveniencia e intencional ya que todos pasan a formar parte de la muestra.

Criterios de inclusión:

- Lic. Enfermería asistenciales que trabajan en el área de emergencia, mínimo 6 meses
- Lic. Enfermería de sexo varones y mujeres.
- Lic. Enfermería en condición de nombrados o contratados.
- Lic. Enfermería participantes de forma autónoma y que acepten el consentimiento

Criterios de exclusión:

- Lic. Enfermería del servicio de emergencia con cargo administrativo.

- Lic. Enfermería con descanso médico o de vacaciones.
- Lic. Enfermería que se niegan a ser participantes de forma autónoma.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V1 Nivel de conocimiento sobre TEC grave	Es todo aquello que sabe o conoce los enfermeros sobre TEC grave (17)	Es el nivel de conocimiento sobre TEC grave de emergencia, según dimensiones aspectos teóricos, identificación y evaluación de la gravedad	Aspectos teóricos sobre TEC grave	Uso de conocimientos Uso de teorías Uso de definiciones	Ordinal	Bajo (0 a 6)
			Identificación del TEC grave	Conoce signos y síntomas Conoce prueba de Glasgow Conoce los valores		Medio (7 a 12)
			Evaluación de la gravedad del TEC grave	Sabe la evaluación Sabe uso de parámetros Sabe equipos necesarios Conoce cuidados del proceso		Alto (13 a 19)
V2 Prácticas de enfermería sobre TEC grave	Son las intervenciones que realizan los enfermeros sobre TEC grave (37)	Son las praxis sobre TEC grave de emergencia, según cuidados generales al paciente y cuidados específicos del manejo de la HTA intracraneal	Cuidados generales al paciente con TCE grave	Manejo de medicamentos Valoración de prescripción Cuidado medicamentoso	Ordinal	Inadecuada (0 a 9)
			Cuidados específicos para el manejo de la hipertensión intracraneal	Complicaciones en la administración de medicamentos Interrupción del tratamiento medicamentoso		Adecuada (10 a 19)

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica de estudios para ambas variables será la encuesta, que permite recopilar información de manera sistemática y estandarizada, generalmente utilizando cuestionarios, para analizar datos de una muestra representativa de una población más grande que es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación. Para la variable (V1) del conocimiento sobre TEC grave será la encuesta, y una guía de observación para medir la segunda variable (V2), de las prácticas de enfermería sobre TEC grave en el servicio de emergencias.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1. Cuestionario del nivel de conocimiento sobre TEC grave, creado por Ruiz (65), en Trujillo-Perú, en el año 2017; el cual consta de 3 dimensiones; D1 (11 ítems), D2 (5 ítems) y D3 (3 ítems); y escala de puntuación (no sabe = 0 y sabe = 1).

Variable 1 y Dimensiones	Baremo (puntajes)		
	Bajo	Medio	Alto
V1: Nivel de conocimiento sobre TEC grave	0 a 6	7 a 12	13 a 19
D1: Aspectos teóricos sobre TEC grave	0 a 4	5 a 8	9 a 11
D2: Identificación del TEC grave	0 a 1	2 a 3	4 a 5
D3: Evaluación de la gravedad del TEC grave	0 a 1	2	3

Instrumento 2. Prácticas de enfermería sobre TEC grave, cuyo autor es Ruiz (65), en Trujillo-Perú, en el año 2017; el cual consta de 2 dimensiones; D1 (13 ítems) y D2 (6 ítems); y teniendo una escala de puntuación (no = 0 y si = 1).

Variable 2 y Dimensiones	Baremo (puntajes)	
	Inadecuado	Adecuado
V2: Prácticas de enfermería sobre TEC grave	0 a 9	10 a 19
D1: Cuidados generales al paciente con TCE grave	0 a 6	7 a 13
D2: Cuidados específicos de manejo de HTA intracraneal	0 a 3	4 a 6

3.7.3. Validación

Para validar los instrumentos de la investigación lo realizó Jiménez (65), mediante la calificación de jueces expertos de magísteres de enfermería, quienes evaluaron que eran precisos y reflejaban con exactitud lo que se pretende medir confirmando la pertinencia, también la relevancia y coherencia en los ítems e indicadores.

Variables	Prueba Binomial
V1: Nivel de conocimiento sobre TEC grave	$p < 0.001$
V2: Prácticas de enfermería sobre TEC grave	$p < 0.001$

3.7.4. Confiabilidad

Es el recurso que se utiliza para registrar la información que se quiere obtener. La confiabilidad de los instrumentos lo realizó Jiménez (65), se propuso una prueba piloto utilizando una muestra reducida de una población distinta a la unidad de análisis, pero con las mismas determinaciones y criterios, para comprobar su concordancia de nivel alto muy confiable.

Variables	Alfa de Cronbach
V1: Nivel de conocimiento sobre TEC grave	$\alpha = 0.83$
V2: Prácticas de enfermería sobre TEC grave	$\alpha = 0.85$

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el proceso siguiente es tener la aprobación de la investigación por la Universidad Norbert Wiener, quien proporcionará una carta de presentación dirigida al director de un hospital del MINSA en Lima, para obtener la autorización y poder realizar la ejecución del estudio; posterior a ello se coordinará con la Enfermera Jefa de la Emergencia para programar las fechas de aplicar los cuestionarios.

Después de haber recolectado los datos estos serán ingresados al siguiente programa estadístico Microsoft Excel 2019 y SPSS versión 26.0 para procesar la información de los encuestados para luego reportarlos en tablas y/o figuras según variables y dimensiones, posteriormente serán analizados y discutidos de acuerdo a los antecedentes y bases teórica; finalmente, se establecerá si existe o no la correlación entre variables con la Prueba de Spearman (Rho).

3.9. Aspectos éticos

Son los principios y directrices que orientan el proceso de investigación, se tendrá en cuenta los Principios Bioéticos de Belmont:

Autonomía. Los profesionales de Enfermería tendrán la decisión voluntaria para su decisión de forma autónoma para participar en el presente estudio previa firma del consentimiento informado.

Beneficencia. El estudio será en beneficio a los pacientes afectados mediante una actuación inmediata y profesional para así salvar vidas, prevenir secuelas y discapacidades.

No maleficencia. La investigación no tiene ninguna afectación para los enfermeros ya que solo consiste en una participación inocua para el llenado de dos instrumentos.

Justicia. Los profesionales enfermeros participantes sobre el estudio serán respetados y se realizará una distribución equitativa de los riesgos y beneficios de la investigación entre todos los participantes, sin discriminación alguna por su estatus social, económica, de género, etnia, credo o política.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024					
	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Identificación del problema de investigación						
Revisión de referencias bibliográficas						
Formulación de la situación problemática y el problemaa						
Formulación de los objetivos (General y específicos)						
Formulación de la justificación teórica, metodológica y la practica						
Formulación de la delimitación del proyecto de investigación (Temporal, espacial y recursos)						
Formulación del marco teórico (Antecedentes nacionales e internacionales y las bases teóricas de variables)						
Formulación de la hipótesis (General y específicos)						
Propuesta de la metodología (Método de estudio, enfoque, tipo y diseño de estudio)						
Definición de la población, la muestra y el muestreo						
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio						
Formulación de técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validación y confiabilidad)						
Formulación del plan de procesamiento y análisis de datos						
Elaboración de los aspectos éticos						
Elaboración de los aspectos administrativos (Cronograma y presupuesto)						
Registro de las referencias bibliográficas según normas de Vancouver						
Elaboración de los anexos						
Revisión Final de proyecto						
Aprobación del proyecto						
Aplicación del trabajo de campo						
Redacción del informe						

4.2. Presupuesto

	Unidad Medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
HUMANOS				
Asesor estadístico	Estadístico	1	0.00 1,500.00	0.00 1,500.00
Subtotal				1,500.00
MATERIALES Y EQUIPOS				
Impresora	Unidad	1	500.00	500.00
Computador	Unidad	1	2,000.00	2,000.00
Subtotal				2,500.00
SERVICIOS				
Papel bond A4	Millar	1	50.00	50.00
Movilidad	Diario	30	300.00	300.00
Páginas de internet	Mensual	1	150.00	150.00
Subtotal				500.00
TOTAL				4,500.00

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Traumatismo Encéfalo Craneano es motivo de mortalidad e incapacidad. Ginebra: OMS. 2023. <https://rebrand.ly/3nq5gtp>
2. Organización Panamericana de la Salud. TCE - Traumatismo craneoencefálico. Washington: OPS. 2023. <https://n9.cl/shogo>
3. Ministerio de Salud del Perú. Presentarán Informe Mundial sobre Prevención de Traumatismos causados por el Tránsito. Lima: MINSA. 2023. <https://rebrand.ly/lg110d6>
4. Muñante J. Relación de la clasificación de Marshall en la evaluación de pacientes con traumatismo cráneo-encefálico. Ica: Revista Médica PANACEA. 2020; 09(02):130-134. <https://rebrand.ly/87z4hsl>
5. Cardona S. Caracterización clínico-epidemiológica de traumatismo craneoencefálico severo pediátrico en Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula: Universidad Nacional Autónoma de Honduras del Valle de Sula; 2020. <https://rebrand.ly/ix8u61n>
6. Coronel A. Factores asociados a pronóstico funcional en pacientes sometidos a craniectomía descompresiva por hemorragia subdural traumática en el Hospital Base III EsSalud Juliaca. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2021. <https://rebrand.ly/o1s8d0u>
7. Jiménez D, Montoya L, Benjumea D, Castro J. Traumatismo craneoencefálico en niños en el Servicio de Emergencias del Hospital General de Medellín y Clínica Somer de Rionegro. Medellín: Revista IATREIA. 2020; 33(01):28-38. <https://rebrand.ly/d02a8ni>
8. Gil J. Traumatismo encéfalo craneano leve como factor de riesgo para accidente cerebrovascular isquémico. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. <https://n9.cl/ee7dj>

9. Román A, Huamán C. Semiología radiológica en patología cerebral de emergencia. Lima: Revista de la Facultad de Medicina. 2020; 20(01):130-137. <https://acortar.link/Uzrum>
10. Flores K, Quiñonez K, Flores D, Cárderas C. Actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Guayaquil: ReciMundo Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2020; 04(01):256-267. <https://cutt.ly/kQqGU1V>
11. Shehade W, Ayed A, Harazneh L. Conocimiento y práctica de enfermería sobre la atención de pacientes de emergencias TEC en Cisjordania. J Public Health Res. 2023; 12(04):14-5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10568987/pdf/10.1177_22799036231204336.pdf
12. Sabah J, Raja A. Conocimiento y la práctica de las enfermeras de emergencias sobre las lesiones traumatismo craneoencefálico (TEC) durante la hora dorada. University of Baghdad 2023; 20(04):11-18. <https://ijop.net/index.php/mlu/article/view/2067/1827>
13. Condori N. Conocimiento y la práctica en la atención inicial de traumatismo craneoencefálico grave en servicios de emergencia del Hospital Bajío del Oriente de Santa Cruz. Santa Cruz: Universidad Autónoma Juan Misael Saracho; 2020. <https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/93>
14. Chura E, Torres L. Conocimiento y práctica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encéfalo craneano de emergencias en el Hospital Regional de Moquegua. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2024. <https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/9006/TESIS%20-%20CHURA-TORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Montes E, Monzon M, Mamani N. Nivel de conocimiento y cuidados de enfermería al paciente con traumatismo encéfalo craneano de emergencia del Hospital Guillermo Díaz Vega de Abancay. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2022. https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6612/TESIS_2DAESP_M

[ONTES_FCS_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

16. Ruiz C. Conocimiento y las prácticas del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encéfalo craneano en el servicio de emergencia del Hospital General Cajabamba. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/7629/rep_cesar.ruiz_conocimiento.y.practica.del.enfermero.pdf?sequence=1&isallowed=y
17. Yan A, Torpey A, Morrisroe E, Andraous W, Costa A, Bergese S. Manejo clínico de la lesión cerebral traumática. Nueva York: Journal Biomedicines. 2024; 12(781):01-22. <https://anon.to/MN389T>
18. Ginsburg J, Huff S. Traumatismo craneoencefálico cerrado. Virginia: StatPearls; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557861/>
19. McCrea M, Giacino J, Barber J, Temkin N, Nelson L, Levin H, et al. Resultados funcionales durante el primer año después de una lesión cerebral traumática de moderada a grave en el estudio prospectivo longitudinal TRACK-TBI. Wisconsin: JAMA Neurology. 2021; 78(8):982–992. <https://anon.to/IFY0uZ>
20. Pease M, Arefan D, Barber J, Yuh E, Puccio A, Hochberger K, et al. Predicción de resultados en pacientes con lesión cerebral traumática grave mediante el aprendizaje profundo a partir de tomografías computarizadas de la cabeza. Pittsburgh: Journal Radiology. 2022; 304(02):01-10. <https://pubs.rsna.org/doi/epdf/10.1148/radiol.212181>
21. Kowalski R, Hammond F, Weintraub A, Richardson R, Zafonte R, Whyte J, Giacino J. Recuperación de la conciencia y resultado funcional en traumatismos cerebrales traumáticos moderados y graves. Aurora: JAMA Neurology. 2021; 78(05):548–555. <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2776794>
22. Godoy D, Videtta W, Santa Cruz R, Silva X, Rodríguez S, Carreño J, et al. Cuidados generales en el manejo del daño cerebral traumático grave: consenso latinoamericano.

- Catamarca: Revista Medicina Intensiva. 2020; 44(08):500-508.
<https://www.medintensiva.org/en-pdf-S217357272030148X>
23. Center for Disease. Cerebro traumático de moderado a grave, la lesión es una condición que dura toda la vida. Washington: CDC; 2021.
https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/moderate_to_severe_tbi_lifelong-a.pdf
24. Gantner D, Cooper J, Finfer S, Bragge P. Determinantes de la adherencia a las mejores prácticas en lesiones cerebrales traumáticas graves: un estudio cualitativo. Melbourne: Neuro Critical Care Society. 2022; 37(01):744-753.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12028-022-01551-x.pdf>
25. Robba Ch, Zanier E, Lopez C, Park S, Sonnevile R, Helbolck R, et al. Dominar el cerebro en condiciones críticas: una actualización. Génova: Intensive Care Medicine Experimental. 2024; 12(01):01-11. <https://icm-experimental.springeropen.com/counter/pdf/10.1186/s40635-023-00587-3.pdf>
26. Janković T, Pilipović K. Lesión cerebral traumática única versus repetitiva: conocimiento actual sobre los resultados crónicos, la neuropatología y el papel de la proteinopatía TDP-43. Rijeka: en Experimental Neurobiology. 2023; 32(04):195-215. <https://www.en-journal.org/journal/view.html?uid=632>
27. Jitchanvichai J, Tunthanathip Th. Efecto de la monitorización de la presión intracraneal sobre la mortalidad después de una lesión cerebral traumática grave en Tailandia: métodos de comparación de puntuación de propensión. Songkla: Journal of Emergency and Critical Care Medicine. 2024; 08(01):01-18. <https://jeccm.amegroups.org/article/view/8420/pdf>
28. Meyfroidt G, Bouzat P, Casaer M, Chesnut R, Hamada S, Helbok R, et al. Manejo de moderada a severa, la lesión cerebral traumática: una actualización para el intensivista. Leuven: Intensive Care Medical. 2022; 2022(48):649-666. <https://asicm.al/wp-content/uploads/2023/01/Management-of-moderate-to-severe.pdf>

29. Chesnut R, Aguilera S, Buki A, Bulger E, Citerio G, Cooper J, et al. Un algoritmo de tratamiento para pacientes adultos con monitorización tanto del oxígeno cerebral como de la presión intracraneal: la Conferencia Internacional de Consenso sobre Lesiones Cerebrales Traumáticas Graves de Seattle (SIBICC). Manitoba: Intensive Care Medical. 2020; 46(2020):919-929. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-019-05900-x.pdf>
30. Kent H, Williams H. Lesión cerebral traumática. Manchester: Her Majesty's Inspectorate of Probation; 2021. <https://anon.to/bAIVK1>
31. Figueiredo R, Castro C, Fernandes J. Intervenciones de enfermería para prevenir lesiones secundarias en pacientes críticamente enfermos con lesión cerebral traumática: una revisión del alcance. Almada: Journal of Clinical Medicine. 2024; 13(2396):01-15. https://mdpi-res.com/d_attachment/jcm/jcm-13-02396/article_deploy/jcm-13-02396-v2.pdf?version=1713839047
32. Bloom B, Newcombe V, Roberts I. ¿Qué hay en un número? Problemas con contar lesiones cerebrales traumáticas. Londres: Emergency Medical Journal. 2022; 39(xx):223-234. <https://emj.bmj.com/content/emjmed/39/3/233.full.pdf>
33. Godoy D, Badenes R, Robba Ch, Murillo F. Hiperventilación en lesiones cerebrales traumáticas graves ¿Ha cambiado algo en la última década o continúa la incertidumbre? Una breve reseña. Zagazig: Frontiers in Neurology. 2021; 12(573237):01-05. <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2021.573237/pdf?isPublishedV2=false>
34. Krupa J, Pugh M, Prager E, Harmon N, Wolfe J, Yaffe K. Epidemiología de los efectos crónicos de la lesión cerebral traumática. Atlanta: Journal Neurotrauma. 2021; 38(23):3235-3247. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/117658/cdc_117658_DS1.pdf

35. Nelson L, Temkin N, Barber J, Brett B, Okonkwo D, McCrea M, et al. Recuperación funcional, síntomas y calidad de vida 1 a 5 años después de una lesión cerebral traumática hallazgos del estudio TRACK-TBI. Washington: JAMA Network Open. 2023; 06(03):01-15. <https://anon.to/Gm9Typ>
36. Wijayatunga P, Koskinen L, Sundstrom N. Predicción probabilística del aumento de la presión intracraneal en pacientes con lesión cerebral traumática grave. Umea: Scientific Reports. 2022; 12(9600):01-09. <https://anon.to/0cfmmL>
37. Shehade W, Ayed A, Harazneh L. Conocimiento y práctica de las enfermeras sobre la atención de pacientes con traumatismo craneoencefálico en unidades de cuidados intensivos en Cisjordania. Nablus: Journal of Public Health Research. 2020; 12(04):01-05. <https://anon.to/jDQc07>
38. Oughton N, Subramanian P. Enfermería traumatológica 3: evaluación y manejo de lesiones en la cabeza. Loondres: Nursing Times. 2023; 119(01):01-06. <https://kutt.it/X0CgFB>
39. Herrera S. Cuidado consciente: estrategias de enfermería en lesiones cerebrales traumáticas. Nuevo México: Journal of Medical & Clinical Nursing. 2024; 05(01):01-04. <https://kutt.it/niu33P>
40. Borgen I, Roe C, Brunborg C, Tenovuo O, Azouvi P, Dawes H, et al. Transiciones de atención en los primeros 6 meses después de una lesión cerebral traumática: Lecciones del estudio CENTER-TBI. Oslo: Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2021; 64(06):01-09. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.10.009>
41. Zhang H, Zhang M, Zhao F. Retractado: Método de enfermería en pacientes con traumatismo grave lesión cerebral y fractura en la ambulancia. Yantai: Hindawi BioMed Research International. 2022; 2022(2652916):01-13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1155/2022/2652916>

42. Yang Y, Niu L. Efecto de la enfermería de rehabilitación temprana sobre la función motora y la capacidad para vivir de pacientes con lesión cerebral traumática según la teoría del autocuidado de Orem. Xuzhou: Hindawi Computational Intelligence and Neuroscience. 2022; 2022(7727085):01-09. <https://kutt.it/u6D2wH>
43. Dyer R, Aguilera S, Chesnut R, Videtta W, Fischer D, Jibaja M, Godoy D, Garcia R, Goldenberg F, Lazaridis Ch. Manejo de la lesión cerebral traumática grave en distintos entornos de recursos: perspectivas latinoamericanas. Chicago: Neuro Critical Care Society. 2023; 38(01):229-234. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12028-022-01670-5.pdf>
44. Promlek K, Currey J, Damkliang J, Considine J. Brechas entre evidencia y práctica en la atención de enfermería neuroprotectora inicial: un estudio de métodos mixtos de pacientes tailandeses con lesión cerebral traumática moderada o grave. Geelong: International Journal of Nursing Practice. 2020; 27(06):10-20. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ijn.12899>
45. Konar S, Maurya I, Shukla D, Maurya V, Deivasigamani B, Dikshit P, Mishra R, Agrawal A. Unidad de cuidados intensivos manejo de lesión cerebral traumática. Bangalore: JNIC Journal of Neurointensive Care. 2022; 05(01):01-08. <https://kutt.it/6bBFcm>
46. Jha Sh, Ghewade P. Manejo y tratamiento del cerebro con lesiones traumáticas. Wardha: Cureus. 2022; 14(10):01-08. <https://kutt.it/vqtarU>
47. Godoy D, Rabinstein A. Cómo manejar una lesión cerebral traumática ¿Monitoreo invasivo? Catamarca: Current Opinion. 2022; 28(00):01-12. <https://bookcafe.yuntsg.com/ueditor/jsp/upload/file/20220223/1645578363093016092.pdf>
48. González M. Manejo y cuidados de enfermería en pacientes con sospecha de hipertensión intracraneal en urgencias y emergencias. Madrid: Revista Conocimiento Enfermero. 2023;

- 21(2023):64-72. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9146442.pdf>
49. Piano A, Santisteban R, Bernal R, Muñoz C. Edema cerebral y manejo de la presión intracraneal. Almería: Revista Electrónica de AnestesiaR. 2023; 15(07):01-18. <https://doi.org/10.30445/rear.v15i7.1153>
50. Rucián A, Toro M. Hipertensión intracraneal en Pediatría. Barcelona: Asociación Española de Pediatría. 2022; 22(01):135-144. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14.pdf>
51. Wade D, Nayar M, Haider J. Manejo del daño cerebral traumático: desarrollo práctico de una propuesta reciente. Oxford: Clinical Medicine. 2022; 22(04):353-357. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470211824029397/pdf?md5=eabac5e524601a5e37b47b747aa28ea2&pid=1-s2.0-S1470211824029397-main.pdf>
52. Pimentel E, Ramírez J, Gómez N, Jiménez C, Gonzalez P. Manejo de la hipertensión intracraneana con solución salina hipertónica al 7.5% versus 3% del paciente neurocrítico. Guanajuato: Journal Medical Critical. 2023; 37(07):534-541. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2023/ti237d.pdf>
53. Paqui M, Elizlade H, Pinta J, Armijos F, Espinoza M, Ordoñez M, López C. La filosofía de Patricia Benner y la formación de los estudiantes de enfermería. Del aprendiz al experto. Una reflexión personal. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja; 2020. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-filosofia-de-patricia-benner-y-la-formacion-de-los-estudiantes-de-enfermeria-del-aprendiz-al-experto-una-reflexion-personal/>
54. Montero Y, Vizcaíno M, Montero Y. Teorías de Patricia Benner y Dorothea Orem en la preparación y cuidado en queratectomía foto refractiva. La Habana: CIMEQ; 2021. <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/163/1>

55. Campos L, Vargas Y, Garcia N, Vargas J, Claros A. Teorías de enfermería en la práctica de una IPS de I nivel. Neiva: Revista Ciencia & Salud UCIMED. 2023; 07(03):21-33. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/download/556/752/5362>
56. Araujo B, Garcia C, Mendoza Sh. Conocimiento y práctica sobre reanimación cardiopulmonar del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital San José de Chíncha de Ica. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. <https://anon.to/rQDYRn>
57. Layeghi M, Walsh K. Modelo de enfermería de Henderson. Glendale: Cinahl Information Systems; 2021. <https://kutt.it/uwSw5H>
58. Gligor L, Domnariu C. Enfoque de atención al paciente utilizando teorías de enfermería: análisis comparativo de la teoría del déficit de autocuidado de Orem y el modelo de Henderson. Sibiu: Acta Medica Transilvanica. 2020; 25(02):11-14. <https://kutt.it/DlrJXO>
59. Sharaf K, El Agra B, Mohamed R, Fadlalmola H. Aplicación de la teoría de Henderson en los cuidados de enfermería de pacientes con pénfigo ampolloso en el hospital de dermatología de Jartum, Sudán. Jartum: International Journal of Nursing Education. 2022; 14(01):80-87. <https://kutt.it/h9fASG>
60. Siboni F, Behboudi F, Mohebbi K, Majidi S, Yaghobi Y, Carroll K. Los escritos de Virginia Henderson sobre la naturaleza de la enfermería: un ejemplo de práctica de enfermería. Teherán: Sage Journals. 2023; 36(02):10-20. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08943184221150255>
61. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Madrid: McGraw-Hill; 2020. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

62. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Bogotá: Ediciones de la U; 2020. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf
63. Rodríguez G, García E. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Granada: Ediciones Aljibe; 2020. <https://media.utp.edu.co/centro-gestion-ambiental/archivos/metodologia-de-la-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>.
64. Ruiz J. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Caracas: Universidad de Deusto; 2020. <https://books.google.co.ve/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=frontcov&hl=es>
65. Ruiz C. Conocimiento y practica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encéfalo craneano en emergencia del Hospital General Cajabamba. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/7629/rep_cesar.ruiz_conocimiento.y.practica.del.enfermero.pdf?sequence=1&isallowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO GRAVE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2024”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión aspectos teóricos sobre TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión identificación del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión evaluación de la gravedad del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la relación que existe entre la dimensión aspectos teóricos sobre TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave</p> <p>Identificar la relación que existe entre la dimensión identificación del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave</p> <p>Identificar la relación que existe entre la dimensión evaluación de la gravedad del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión aspectos teóricos sobre TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión identificación del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión evaluación de la gravedad del TEC y las prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Nivel de conocimiento sobre TEC grave</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspectos teóricos sobre TEC grave ▪ Identificación del TEC grave ▪ Evaluación de la gravedad del TEC grave <p>Variable Dependiente</p> <p>Prácticas de enfermería sobre TEC grave</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados generales al paciente con TCE grave ▪ Cuidados específicos para el manejo de la hipertensión intracraneal 	<p>Método de la investigación Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación Aplicada</p> <p>Diseño de la investigación No experimental Descriptivo Correlacional</p> <p>Población 90 profesionales de enfermería del servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima</p> <p>Muestra 90 profesionales de enfermería</p> <p>Instrumentos Instrumento 1 Instrumento 2</p>

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTO 1:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TEC GRAVE

Aspectos teóricos sobre TEC grave

1. La mortalidad por Trauma Cráneo Encefálico grave en Latinoamérica es de:
 - a) >20%
 - b) >30%
 - c) >40%
 - d) >50%

2. La definición de trauma cráneo encefálico es:
 - a) Herida sabe el cráneo con cuerpo contundente
 - b) Lesión por proyectil de anua de Fuego u objetos coito punzantes
 - c) Lesión secundaria a cualquier agente externo por transmisión de energía
 - d) Únicamente lesiones que perforan el cráneo

3. La importancia de conocer de trauma cráneo encefálico es por:
 - a) El trauma cráneo encefálico es una de las emergencias más comunes
 - b) 90% de los pacientes de trauma craneal sobreviven
 - c) La discapacidad neurológica es mínima después de un trauma encefálico grave
 - d) Manejo de trauma cráneo encefálico es sencillo y ser prioritario en un politrauma

4. El trauma cráneo encefálico, que tipo de daño puede producir:
 - a) Hematomas intracerebrales y fracturas craneales
 - b) Únicamente dio instantáneo
 - c) Lesión primaria y lesión secundaria
 - d) Infartos cerebrales e hidrocefalia

- 5.Cuál es la triada de Cushing:
 - a) Bradicardia. hipertensión, anisocoria
 - b) Bradicardia. hipertensión, irregularidad respiratoria
 - c) Taquicardia, hipotensión, irregularidad respiratoria
 - d) Taquicardia, hipotensión, anisocoria

6. El síndrome de hipertensión intracrane.nl clásicamente es:
 - a) Cefalea, fotofobia y rigidez de nuca
 - b) Cefalea, náusea y vómito
 - c) Cefalea, vómito y edema de papila
 - d) Cefalea, edema de papila y convulsiones

7. El estudio de imagen de primera elección es trauma cráneo encefálico es:
 - a) Radiografía de cráneo
 - b) Tomografía simple de encéfalo
 - c) Tomografía contrastada de encéfalo
 - d) Resonancia magnética del encéfalo

8. La escala de Glasgow es:
 - a) Escala de pronóstico neurológico
 - b) Escala tomográfica
 - c) Escala que mide el grado de conciencia
 - d) Escala para valorar déficit neurológico

9. Cuál es el valor normal de la presión intracraneal:
 - a) Promedio 10 mmHg
 - b) Promedio 5 mmHg
 - c) Promedio 20 mmHg
 - d) Promedio 30 mmHg

10. Como se calcula el flujo sanguíneo cerebral (FSC)
 - a) $FSC = \text{Presión arterial media} - \text{Presión intracraneal}$
 - b) $FSC = \text{Presión arterial sistólica} - \text{Presión intracraneal}$
 - c) $FSC = \text{Presión intracraneal} - \text{Presión venosa central}$
 - d) $FSC = \text{Presión arterial diastólica} - \text{Presión venosa central}$

11. Cuáles considera usted como factores de alto impacto en trauma cráneo encefálico:
 - a) Caída mayor a 1 metro, accidente de tránsito, pérdida de conciencia mayor a 5 minutos
 - b) Caída mayor a 1 metro, pérdida de conciencia de 1 minuto, amnesia de 5 minutos
 - c) Amnesia de 30 minutos, pérdida de conciencia transitoria, caída de 50 cm
 - d) Herida de cráneo de 20cm. pérdida de conciencia de 30 segundos, caída de 3 metros

Identificación del TEC grave

12. De acuerdo con su experiencia. ¿Cuál es la causa más común de TEC?
 - a) Accidente de tránsito
 - b) Caída de lugares altos
 - c) Ataque violento
 - d) Caída

13. ¿De dónde obtienen la información de la lesión de los pacientes? (puede elegir más de una respuesta)
 - a) Víctima
 - b) Compañeros
 - c) Testigo
 - d) Otro

14. ¿Cuál de los siguientes puede ayudarle a evaluar el punto de lesión original de TEC?
 - a) Conciencia alterada
 - b) Lesión del cuero cabelludo (abrasión, contusión, hematoma del cuero cabelludo).
 - c) Lesión de alguna extremidad
 - d) Parálisis de los miembros
 - e) Alteración de las pupilas

15. ¿Cuál de los siguientes síntomas puede ayudar a evaluar la situación del TEC? (puede elegir más de una respuesta)
- a) Herida o hematoma del cuero cabelludo
 - b) Fractura de alguna extremidad
 - c) Shock
 - d) Vómitos y dolor de cabeza
 - e) Alteración de la conciencia
 - f) Disnea
 - g) Alteración de las pupilas
16. ¿Cuál de los siguientes problemas es importante para la evaluación de los pacientes que presentan TEC? (puede elegir más de una respuesta)
- a) Antecedente de lesión cerebral
 - b) Shock
 - c) Duración del estado de coma
 - d) Fiebre
 - e) Cefalea o vómitos
 - f) Hemoptisis

Evaluación de la gravedad del TEC grave

17. ¿Cómo evalúa la gravedad del TEC en el servicio de emergencia? (puede elegir más de una respuesta)
- a) De acuerdo con el nivel de conciencia del paciente
 - b) Puntuación de la Escala de Coma de Glasgow
 - c) Por signos vitales
 - d) De acuerdo a la situación de la lesión
 - e) Nunca evaluó el grado de lesión cerebral traumatismo
 - f) Ninguno de los anteriores
18. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es correcta? (puede elegir más de una respuesta)
- a) Sin lesión en el cuero cabelludo, no habría daño cerebral, enfermedad leve
 - b) Con una lesión en el cuero cabelludo, debe haber daño cerebral, a menudo en estado grave
 - c) Sin lesión en el cuero cabelludo, el dato cerebral aún no se puede descartar. Las condiciones de la enfermedad deben ser vistas
 - d) La lesión del cuero cabelludo no necesariamente va acompañada de daños cerebrales y otros síntomas deben ser considerados para la evaluación de la enfermedad
19. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
- a) La gravedad del coma no está relacionada con la gravedad de la lesión cerebral traumática
 - b) La gravedad del coma está estrechamente relacionada con la gravedad de la lesión cerebral traumática: cuanta más alta es la puntuación GCS. más grave es TBI
 - c) La gravedad del coma está relacionada con la gravedad de TBI: cuanta más alta es la puntuación GCS. más leve es TBI
 - d) La gravedad del coma está relacionada con la gravedad de la lesión cerebral traumática: el puntaje más bajo de GCS es. el TBI más leve es

INSTRUMENTO 2:
PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE TEC GRAVE

Nº	Cuidados generales al paciente con TCE grave	No	Si
1	Lavado de manos antes y después del contacto con el paciente o su entorno		
2	Mantener la elevación de la cabecera a 30 grados		
3	Control estricto de tensión arterial cada 15 minutos		
4	Control estricto de temperatura axilar cada 15 minutos		
5	Control estricto de glucemia capilar cada 2 horas		
6	Verificar permeabilidad de SNG u SOG cada 8 horas		
7	Realización del balance hídrico cada 8 horas		
8	Observación y control cada 4 horas de posibles signos de TVP		
9	Control, valoración y registro del estado, neurológico: control del Glasgow cada 4 horas		
10	Control, valoración y registro del estado de sedación control de Ramsay cada 4 horas		
11	Control, valoración y registro del estado de las pupilas cada 4 horas		
12	Uso de la plantilla de valoración neurológica		
13	Preparación, administración y vigilancia de terapias según prescripción médica		
Nº	Cuidados específicos para el manejo de la hipertensión intracraneal	No	Si
14	Control y registro de la presión intracraneal (PIC) cada 30 minutos		
15	Controlar permeabilidad del drenaje cada 4 horas		
16	Drenaje de líquido cefalorraquídeo (2 a 5ml) si la PIC es > 20 mmHg		
17	Controlar la altura del drenaje externo cada 4 horas		
18	Curación plana con técnica estéril del sitio de inserción del catéter cada 4 horas y oclusión con apósito estéril		
19	Preparación, administración y vigilancia de terapias según prescripción médica		

Anexo 3: Consentimiento informado

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Autor: Ccalluco Chosec, Mariana

Título: “Nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024”

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “Nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, 2024”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Autor: Ccalluco Chosec, Mariana.

Su ejecución anudará permitirá que otras personas puedan seguir investigando y realizando más estudios.

Procedimientos:

Si usted decide participar en este estudio se le solicitará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta
- Firmar el consentimiento informado

La encuesta puede demorar unos 30 minutos y los resultados se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

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

Beneficios: Usted se beneficiará con 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.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el Comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Participante

Nombres:

DNI:

PAPER NAME	AUTHOR
PROYECTO DE TESIS - MARIANITA ULTIMO.docx	MARIANA

WORD COUNT	CHARACTER COUNT
11495 Words	68254 Characters

PAGE COUNT	FILE SIZE
58 Pages	560.0KB

SUBMISSION DATE	REPORT DATE
Aug 28, 2024 7:56 PM GMT-5	Aug 28, 2024 7:57 PM GMT-5

● **18% Overall Similarity**

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 18% Submitted Works database

● **Excluded from Similarity Report**

- Internet database
- Bibliographic material
- Quoted material
- Cited material
- Small Matches (Less than 8 words)

● 17% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	uwiener on 2024-03-31 Submitted works	2%
3	uwiener on 2023-10-26 Submitted works	1%
4	uwiener on 2024-05-23 Submitted works	1%
5	uwiener on 2023-03-24 Submitted works	1%
6	repositorio.unac.edu.pe Internet	<1%
7	uwiener on 2024-06-27 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-10-29 Submitted works	<1%