



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO  
CRANEAL**

**AUTOR:**

**JERSON DANIEL PATIN GARCIA**

**TUTORA:**

**LCDA. TANYA ANABELLA CRESPO SILVA**

**BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR**

**2022**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO.....	- 1 -
1.1. JUSTIFICACION.....	- 7 -
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES, HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	- 10 -
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	- 10 -
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	- 11 -
2.3.1. VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES. (MARJORIE.....	- 12 -
2.4. INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.....	- 14 -
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	- 15 -
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORDEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	- 16 -
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	- 16 -
2.8. SEGUIMIENTO.....	- 16 -
2.9. OBSERVACIONES.....	- 19 -
CONCLUSIÓN.....	- 20 -
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	- 21 -

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios el cual es un pilar fundamental en mi vida, me dio la oportunidad de vivir y tener una familia, a mis padres por estar siempre apoyándome, brindándome su amor y creyendo en mí en todo momento, a mis hermanas por ayudarme en todo momento de mi carrera, a mis amigos por siempre apoyarme, aconsejarme y consolarme en mis momentos de desesperación, jamás dejar que me rindiera en mitad de este largo camino recorrido.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por protegerme y siempre estar presente durante todo mi camino, brindándome fuerza para superar todas las dificultades que se presentaron a lo largo de mi vida.

A mi madre, padre y hermanas por su arduo sacrificio para brindarme la ayuda tanto económicamente como moralmente pero también inculcarme buenos valores como el respeto y la honestidad.

Agradezco al Hospital Básico San Miguel por los aprendizajes adquiridos durante mi internado rotativo, a la Universidad Técnica de Babahoyo por su importante aporte en mi formación académica y a cada uno de los docentes que forman parte de esta institución.

**TITULO DEL CASO CLINICO**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO  
CRANEAL

## RESUMEN

El presente estudio se realizó en un paciente a término de sexo masculino con traumatismo craneal. El traumatismo craneoencefálico es una alteración en la función cerebral u otra evidencia de patología cerebral, causada por una fuerza externa, la cual puede consistir en un impacto directo sobre el cráneo, aceleración o deceleración rápida, penetración de un objeto u ondas de choque es una explosión, con una presencia de al menos uno de los siguientes elementos alteración de la conciencia o amnesia, cambios neurológicos o neurofisiológicos, diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneales y ocurrencia de muerte con resultados final de traumatismo.

El daño que sufre el cerebro después de un traumatismo craneoencefálico se debe, por una parte de la lesión primaria (confusión) directamente relacionada con el impacto sobre el cráneo o con el movimiento rápido de aceleración/ deceleración y por otra parte la lesión secundaria (edema, hemorragia, aumento de la presión en el cráneo, etc.) que se desarrolla a raíz de la lesión primaria durante los primeros días tras el accidente y que puede conllevar graves consecuencia en el pronóstico funcional

**Palabras claves:** traumatismo craneal, patología cerebral, cambio neurológico fractura de cráneo, craneoencefálico, edema hemorragia.

## ABSTRACT

The present study was carried out in a full-term male patient with head trauma. Head trauma is an alteration in brain function or other evidence of brain pathology, caused by an external force, which may consist of a direct impact on the brain. skull, rapid acceleration or deceleration, penetration of an object, or shock waves from an explosion, with the presence of at least one of the following: altered consciousness or amnesia, neurological or neurophysiological changes, diagnosis of skull fracture or injury intracranial and occurrence of death as a final result of trauma.

The damage suffered by the brain after a traumatic brain injury is due, on the one hand, to the primary injury (contusion) directly related to the impact on the skull or to the rapid acceleration/deceleration movement, and on the other hand, to the secondary injury (edema, hemorrhage, increased pressure in the skull, etc.) that develops as a result of the primary injury during the first days after the accident and that can have serious consequences on the functional prognosis.

**Keywords:** head trauma, brain pathology, neurological changes, skull fracture, cranioencephalic, edema, hemorrhage

## INTRODUCCION

El presente caso clínico está basado en el proceso de atención de enfermería en paciente con traumatismo craneal

El proceso de enfermería es una forma sistemática y estructurada de brindar atención enfermería a individuos, familias y comunidades como el objetivo de lograr el resultado deseados

El traumatismo craneoencefálico es una disminución de la función cerebral u otros signos de encefalopatía causados por una fuerza externa, que pueden incluir impacto directo en el cráneo, aceleración o desaceleración rápida, objetos penetrantes u ondas de choque de una explosión, en presencia de al menos uno de las siguientes. Alteraciones de la conciencia o pérdida de la memoria alteraciones neurológicas o neurofisiológicas, diagnóstico de fractura de cráneo o daño interno el cráneo, y muerte postraumática (Rojo, 2021)

El traumatismo craneoencefálico es un daño físico al tejido cerebral que cambia temporal o permanentemente la función cerebral como se observa en el caso clínico, el diagnóstico certero es fundamental por la clínica y los estudios radiológicos del paciente (J, 2021)



## **I. MARCO TEORICO**

### **Traumatismo craneal**

La definición de traumatismo craneoencefálico (TCE) leve en la literatura médica es confuso, pues algunos autores lo refieren como un traumatismo o golpe brusco en la cabeza después del cual el paciente pierde el estado de alerta durante un tiempo menor de 15 min; otros lo definen como el trauma en el que se presenta un periodo de amnesia postraumática menor de una hora, después del cual la función neurológica se encuentra normal o con alteraciones mínimas. Generalmente se acepta de manera práctica como TCE mínimo o menor aquel en el que el paciente tiene una calificación de 15 puntos de acuerdo con la escala de coma de Glasgow (ECG) y se denomina TCE leve cuando el paciente presenta un puntaje de 13 o 14 al momento de la exploración inicial en el hospital.

### **Epidemiología**

Las lesiones traumáticas constituyen la principal causa de muerte en personas < a 45 años de edad, siendo él TCE la variedad que mayor relevancia tiene con las cifras de mortalidad. Estudios epidemiológicos recientes, la incidencia anual varía entre 100-200 por 100.000 habitantes

Las personas con mayor riesgo son entre 15 a 24 años y la causa más frecuente son los accidentes de tránsito, responsables de la mitad de los casos, las caídas un 12%, violencia 10%, muchos de los cuales están bajo efectos de alcohol o drogas, las lesiones deportivas representan un 10%

### **CLASIFICACION DEL TCE.**

Las clasificaciones para el TCE más usadas son:

#### **A. Por el mecanismo del trauma**

- TCE Cerrado. - Se asocia, mas con choques automovilísticos, caídas, contusiones

- TCE Penetrante. - Producido por proyectiles de arma de fuego y heridas por arma blanca

Esta clasificación se basa si hay penetración o no de la duramadre

**B. Por la gravedad del daño:**

- TCE leve: puntaje de 13-15
- TCE moderado: puntaje de 9-12
- TCE grave: puntaje de 3-8

Es la más utilizada a efectos de tomar decisiones clínicas, utiliza la escala de coma de Glasgow (ECG) para objetivar y cuantificar la alteración del nivel de conciencia como expresión global del grado de repercusión sobre el encéfalo

**ESCALA DE GLASGOW**

AREA EVALUADA	PUNTAJE
<b>APERTURA OCULAR</b>	
Esponanea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
No hay apertura ocular	1
<b>MEJOR RESPUESTA MOTORA</b>	
Obedece Ordenes	6
Localizar el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticacion)	3

<b>Extensión (Descerebración)</b>	2
<b>No hay respuesta motora</b>	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	
<b>Orientada, Conversa</b>	5
<b>Desorientada, Confusa</b>	4
<b>Palabras Inapropiadas</b>	3
<b>Sonido Incomprensibles</b>	2
<b>No hay respuesta verbal</b>	1

Existe dificultad en la fiabilidad de la escala de Glasgow en pacientes bajo efecto de drogas, alcohol o sedantes por lo que puede recurrirse a la escala de sedación de Ramsay; por otro lado, cuando el paciente ha sido intubado y se pierde la respuesta verbal se usará de forma independiente la respuesta motora que si es  $\leq 5$  punto expresa TCE grave

### **C. Por la morfología de la lesión**

Esta clasificación se basa en hallazgos clínicos, complementados con estudios de imagen, especialmente la TAC que ha revolucionado el diagnóstico morfológico con importante vinculación pronóstica.

#### **Lesión cerebral primaria:**

Se define como la disrupción del tejido cerebral, resultado directo del trauma en la corteza o por movimientos de aceleración-desaceleración del cerebro dentro del cráneo, seguido de lesiones focales (únicas o múltiples, unilaterales o bilaterales) que lesionan la barrera hematoencefálica.

### **Entre los tipos de relaciones primaria se encuentra:**

Contusión, y laceración del cuero cabelludo, fractura del cráneo, conmoción cerebral, confusión y laceración cerebral, hemorragia cerebral (epidural, subdural, subaracnoidea, intraparenquimalosa)

### **Lesión cerebral secundaria:**

Se refiere a la lesión subsiguiente de las células cerebrales no dañadas por el evento traumático inicial que se manifiesta posterior al trauma entre estas lesiones se encuentran: tumefacción o hiperemia cerebral postraumática, (también llamado cerebro congestivo), edema cerebral hemorragias de Duret (hemorragias secundarias del tallo), herniaciones cerebrales de las amígdalas cerebelosas del unus del hipocampo y del giro del cíngulo.

### **Tipos de traumatismo en función de la gravedad:**

- Traumatismo craneoencefálico leve: son los más frecuentes y representan el mayor número de traumatismos que se producen en nuestro país no suele existir pérdida de conocimiento o si existe su duración suele estar ilimitada a los minutos posteriores a la contusión, Aunque la mayoría de las personas que sufre un traumatismo craneoencefálico leve se recuperan de forma completa en los días o semanas posteriores al traumatismo, un porcentaje relativamente elevado de estos pacientes pueden presentar problemas persistentes y limitantes que constituye lo que conocemos como síndrome post-conmocionar
- Traumatismo craneoencefálico moderado: en este tipo de traumatismo el periodo de pérdida de conocimiento es mayor a 30 minutos, pero no sobrepasa un día y el periodo en el paciente que lo sufre tiene dificultades para aprender información nueva (periodo de amnesia post-traumatica) es inferior a una semana)

## **Causas**

Entre las causas comunes de traumatismo craneal se encuentran

- Los accidentes laborales, en el hogar, al aire libre o al practicar deportes
- Las caídas
- La agresión física
- Los accidentes de tránsito

La mayoría de estas lesiones son menores porque el cráneo protege el cerebro. Algunas lesiones son tan graves que requieren hospitalización.

## **Síntomas y causas**

Los síntomas frecuentes incluyen

- Cefalea, sensación de que todo da vueltas o aturdimiento. Algunas personas presentan confusión leve,
- Náuseas y, muy frecuentemente en los niños, vómitos. Los niños pequeños solamente se vuelven irritables.
- Zumbido en los oídos
- Deterioro de la memoria
- Visión borrosa
- Cambios en el comportamiento

Una conmoción es una alteración temporal y breve de la función mental, sin daño en la estructura del cerebro. A menudo, las personas pierden la consciencia durante poco tiempo, o simplemente están confusas o son incapaces de recordar eventos y experiencias (amnesia) que ocurrieron poco o justo antes de la lesión.

## **Tratamiento**

No se debe administrar aspirina (ácido acetilsalicílico) o cualquier otro medicamento antiinflamatorio no esteroideo, ya que estos medicamentos empeoran la hemorragia cerebral o craneal. Para cerrar los cortes se utilizan puntos (suturas) o grapas y, posteriormente, se aplican gasas o vendas. Después de la lesión, se debe comprobar cada poca hora durante las primeras 24 horas que la persona lesionada no presenta síntomas potencialmente graves. A los niños que han tenido un traumatismo craneal menor se les puede permitir dormir, pero hay que despertarlos cada poca hora para controlar los síntomas.

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- Mantener una vía aérea permeable y control de la columna cervical.  
Debemos inspeccionar la vía aérea y liberarla en el caso de obstrucción, fijando siempre la columna cervical
- Oxigenación y ventilación adecuada
- Control de hemorragia externa y mantener la presión arterial.

## 1.1. JUSTIFICACION

Con el estudio de los factores que interviene en el pronóstico de las lesiones por traumatismo craneo encefálico se establecería la importancia de valorar los niveles de gravedad que inciden en la intensidad del daño cerebral, ya que predecir el pronóstico es complejo por el gran número de factores que participan en las mismas y por la variación en la predicción, tales como mortalidad, recuperación de las complicaciones y calidad de vida en los pacientes por los tipos de déficit neurológicos físicos o psicológica residuales con esto se detectaría precozmente lesiones secundarios y se tomara decisiones preventivas para evitar las lesiones primarias y disminuir las morbimortalidad por traumatismo craneoencefálicos

Al definir las características clínicas de lesiones se contribuyen conocimientos en lo referente a lesiones craneales, y su importancia de valorar los niveles de gravedad de las lesiones en traumatismo craneoencefálico y su asociación con factores que influyen en mayor riesgo de morbimortalidad hay que tener en cuenta que para tener mejor predicción pronostico estos factores se relacionan entre si

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar el proceso atención de enfermería en paciente con traumatismo craneal, el cual se desarrollarán las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Permitiendo realizar intervenciones oportunas que permitan una evolución favorable del paciente

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el proceso atención de enfermería en paciente con traumatismo craneal en el Hospital Luis Vernaza

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar científicamente las causas que provocan la enfermedad.
- Formular el diagnóstico de enfermería de acuerdo al patrón disfuncional de Marjory Gordon.



### 1.3. DATOS GENERALES

- **NOMBRE:** RN
- **HCL:** 0958418675
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 1997/11/20
- **NACIONALIDAD:** ecuatoriano
- **EDAD:** 21 años
- **SEXO:** Masculino
- **ESTADO CIVIL:** Soltero
- **RAZA:** Mestizo
- **OCUPACIÓN:** Estudiante
- **ESCOLARIDAD:** Universidad
- **LUGAR DE RESIDENCIA:** Duran
- **LUGAR DE NACIMIENTO:** Hospital General Guasmo
- **TIPO DE SANGRE:** ORH+

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES, HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad ingresa al hospital Luis Vernaza en ambulancia de cuerpo de bomberos, personal de cuerpo de bomberos refiere que el paciente sufre caída de un segundo piso más o menos de 6 metros de altura aproximadamente posterior a sufrir contacto con cables de energía eléctrica, el paciente a su llegada es valorado con un Glasgow de 11/15 tapquipneico, presencia de herida de más o menos de 10 cm de largo en región fronto parietal, quemaduras en extremidades superiores Con diagnóstico de traumatismo craneal o craneoencefálico

#### **Antecedentes Personales**

- No refiere el paciente por las condiciones en que ingreso

#### **Antecedentes familiares**

- Hipertensión

### 2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente ingresa a esta casa de salud en compañía de su madre por presentar un cuadro clínico de quemaduras de segundo grado al momento paciente con facies pálidas, mucosas deshidratadas, con los siguientes signos vitales: presión arterial 135/64 mmHg; frecuencia cardiaca 100 Lpm; frecuencia respiratoria 25 X<sup>1</sup>; temperatura 37.5°C; saturación de oxígeno 95%.

Medico de turno realiza valoración cefalocaudal y ordena análisis de laboratorio (Bioquímica sanguínea, Biometría química, Hemoglobina, Uroanalysis) además de unos rayos X

### 2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

<b>CABEZA:</b>	Fractura en región parietal
<b>OIDOS:</b>	Simétricos, conducto auditivo externo sin obstrucción.
<b>NARIZ:</b>	Simétricos, permeables y no presenta secreciones.
<b>CUELLO:</b>	Simétrico no se observa anomalías
<b>TÓRAX:</b>	Simétrico, murmullo vesicular audible bilateral, tiraje intercostal visible.
<b>ABDOMEN</b>	simétrico blando, no perecible no doloroso.
<b>EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES:</b>	Miembros superiores simétricos, con quemadura de segundo grado presenta poco edema. Miembros inferiores simétricas, no presenta edema
<b>SIGNOS VITALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FRECUENCIA CARDIACA:</b> 100x`</li> <li>• <b>FRECUENCIA RESPIRATORIA:</b> 25x`</li> <li>• <b>PRESION ARTERIAL:</b> 135/64</li> <li>• <b>TEMPERATURA:</b> 37.5°</li> <li>• <b>SPO2:</b> 95%</li> </ul>
<b>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>PESO:</b> 65 kg.</li> <li>▪ <b>TALLA:</b> 165cm</li> </ul>

### **2.3.1. VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES. (MARJORIE GORDON)**

#### **PATRON 1: PERCEPCION/MANEJO DE LA SALUD:**

Control de salud Familiar refiere que "el paciente no sabe acerca de su enfermedad por su nivel de conciencia"

#### **PATRON 2: NUTRICIONAL/METABOLICO:**

El paciente tiene una sonda naso gástrica para alimentos... Temperatura: 37°C Familiar refiere que el paciente "ha perdido peso porque tiene días que no se alimenta normalmente"

- **PESO:** 65kg
- **TALLA:** 165cm

#### **PATRON 3: ELIMINACION:**

Necesita ayuda para la eliminación urinaria, tiene sonda de Foley falta de movimiento para la motilidad gástrica TA: 135/64mmHg F. Ca: 104x'

#### **PATRON 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO:**

Necesita ayuda para movilizarse debido a su estado de conciencia.

#### **PATRON 5: SUEÑO Y DESCANSO:**

Madre menciona que su hijo antes de su problema de salud no descansaba correctamente y cuando él estaba alcoholizado padecía de insomnio. Ahora paciente permanece con deterioro de conciencia, somnoliento, con respuesta disminuida a estímulos sensoriales.

**PATRON 6: COGNITIVO/PERCEPTUAL:**

Paciente presenta deterioro cognitivo y perceptual. Su condición de salud limita su estado de vigilia, sus reacciones a algunos estímulos no pueden comunicarse de manera coherente y comprensiva

**PATRON 7: AUTOPERCEPCION Y AUTOCONCEPTO:**

Auto concepto familia refiere "que a causa de la enfermedad ha cambiado la imagen corporal del paciente, debido a que adelgazado" Familia refiere "preocupación de que el paciente no vuelva a ser el mismo de antes" Familiar refiere "aceptación miedo y ansiedad por parte del paciente hacia el plan terapéutico

**PATRON 8: ROLES Y RELACIONES:**

Se observa inconsciente, bajo el coma farmacológico conectado al respirador, sin capacidad de demostrar alguna alteración en este nivel.

**PATRON 9: SEXUALIDAD/REPRODUCCION:**

La enfermedad actual puede afectar la vida sexual del paciente debido a que está hospitalizado e inconsciente

**PATRON 10: ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS:**

El signo de estrés observado en el paciente no alterado por su coma farmacológico.

**PATRON 11: VALORES Y CREENCIAS:**

Familiar refiere que el paciente "tiene necesidad de tranquilidad y ayuda espiritual"

## PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- **Patrón 1.** Percepción / manejo de la salud
- **Patrón 2.** Nutricional / metabólico
- **Patrón 3.** Eliminación e intercambio
- **Patrón 4.** Actividad / ejercicio

### 2.4. INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

	<b>VALORES ARROJADOS</b>	<b>VALORES REFERENCIALES</b>
Leucocitos:	8.77	<b>5-10</b>
Neutrófilos:	46.9%	<b>50-70</b>
Linfocitos:	44.1%	<b>20-40</b>
Hemoglobina:	16.4 g/dl	<b>11-15</b>
Hematocrito:	45.9%	<b>37-47</b>
Plaquetas	180	<b>150-450</b>
Hematíes	4.48	<b>3.5-5</b>

## BIOQUIMICA SANGUINEA

Glucosa: 87	70-110
-------------	--------

## UROANALISIS

### UROANALISI

<b>Elemental</b>	<b>Microscópico</b>
Densidad: <b>1025</b>	<b>Piocytes por campo: 11-13</b>
PH: <b>6</b>	<b>Eritrocitos por campo: 0-1</b>
Color	Amarillo turbio

## RADIOGRAFIA

RADIOGRAFIA	Radiografía intracraneal
-------------	--------------------------

## GRUPO SANGUINEO

Grupo sanguíneo:	O
RH	Positivo

## ANALISIS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

- **Hemoglobina:** Los resultados obtenidos están dentro de los valores referenciales.
- **Uroanálisis:** Los resultados obtenidos se encuentran dentro de los valores referenciales.
- **Grupo sanguíneo:** RH Negativo

## RADIOGRAFIA

Podemos observar que el paciente presenta en los resultados de rayos x , presencia de herida de más o menos de 10 cm de largo en región fronto parietal

### 2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

**Diagnóstico Definitivo:** Traumatismo craneal o encefálico

**Diagnóstico Diferencial:** Insuficiencia respiratoria aguda

**Diagnostico Presuntivo:** Quemaduras que afectan del 10 al 19 % del estado del cuerpo

## **2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORDEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

El traumatismo craneal ha sido asociado con los problemas de salud de las personas que se producen cuando se golpea la cabeza, esta impacta contra un objeto o es agitada de forma violenta



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA



PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ 00032

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** -DISMINUCION DE LA CAPACIDAD VITAL

**E/P:** - PATRON RESPIRATORIO ANORMAL

**Dominio:** 02 Salud Fisiológica

**Clase (E)** Cardiopulmonar

**Etiqueta:** Estado respiratorio 0415

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria			X		
Ruidos respiratorios auscultados				X	
disnea en reposo			X		

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo 02:** Fisiológico: complejo

**Clase: (K)** Control respiratorio

**Etiqueta:** Monitorización respiratoria 3350

- ACTIVIDADES**
1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
  2. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran
  3. Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y la disminución.
  4. Palpar para ver si la expansión

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

NANDA  
NOC  
NIC

RIESGO DE TRAUMATISMO 00038

M  
E  
T  
A  
S

R/C: Cables eléctricos sueltos

E/P: Alteración de la función cognitiva

Dominio: 02 Salud Fisiológica

Clase (L) Integridad tisular

Etiqueta: Curación de las quemaduras 1106

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
porcentaje de zona de la quemadura curada			X		
olor fétido de la herida				X	
dificultad respiratoria			X		

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

Campo 02: Fisiológico: complejo

Clase: (L) Control de la piel/heridas

Etiqueta: Cuidados de las heridas quemaduras

ACTIVIDADES

1. Aplicar agentes tópicos a la herida según corresponda
2. Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida
3. Determinar el área de entrada y salidas de quemaduras eléctricas para evaluar que órgano puede estar afectado
4. Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales

## **2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Se determina mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjorie Gordon los patrones funcionales alterados para poder brindar cuidados de enfermería que permitan la recuperación del paciente.

La valoración nos permite obtener información importante para obtener un diagnóstico, luego planificar, ejecutar y evaluar los resultados

## **2.8. SEGUIMIENTO**

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad al momento se encuentra presencia de herida de más o menos de 10 cm de largo en región fronto parietal, miembros superiores simétricos, con quemadura de segundo grado presenta poco edema miembros inferiores simétricas, no presenta edema, somnoliento, facies pálidas, mucosas orales poco deshidratadas recibiendo oxígeno por cánula nasal, tórax simétrico, abdomen blando depreciable no doloroso a la palpación a su llegada se le canalizo una vía periférica permeable se le administra lactato de ringer stat 3000ml IV flujo, se le intuba al paciente, se le administra terapia del dolor cloruro de sodio al 0.9% 250ml IV + 3 ampollas de metoclopramida 30mg + 2 ampollas de tramadol 200mg pasando a 10ml/h, se lo administra fentanilo de 10ml + norepinefrina 5ml + midazolol 10ml se le administra concentrado de globulos rojos 2 unidades cada 24h, se le coloca sonda Foley y luego sonda nasogástrica, se le controla signos vitales en parámetros normales , frecuencia cardiaca 90x, frecuencia respiratoria 22x, presión arterial 126/82 temperatura de 37 °, saturación de 98% se le administra medicación prescrito y se le brinda cuidados e información sobre los procedimiento de enfermería que se le realiza al familiar paciente queda en su unidad bajo control y observación

## TRATAMIENTO

Medicamentos	
1. Lactato de ringer stat 3000ml IV.	
2. Cloruro de sodio al 0.9% 250 ml IV más 3 ampollas de metoclopramida 30mg + 2 ampollas de tramadol 200mg	
3. Concentrado glóbulos rojos 2 unidades cada 24h	
4. Metocopramina solución inyectable Mg/2 1 ampolla cada 8h IV	
5. Ondansetron solución inyectable 8Mg 1 ampolla cada 12h	
6. CARvidilol Tableta oral 12.5 Mg por sonda naso entérica cada 12h	
7. MeropeNEM Polvo para inyección 1g 1 ampolla cada 24 horas IV	
8. Fentamilo 10 ml + norepinefrina 5ml + midamizol 10ml	
9. Vancomicina polvo para inyección 500Mg	2 ampollas cd 8 horas IV
10. Nada por vía oral	
11. Control de signos vitales	
12. Diuresis horaria	

## **PRIMER DIA**

Paciente llega al área de emergencia donde se procede la toma de sus signos vitales como resultado 135/64 mmHg; frecuencia cardiaca 100 Lpm; frecuencia respiratoria 25 X<sup>1</sup> temperatura 37.5°C; saturación de oxígeno 95%. además, paciente somnoliento por una ocasión el vómito y se lo coloco una sonda nasogástrica se manda hacer exámenes de biometría y rayo x

Luego se le hace curación al paciente por las quemaduras se lo lava con suero-estéril y solución antiséptica diluida se realiza desbridamiento de flictemas y retiramos la piel quemada cubrimos con pomada antibacteriana (sulfadiazina argéntica-flamazina) y cubrimos con gasas

Paciente pasa al área de UCI con vía periférica permeable pasando medicación prescrita se lo coloca sonda Foley al momento se encuentra estable, se le brinda cuidados e información sobre los procedimientos de enfermería que se lo realiza paciente queda en su unidad bajo control y observación

## **SEGUNDO DIA**

Paciente masculino de 21 años de edad, es ingresado al área de cirugía para colocación de una vía central para poder administrar medicaciones fuertes o sedación se encuentra en estado de coma sus signos vitales prevalecen dentro de los parámetros normales, facie pálida, mucosas orales deshidratadas, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con sonda vesical eliminando diuresis espontaneo , miembros inferiores sin presencia de edemas, miembros superiores con apósitos en quemaduras de segundo grado se mantiene NPO, y se le realiza curación en quemadura de extremidades superiores se le brinda cuidados de enfermería queda en su unidad bajo control y observación

## **TERCER DIA**

Paciente se encuentra en el área de UCI en estado de coma se lo controla signos vitales en parámetros normales presión arterial 118/70 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 72 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (FR): 21 respiraciones por minuto, temperatura 37°C, saturación de oxígeno 95 % facies pálidas mucosas orales deshidratadas con sonda nasogástrica, vía central permeable pasando medicación prescrita, tórax asimétrico, abdomen depresible no doloroso a la palpación , con sonda vesical eliminando diuresis espontaneo , miembros inferiores sin presencia de edemas, miembros superiores con apósitos limpios en quemaduras de segundo grado, Se lo pasa una unidad de concentrado de glóbulos rojos cada 24h, se lo realiza curación de quemaduras de segundo grado, y se lo administra medicación prescrita paciente queda en su unidad bajo control y observación

### **2.9. OBSERVACIONES**

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad que ingreso a esta casa de salud por emergencia junto a su familiar, es valorado por medico de turno el ingreso a evolución del paciente se observa mejoría luego de la prestación de cuidados de enfermería. se informa a los familiares sobre la evolución, paciente aún se encuentra hospitalizado por las quemaduras de segundo grado y por traumatismo craneal, pero se observa mejoría paciente ya reacciona a estímulos

## CONCLUSIÓN

Por medio de la siguiente investigación puedo concluir que durante el proceso la elaboración de mi estudio de caso clínico aplicado en paciente de 21 años con diagnóstico definitivo, Traumatismo craneal o encefálico se demostró que los factores de riesgos como las quemaduras de segundo grado también son importantes en una persona.

Se aplicó el proceso de atención de enfermería en paciente con traumatismo craneal, Se aplicó la trilogía NANDA, NIC, NOC de esta manera mejorando los patrones alterados y evaluando los resultados obtenidos. Entre ellos, se destaca el patrón de nutricional/metabólico, percepción/manejo de la salud, eliminación/intercambio y actividad/ejercicio los cuales serán tratados inmediatamente por parte del personal de enfermería, para disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se determinaron las causas que provocan la enfermedad y se formuló el diagnóstico de enfermería de acuerdo a los patrones funcionales alterados, la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon nos permitió conocer las necesidades, los problemas de salud del paciente y realizar un diagnóstico prioritario. Se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos y se observa mejoría del estado de salud del paciente.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Aladro Castañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. *Revista de Seapa*. 2013;XI:12-7.

Mendelson DB, Hertzanu Y. Intracerebral pneumatoceles following facial trauma: CT findings. *Radiology* 1985; 154: 115-118

J, M. S. (2021). Traumatismo craneoencefálico. *revista sanitaria de investigacion*, 55.

MAP. (2013). *Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria*. hospitalneuquen.

Rojo, E. (2021). Traumatismo craneoencefálico. *Revista sanitaria de Investigacion*, 40.

Castro A. Pseudotumor cerebri. *Cuadernos de Neurología*. 2000; 24. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicacione>

Mediclopedia. Diccionario ilustrado de términos médicos [citado 23 Feb 2015].

J.L Cam Páucar. Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. *Acta Médica Peruana*. Lima ene/marzo 2011; V.28 nº 1.

Dr. García de Sola. Traumatismos craneoencefálicos-TCE. Unidad de Neurocirugía.

J. Riesgo. Traumatismo craneoencefálico. NEUPS!. 8 Diciembre 2015.



## ANEXO



FIG. 1 INTUBACION ENDOTRAQUEAL  
Hospital Luis Vernaza GUAYAQUIL



FIG. 2 EXTREMIDAD SUPERIOR QUEMADURA  
DE SEGUNDO GRADO.

Aladro Castañeda M, Díez González S.  
Revisión del tratamiento de las  
quemaduras. Revista de Seapa.  
2013;XI:12-7.



FIG. 3 TRAUMATISMO  
ENDOTRAQUEAL

J, M, S, (2021). Traumatismo craneoencefálico, revista sanitaria de innovación 55

