



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

Desarrollo de un proyecto educativo para apoyar a las familias de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico en la gestión de su enfermedad.

Alumno: Sara García Jabonero

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, mayo de 2023

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 3 |
| Abstract..... | 3 |
| 2. Presentación | 4 |
| 3. Estado de la cuestión | 5 |
| 3.1. Introducción | 5 |
| 3.2. Traumatismo craneoencefálico (TCE) | 5 |
| 3.2.1. Definición TCE | 5 |
| 3.2.2. Fisiopatología TCE..... | 6 |
| 3.2.3. Diagnóstico | 7 |
| 3.2.4. Epidemiología | 9 |
| 3.3. Paciente y su familia | 10 |
| 3.3.1. Miedo y ansiedad..... | 10 |
| 3.3.2. Estrategias de afrontamiento de la etapa de desorganización..... | 11 |
| 3.3.3. ¿Qué estrategias de afrontamiento hay en la etapa de recuperación?..... | 12 |
| 3.3.4. Cuidados de enfermería. Competencias de enfermería en TCE. Acompañamiento al paciente y familia en todo su proceso | 13 |
| 3.4. Acompañamiento | 17 |
| 3.5. Ansiedad..... | 18 |
| 3.5.1. Secuelas | 19 |
| 3.5.2. Afrontamiento de la enfermedad | 19 |
| 4. Justificación..... | 21 |
| 5. Metodología | 22 |
| 5.1. Población diana..... | 22 |
| 5.2. Captación..... | 22 |
| 6. Objetivos | 24 |
| 6.1. Objetivo general | 24 |
| 6.2. Objetivos específicos. | 24 |
| 6.2.1. Área cognitiva. | 24 |

| | | |
|--------|--|----|
| 6.2.2. | Área de habilidades. | 24 |
| 6.2.3. | Área emocional. | 24 |
| 7. | Contenidos..... | 25 |
| 8. | Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales | 25 |
| 8.1. | Planificación general | 25 |
| 8.1.1. | Recursos materiales | 27 |
| 8.1.2. | Técnicas para la salud grupal..... | 27 |
| 8.2. | Cronograma general | 30 |
| 8.2.1. | Sesión 1: Introducción al TCE..... | 31 |
| 8.2.2. | Sesión 2. Secuelas e intervenciones para ayudar a personas con TCE..... | 32 |
| 8.2.3. | Sesión 3: ¿Cómo afrontar el TCE?..... | 33 |
| 9. | Evaluación del proyecto | 35 |
| 9.1. | Evaluación de la estructura y el proceso del programa. | 35 |
| 10. | Bibliografía..... | 36 |
| | ANEXOS | 39 |
| | Anexo 1. Logo del Proyecto. | 40 |
| | Anexo 2. Póster del Proyecto. | 41 |
| | Anexo 3. Folleto informativo. | 42 |
| | Anexo 4. Solicitud de admisión para plaza en el proyecto “¡Afronta el tce!”..... | 43 |
| | Anexo 5. Confirmación de plaza en el programa “¡Afronta el tce!”..... | 44 |
| | Anexo 6. Control de asistencia “¡Afronta el tce!”..... | 45 |
| | Anexo 7. Cuestionario pre y post sesión. Sesión 1..... | 46 |
| | Anexo 8. Cuestionario post sesión. Sesión 2..... | 48 |
| | Anexo 9. Cuestionario pre y post sesión. Sesión 3..... | 51 |
| | Anexo 10. Encuesta de satisfacción para los participantes. | 53 |

Resumen

Introducción: El traumatismo craneoencefálico consta de una afectación funcional y/o física del cerebro, causada por una fuerza externa, pudiendo ocasionar alteraciones en las habilidades físicas, cognitivas y emocionales de la persona. En España cada año ingresan al menos 20 de cada 1.000 personas por traumatismo craneoencefálico, 472,6 hospitalizaciones por millón de habitantes, de las que el 32% se deben a accidentes de tráfico. **Objetivo:** Capacitar a los familiares de personas que han sufrido un TCE a la adaptación a la vida cotidiana, conociendo la enfermedad y los futuros cambios que van a experimentar en el proceso. **Metodología:** se va a desarrollar un proyecto educativo en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Auditorio, Avenida de Córdoba, s/n, 28041, en el distrito de Usera, Madrid. **Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** educación y capacitación para mejorar la calidad de vida de los familiares de pacientes que han sufrido secuelas por TCE.

Palabras claves- términos DECS: Accidentes de tráfico, Lesión cerebral traumática, Cuidados de enfermería, Traumatismo craneoencefálico, Unidades de Cuidados Intensivos, Familia, Epidemiología.

Abstract

Introduction: Cranioencephalic trauma consists of a functional and/or physical affectation of the brain, caused by an external force, and can cause alterations in the physical, cognitive, and emotional abilities of the person. In Spain, at least twenty out of every 1,000 people are admitted to hospital each year for traumatic brain injury, 472.6 hospitalizations per million inhabitants, of which 32% are due to traffic accidents. **Objective:** To train the relatives of people who have suffered a TBI to adapt to daily life, knowing the disease and the future changes they will experience in the process. **Methodology:** an educational project will be developed at the Hospital Universitario 12 de Octubre, Auditorio, Avenida de Córdoba, s/n, 28041, in the district of Usera, Madrid. **Implications for nursing practice:** education and training to improve the quality of life of the relatives of patients who have suffered sequelae due to TBI.

Key words- MESH terms: Traffic accidents, brain injuries Traumatic, Nursing care, Traumatic Brain Injury, Intensive Care Units, Family, caregivers, Epidemiology.

2. Presentación

El traumatismo craneoencefálico consta de una afectación funcional y/o física del cerebro causada por una fuerza externa pudiendo llevar a alteraciones en las habilidades físicas, cognitivas y emocionales de la persona. La lesión puede aparecer al instante, lo que se llama lesión primaria, o aparecer días o semanas más tarde, lesión secundaria.

Actualmente, es la primera causa de muerte, y el número de incidentes ha aumentado en los últimos años, principalmente por accidentes de tráfico.

Mi padre fue el motivo principal por el cual decidí realizar el TFG sobre el traumatismo craneoencefálico. Él fue atropellado por un coche hace seis años, y estuvo al borde de la muerte. El SAMUR fue el que inicialmente notificó al Hospital 12 de Octubre que tenía un traumatismo craneoencefálico grave y una parada cardiorrespiratoria, que finalmente pudieron revertir. Cuando lo trasladaron a la unidad de cuidados intensivos (UCI), los médicos nos dijeron que su recuperación iba a ser difícil.

Mi padre permaneció en coma durante dos meses y estuvo 409 días hospitalizado, pero gracias al esfuerzo del personal médico y de enfermería, que estuvieron a su lado y nunca dejaron que se rindiera, hoy está vivo. Me gustaría dar las gracias a todo el equipo del SAMUR por el trabajo tan profesional que hacen, gracias a ellos mi padre está hoy con nosotros. También agradezco a la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital 12 de Octubre, que nunca perdieron las ganas de luchar día a día por él. Gracias a eso, me di cuenta de que quería ser como ellos, y cuidar de las personas como ellos lo hicieron con mi padre. Por todo eso he elegido esta carrera tan bonita de la que estoy muy orgullosa cada día viendo en lo que me he convertido y en lo que me convertiré.

También, quiero agradecer a mi familia, que nunca se dio por vencida, especialmente a mi madre porque aun estando al borde del abismo, nos ha sacado adelante a mi hermano y a mí. Gracias Cesar, por estar codo con codo siempre, nunca te dejaré solo.

Y a ti papá, porque eres un gran luchador, has luchado por la vida, sacando fuerza que en ese momento no tenías, pero sé que la has sacado por nosotros. Aunque, sé que a día de hoy te sientes frustrado por la discapacidad que se te ha quedado a raíz del accidente, nosotros, tu familia, siempre te vamos a querer.

Y por último, gracias a mis amigos por apoyarme y estar a mi lado en los momentos más complicados de mi vida, porque sin vosotros estaría hundida.

3. Estado de la cuestión

Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

3.1. Introducción

Este trabajo de Fin de Grado se centra en determinar si las intervenciones de Enfermería benefician a las familias para el afrontamiento de la enfermedad, alivio de ansiedad, durante el post traumatismo craneoencefálico (TCE).

El TFG empieza con una definición concisa y precisa de la patología, seguida de una explicación del proceso fisiopatológico y epidemiológico sobre la enfermedad.

La información se obtiene del sitio web de Pubmed, utilizando los marcadores booleanos "AND" y "OR". Además de utilizar otras fuentes como Cochrane, Scielo, Dialnet, mediante el uso de descriptores MeSH y DeCS en Ciencias de la Salud.

| Descriptores DeCS | Descriptores MeSH. |
|--|---------------------------|
| Accidentes de tráfico | Traffic accidents |
| Lesión cerebral traumática | Brain Injuries, Traumatic |
| Cuidados de enfermería | Nursing care |
| Traumatismo craneoencefálico | Traumatic Brain Injury |
| Unidades de Cuidados Intensivos | Intensive Care Units |
| Familia | Family, caregivers |
| Epidemiología | Epidemiology |

Cabe mencionar, que he utilizado información de la revista Ciencia y Cuidado.

3.2. Traumatismo craneoencefálico (TCE)

3.2.1. Definición TCE

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se define como cualquier daño físico o funcional a los componentes internos del cráneo como resultado de un intercambio repentino de energía mecánica. (1)

Otra definición es: "El traumatismo craneoencefálico consta una afectación funcional y/o física del cerebro, causada por una fuerza externa, pudiendo ocasionar alteraciones en habilidades físicas, cognitivas y emocionales de la persona." (2)

La National Head Injury Fundation define la lesión cerebral traumática como “lesión cerebral no degenerativa, causada por una fuerza externa que puede provocar una disminución o alteración de la conciencia, lo que lleva a un deterioro cognitivo y físico”. Una lesión cerebral traumática provoca insuficiencia en varios dominios cognitivos, tales como la atención, la memoria, un enlentecimiento para procesar la información y procesamiento visuoespacial, la función ejecutiva, las funciones del lenguaje, menor participación social en cualquiera de los entornos, y menor independencia. (3-4)

Hay muchas causas de sufrir un traumatismo craneoencefálico entre ellas:

| |
|---|
| La lesión de un tumor uterino puede afectar el cráneo del feto. |
| Utilización de fórceps o ventosas en el parto. |
| Por hematomas causados por malos tratos o accidentes en el domicilio en la infancia. |
| Por accidentes de tráfico o caídas en la segunda infancia. |
| Por accidentes de tráfico, trabajo, o deportes en el tiempo de joven-adulto. |
| Por accidentes de tráfico o caídas causales en la madurez. |

Tabla 1: Causas de padecer un TCE a lo largo de la vida. Tabla de elaboración propia. (2)

3.2.2. Fisiopatología TCE

Hay varias formas de clasificar el traumatismo craneoencefálico: por el nivel de conciencia, según la integridad de las meninges y según las lesiones producidas.

- **Según el nivel de conciencia:** se puede dividir en: leve, moderado y grave según la escala de coma de Glasgow.
 - o **TCE leve:** en la escala de Glasgow, la puntuación estaría entre 14-15. Los pacientes experimentarán dolor de cabeza, confusión y pérdida de memoria. Por lo general, se observa una recuperación neurológica completa. Esto suele implicar una pérdida de conciencia menor a 30 minutos. (2-5)
 - o **TCE Moderado:** en la escala de Glasgow, tendrá una puntuación de 9 a 13. El paciente esta estuporoso o letárgico. El paciente necesita estar hospitalizado. Estos pueden experimentar síntomas como: fatiga, mareos, dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, asociados con el síndrome posterior a la conmoción cerebral. (5)
 - o **TCE grave:** en la escala de Glasgow, tendrá una puntuación de 3 a 8. El

paciente se encontrará comatoso. Estos requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y adoptar medidas urgentes de manejo de la vía aérea, ventilación mecánica, valoración, cirugía y monitorización de la presión intracraneal (PIC). (2,5,15)

Hay dos tipos de lesiones que afectan al cerebro en el traumatismo craneoencefálico (TCE):

- **Lesiones primarias**, que se deben a contusiones o fracturas y se crean por el impacto en el cerebro. Estas ocurren de manera inmediata.
 - **Lesiones secundarias**, aunque iniciado el momento del impacto, aparecen más tarde.
- (2)

La lesión cerebral traumática (TBI) se considera una "epidemia silenciosa", especialmente en la "fase crónica - vida cotidiana". (6).

3.2.3. Diagnóstico

Un diagnóstico de Enfermería (DE), es la agrupación de información recopilada a lo largo de la historia clínica de un paciente y la identificación de las respuestas humanas afectadas que requieren intervención por parte de la enfermería. El desarrollo del diagnóstico es el que guiará la definición del plan de cuidados y las prioridades de atención. (7)

Es importante realizar una exploración inicial, dónde se valoran los problemas que necesitan una atención más inmediata, y las constantes vitales: cómo la frecuencia respiratoria, presión arterial, pulso, temperatura... (2)

Realizar una correcta oxigenación y ventilación son cruciales para los pacientes con traumatismo craneoencefálico, ya que la hipoxia o la hipercapnia transforman el daño cerebral en irreversible y reversible. (15)

Un paciente que tenga un patrón respiratorio anormal, a menudo, tiene una presión intracraneal elevada o daño primario en el centro respiratorio del tronco cerebral. Si el paciente tiene una respiración de Cheyne Stokes, esto puede ser un signo de una hernia transtentorial. Sí este también presenta apnea, podría ser un signo de disfunción del tronco encefálico, aunque también podría indicar una obstrucción de las vías respiratorias superiores. Si el paciente respira rápidamente, por el contrario, se presenta taquipneico, esto puede indicar un compromiso del tronco cerebral o hipoxia. (15)

Si un paciente con TCE tiene presión arterial sistólica elevada, esto indica que hay un aumento en la presión intracraneal (PIC) y se clasifica dentro del reflejo de Cushing. Cuando por el

contrario tiene hipotensión, significa que se está produciendo una hemorragia o en cambio porque se ha producido un shock espinal.

Una vez que se estabiliza al paciente tanto a nivel respiratorio y vascular, es importante realizar una valoración neurológica, aunque solo se podrá hacer en pacientes que puedan colaborar. Esta consiste en valorar el parámetro que está incluido en la escala de Glasgow, que varía en función de la capacidad de cooperación del paciente. Se debe realizar una evaluación de la pupila para comprobar: el tamaño, la simetría y la respuesta de la pupila del paciente a la luz. Si la pupila está dilatada, con una mala respuesta, esto generalmente indica una herniación uncal. Si la pupila es pequeña, reactiva, esto indica enfermedad metabólica intestinal o hemorragia transcraneal. La constricción pupilar que no responde indica daño en la protuberancia o consumo de opioides. (15)

Los síntomas neurológicos precoces que podemos encontrar son: disminución del nivel de conciencia, arrugas en un lado de la cara pero no en el otro lado, dolores de cabeza, etc.

Los signos neurológicos posteriores son: deterioro continuo de nivel de conciencia, empeoramiento del dolor de cabeza, vómitos, hemiplejía, Triada de Cushing (aumento de la presión del pulso, bradicardia, insuficiencia respiratoria), sí enfocamos con una luz a las pupilas la respuesta suele ser desigual o nula, posturas de decorticación/ descerebración.

Las relaciones neurológicas, incluida la escala de coma de Glasgow, la puntuación PTA, las pruebas de los nervios craneales, y los signos vitales forman la base de una evaluación neurológica integral. Una puntuación de 2 en la escala de coma de Glasgow requiere una respuesta rápida por parte del equipo neuroquirúrgico. Aun así, los pacientes con un traumatismo craneoencefálico precisan observaciones cada hora, incluyendo los signos neurológicos y vitales. (7)

Es muy importante comparar los datos del primer estudio con los datos de un nuevo estudio para detectar exacerbaciones en pacientes con TCE. (15)

Las complicaciones más frecuentes en un TCE son hipoxia, hemorragia e hipertensión intracraneal. Además, puede provocar alteraciones motoras, como alteraciones focales, cognitivas, sensitivas, conductuales, del lenguaje, y sensoriales, que son desencadenantes en una discapacidad. (1)

NANDA -I (Nanda International Taxonomy of Nursing Diagnostics) es uno de los lenguajes de la Enfermería. La profesión de enfermería juega un papel importante en la estandarización de los cuidados. Es una terminología utilizada para desarrollar los diagnósticos de enfermería y así facilitar la comunicación y contribuir en la enfermería de la salud. (8)

Entre los diagnósticos de salud más preocupantes se encuentran los cambios en los patrones de respiración, el intercambio de gases reducido, la comunicación verbal reducida, la movilidad corporal reducida, el volumen de fluidos corporales reducido y un deterioro de la integridad de la piel. (8)

El dolor es uno de los diagnósticos más comunes, especialmente durante los procedimientos como: la aspiración traqueal, que existe la evidencia de que ciertos factores, como la movilización y ejecución de técnicas afectan a la percepción del paciente. (8)

3.2.4. Epidemiología

En cuanto a la frecuencia, se sabe que en Estados Unidos cada siete segundos se produce un traumatismo craneoencefálico y por esta causa cada 5 minutos se produce una muerte. En general, la incidencia de un traumatismo cerebral (TBI) varía según la definición de lesión, los criterios de diagnóstico y la región geográfica, pero es de 200 casos por cada 100.000 habitantes por año. (8)

En España cada año ingresan al menos 20 de cada 1.000 personas por traumatismo craneoencefálico, 472,6 hospitalizaciones por millón de habitantes, de las que el 32% se deben a accidentes de tráfico. La incidencia del traumatismo craneoencefálico es 1,6 veces más común en los hombres que en las mujeres. La tasa de mortalidad por traumatismo craneoencefálico fue de 20,2 por millón de hombres y 7,2 por millón de mujeres por accidentes de tráfico, y la mortalidad por otros mecanismos fue de 35,0 y 22,2, excluyendo a los pacientes fallecidos por TCE antes de la hospitalización. Según el INE, en España 41.029 personas presentan secuelas clínicas de un TCE. (1-20)

Las causas más frecuentes de adquirir un traumatismo craneoencefálico son las caídas que afectan a las personas mayores, los accidentes automovilísticos frecuentes en los jóvenes, y los traumatismos producidos por causa de violencia. (20)

Hoy en día, alrededor del 50% de las personas que mueren por causa de un TBI, mueren inmediatamente después del accidente, el 30% dentro de las primeras dos horas y el 20% después de unos días. Con un tratamiento intensivo y precoz, la tasa de mortalidad se reduce al 20%. Se estima que el 43,3% de la población con lesión cerebral quedara discapacitada al cabo de un año. (1)

Al menos 1 de cada 10 personas con TBI experimenta secuelas cognitivas y conductuales, a largo plazo, que incluyen deficiencias en la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento de la información, y la función ejecutiva. (1)

| Variables | Categorías (n=150) | No. | % |
|---|--------------------|-----|------|
| Edad (X= 42,2 ± 13,1) | 18-26 | 25 | 16,7 |
| | 27-37 | 35 | 23,3 |
| | 38-48 | 35 | 23,3 |
| | 49-59 | 41 | 27,3 |
| | 60 o mas | 14 | 9,4 |
| Sexo | M | 122 | 81,3 |
| | F | 28 | 18,7 |
| Ingestión de bebidas alcohólicas | Sí | 48 | 32,0 |
| | No | 102 | 68,0 |
| Causas del trauma | Tránsito | 80 | 53,3 |
| | Caídas | 50 | 33,3 |
| | Agresión | 20 | 13,4 |

Tabla 2: Elaboración propia. Distribución de los pacientes por sexo, edad, consumo de alcohol y causa de las lesiones recogido del estudio de Villa Clara. (21)

3.3. Paciente y su familia

3.3.1. Miedo y ansiedad

Se ha demostrado que un año después del inicio de la lesión, el 43% de los pacientes que requieren tratamiento hospitalario continúan teniendo discapacidades físicas, cognitivas y sociales. Los cambios cognitivos, son de gran preocupación para las personas con TBI y sus familias porque pueden causar más discapacidad que las secuelas físicas. (6). La disfunción cognitiva, es una de las secuelas del traumatismo craneoencefálico que propicia la discapacidad y afecta la calidad de vida de ellos y sus familias. (3)

Las familias de personas con lesión cerebral traumática experimentan fuertes efectos personales después de un accidente y, a menudo, están estresados y afectados por la necesidad de hacer frente al trauma inicial, así como a las necesidades físicas, neuropsicológicas y emocionales que ocurren después del trauma. (9)

Los factores más influyentes en el entorno familiar son los cambios en el comportamiento y la personalidad y la presencia de alteraciones cognitivas, tales como la atención, la memoria, un entrecimiento para procesar la información y procesamiento visuoespacial, la función

ejecutiva, las funciones del lenguaje, menor participación social en cualquiera de los entornos, y menor independencia. (6)

No obstante, los artículos referenciados carecen de información, de recursos especializados a largo plazo para la reinserción social y de apoyo psicológico para los pacientes con TCE y sus familias. (9)

En la revista "Ciencia y Cuidado" realizan un estudio en el que hacen encuestas a familiares de pacientes que habían sufrido una lesión cerebral traumática, y descubrieron que la aceptación de la responsabilidad, la privacidad, la independencia, la tensión emocional familiar, la reevaluación positiva y el autocontrol, eran las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes que habían sufrido un TCE. (9).

3.3.2. Estrategias de afrontamiento de la etapa de desorganización

3.3.2.1. Confrontación

Los factores más influyentes en el entorno familiar son los cambios en el comportamiento y la personalidad, y la presencia de alteraciones cognitivas.

3.3.2.2. Autocontrol

Ocurre en los primeros momentos, cuando el individuo se encuentra con una situación o problema estresante que lo lleva a una gran inestabilidad emocional y familiar. Se manifiestan inicialmente de forma muy intensa en forma de ansiedad, angustia, miedo, pavor y tensión, a veces llanto y tristeza que con el tiempo va cambiando, y esto hace que se establezca el estado de ánimo del individuo y que comience a controlar las emociones y las reacciones emocionales.

3.3.2.3. Evitación- Escape.

Ofrece la esperanza del uso de otras estrategias, como comer, beber, fumar o usar otras drogas, como mecanismo de afrontamiento en situaciones estresantes, que se mantienen a lo largo del tiempo.

3.3.2.4. Capacidad física y Salud.

Muy a menudo, tales situaciones dañan directamente su salud y condiciones físicas. Estos efectos incluyen, cambios en el apetito y patrones de sueño, fatiga, depresión, debilidad, ansiedad, fatiga mental, caídas, empeoramiento de patología preexistente, dolor muscular y parestesias.

3.3.3. ¿Qué estrategias de afrontamiento hay en la etapa de recuperación?

3.3.3.1. Planificación

Los planes de cuidado se centran en la asistencia nutricional, autocuidado (higiene y arreglo personal, medicación), participación en exámenes médicos, apoyo emocional, integración social y otras actividades. (9)

3.3.3.2. Cambio de roles

En muchas de las familias se ha producido un cambio de roles en relación con las actividades básicas de la vida diaria, ya que estos reconocen la necesidad de contribuir al cuidado de esa persona, independientemente de que se desarrollen actividades cotidianas en el hogar o en el trabajo. (9)

3.3.3.3. Distanciamiento

Existe un fuerte deseo en el familiar de no querer que su vida le afecte, de tratar de desviar sus pensamientos y evitar conscientemente recuerdos o experiencias desagradables. (9)

3.3.3.4. Situación económica

La solvencia de los recursos económicos afecta en gran medida a la adecuación de la respuesta de las consecuencias de la enfermedad. Para la gran mayoría, las dificultades económicas familiares han aumentado, lo que afecta a la planificación de cuidados y problemas en el afrontamiento. (9)

3.3.3.5. Relaciones afectivas

Cuando un cuidador ve a su familia junta, encuentra el coraje y la fuerza para involucrar a todos en el cuidado de su pariente enfermo. Esta ha sido una verdadera fuente de apoyo emocional para las personas que sufrieron TCE: ver cómo los familiares cercanos compartían sus experiencias para así aprender de ellos y poder ayudarles a enfrentarlo individualmente. (9)

3.3.3.6. Autocontrol

La liberación emocional puede ser efectiva para lidiar con situaciones difíciles, pero a veces el cuidador se da cuenta de que no hay nadie que pueda escucharlo y entender por lo que está pasando. (9)

3.3.3.7. Búsqueda de apoyo social

Las familias de personas con un TCE encuentran que el apoyo de familiares y amigos crea emociones positivas, por lo que promueve un sentido de continuidad en la vida y reduce la percepción de sobrecarga y soledad. (6).

3.3.3.8. Apoyo espiritual

En general las familias buscan apoyo espiritual, solo buscándolo encuentran la paz, logran relajarse y recuperar la esperanza y la fe, que se perdió, por las mismas exigencias, en algún momento del proceso de afrontamiento. (6)

3.3.4. Cuidados de enfermería. Competencias de enfermería en TCE. Acompañamiento al paciente y familia en todo su proceso

Se considera paciente politraumatizado a aquel lesionado que, tras un mismo suceso, presenta varias lesiones anatómicas y alteraciones funcionales, al menos una de ellas de alto riesgo para la vida, o cuyo mecanismo lesional indica una lesión potencialmente grave. (9).

Una persona que sufre TCE debe obtener los mismos cuidados de enfermería que otro tipo de paciente politraumatizado. Durante el manejo del paciente, debemos tener en cuenta que puede tener alguna lesión que no hubiésemos localizado a priori y órganos con sangrados activos. (19)

Cuando se trata de eficiencia, la comunidad científica recomienda el uso de protocolos. Actualmente, el más utilizado es el proyecto Advanced Trauma Life Support para desarrollar ABCDE para el tratamiento de pacientes politraumatizados. (9)

Los primeros pasos incluyen controlar las ABCD:

1. Asegurar la vía aérea. La principal prioridad en esta etapa es reconocer los signos de una vía aérea comprometida. Si el paciente presenta hipoxemia se evita y/o corrige. Asegurar siempre una vía aérea permeable y optimizar la oxigenación del paciente. Mantener la saturación arterial por encima de 95% y la PaO₂ por encima de 80 mmHg. La presión parcial arterial de CO₂ (PaCO₂) tiene un profundo efecto sobre la circulación cerebral. La hipocapnia provoca vasoconstricción cerebral y es un factor de riesgo de isquemia cerebral. La monitorización final del CO₂ (EtCO₂) en pacientes intubados es importante para confirmar la colocación adecuada del tubo traqueal, mantener la PaCO₂ en el rango normal y detectar una posible reducción del gasto cardíaco. Además se llevará a cabo una intubación endotraqueal cuando el paciente requiere sedación para el control de la columna cervical. (4- 5 - 7- 9-15-16)

2. Ventilación y oxigenación. Ventilar con bolsa y mascarilla. En la segunda fase, el objetivo es asegurar una correcta ventilación del paciente, es decir, asegurar una oxigenación suficiente de los tejidos y prevenir posibles complicaciones. Estas complicaciones se pueden prevenir reconociendo adecuadamente los signos y síntomas que advierten de insuficiencia respiratoria. El tórax del paciente debe exponerse y las lesiones como: neumotórax y hemotórax, neumotórax a tensión o abierto, hemotórax masivo, quistes torácicos y/o costales, deben identificarse mediante: auscultación, inspección, palpación y percusión. Se recomienda sostener al paciente en un ángulo de 30 grados y evitar la rotación. (4-9)

3. Evaluar la situación hemodinámica. Mantener la frecuencia cardiaca (FC) y la tensión arterial (TA) > 90 mmHg. Hay que evitar la hipotensión (los agentes sedantes y anestésicos la precipitan). Por eso si el paciente tuviese hipotensión, habría que reducir o suspender los sedantes hasta que se mantenga la presión arterial, ya que si no aumenta la mortalidad e influye negativamente, sobre todo al ser un TCE severo o cuando se pierde la autorregulación cerebral. (4-5)

4. Exploración neurológica. Todos los cambios en el nivel de conciencia hasta la estabilización de las funciones vitales son emergencias que amenazan la vida. Se requiere un examen pupilar para ver tanto la simetría y respuesta a la luz, incluida la respuesta a los estímulos, reflejos troncoencefálicos, la reactividad pupilar, la sensibilidad, la fuerza, y el fondo de ojo. Se evalúa con un protocolo basado en la Escala de Coma de Glasgow para evaluar respuesta verbales, oculares y motoras. (19)

| Puntuación de respuesta verbal de la escala de Glasgow |
|---|
| 5 puntos: la persona está orientada en persona, lugar y tiempo y puede hablar. |
| 4 puntos: Puede estar desorientado en cuanto a persona, lugar o tiempo (o en todos), puede mantener una conversación pero no responder con claridad. |
| 3 puntos: Puede usar palabras con poco o ningún significado, que se dicen gritando o murmurando. |
| 2 puntos: dificultad para hablar (Ruidos ininteligibles o gruñidos) |
| 1 punto: ni habla ni emite sonidos. |

Tabla 3: Elaboración propia. Puntuación de respuesta verbal de la Escala de Coma de Glasgow. (10)

| Puntuación de la apertura ocular según la Escala de Glasgow |
|---|
| 4 puntos: espontáneamente abre los ojos. |
| 3 puntos: Hay apertura a los estímulos verbales, que puede ser cualquier frase, no necesariamente por la orden de “abre los ojos”. |
| 2 puntos: abre los ojos con estímulos dolorosos, no abre los ojos con los estímulos anteriores. |
| 1 punto: ante ningún estímulo abre los ojos. |

Tabla 4: Elaboración propia. Puntuación de la respuesta ocular según la Escala de Coma de Glasgow. (10)

| Puntuación de la respuesta motora según la Escala de Glasgow |
|--|
| 6 puntos: aunque haya debilidad, sigue órdenes. |
| 5 puntos: intenta eliminar estímulos dolorosos y se intenta localizar. |
| 4 puntos: puede flexionar el brazo hacia la fuente de dolor y se aleja de estímulos dolorosos (pero en realizar, no localizar o eliminar la fuente de dolor). |
| 3 puntos: flexión y aducción anormal del brazo, extensión del miembro pélvico con flexión plantar (posición de decorticación) |
| 2 puntos: rotación interna y aducción de miembros inferiores y superiores (descerebración). |
| 1 punto: incluso con estímulos dolorosos, no hay respuesta. |

Tabla 5: Elaboración propia. Puntuación de la respuesta motora según la Escala de Coma de Glasgow. (10)

5. Investigar otras lesiones traumáticas.

6. Control de la PIC y prevención de su aumento: conservar la presión de perfusión cerebral por encima de 60 mmHg y la PIC por debajo de 20 mmHg. Si se lo permiten sus lesiones el cabecero de la cama debe estar en un ángulo de 30°. Para mantener o disminuir la PIC se utilizan medicamentos para el control del dolor, diuréticos osmóticos y barbitúricos. No se recomienda el uso de esteroides para reducir la PIC. El Propofol se recomienda para el control de la PIC, aunque se ha demostrado que no disminuye la mortalidad ni mejora el resultado a los 6 meses. (5-7)

7. Manejo del dolor: los opiáceos pueden provocar una reducción de la ventilación alveolar que aumentará el flujo sanguíneo cerebral que empeorará el edema cerebral y aumentará la PIC. Además, los fármacos que causan estreñimiento también pueden aumentar la PIC.

Para las personas con TBI hay algunos fármacos que son inadecuados por sus efectos secundarios, qué son: clorhidrato de tramadol y los antiinflamatorios no esteroideos, aunque sean analgésicos eficaces. (7)

En cuanto a la analgesia debemos de tener en cuenta:

- Controla el dolor, pero no lo quita del todo.
- Antecedentes de alergias.
- Supervisar la puntuación de sedación.
- Tener cuidado por efectos hepatotóxicos.
- Es muy importante contar con la función renal del paciente.

Se utilizará:

- Pneumovax: si hay fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR) o fractura de la base del cráneo.
 - Solución salina hipertónica o manitol: si la presión intracraneal está elevada.
- (7)

En el cuidado de estos pacientes los profesionales de enfermería juegan un papel importante, al desarrollar actitudes y técnicas en función de la necesidad de cada paciente. La Sistematización de la Atención (SAE), que orienta el trabajo, es la estrategia de organización de servicios para métodos, herramientas y personas de trabajo en todas las instituciones con operaciones de atención. (8)

En primer lugar, los cuidados de enfermería que se pueden realizar es una valoración enfermera que podrá seguir cualquiera de los modelos de cuidados de enfermería. Además de escalas como:

- **Índice de Barthel:** evalúa el estado funcional y mide la capacidad de un individuo a realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). (5-11)
- **Escala del coma de Glasgow:** evalúa el estado de conciencia. Sirve para valorar el estado neurológico, el juicio clínico y las evaluaciones de amnesia postraumática. (5-7)
- **Escala de nivel de funcionamiento cognitiva Rancho Los Amigos:** si la persona tiene un trastorno neurológico o psicológico leve, se evalúa el estado cognitivo del comportamiento de la persona junto con su entorno. (1)
- **Puntuación NIH-SS:** valora la función neurológica e incluye 11 ítems cómo: nivel de conciencia, mirada, campo visual, parálisis facial, movimiento de miembros superiores, movimiento de extremidades, ataxia, sensación, lenguaje, disartria y negligencia. Cuanto mayor sea la puntuación, más disfunción neurológica tendrá el paciente. (11)

- **Escala de calidad de vida:** consta de cuatro subescalas, incluye autoconciencia física, psicológica, social y de salud, con un total de 29 ítems. A menor puntuación, mayor calidad de vida. (11)

Los principales diagnósticos de enfermería en un TCE es la limpieza ineficaz de las vías respiratorias, porque el paciente no puede eliminar voluntariamente las secreciones u obstrucciones de las vías respiratorias, por lo que hay que mantenerlas permeables. (1)

La cirugía descompresiva es muy beneficiosa para las personas que tengan un traumatismo craneoencefálico grave con una PIC elevada. (18)

Cuando el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los ventrículos es de volumen normal o reducido es una opción de tratamiento para controlar la presión intracraneal. (17)

La rehabilitación de una persona con un traumatismo craneoencefálico involucra necesidades tanto biológicas y físicas como psicológicas y sociales. El proceso de rehabilitación después de una lesión cerebral traumática se divide en tres etapas: aguda, rehabilitación y vida en la comunidad. (6)

Los objetivos de rehabilitación para cada paciente se resumen a continuación:

- Reducción del dolor.
- Reeduación de la sensibilidad.
- Mejorar la movilidad articular.
- Control del tono muscular.
- Fomentar el equilibrio y la respuesta postural.
- Mejorar la fuerza muscular.
- Reeducar la marcha.
- Entrenar las ABVD.
- Favorecer la comunicación verbal u deglución correcta si presentase alteración.
- Mejorar posibles alteraciones cognitivas y conductuales que puedan estar presentes en el paciente. (1)

3.4. Acompañamiento

A menudo se observa que las relaciones, pasan a ser complicadas tras la presentación de un TCE. Como resultado de los cambios de comportamiento que se pueden observar en los pacientes con TCE, éstos pueden presentar apatía hacia las normas sociales tradicionales y tener dificultad para mantener relaciones interpersonales o formar nuevas (ISS, 1998). Por lo

tanto, la resocialización se considera como uno de los aspectos a abordar en el proceso de tratamiento de los pacientes con TCE. Es importante que este grupo de personas con esta afectación tenga los recursos en la sociedad para poder recuperar el control y la continuidad de la vida como individuos socialmente activos. Algunos recursos/servicios comunitarios que brindan atención integral son especializados y específicos del área. (12)

Usando un enfoque cualitativo, **Swift y Wilson** realizaron 19 entrevistas semiestructuradas con sobrevivientes de lesiones cerebrales, cuidadores y profesionales de la rehabilitación para determinar el alcance de su conocimiento y conceptos erróneos sobre la lesión cerebral traumática entre el público en general y los profesionales de la salud. Los autores informan que “existe una falta de conocimiento sobre los desafíos asociados con la recuperación, la diversidad resultante de dificultades conductuales y cognitivas, y la identificación errónea de los sobrevivientes de lesiones cerebrales con discapacidades de aprendizaje”. (13)

3.5. Ansiedad

Asimismo, según **Fernández y Muñoz (1999)** “muchas familias experimentan incluso más estrés que los propios pacientes debido a”: (12)

| |
|--|
| Gravedad de la lesión cerebral. |
| Control emocional y conductual alterado. |
| Dificultades cognitivas. |
| Aislamiento social. |
| Nuevos gastos financieros. |
| Falta de comunicación con los profesionales de la salud involucrados que atienden a las familias afectadas. |

Tabla 6: Elaboración propia. Tipos de ansiedad que puede ocasionar un TCE. (12)

“Esto último genera falta de información pronóstica, apoyo inadecuado e inseguridad de cómo tratar con una persona herida” (**Salazar, 2002; Elliott & Shewchuk, 2003; Kolakowsky-Hayner, Miner & Kreutzer, 2001**). Por todo lo anterior, “los familiares pueden necesitar algún tipo de ayuda profesional, psicológica o psicofarmacológica (psiquiátrica) durante la recuperación” (**Hoofien, D., Gilboa, et al., 2001**). (12)

Cabe destacar la necesidad de apoyo psicológico a largo plazo y la falta de información para las víctimas y sus familias. Las personas con TBI y sus familias necesitan información sobre los aspectos físicos y psicológicos de vivir con una lesión cerebral o vivir con alguien con TBI. En base a lo anterior, según **Elliott & Shewchuk, (2003)** “es necesario conocer las

necesidades de la familia e identificar posibles estrategias para reducir el estrés y maximizar la adaptación a las nuevas circunstancias “, teniendo en cuenta que si el paciente no se integra con éxito en la comunidad, la posible recuperación no será satisfactoria. (12)

3.5.1. Secuelas

Según **McDonald**, “las secuelas que muestran las personas con TCE severo en la dificultad para reconocer emociones significa que: no pueden responder adecuadamente a las reacciones de otras personas, y no pueden recibir retroalimentación de los interlocutores sobre la idoneidad de sus acciones”. Estas personas no entienden completamente cómo comunicarse con los demás, por lo que esto puede llevar al deterioro de sus relaciones sociales tanto en la familia, el trabajo y la sociedad, causándoles ansiedad y conduciéndoles al aislamiento social. (14)

Los cambios en el comportamiento y la comunicación con los miembros de la familia se consideran factores de sobrecarga del cuidador. Se confirma el efecto de "señal": la presencia de secuelas físicas en la persona afectada hace que el familiar como cuidador sea más comprensivo, solidario y social. (6)

3.5.2. Afrontamiento de la enfermedad

La investigación de **Curtis, Clemtz et al. (2000)** y **Elliott y Shewchuk (2003)** demostraron que los cambios cognitivos, físicos, de comportamiento y emocionales que las personas con TBI pueden experimentar, afectan directamente a sus familias y crean problemas emocionales y físicos significativos con el bienestar.

Los efectos de la TBI en otros miembros de la familia y las relaciones que forman entre ellos no son los mismos. Esto se debe a que cada miembro de la familia tiene diferentes rasgos de personalidad y habilidades de afrontamiento, así como diferentes roles y responsabilidades en el grupo familiar según el subsistema al que pertenece: marido y mujer, padres o hermanos (**Mnuchin, 1995**). (12)

La aparición de TBI puede conducir a un cambio en la vida familiar, convirtiendo por completo la relación entre los diferentes componentes, los papeles de cada uno, las expectativas preestablecidas y los planes para el futuro.

Hay una serie de factores psicosociales que pueden influir en la evaluación subjetiva de un paciente de TBI, algunos de los cuales incluyen:

3.5.2.1. Deterioro del daño cerebral previo al accidente en rasgos de personalidad desadaptativos

3.5.2.2. Sentimientos de decepción, desesperanza y baja autoestima.

3.5.2.3. Hostilidad, perturbación

3.5.2.4. La aparición de mecanismos de defensa como la negación, la desviación y la proyección.

Tienden a promover un comportamiento agresivo. Otro factor que influye en la percepción subjetiva de los pacientes son las actitudes duras, humillantes, incomprensibles o sobreprotectoras en el entorno familiar, laboral y social, que pueden intensificarse en los individuos afectados. (12)

4. Justificación

La National Head Injury Fundation define la lesión cerebral traumática como “una lesión cerebral no degenerativa causada por una fuerza externa en la que la conciencia se reduce o se altera y las capacidades cognitivas y físicas se ven afectadas”. Una lesión cerebral traumática induce insuficiencia en varios dominios cognitivos, tales como la atención, la memoria, un enlentecimiento para procesar la información y procesamiento visuoespacial, la función ejecutiva, las funciones del lenguaje, menor participación social en cualquiera de los entornos, y menor independencia. (3-4) Normalmente, la incidencia de TBI es de 200 casos por cada 100.000 habitantes por año, aunque esto varía según la definición de lesión, los criterios de diagnóstico y la región geográfica. En España cada año ingresan al menos 20 de cada 1000 personas por traumatismo craneoencefálico, contando con 472,6 hospitalizaciones por millón de habitantes, de las que el 32% se debe a accidentes de tráfico. (5-21). La base de una evolución neurológica exhaustiva son los informes neurológicos, incluida la escala de coma de Glasgow, la puntuación PTA, las pruebas de los nervios craneales, y los signos vitales. (7)

Se ha demostrado que el pronóstico un año después del inicio de la lesión, el 43% de los pacientes que requieren tratamiento hospitalario continúan teniendo discapacidades físicas, cognitivas y sociales. Los cambios a nivel cognitivo son de gran preocupación para las personas con TCE y sus familias, ya que pueden causar más discapacidad que consecuencias físicas. (7). La disfunción cognitiva, es una de las secuelas del traumatismo craneoencefálico que propicia la discapacidad, y por lo tanto, la calidad de vida de estos y de sus familiares se deteriora. (3)

Las familias de las personas afectadas por una lesión cerebral traumática experimentan fuertes efectos personales después de un accidente y, a menudo, están estresados, afectados por la necesidad de hacer frente al trauma inicial, así como a las necesidades físicas, neuropsicológicas y emocionales que ocurren después del trauma. (15)

En vista de lo anterior, la decisión de realizar el proyecto de fin de grado sobre el traumatismo craneoencefálico es para mejorar la disminución de sentimientos negativos que tienen la familia y el paciente en el proceso de adaptación de la enfermedad a través de actividades grupales, contando con su participación, con el objetivo principal de promover el autocuidado de ambos y proporcionar la información necesaria y adecuada para mantener la mejor calidad de vida en el proceso.

5. Metodología

5.1. Población diana

El proyecto educativo se enfoca en la adaptación de la enfermedad para los pacientes diagnosticados de TCE y sus familias. Estas sesiones se realizarán en el Hospital 12 de Octubre, para disminuir aquellos sentimientos negativos que tengan las familias por el proceso de adaptación de la enfermedad.

Las sesiones tendrán lugar en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Auditorio, Avenida de Córdoba, s/n, 28041, en el distrito de Usera, Madrid. La estación de metro más cercana está en la línea 3 con parada en el recinto hospitalario, cerca de los edificios principales. La vía de cercanías más cercana es la C-5, "Doce de Octubre".

Es un centro reconocido como hospital de referencia para el manejo del TCE, dispone con un servicio de Neurocirugía especializado en el tratamiento de todas las áreas de gravedad del TCE. Este servicio cuenta (las 24 horas, los 365 días del año) con personal cualificado que forma parte esencial en el tratamiento de estos pacientes, de acuerdo con las guías Internacionales para el manejo del TCE, junto con otras especialidades (Traumatología, Medicina Intensiva, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General y Cirugía Torácica).

Gracias a la influencia e importancia de expertos, las enfermeras de familia y comunitaria que realizan prácticas clínicas en los centros de Salud podrán derivar a los pacientes que, a su exclusivo criterio, estén en condiciones de asistir a las reuniones. Por lo tanto, dependiendo del número de participantes, será posible hacer múltiples alternativas con grupos de hasta 10 personas.

5.2. Captación

Estas sesiones están disponibles para todos los familiares de pacientes diagnosticados de traumatismo craneoencefálico en el Hospital Universitario 12 de Octubre y a todos los derivados de Atención Primaria (AP), teniendo que rellenar previamente un formulario. Para la realización de actividades se avisará al servicio docente del Hospital, al departamento de enfermería y al departamento de educación superior para poder dar una buena evaluación de los cursos. La administración de Atención Primaria de Madrid será informada de estas actuaciones por la interacción con familiares y profesionales de la salud.

El método directo de captación consistirá en realizar una llamada telefónica al jefe del departamento del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario 12 de Octubre y al coordinador de dirección asistencial Centro de Atención Primaria, que comprende los

municipios de Barrio de Salamanca, Latina, Carabanchel, Villaverde, Usera, Chamartín, , Ciudad Lineal y Chamberí, de Madrid, por parte del docente responsable de impartir este tipo de sesiones para informarles en que va a consistir este proyecto.

En el caso del Hospital Universitario 12 de Octubre, el supervisor deberá informar a todos los profesionales del servicio de la ejecución del proyecto. El supervisor se volverá a poner en contacto con el docente por medio de una llamada telefónica para programar una fecha para un encuentro personal presencial dónde se fijarán los objetivos de este plan.

El docente creará una presentación que contenga más detalles en esta reunión, dirigido a todos los profesionales del servicio de Neurocirugía del Hospital 12 de Octubre.

La supervisora del Servicio de Neurocirugía se pondrá en contacto con el docente cuando el perfil de pacientes al alta de hospitalización cumpla con el criterio de inclusión para realizar este proyecto educativo y fijar fechas.

Otra forma de captar participantes para el proyecto es crear una circular en el centro hospitalario o centro de salud que contenga información sobre la ubicación, fechas de realización, contenido de las sesiones y el formulario de inscripción para las familias que acudan tanto del hospital o derivadas de AP para brindarles información.

El método indirecto de captación será mediante la realización de:

- **Folletos y Carteles.** Seleccionaremos los lugares de mayor tránsito del Hospital Universitario 12 de Octubre y centros de salud del distrito Centro de Madrid, se colocarán en las puertas, columnas, paredes y en alguna zona de la cafetería del hospital, del servicio de Neurocirugía y de los centros de salud de Madrid.
- **Redes sociales.** Postearemos toda la cartelería creada. También interactuaremos con la gente que comente en nuestras publicaciones para así hacer que estos difundan el proyecto. Se utilizará las redes sociales de Instagram, Twitter y Tik Tok.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Capacitar a los familiares de personas que han sufrido un TCE a la adaptación a la vida cotidiana, conociendo la enfermedad y los futuros cambios que van a experimentar en el proceso.

6.2. Objetivos específicos.

6.2.1. Área cognitiva.

- Los pacientes con TCE y sus familiares serán capaces de definir qué es un traumatismo craneoencefálico.
- Explicar los tipos de TCE que existen.
- Adquirir los conocimientos básicos del TCE.
- Conocer signos de alarma del TCE.
- Conocer cómo funciona el cerebro.
- Reconocer las posibles secuelas de un TCE.
- ¿Qué asistencia financiera está disponible para las personas con lesiones cerebrales y sus familias

6.2.2. Área de habilidades.

- Serán capaces de prevenir un TCE.
- Utilizar técnicas de afrontamiento.
- Descubrir la rehabilitación funcional.
- Identificar falsas creencias.
- Identificar modos de acción y problemas frecuentes.
- Interpretar los problemas de salud en el ámbito cognitivo del familiar con TCE.
- Reconocer problemas de comunicación del familiar que ha sufrido un TCE.
- Reconocer los problemas afectivos del familiar que ha sufrido un TCE.
- Reconocer la situación del afectado por un TCE.

6.2.3. Área emocional.

- Expresan los sentimientos negativos que les ha provocado la nueva situación.
- Desarrollar la resiliencia ante situaciones de estrés.
- Expresar miedos en relación al regreso a la actividad y a la integración social.
- Analizar la depresión y el retraimiento social.

7. Contenidos

El programa para familiares de personas con TBI se enfocan en los siguientes contenidos:

- ¿Qué es un traumatismo craneoencefálico?
- Epidemiología del TCE.
- Etiología del cerebro y su comportamiento.
- Medidas de prevención del TCE.
- El traumatismo craneoencefálico y sus posibles secuelas.
- Intervenciones para pacientes con TCE.
- Conocimientos básicos del TCE.
- Modos de acción y problemas frecuentes.
- Participación de la familia y el entorno.
- Algunas falsas creencias.
- Métodos de afrontamiento.

8. Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales

8.1. Planificación general

Las tres sesiones se realizarán en las aulas de docencia del Hospital 12 de Octubre, Auditorio, ubicado en la avenida de Córdoba, s/n, 28041. El Hospital 12 de Octubre tiene parking público y parking privado donde se puede estacionar el vehículo privado, aunque aun así, el transporte público, en este caso, es muy recomendable, ya que tiene la estación del metro a un minuto del hospital, es la línea 3 (amarilla), parada “12 de Octubre”. Además, próximo al hospital está la Renfe que es la línea C5 “12 de Octubre”. También hay líneas de autobús que se detienen cerca de 12 octubre que son la 102, 113, 148, y la 8.

En Abril del 2023, se impartirán tres sesiones expositivas, interpretativas y se trabajará el desarrollo de habilidades que conformarán el programa educativo. La realización del proyecto se hará en los días que no esté ocupada la sala por el hospital, en el Auditorio del Hospital 12 de Octubre, aun así la finalidad será impartir los encuentros por la mañana y por la tarde, para que puedan acudir los familiares que trabajen y tengan ambos turnos de trabajo contrario, o que por motivos personales solo puedan asistir en un turno de preferencia. Además, así los profesionales sanitarios podrán elegir el turno que mejor les convenga para realizar este proyecto.

La duración de la misma será de 2 horas, dónde los participantes tendrán un descanso de 10-15 minutos. En el turno de mañana comenzaran las sesiones a las 10:00 horas y finalizaran

a las 12:00 horas, y en el caso contrario en el turno de tarde comenzará a las 18:00 horas, y finalizará a las 20:00 horas.

El contenido será igual en ambos turnos. El cambio de turno será admitido si es autorizado por el responsable y solicitado con 24 horas de anticipación. Haremos todo lo posible para fomentar la comunicación con los miembros y ser flexibles.

Las clases de la mañana y la tarde pueden tener un máximo de 10 alumnos cada una, y la primera clase puede tener hasta 20 personas. Es un grupo medianamente reducido para así poder proporcionarles una buena atención integral. Según el turno, 4 enfermeras conformarán el cuadro profesional encargado de compartir y evaluar conocimientos. Cada enfermera tendrá una función e impartirá diferentes contenidos.

Los integrantes del proyecto deberán inscribirse contactando con nosotros mediante correo electrónico, y página web, aunque si nos conocen por redes sociales nos pueden escribir un mensaje directo dónde le facilitaremos la hoja de solicitud de plaza. Si en algún caso, se inscriben más de 20 personas, se realizará una segunda edición.

El aula donde se impartirá el proyecto estará equipada con ordenadores, pizarra, proyector y además tendrá medios audiovisuales de alta calidad. Contará con un espacio amplio, con buena iluminación, con mesas y sillas, para propiciar un ambiente que favorezca la dinámica del grupo y la tranquilidad de estos. Al ser un espacio hospitalario, se deberá acudir con mascarilla para promover la seguridad del personal sanitario y de los participantes.

Se dará un mes de plazo de inscripción desde que se de visibilidad tanto en el Servicio de Neurocirugía del 12 de Octubre, en las zonas de alrededor, como en los centros de Atención Primaria y redes sociales.

En el mes Marzo se abrirá el periodo para la inscripción de plazas. En este periodo los participantes deberán entregar un documento previo con los datos pertinentes. Este documento se analizará, y en un plazo de 15 días se comunicará si ha sido admitido y si se ajusta al programa mediante e-mail. En el supuesto de que estuvieran todas las plazas ocupadas, nos comunicaremos con el participante para ofrecerle una segunda edición con futuras fechas.

Los participantes interesados podrán recoger los documentos de forma presencial en la recepción del Centro de Actividades Ambulatorias del Hospital 12 de Octubre, como en los Centros de Atención Primaria de la zona centro de Madrid. Si es mediante vía online deberán entrar en la página web: www.afrontaeltce.com, descargar el documento de inscripción, rellenarlo y mandarlo al correo electrónico afrontaeltce@gmail.com.

8.1.1. Recursos materiales

- Ordenador portátil.
- Proyector con pantalla.
- Programas Office, como Power Point, Word...
- Folleto informativo del proyecto.
- Lista de verificación de asistencia.
- Folletos informativos.
- Acceso a una buena red de Wifi.
- Cuestionarios de evaluación pre-sesión y post- sesión.
- Bolígrafo y folios.

8.1.2. Técnicas para la salud grupal.

Técnicas para la salud grupal a utilizar en las sesiones:

| Técnicas de iniciación grupal | | | |
|-------------------------------|---|--|--------------|
| Técnica | Descripción | Utilidad | Limitaciones |
| Iniciación grupal | Es para fomentar las relaciones interpersonales y eliminar la tensión entre los participantes, creando una atmosfera de confianza grupal y un ambiente de trabajo optimo. | Esto hará que los participantes hablen por sí mismos. Por ejemplo la técnica del ovillo. | . |

| Técnicas de investigación en el aula. | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Técnica | Descripción | Utilidad | Limitaciones |
| Foto-palabra | En grupos pequeños o grandes sobre un tema determinado, cada persona elige | Esto permite trabajar en los aspectos profundos y | Cuando surgen problemas más profundos, pueden ser más difíciles de |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------|
| | una foto de las presentadas y explica por qué la ha eligió. | arraigados del área emocional. | manejar para los educadores. |
|--|---|--------------------------------|------------------------------|

| Técnicas expositivas | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| Técnica | Descripción | Utilidades | Limitaciones |
| Lectura con discusión | Se les pide individualmente que lean documentos escritos (folletos, artículos, hechos...) que contienen información sobre un tema y que discutan esta información en pequeños grupos. Compartir y discutir en grandes grupos. | Hay más autonomía en el aprendizaje que en las discusiones grupales. | No sirve si el grupo no sabe leer. A veces es difícil encontrar el documento adecuado. |
| Lección participada | Primero se le pedirá que indique su conocimiento previo del tema, luego se le dará una presentación para complementar la información que ha aprendido. Termina con argumentos y dudas... | Esto está indicado por la suposición de que el grupo tiene algún conocimiento del tema. | Lleva más tiempo que el coloquio interactivo. Los educadores necesitan una atmósfera muy tolerante. De lo contrario, suena como una prueba. |

Técnicas de análisis

| Técnica | Descripción | Utilidades | Limitaciones |
|---------------|---|--|---|
| Caso práctico | Es una historia con preguntas. Dependiendo de la pregunta, se proponen grupos para analizar el caso (individualmente, en pequeños grupos...). Hay que compartir con los demás y discutir sobre el tema. Se finaliza haciendo un resumen y conclusión. | El objetivo es encontrar razones, soluciones, etc. relacionado con un tema a analizar. También se piensa en las actitudes, opiniones, actitudes o sentimientos de los personajes de la historia. | Conlleva un largo periodo de tiempo. Analizar y discutir una historia que no es real. |

Técnicas de desarrollo de habilidades

| Técnica | Descripción | Utilidades | Limitaciones |
|-------------|---|---|--------------|
| Rol playing | Consiste en la interpretación teatral de un problema o una situación del ámbito general de las relaciones humanas, donde el grupo se enfrentará a situaciones de la vida cotidiana donde tendrán que interpretar que harían en cada caso. | El objetivo es el desarrollo profundo de las habilidades sociales. El entrenamiento progresivo es posible realizando la técnica varias veces en diferentes situaciones. | |

8.2. Cronograma general

1º SESIÓN DE ABRIL 2023

| Horario | Contenidos |
|---------------|---|
| 10:00 – 10:15 | ¿Qué es un traumatismo craneoencefálico? Definición y epidemiología. |
| 18:00 – 18:15 | |
| 10:15 – 10:30 | Etiología del cerebro y su comportamiento. |
| 18:15 – 18:30 | |
| 10:30 – 10:45 | Conocimientos básicos del TCE. |
| 18:30 – 18:45 | |
| 10:45 - 11:00 | Descanso. |
| 18:45 – 19:00 | |
| 11:00 – 11:15 | Posibles secuelas de un traumatismo craneoencefálico. (I) |
| 19:00 – 19:15 | |
| 11:15 – 11:45 | Prácticas. |
| 19:15 – 19:45 | |
| 11:45 – 12:00 | Dudas, preguntas, y evaluación de la sesión. |
| 19:45 – 20:00 | |

2º SESIÓN DE ABRIL 2023

| Horario | Contenidos |
|---------------|--|
| 10:00 – 10:15 | Posibles secuelas del traumatismo craneoencefálico. (II) |
| 18:00 – 18:15 | |
| 10:15 – 10:45 | Intervenciones para pacientes con TCE. |
| 18:15 – 18:45 | |
| 10:45 - 11:00 | Descanso. |
| 18:45 – 19:00 | |
| 11:00 – 11:15 | Problemas frecuentes y modos de acción. |
| 19:00 – 19:15 | |
| 11:15 – 11:45 | Prácticas. |
| 19:15 – 19:45 | |
| 11:45 – 12:00 | Dudas, preguntas y evaluación de la sesión. |
| 19:45 – 20:00 | |

3ª SESIÓN DE ABRIL 2023

| Horario | Contenidos. |
|---------------|---|
| 10:00 – 10:30 | Participación de la familia y el entorno. |
| 18:00 – 18:30 | |
| 10:30 – 10:45 | Algunas falsas creencias. |
| 18:30 – 18:45 | |
| 10:45 - 11:00 | Descanso. |
| 18:45 – 19:00 | |
| 11:00 – 11:15 | Métodos de afrontamiento. |
| 19:00 – 19:15 | |
| 11:15 – 11:45 | Prácticas. |
| 19:15 – 19:45 | |
| 11:45 – 12:00 | Dudas y preguntas. Evaluación de la sesión. |
| 19:45 – 20:00 | |

Tabla 7: Cronograma general del proyecto. Elaboración propia.

8.2.1. Sesión 1: Introducción al TCE.

| SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN AL TCE. | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|------------|----------|--------------|-----------------|-------------------------|--|------------------------|--|----------------------------|--|
| DURACIÓN | 2 horas. | | | | | | | | | | |
| LUGAR | Auditorio. Aula de Docencia. | | | | | | | | | | |
| DIRIGIDO A | Familias de pacientes que han sufrido un TCE. | | | | | | | | | | |
| NUMERO DE ALUMNOS. | 10 por turno. 20 alumnos en total. | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCENTES. | 4 enfermeras por turno. | | | | | | | | | | |
| RECURSOS | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Materiales</th> <th>Humanos.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Ordenador.</td> <td>- Enfermera/os.</td> </tr> <tr> <td>- Pantalla y proyector.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Bolígrafos y folios.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Aula con mesas y sillas.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Materiales | Humanos. | - Ordenador. | - Enfermera/os. | - Pantalla y proyector. | | - Bolígrafos y folios. | | - Aula con mesas y sillas. | |
| | Materiales | Humanos. | | | | | | | | | |
| - Ordenador. | - Enfermera/os. | | | | | | | | | | |
| - Pantalla y proyector. | | | | | | | | | | | |
| - Bolígrafos y folios. | | | | | | | | | | | |
| - Aula con mesas y sillas. | | | | | | | | | | | |
| CONTENIDOS | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es un traumatismo craneoencefálico? Definición y epidemiología. - Etiología del cerebro y su comportamiento. - Conocimientos básicos del TCE. - Posibles secuelas de un traumatismo craneoencefálico. (I) | | | | | | | | | | |

| | |
|--------------------|---|
| EVALUACIÓN. | Se realizará un cuestionario anterior y posterior a la sesión para determinar qué sabían del TCE los participantes y que aprendieron después de la sesión evaluando así las lecciones aprendidas, y valorando si la sesión ha resultado útil. |
| METODOLOGÍA | Iniciaremos la primera sesión con una técnica de iniciación grupal para fortalecer la conexión personal entre los participantes. Para ello, utilizaremos una dinámica de grupo llamada el ovillo. El que recibe el ovillo se tiene que presentar y decir qué expectativas tiene de este programa. Luego de esta dinámica, seguiremos con técnicas de exposición: lectura con discusión, con esta técnica el grupo tendrá más autonomía para obtener conocimientos. También prestaremos atención a la posibilidad de usar la técnica foto- palabra, donde seleccionaran una imagen de varias que se presentan y dirán los motivos de esta elección, esta técnica sirve para trabajar aspectos del área afectiva profundos e irrigados. |

8.2.2. Sesión 2. Secuelas e intervenciones para ayudar a personas con TCE.

| SESIÓN 2: Secuelas e intervenciones para ayudar a personas con TCE. | |
|--|---|
| DURACIÓN | 2 horas. |
| LUGAR | Auditorio. Aula de Docencia. |
| DIRIGIDO A | Familias de pacientes que han sufrido un TCE. |
| NUMERO DE ALUMNOS. | 10 por turno. 20 alumnos en total. |
| NÚMERO DE DOCENTES. | 4 enfermeras por turno. |
| RECURSOS | Materiales |
| | Humanos. |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - Pantalla y proyector. - Bolígrafos y folios. - Aula con mesas y sillas. |
| CONTENIDOS | <ul style="list-style-type: none"> - Posibles secuelas de un traumatismo craneoencefálico. (II) - Intervenciones para pacientes con TCE. - Problemas frecuentes y modos de acción. |

| | |
|--------------------|--|
| RECURSOS | <ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - Pantalla y proyector. - Bolígrafos y folios. - Aula con mesas y sillas. |
| CONTENIDOS | <ul style="list-style-type: none"> - Participación de la familia y el entorno. - Algunas falsas creencias. - Métodos de afrontamiento. |
| EVALUACIÓN. | <p>Al final de la sesión, se realizará un cuestionario para saber cómo se sienten los participantes, y así evaluar dónde necesitan ayuda.</p> |
| METODOLOGÍA | <p>Comienza la tercera sesión con un caso práctico donde a los participantes se les dará a conocer una historia, por medio de dramatización, en video o texto, donde tendrán que expresar como resolverían la situación. Esta técnica permite llegar a diferentes soluciones y promueve el pensamiento crítico.</p> <p>Continuamos con una técnica expositiva denominada lección con discusión, donde las enfermeras explicarán las teorías restantes, aclarando dudas de los participantes.</p> <p>Antes de finalizar la sesión, se solicita a los participantes que completen un formulario de satisfacción con respecto al programa, los contenidos, la estructura, si se han cumplido las expectativas. Estos formularios son en vista a un futuro poder mejorar en los aspectos negativos del programa.</p> |

9. Evaluación del proyecto

9.1. Evaluación de la estructura y el proceso del programa.

A través de la evaluación de proceso, conocemos las actividades del curso, la metodología utilizada y si se han alcanzado los objetivos planteados previamente. Todas las encuestas son completamente anónimas.

Con el fin de abordar todas las áreas de satisfacción de cada participante, el profesional de enfermería puede utilizar un cuestionario para determinar qué tan satisfechas están las familias con la atención que han recibido en el curso, con los docentes que han impartido las sesiones, las técnicas empleadas y recursos utilizados. Además, se preguntará sobre la planificación de fechas y horarios, si les ha resultado cómodo y asequible o si mejorarían algo al respecto. (Anexo 10).

Se valorará el contenido aprendido en cada sesión mediante cuestionarios, recogiendo las preguntas más importantes relacionadas con el contenido impartido con el objetivo de evaluar los conocimientos aprendidos y saber en qué hay que mejorar. (Anexo 7).

Se valorará como está la persona física y mentalmente mediante un cuestionario, recogiendo las preguntas que se responderán mediante si y no, así pudiendo evaluar en que puntos debemos trabajar más. (Anexo 8).

Además para saber cuántos participantes asisten al programa habrá una hoja con la que se controlará la asistencia, para saber si hay un interés continuado. (Anexo 6).

Los profesionales estaremos en una continua evaluación mediante la observación, valorando la actitud con la que vienen los participantes al programa, si surgen muchas dudas (porque a lo mejor no están quedando claro los contenidos).

10. Bibliografía

- (1) Evans V. Caring for Traumatic Brain Injury Patients: Australian Nursing Perspectives. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2021 March 1;33(1):21-36.
- (2) Martín Roldán IL. ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO 2020 -04-14;107(107):1-107.
- (3) Kim S, Gwak D, Jeong J, Jung H, Min Y, Kim A, et al. Effect of computerized cognitive rehabilitation in comparison between young and old age after traumatic brain injury. *Medicine* 2022 August 19;101(33): e29874.
- (4) Sánchez EAV, García SS. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una persona con trauma craneoencefálico. *Rev Enferm Neurol* 2012 /04/30;11(1):25-29.
- (5) Evans V. Caring for Traumatic Brain Injury Patients: Australian Nursing Perspectives. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2021 March 1;33(1):21-36.
- (6) Gifre M, Gil Á, Pla L, Roig T, Monreal-Bosch P. ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. *Gaceta Sanitaria* 2015; 29:60-65
- (7) Caetano da Silva MI, Gomes da Silva RR, Santos Nogueira SH, Lopes SM, Moreira de Alencar R, Rodrigues Pinheiro W, et al. Diagnósticos de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico: revisión integradora. *Enfermería Global* 2021 00;20(64):584-628.
- (8) López-Morales AB, Calderón-Dimas C, Rodríguez-Benítez G, et al. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave. *Rev Enferm IMSS*. 2015;23(1):43-49.
- (9) Bohórquez-de-Figueroa, A. Z., Espinosa-Narváez, J. C., Turizo-Castillejo, J. J., & Guampe-Bayona, L. (2016). Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE). *Revista Ciencia Y Cuidado*, 9(1), 79–87.
- (10) MUNANA-RODRIGUEZ JE, RAMIREZ-ELIAS A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *SciELO* 2014;11(1):24-35.

- (11) Yang Y, Niu L. Effect of Early Rehabilitation Nursing on Motor Function and Living Ability of Patients with Traumatic Brain Injury Based on Orem's Self-Care Theory. *Comput Intell Neurosci* 2022 -9-8;2022.
- (12) Delcy Elena Cáceres de Rodríguez, Zamira Montoya Camargo, Ana María Ruiz Hurtado. Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo - Dialnet. *Revista Colombiana de Psicología* ;12(1 2003):60-72.
- (13) Linden MA, Boylan AM. 'To be accepted as normal': Public understanding and misconceptions concerning survivors of brain injury. *Brain Inj.* 2010;24(4):642-50. doi: 10.3109/02699051003601689. PMID: 20235767.
- (14) Rodríguez-Rajo P, Leno Colorado D, Enseñat-Cantalops A, García-Molina A. Rehabilitación de la cognición social en el traumatismo craneoencefálico: una revisión sistemática. *Neurología* 2022 /11/01;37(9):767-780.
- (15) Geeraerts T, Velly L, Abdenmour L, Asehnoune K, Audibert G, Bouzat P, et al. Management of severe traumatic brain injury (first 24hours). *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 2018 April 1;37(2):171-186.
- (16) Caulfield, Eileen V. PhD, RN; Dutton, Richard P. MD, MBA; Floccare, Douglas J. MD, MPH; Stansbury, Lynn G. MD, MPH; Scalea, Thomas M. MD . Hipocapnia prehospitalaria y mal resultado después de una lesión cerebral traumática grave. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* 66(6):p 1577-1583, junio de 2009. | DOI: 10.1097/TA.0b013e3181a3931d
- (17) Stocchetti N, Maas AIR. Traumatic Intracranial Hypertension. *New England Journal of Medicine* 2014 -05-29;370(22):2121-2130.
- (18) Qiu, W., Guo, C., Shen, H. *et al.* Efectos de la craniectomía descompresiva unilateral en pacientes con tumefacción cerebral postraumática aguda unilateral después de una lesión cerebral traumática grave. *Cuidado crítico* 13, R185 (2009). <https://doi.org/10.1186/cc8178>
- (19) Investigación RS. Atención inicial de enfermería al paciente politraumatizado. *ABCDE.* 2022 -06-21T10:33:47+00:00.
- (20) Chico-Fernández M, Llupart-Pou JA, Guerrero-López F, Sánchez-Casado M, García-Sáez I, Mayor-García MD, et al. Epidemiología del trauma grave en España.

REgistro de TRAuma en UCI (RETRAUCI). Fase piloto. Medicina Intensiva 2016;40(6):327-347.

(21) Amado Donéstevez de Mendaro, Alfredo Ramón, Cañizares Luna O, Alba Pérez LdC, Alegret Rodríguez M. Caracterización epidemiológica y neurológica del traumatismo craneoencefálico frontal durante cinco años en Villa Clara. Mediacentro Electrónica 2017 03;21(1):30-38.

ANEXOS

Anexo 1. Logo del Proyecto.



Anexo 2. Póster del Proyecto.

¡AFRONTA EL TCE!
SARA GARCÍA

Hospital Universitario
SaludMadrid **12 de Octubre**

1ª EDICIÓN

¡AFRONTA EL TCE!

CON SARA GARCÍA

ABRIL 2023:
MAÑANA: 10:00 - 12:00
TARDE: 18:00 - 20:00

Para más información:
www.afrontaeltce.com
afrontaeltce@gmail.com

COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA

SAN JUAN DE DIOS

Anexo 3. Folleto informativo.

¡AFRONTA EL TCE!

CON SARA GARCÍA

1ª EDICIÓN

AUDITORIO: AULA DE DOCENCIA

ABRIL DE 2023:
MAÑANA: 10:00 - 12:00
TARDE: 18:00 - 20:00

Para más información:
www.afrontaeltce.com
afrontaeltce@gmail.com



INSCRIPCIÓN

PUEDES SOLICITAR LA HOJA DE INSCRIPCIÓN EN:

- SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE Y ALREDEDORES.
- CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
- REDES SOCIALES



AVENIDA DE CÓRDOBA, S/N, 28041

renfe LÍNEA C5, "12 DE OCTUBRE"

Metro LÍNEA 3, "12 DE OCTUBRE"

EMT MADRID LÍNEAS: 102, 113, 148 y 8

COLABORAN:

SaludVasco Hospital Universitario 12 de Octubre **i+12** Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre

COMILLAS ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA **SAN JUAN DE DIOS**

INFORMACIÓN

DURACIÓN DE 2 HORAS POR SESIÓN CON 10-15 MINUTOS DE DESCANSO

DIRIGIDO A PERSONAS CON PARIENTES QUE HAYAN SUFRIDO UN TCE

HORARIOS DE MAÑANA Y TARDE

GRUPOS DE PERSONAS AMPLIOS



Para más información:
www.afrontaeltce.com
afrontaeltce@gmail.com

CONTENIDOS

1ª SESIÓN:

- ¿QUÉ ES UN TRAUMATISMO CRANEONCEFÁLICO?
- ETIOLOGÍA DEL CEREBRO Y SU COMPORTAMIENTO
- CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL TCE
- POSIBLES SECUELAS DE UN TCE (I)
- PRÁCTICAS
- DUDAS Y PREGUNTAS. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

2ª SESIÓN:

- POSIBLES SECUELAS DE UN TCE (II)
- INTERVENCIÓN A PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN TCE
- PROBLEMAS FRECUENTES Y MODOS DE ACCIÓN
- PRÁCTICAS
- DUDAS Y PREGUNTAS. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

3ª SESIÓN:

- PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y EL ENTORNO
- ALGUNAS FALSAS CREENCIAS
- MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO
- PRÁCTICAS
- DUDAS Y PREGUNTAS. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

LOCALIZACIÓN

GOOGLE MAPS:



PLANO DEL HOSPITAL:



Anexo 4. Solicitud de admisión para plaza en el proyecto “¡Afronta el TCE!”.



D/D^a....., mayor de edad,
con NIF, domiciliado en,
Calle/Avda.....
Localidad, Provincia.....,
código postal.....,
Email....., teléfono
de contacto..... otro teléfono.....
Preferencia de asistencia; Mañana, Tarde.....(señale con una
X)
Objetivos e interés por el proyecto

Observaciones.....
.....
.....

Solicita plaza para el proyecto TCE impartido en el Auditorio, Aula de Docencia del Hospital Doce de Octubre, durante el mes de Abril.

En Madrid a..... de.....2023

Sara García Jabonero.

Responsable de “¡Afronta el TCE!”

Estudiante 4º Curso del Grado de Enfermería.

Una vez solicitada la plaza se le comunicara la admisión en un plazo de 15 días, mediante el correo electrónico afrotaeltce@gmail.com. Todos los datos de carácter personal que para ello sean necesarios, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre, serán tratados con el grado de protección adecuado, según el Real Decreto 994/1999 de 11 de Junio, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, perdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas a las que han sido solicitadas.

Anexo 5. Confirmación de plaza en el programa “¡Afronta el TCE!”.



D/D^a.....
....., desde el Auditorio, Aula de Docencia del Hospital Doce de Octubre, nos complace comunicarle que su solicitud de plaza para el programa “Afronta el TCE” ha sido **favorable**.

Los datos relativos al curso, aula, fechas, horarios se le ira comunicando mediante correo electrónico afrotaeltce@gmail.com

Transporte público

- Línea 3 de metro Hospital Doce de Octubre
- Línea C5 de Renfe Hospital Doce de Octubre
- Autobuses 102-113-148-8

En Madrid a.....de.....2023

Sara García Jabonero
Responsable de “¡Afronta el TCE!”

Cualquier variación de los participantes se le facilitara siempre, y cuando los responsables lo autoricen y requieran con 24 h de antelación al correo electrónico afrotaeltce@gmail.com

Anexo 7. Cuestionario pre y post sesión. Sesión 1.

Cuestionario.

Por favor responda a las siguientes preguntas, señalando la letra que creas que es la correcta. Tenga en cuenta que tiene 10 minutos para responder este cuestionario. Muchas gracias.

1. **¿Qué es un traumatismo craneoencefálico?**
 - a. Pérdida de consciencia
 - b. Amnesia postraumática
 - c. Focalidad, convulsiones
 - d. Todas son correctas
2. **¿Que valora la escala de Glasgow?**
 - a. Respuesta verbal, ocular y motora
 - b. Respuesta sensitiva
 - c. Respuesta cognitiva
 - d. Ninguna es correcta.
3. **¿Cómo clasifica Glasgow las lesiones TCE en las primeras 48 horas?**
 - a. Severo 3-8. Moderado 9-12. Leve 13-15.
 - b. Severo 9-12. Moderado 13-15. Leve 3-8.
 - c. Leve 9-12. Moderado 3-8. Severo 13-15.
 - d. Todas son correctas
4. **¿Cuáles son las complicaciones de un TCE?**
 - a. Epilepsia e hipertensión arterial
 - b. Hidrocefalia
 - c. Alteraciones cardiopulmonares
 - d. Todas son correctas
5. **¿Cómo se clasifica el TCE?**
 - a. Por su localización.
 - b. Por su severidad.
 - c. Por su morfología.

d. B y C son correctas

6. Las lesiones intracraneales se clasifican en:

- a. Contusiones y concusiones.
- b. Focales y difusas.
- c. Epidurales y subdurales.
- d. Internas o externas,

7. Un paciente con TCE que puede seguir órdenes sencillas y esta somnoliento y confundido, con déficits neurológicos:

- a. TCE leve.
- b. TCE moderado.
- c. TCE severo.
- d. Ninguno

Anexo 8. Cuestionario post sesión. Sesión 2.

Por favor conteste con la mayor sinceridad posible a este cuestionario. Muchas gracias.

1. ¿Conoces las secuelas que tiene tu familiar/amigo/pareja después de sufrir un traumatismo craneoencefálico?

- Si
- No

En el caso afirmativo, descríbelas:

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

2. ¿Crees que es necesario la intervención de un centro especializado con la persona afectada?

- Si
- No

Explica el por qué:

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

3. ¿Cree que su familiar/amigo/pareja este integrado en la sociedad?

- Si
- No

Explica el por qué:

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

4. ¿Cree que su familiar/amigo/pareja tiene autonomía en todos los sentidos (física, funcional., cognitiva, emotiva) después del traumatismo?

- Si
- No

Explica brevemente:

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

5. ¿Qué estrategias conoces que puedan ayudar a tu familia en el ABVD (actividades básicas en la vida diaria)?

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

6. ¿Crees que el asistente social juega un papel importante para ayudarte a dar mejor calidad de vida a tu familiar/amigo/pareja?

- Si
- No

Explica tu experiencia:

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

7. Ante una situación frustrante de tu familiar/amigo/pareja como actuarios o has actuado:

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

8. ¿Qué tipo de rehabilitación lleva tu familiar actualmente?

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

9. ¿Qué medidas has seguido para hacer que tu familiar/amigo/pareja sea feliz?

.....

.....
.....
10. ¿Piensas que tu manera de actuar con tu familiar/amigo/pareja ha sido beneficiosa para él/ella?

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

11. ¿Crees que deberías mejorar o cambiar algo?

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

12. ¿Cómo ayudarías a otra persona en tu misma situación?

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

Anexo 9. Cuestionario pre y post sesión. Sesión 3.



Conteste a las preguntas, luego las leeremos en alto para saber cuáles son nuestros puntos débiles y donde nos tenemos que dejar ayudar.

- 1. Me preocupa que los profesionales me den explicaciones en términos que los pueda entender.**
 - Sí
 - No
- 2. Me preocupa que respondan a mi preguntas sinceramente.**
 - Sí
 - No
- 3. Necesito disponer de una información completa sobre los problemas físicos de mi familiar (a saber: debilidad, dolores de cabeza, mareos...)**
 - Sí
 - No
- 4. Quiero que la persona afectada entienda lo difícil que es para mí.**
 - Sí
 - No
- 5. Quiero que mis amigos cercanos entiendan lo difícil que es para mí.**
 - Sí
 - No
- 6. Me gustaría hablar de mis sentimientos sobre el paciente con alguien que haya pasado por la misma experiencia.**
 - Sí
 - No
- 7. Me gustaría tener ayuda para superar mis dudas y miedos sobre el futuro.**
 - Sí
 - No
- 8. Debería pedir a los demás que me echen una mano, porque estoy muy cansado/a:**
 - Sí
 - No
- 9. Debería tomarme un descanso de mis problemas y responsabilidades:**

- Sí
- No

10. No duermo ni descanso lo suficiente:

- Sí
- No

11. No presto atención a mis propias necesidades, trabajo o intereses:

- Sí
- No

12. Tengo la ayuda de otros miembros de la familia para cuidar al paciente:

- Sí
- No

13. Dispongo de suficientes recursos para mi familiar (ya sea: programas de rehabilitación, orientación, terapia, psicólogos):

- Sí
- No

14. Dispongo de un profesional al que puedo recurrir cuando quiera pedirle un consejo o servicios cuando el paciente necesite ayuda.

- Sí
- No

15. Dispongo de recursos suficientes para mí o para mi familia (descanso, orientación, atención profesional, enfermería).

- Sí
- No

16. Puedo hablar de mis sentimientos de mi familiar afectado con amigos o familia.

- Sí
- No

17. Mi estado de ánimo depende de cómo se encuentre el familiar afectado:

- Sí
- No

Anexo 10. Encuesta de satisfacción para los participantes.

Por favor, señale y responda en base a su experiencia. Muchas gracias.

1. ¿Qué mejorarías de este programa?

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

2. ¿Qué tan satisfecho te encuentras con este programa?



Muy satisfecho



Satisfecho



Neutral



Insatisfecho



Muy insatisfecho

3. ¿Cómo calificarías tu experiencia general con el programa?

- Totalmente insatisfactoria.
- Insatisfactoria.
- Neutra.
- Satisfactoria.
- Totalmente satisfactoria.

4. ¿Cómo calificarías el contenido del programa?

- Totalmente insatisfactoria.
- Insatisfactoria.
- Neutra.
- Satisfactoria.
- Totalmente satisfactoria.

5. ¿Cómo valoras los conocimientos y explicaciones del docente?

- Totalmente insatisfactoria.
- Insatisfactoria.

- Neutra.
- Satisfactoria.
- Totalmente satisfactoria.

6. ¿La información ha sido clara?

- Sí
- No

7. Considerando tu experiencia en el programa, ¿Cuál es la probabilidad de que lo recomiendes?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Muy poco probable Muy probable

8. ¿Tienes algún comentario o sugerencia para nosotros?

.....

.....

.....

9. ¿Cómo valorarías, en general, la calidad del programa que has realizado?

- Totalmente insatisfactoria.
- Insatisfactoria.
- Neutra.
- Satisfactoria.
- Totalmente satisfactoria.