



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

DIMENSION PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO(A) EN
ENFERMERIA

TEMA:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO JOVEN DE 23
AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO TRAUMATISMO CRANEO
ENCEFALICO

AUTOR:

ERIKA DAYANARA LOZANO ACURIO

TUTOR:

LCDA. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2024

DEDICATORIA

A mis padres y a mi familia que me han dado su apoyo incondicional y la fuerza para seguir adelante en mi carrera como profesional. gracias por ser como son y por no haberme dejado sola, cada logro de aquí en adelante es para ustedes.

Y a mis maestros y amigos por ser una buena influencia con sus conocimientos y experiencias compartidas, guiándonos para llegar a ser personas de bien, con todo afecto.

ERIKA DAYANARA LOZANO ACURIO

AGRADECIMIENTO

Ante todo, doy gracias a Dios por permitirme seguir adelante durante esta etapa académica guiándome y dándome mucha sabiduría para lograr todo lo que me proponga.

A mis padres que estuvieron conmigo en cada momento apoyándome incondicionalmente.

A mis docentes, tutores que formaron parte del proceso brindándome sus conocimientos, experiencias para lograr ser una mejor estudiante.

También a mis compañeros y demás personas que se hicieron presente en el transcurso del internado brindándome sus técnicas de aprendizaje.

ERIKA DAYANARA LOZANO ACURIO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 24 de Enero del 2024

Lcda. Marilú Hinojosa Guerrero
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, YO **Erika Dayanara Lozano Acurio** con C.I **1250503628** Estudiantes egresadas de la carrera de **Enfermería** de la Malla Rediseño de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta del TEMA de **CASO CLINICO: Proceso de atención de enfermería en adulto joven de 23 años de edad con diagnóstico traumatismo craneo encefálico**, el mismo que fue aprobado por el **DOCENTE TUTOR: Lcda. Ingrid Aguirre Rodriguez**

Esperando que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Erika lozano
ESTUDIANTE EGRESADO


DOCENTE TUTOR

Documento Pasado Por El Sistema Anti plagio



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Erika Lozano-CASO DE ESTUDIO 2024 correccion

9%
Textos
sospechosos

- < 1% Similitudes
 - 0% similitudes entre comillas
 - 0% entre las fuentes normalizadas
- < 1% Idiomas no reconocidos
- 8% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Erika Lozano-CASO DE ESTUDIO 2024
correccion.docx

ID del documento: 4992aa25facfa25948c63ec0d1c11ad591b71f8
Tamaño del documento original: 58,29 kB

Depositante: AGUIRRE RODRIGUEZ INGRID

Fecha de depósito: 28/3/2024

Tipo de carga: interface

Fecha de fin de análisis: 28/3/2024

Número de palabras: 5086

Número de caracteres: 33.920

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuente con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario <small>ver más</small> El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUME	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCION	10
I. CONTEXTUALIZACION	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACION	12
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	13
4. LINEA DE INVESTIGACION	14
II. DESARROLLO	15
5. MARCO TEORICO: ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS	15
6. MARCO METODOLOGICO	23
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSION DE RESULTADOS.....	34
III. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....	35
9. CONCLUSIONES	35
10. RECOMENDACIONES.....	36
IV. REFERENCIAS Y ANEXOS.....	37
Referencia.....	37
Anexos.....	38

INDICE DE TABLA

Table 1.....	19
Table 2.....	23
Tabla 3.....	26
Table 4.....	27

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO JOVEN DE 23
AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO TRAUMATISMO CRANEO
ENCEFALICO

RESUME

Esta investigación descriptiva se realizó en el hospital IESS la cual tiene como objetivo establecer el proceso de atención de enfermería en un adulto joven de 23 años de edad con diagnóstico traumatismo craneoencefálico; Siendo esto tan relevante actualmente debido que son causados por accidentes de tránsito desencadenando esta patología que provoca un fuerte impacto que recibe el cerebro al chocar contra las paredes o huesos del cráneo, lo que puede tener diversas consecuencias físicas, neuropsicológicas por un tiempo prolongado. El TCE tiene una alta tasa de mortalidad no solo en Ecuador sino en muchos países de la región. Es lo económico, especialmente en el ámbito de los servicios de emergencia, ya que los pacientes y/o sus familias gastan en hospitales y medicamentos para restablecer la salud de la persona.

Al momento de aplicar el proceso de atención de enfermería, conocer sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo que llevaron a cabo estas lesiones y así proceder con las intervenciones a través de la taxonomía NANDA, NIC, NOC junto con la valoración por medio de los patrones funcionales de la teorizante Marjory Gordon, logrando obtener y brindar el diagnóstico de enfermería con buen servicio de manera eficaz, eficiente

Palabras claves: Traumatismo cráneo encefálico, neuropsicológicas, mortalidad, accidentes, intervenciones, valoración

ABSTRACT

This descriptive research was carried out at the IESS hospital, which aims to establish the nursing care process in a 23-year-old young adult diagnosed with traumatic brain injury; This being so relevant today because they are caused by traffic accidents triggering this pathology that causes a strong impact that the brain receives when colliding with the walls or bones of the skull, which can have various physical and neuropsychological consequences for a long time. TBI has a high mortality rate not only in Ecuador but in many countries in the region. It is economic, especially in the field of emergency services, since patients and/or their families spend on hospitals and medicines to restore the person's health.

When applying the nursing care process, know the clinical manifestations and risk factors that led to these injuries and thus proceed with the interventions through the NANDA, NIC, NOC taxonomy along with the assessment through the patterns. Of the theorist Marjory Gordon, managing to obtain and provide the nursing diagnosis with good service in an effective, efficient manner.

Keywords: Traumatic brain injury, neuropsychological, mortality, accidents, interventions, assessment

INTRODUCCION

El traumatismo craneoencefálico se desencadena a partir del accidente de tránsito. En concordancia con (Cespedes, 2020), alrededor de 1,35 millones de personas mueren cada año, además se consideran que los accidentes de tránsito son la principal causa de defunción entre los 5 a los 29 años; se ha descrito que aproximadamente el 60% de las muertes son ocasionadas por el traumatismo craneoencefálico, el cual se cataloga como un problema de salud pública y es el principal causante de discapacidad y muerte a nivel mundial.

A pesar de que la mayoría de los pacientes con TCE leve sobreviven y se recuperan, un pequeño porcentaje experimenta disfunción neurológica persistente y fallece como resultado de la progresión de la lesión primaria. La gravedad de la lesión primaria, la presencia de lesiones extra craneales y, lo más importante, el uso de anticoagulantes son factores de riesgo de muerte en el TCE leve. Algunos de los principales efectos del TCE leve son inmediatos y aparecen pocas horas después de la lesión, aunque los síntomas y signos máximos pueden aparecer horas o días después de la lesión. Los deterioros cognitivos son comunes, especialmente en los dominios del procesamiento de información, la memoria, la atención y los tiempos de respuesta visual y motora.

Aunque los síntomas y signos máximos pueden aparecer horas o días después de la lesión, algunos de los principales efectos del TCE leve son inmediatos y aparecen pocas horas después de la lesión. Las áreas de tiempos de respuesta visual y motora, procesamiento de información, memoria y atención experimentan un deterioro cognitivo común.

I. CONTEXTUALIZACION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paciente de sexo masculino de 23 años de edad el cual acude al servicio de emergencia del hospital IESS Babahoyo por presentar pérdida parcial de la conciencia, se observa contusión parietal derecha, dolor, edema, agitación psicomotora, no presenta lesiones que ameritan intervención quirúrgica de emergencia.

Se decide ingreso hospitalario porque el paciente sufrió accidente de tránsito en moto no llevaba casco iba en estado etílico y posterior presenta pérdida de la conciencia por tiempo no determinado.

Signos Vitales

Temperatura: 36,5 °C

Frecuencia Respiratoria: 21x

Frecuencia Cardíaca: 82x

Saturación: 97%

Presión Arterial: 128/85 mm/Hg

Escala de Glasgow: 12

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Paciente ya valorado por médico, donde es revisada previo exámenes de imágenes y complementarios indicando el traumatismo craneoencefálico causado por el accidente de tránsito de inmediato se llevará a cabo las intervenciones de enfermería.

2. JUSTIFICACION

El adoptar el presente tema de caso es por la alta incidencia de traumatismo craneo encefálico generados en accidentes de tránsito que se refleja actualmente por el área de emergencia , en jóvenes entre 18 a 26 años de edad, dejándoles secuelas neuropsicológicas y diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intra craneales atribuibles al trauma, producto de la liberación de una fuerza externa resultando un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y los vasos sanguíneos que irrigan este tejido. (Charry, Caceres, Salazar, & López, 2017)

Además, es importante que el profesional de salud realice una buena valoración e intervención de manera eficiente utilizando el proceso de atención de enfermería lo que permitirá proponer estrategias de prevención y promoción de la salud no solo para aliviar las dolencias físicas sino también para disminuir la morbimortalidad en la población joven.

Por lo tanto, es fundamental la aplicación del proceso de atención de enfermería en estos pacientes basándonos en las taxonomías de NANDA, NIC, NOC, e investigar tanto la patología, sus causas y factores para lograr aplicar las intervenciones respectivas a las necesidades del paciente durante y después de su estancia hospitalaria.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería en adulto joven de 23 años de edad con diagnóstico traumatismo craneoencefálico.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

1. Identificar los signos y síntomas específicos del traumatismo craneoencefálico (TCE) en adultos jóvenes de 23 años durante la etapa de valoración, para facilitar la detección temprana y la intervención de enfermería.
2. Analizar los factores de riesgo individuales y ambientales asociados con el TCE en adultos jóvenes, durante la etapa de valoración, con el fin de implementar estrategias preventivas y de educación para la salud.
3. Desarrollar un diagnóstico de enfermería preciso utilizando la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, durante la etapa de diagnóstico, para guiar las intervenciones de enfermería dirigidas a la recuperación y el bienestar del paciente.

4. LINEA DE INVESTIGACION

Línea de investigación:

Salud Física y Mental

Sublínea de investigación: Cultura física rehabilitación: lesiones traumáticas por accidentes del tren superior

Existe una relación directa la línea de salud física mental con el tema de traumatismo intracraneal difuso planteado en este caso clínico ya que se ha observado que en Ecuador son frecuentes estos sucesos debido a accidentes automovilísticos sobre todo en jóvenes adultos afectando su estado neurológico y sus actividades cotidianas durante un determinado tiempo lo que lleva a uno como profesional de la salud saber identificar los signos de alarma y así aplicar los debidos cuidado que requieren estos pacientes.

El caso clínico se encuentra dentro de la sublínea de la cultura física rehabilitación, en la cual se requieren diversos tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, con el fin de lograr una recuperación pronta. Asimismo, se aconseja a los familiares después de ser dado de alta al paciente y que cualquier signo o síntoma de alarma acuda inmediatamente al profesional de salud.

II. DESARROLLO

5. MARCO TEORICO: ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS

5.1 Antecedentes

Traumatismo Intracraneal se produce por un fuerte impacto que recibe el cerebro al chocar contra las paredes o huesos del cráneo, lo que puede tener diversas consecuencias según la intensidad del golpe.

Según los autores (Beltran, Gutiez, Quesada, & Hernandez, 2021), El traumatismo craneoencefálico implica una afectación en encéfalo a causa de un traumatismo en el cráneo. El encéfalo, que incluye el cerebro, el cerebelo y el bulbo raquídeo, protege al encéfalo, que junto con la medula espinal forma el Sistema Nervioso Central. El cerebro es la estructura más compleja del organismo humano y el principal centro nervioso; sus diferentes áreas son las principales responsables del movimiento, las sensaciones y percepciones, las emociones y la conducta donde se llevan a cabo las funciones mentales superiores.

5.2 Bases Teóricas

Proceso de Atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería más conocido como PAE es una herramienta y un método científico, sistemático y dinámico, donde nos permite evaluar de manera sincronizada los cambios o avances del estado de salud del paciente, garantizando una atención eficaz y eficiente basándonos en las evidencias científicas. (Roldan & Fernandez, 2028)

Se componen de 5 etapas en aplicar de manera continua para obtener los resultados entre ellas tenemos:

La **valoración** es la primera fase, que recopila información sobre la salud de una persona mediante observaciones desde el primer encuentro y entrevistas enfocadas en las necesidades de cuidado enfermero. El examen físico completo se basa en la observación, la palpación, la percusión y la auscultación para obtener una evaluación completa del estado de salud de la persona, complementada con datos de otras fuentes como pruebas diagnósticas, historiales médicos y análisis de laboratorio.

La segunda fase es la de **diagnóstico**, que consta de lo siguiente: Identificar problemas de salud para la atención basado en estándares funcionales modificados que son compatibles en un sistema de clasificación diagnóstica específicamente para de atención que incluya diagnósticos reales y potencial y positivo o protector.

Según (Reina G., 2018), la tercera fase, la planificación, implica trabajar con el paciente para determinar intervenciones o actividades para prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados. Se establecen metas u objetivos con resultados esperados claros, se priorizan las necesidades de cuidado y se registran en un plan, adaptado al ámbito de atención, ya sea individual o grupal.

La cuarta fase, Ejecución, implica implementar el plan de atención de acuerdo con tres estándares: preparación, ejecución en sí misma y documentación o registro. Según lo planificado, el paciente, el personal auxiliar, la enfermera, el equipo médico y los familiares participan en este proceso.

La quinta y última fase es la evaluación, que analiza los resultados y compara el estado de salud del paciente con los objetivos establecidos en el plan de la enfermera. En cada etapa del proceso de atención, este proceso de evaluación es continuo, garantizando así la pertinencia y calidad de cada paso del cuidado.

Tipos de traumatismo en función de la gravedad:

- **Traumatismo craneoencefálico leve:** Los traumatismos son los más comunes y representan la mayoría de los casos en nuestro país. Por lo general, no hay pérdida de conocimiento o, si hay pérdida de conocimiento, su duración suele ser breve, limitada a minutos después del impacto. Aunque la mayoría de las personas se recuperan por completo en los días o semanas siguientes al traumatismo, muchos pacientes pueden experimentar el "síndrome post-conmocional", un problema persistente y restrictivo.
- **Traumatismo craneoencefálico moderado:** La pérdida de conocimiento de este tipo es prolongada, a menudo más de treinta minutos, pero no se extiende más de un día. El paciente puede

experimentar dificultades para recordar nueva información durante este período, lo que se conoce como amnesia posttraumática. A pesar de que el paciente puede recuperarse relativamente rápidamente del incidente, es posible que tenga síntomas persistentes como dolores de cabeza, mareos o problemas cognitivos durante un período de tiempo variable después del incidente.

- **Traumatismo craneoencefálico grave:** La pérdida de conocimiento de este tipo es más extensa y dura más de un día, lo que indica un daño cerebral significativo. De manera similar, el periodo de amnesia después de una experiencia traumática puede ser prolongado, con frecuencia más de una semana. Las secuelas de un traumatismo craneoencefálico grave pueden ser graves y duraderas y pueden incluir déficits cognitivos, problemas de movimiento, alteraciones en la personalidad y problemas emocionales, que pueden requerir atención médica especializada y rehabilitación intensiva.
- **Daño axonal difuso:** La presencia de daños en múltiples áreas del cerebro como resultado de lesiones primarias y secundarias se conoce como lesión axonal difusa (DAD). Esta condición es causada principalmente por fuerzas mecánicas que estiran, torcen y rompen los axones y capilares cerebrales, lo que provoca microhemorragias. El DAD afecta principalmente la sustancia blanca subcortical, el cuerpo calloso y el mesencéfalo. Dependiendo de la gravedad y la extensión de la lesión, este tipo de lesión puede causar una variedad de síntomas, que van desde problemas cognitivos y alteraciones en el movimiento hasta problemas con el procesamiento de la información. (Arfanakis, y otros).

La Escala de Coma de Glasgow: según (Ordóñez-Rubiano, 2019) es un método de evaluación rápido y repetible que se utiliza es el examen inicial para evaluar la gravedad del traumatismo craneoencefálico. Esta escala se basa en la apertura de los ojos del paciente y su respuesta verbal y motora más efectiva. Una puntuación de tres en esta escala indica una lesión potencialmente mortal, especialmente si no se observan respuestas de las pupilas a la luz.

Por lo general, se observa que la recuperación tiene a ser mejor cuando se pone en marcha en la Escala de Coma de Glasgow es más alta. Segundo esta escala, se puede clasificar la gravedad de un traumatismo craneoencefálico de la siguiente manera:

- Una puntuación de 14 a 15 indica un traumatismo craneoencefálico leve.
- Una puntuación de 9 a 13 indica un traumatismo craneoencefálico moderado.
- Una puntuación de 3 a 8 indica un traumatismo craneoencefálico grave.

Epidemiología

Es crucial establecer las condiciones sociales que se presentan en el traumatismo craneoencefálico y que generan problemas a los pacientes, ya que esta enfermedad tiene una alta tasa de mortalidad no solo en Ecuador sino en muchos países de la región entre los niños y los jóvenes de cinco a 29 años. Cada año se pierden aproximadamente 1,3 millones de vidas a consecuencia de estas lesiones. Entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y muchos de ellos provocan una discapacidad. (OMS, 2021)

En lo económico, especialmente en el ámbito de los servicios de emergencia, ya que los pacientes y/o sus familias gastan en hospitales y medicamentos para restablecer la salud de la persona afectada. Esto tiene un impacto en las familias cercanas, y los recursos económicos de las familias siguen disminuyendo a medida que soportan los costos sociales de mantener a las personas que requieren atención o tratamiento permanente y atención hospitalaria especializada. (Hernández, y otros, 2021)

Etiología

Si hacemos un breve repaso, las posibilidades de sufrir un traumatismo craneoencefálico (TCE) están presentes a lo largo de toda la vida, destacando:

- Vida intrauterina: Lesiones provocadas por la presencia de tumores uterinos que pueden perturbar la cabeza fetal.
- Parto: Fracturas por el uso de fórceps o formación de cefalohematomas por el uso de ventosas.

- Primera infancia: hematomas subdurales resultantes de trato brusco, accidentes domésticos o abuso infantil.
- Segunda infancia: caídas, accidentes de tráfico y síndrome del niño maltratado.
- El adulto joven: accidentes laborales, de tráfico y deportivos.
- Vejez: Caídas repentinas y accidentes de tráfico.

Factores de riesgo

- Caídas: Son especiales preocupantes en adultos mayores y niños pequeños debidos a su vulnerabilidad y a la posibilidad de sufrir lesiones tumbas en la cabeza.
- Accidentes automovilísticos y otros eventos relacionados con el transporte: Esto incluye colisiones con peatones y accidentes es bicicleta que pueden causar lesiones traumáticas es la cabeza.
- Asaltos: La violencia física puede resultar en traumatismos craneoencefálicos, especialmente si se produce un golpe directo en la cabeza.
- Actividades deportivas: Los deportes de contacto o de alto impacto, es los que las colisiones, las caídas u otros impactos relacionados con el ejercicio, pueden causar conmociones cerebrales.

Signos y síntomas

En constancia con el artículo (El traumatismo craneoencefálico: Lo que debe saber sobre los síntomas, el diagnóstico y tratamiento) , Alrededor del 75% de los TCE (3 de cada 4) que ocurren cada año son leves. Si una persona experimenta síntomas de un traumatismo craneoencefálico (TCE) después de recibir un golpe en la cabeza, esto indica que ha sufrido una lesión en el cerebro. Es fundamental comprender que incluso los TCE leves pueden implicar algún tipo de daño cerebral. Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer leve son menos evidentes o pronunciados que los de la enfermedad de Alzheimer grave, pero todavía hay alteraciones en el funcionamiento normal del cerebro que

requieren atención y seguimiento médico adecuados. Es fundamental no subestimar la importancia de estos eventos, ya que pueden tener efectos a corto y largo plazo en la salud cerebral y el bienestar general de la persona.

Table 1

Los síntomas de un TCE leve	Los TCE moderadas y graves
Dolor de Cabeza	Vómitos o náuseas repetidas
Confusión	Dificultad para hablar
Mareos	Debilidad en los brazos o las piernas
Zumbido en los oídos	Problemas con el pensamiento y el aprendizaje
Deterioro de la memoria	Convulsión
Visión borrosa	Bradicardia
Cambios en el comportamiento	

Elaborado por: Erika Lozano (2024)

Fuente: (Beltran, Gutiez, Quesada, & Hernandez, 2021)

Diagnóstico y Tratamiento

Diagnóstico: Información sobre la lesión y los síntomas

Cuando alguien está presente durante una lesión o llega poco después de que ocurra, puede proporcionar información muy valiosa al personal médico para comprender lo que ocurrió.

Aquí hay algunas preguntas simples que pueden ayudar a evaluar la gravedad de la lesión:

¿Cómo ocurrió exactamente la lesión?

¿La persona perdió el encuentro en algún momento?

¿Cuánto tiempo estuvo la persona sin encuentro?

¿Has notado algún otro cambio en su comportamiento, como dificultad para hablar, confusión o problemas de coordinación, después del accidente?

Pruebas de diagnóstico por imágenes

El examen elegido para diagnosticar el TCE es la tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo. Se solicita en los siguientes casos:

1. Todo paciente con Glasgow menor o igual a 12.
2. Cefalea persistente luego de 24 h del trauma.
3. Crisis convulsivas luego del TEC.
4. Disminución en el puntaje de la escala de Glasgow.

Aquí se puede visualizar fracturas y detectar signos de sangrado (hemorragia), coágulos sanguíneos (hematomas), hematomas (contusiones) e hinchazón es el tejido cerebral, imágenes tomadas mediante resonancia magnética.

Una resonancia magnética (RM): muestra el cerebro con onda de radio e imanes potentes. Esta prueba se puede usar después de que la afección de la persona se haya estabilizado.

Tratamiento

Atención de urgencia inmediata: La atención de urgencia para los traumatismos craneoencefálicos de moderados a graves se centra en asegurarse de que la persona cuente con un suministro adecuado de oxígeno y sangre, mantenga la presión arterial y evite cualquier lesión adicional en la cabeza o el cuello.

Medicamentos anticonvulsivos: Después de una lesión cerebral traumática moderada a grave, existe el riesgo de convulsiones durante la primera semana. Es posible que se administren medicamentos anticonvulsivos durante este período para prevenir cualquier daño adicional al cerebro que pueda ser

causado por convulsiones. Los tratamientos anticonvulsivos continuos solo se utilizan si las convulsiones ocurren.

Medicamentos para inducir el coma: A veces, los médicos recurren a medicamentos para colocar a las personas en un estado de coma temporal. Esto se hace porque el cerebro en coma requiere menos oxígeno para funcionar. Es especialmente útil si los vasos sanguíneos, comprimidos por la presión adicional en el cerebro, no pueden suministrar la cantidad necesaria de nutrientes y oxígeno a las células cerebrales.

Diuréticos: Estos medicamentos ayudan a reducir la cantidad de líquido en los tejidos y aumentan la producción de orina. Administrados por vía intravenosa a personas con lesiones cerebrales traumáticas, los diuréticos pueden ayudar a disminuir la presión dentro del cerebro.

Cirugía: Puede que sea necesario hacer una cirugía de emergencia para minimizar el daño adicional en los tejidos del cerebro, como:

Extraer la sangre coagulada (hematomas)

Reparación de las fracturas de cráneo

Realizar una abertura en el cráneo

Rehabilitación

Tras un traumatismo craneoencefálico, es posible que la persona necesita volver a aprender viviendas básicas como caminar o hablar. El objetivo de la rehabilitación es mejorar la capacidad de realizar las actividades diarias de manera autónoma. La terapia generalmente comienza en el hospital y puede continuar en una unidad especializada de rehabilitación para pacientes internados, en un centro de tratamiento residencial o a través de servicios ambulatorios.

La intensidad y la duración de la rehabilitación pueden variar según la gravedad de la lesión cerebral. Cada persona puede necesitar un enfoque de rehabilitación individualizado que se adapte a sus necesidades y características únicas. (González Echeverría, y otros, 2023)

6. MARCO METODOLOGICO

En el proceso de este estudio de caso se utilizó el método de investigación descriptiva donde se recopila información detalladamente del paciente de 23 años de edad con diagnóstico de traumatismo craneo encefálico por ende se procede en aplicar los componentes del proceso de atención de enfermería.

Datos Generales

- **Identificación del paciente:** N/N
- **Edad:** 23 años
- **Sexo:** Masculino
- **Nivel socioeconómico:** Nivel medio
- **Raza:** Mestizo
- **Lugar de Residencia:** Babahoyo- Los Ríos
- **Fecha de nacimiento:** 2000/04/01

6.1 Examen físico Exploración Clínica

Paciente inconsciente desorientado y se evidencia contusión parietal derecha más hematoma subdural laminar adyacente.

Table 2

Valoración cefalocaudal

Cabeza:	Contusión parietal derecha
Cabello:	Bien implantado, sin caspa
Cara:	Escoriaciones en la cara
Ojos:	Pupilas isocóricas fotorreactivas
Oro faringe:	Sin adenopatías
Oídos:	Conductos auditivos y permeables
Nariz:	Escoriaciones en fosas nasales
Boca:	Mucosas orales húmedas, dificultad en apertura de boca
Lengua:	Posición central de color rosa húmeda
Cuello:	Doloroso a la flexión
Tórax:	Ventilado, sin ruido
Abdomen:	Blando depreciable con dolor leve

Columna vertebral:	Sin alteraciones
Pelvis:	Pubis con distribución adecuada de vello de acuerdo a su edad, genitales con buena higiene, no presencia de hernias, testículos en su lugar correcto, realiza con normalidad su micción y deposiciones
Región glútea:	Sin alteraciones
Extremidades superiores:	Simétricas con movilidad ,un poco de edema y lesiones.
Extremidades inferiores:	simétricas con lesiones leves, movilidad dolorosa

Elaborado por: Erika Lozano (2024)

Fuente: elaborado por el autor

Signos vitales:

Temperatura: 36,5

Presión Arterial: 128/85

Frecuencia Cardíaca: 82

Frecuencia Respiratoria: 21

Saturación: 97%

6.2 Valoración de Patrones Funcionales

Para la realización de la valoración al paciente nos basamos en el modelo de los patrones funciones de la teorizante Marjory Gordon:

Patrón 1. Percepción de Salud – Manejo de Salud

Paciente inconsciente, desorientado su estado de salud es irregular ya que presenta traumatismo intracraneal difuso y contuncion parietal derecha familiar refiere que no es alérgico a ningún medicamento.

Patrón2. Nutricional- Metabólico

Paciente se le dificulta consumir el alimento los familiares manifiesta que por su estado de alteración e irritación come pocas veces aun así se mantiene con dieta blanda y sus mucosas orales húmedas.

Patrón 3. Eliminación

El paciente presenta deposiciones de consistencia entre suave y firme de color marrón, 2 veces las realiza, no presenta dolor ni sangre en heces. Sus micciones suelen ser entre 5 a 6 veces al día no presenta problemas ni sistemas de ayuda durante las micciones y su orina es de color normal (amarillenta).

Patrón 4. Actividad-Ejercicio

Paciente por su malestar no realiza actividad física, no mueve con normalidad extremidades superiores e inferiores por las lesiones su nivel de conciencia es baja, refiere cefalea y tiene dificultad para conciliar el sueño, sus signos vitales, Temperatura: 36,5, Frecuencia Cardíaca: 82, Presión Arterial: 128/85, Frecuencia Respiratoria: 21, Saturación: 97%, no presenta dificultad para respirar.

Patrón 5. Sueño-Descanso

Familiar refiere que paciente no duerme en las noches se torna agresivo, se quita las vías endovenosas por lo tanto tienen que proceder a medios de sujeción en sus extremidades superiores e inferiores.

Patrón 6. Cognitivo- Perceptual

Se encuentra desorientado, somnoliento en tiempo, espacio- persona, dice cosas incoherentes insulta y agrade a sus familiares

Patrón 7. Autopercepción Auto concepto

Manifiesta no sentirse bien consigo mismo, tiene problemas con su imagen corporal, presenta problemas de conducta, ya que su imagen corporal cambia de posturas con frecuencia en relación a los rasgos personales de contextura acorde a su edad, de tez morena, ojos oscuros, extremidades superiores e inferiores completas.

Patrón 8. Rol relaciones

Familiar refiere que vive solo actualmente estudia en la universidad ingeniería y es guardia de seguridad en una hacienda no presenta problemas familiares y su familia es su apoyo fundamental. Se vincula muy fácilmente con sus amigos y tiene buena relación.

Patrón 9. Sexualidad y Reproducción

Patrón no alterado

Patrón 10. de Adaptación- Tolerancia al estrés

Paciente se encuentra intranquilo

Patrón 11. Valores y Creencias

Refiere ser católico.

6.3 Exámenes Complementarios

Biometría hemática – hematología

Fecha: 05/08/2023

Tabla 3

	Resultados	Valor referencial
Leucocitos	20.33	5.00 - 10.00 K/ μ L
Hemoglobina	14.5	13.7 - 17.5 g/dl
Hematocrito	41.2	40.1 - 51.0 %
Volumen corpuscular medio	93.7	79.0 - 92.2 fl
Conc. Media hemoglobina (mch)	31.9	25.6 - 32.2 pg
Conc. Hgb. Corp. Med. (mchc)	34.0	33.0 - 36.0 g/dl
Volumen medio plaquetario	10.3	9.4 - 12.4 fl
Monocitos	1.63	0.00 - 1.00 K/ μ L
Eosinofilos	0.00	0.00 - 0.70 K/ μ L
Linfocitos	1.02	1.00 - 7.00 K/ μ L
Neutrofilos	17.66	2.20 - 4.80 K/ μ L
Plaquetas	223	130 – 450 x10 ³ / μ L

Elaborado por: Mgs. Ivanna Ortiz (2023)

Fuente: Resultados de exámenes de laboratorio del Hospital IESS Babahoyo (2023)

Fecha: 13/08/2023

Table 4

	Resultados	Valor referencial
Leucocitos	10.96	5.00 - 10.00 K/ μ L
Hemoglobina	14.8	13.7 - 17.5 g/dl
Hematocrito	43.7	40.1 - 51.0 %
Volumen corpuscular medio	94.0	79.0 - 92.2 fl
Conc. Media hemoglobina (mch)	31.9	25.6 - 32.2 pg
Conc. Hgb. Corp. Med. (mhc)	33.9	33.0 - 36.0 g/dl
Volumen medio plaquetario	10.4	9.4 - 12.4 fl
Monocitos	0.71	0.00 - 1.00 K/ μ L
Eosinofilos	0.37	0.00 - 0.70 K/ μ L
Linfocitos	1.36	1.00 - 7.00 K/ μ L
Neutrofilos	8.47	2.20 - 4.80 K/ μ L
Plaquetas	308	130 - 450 x10 ³ / μ L

Elaborado por: Mgs. Ivanna Ortiz (2024)

Fuente: Resultados de exámenes de laboratorio del Hospital IESS Babahoyo (2023)

Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo: traumatismo cerebral focal

Diagnóstico definitivo: Traumatismo craneoencefalico

Diagnósticos de enfermería

- Perfusión tisular periférica ineficaz
- Control de impulsos ineficaz
- De privación de sueño

Análisis y descripción de las conductas que determinan la fuente del problema y los pasos a seguir

Paciente de 23 años de edad de sexo masculino con pérdida de conciencia, dolor, edema, agitación y lesiones leves causadas por el accidente motociclista, se actúa rápidamente a intervenirlo mediante las técnicas y valoraciones respectivas

Ya finalizada la valoración clínica por patrones funcionales aplicados al paciente se han detectado los siguientes patrones alterados:

- Patrón Actividad-Reposo
- Patrón Cognitivo- Perceptual
- Patrón Sueño-Descanso

NANDA: 00204
 NOC: 0406
 NIC: 2590

DOMINIO 4: Actividad y reposo
Dx: Perfusión tisular periférica ineficaz
Clase4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares
Diagnóstico: Real

R/C: traumatismo cerebral

E/P: Cefalea, dolor, edema, pérdida de la conciencia, agitación psicomotora, lesiones leves

M
E
T
A
S

Dominio: Salud fisiológica

Clase: Cardiopulmonar

Etiqueta: Perfusión tisular cerebral

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cefalea	x		X		
Dolor		x			x
Edema		x		x	
Pérdida de la conciencia	x			x	
Agitación psicomotora		x			X
Lesiones leves			x		x

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

Campo: fisiológico complejo

Clase: Control neurológico

Etiqueta: Monitorización de la perfusión intracraneal

- ACTIVIDADES**
1. Valoración de las vías aéreas, respiración y circulación
 2. Valorar la movilidad de las extremidades
 3. Administración farmacológica para el alivio del dolor
 4. Vigilar el estado de conciencia
 5. Aplicar la escala de coma de Glasgow
 6. Curación de heridas

DOMINIO 5: Cognitivo-Perceptual
DX: Control de impulsos ineficaz
Clase4. cognición
Diagnóstico: Real

NANDA: 00222
 NOC: 0909
 NIC: 2620

R/C: traumatismo cerebral

E/P: Alteración de la consciencia, confusión, irritabilidad, agresividad

M
E
T
A
S

Dominio: Salud fisiológica

Clase: neurocognitiva

Etiqueta: estado neurológico

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Alteración de la consciencia	x		X		
confusion	x				X
Irritabilidad		x			X
Agresividad	x		x		

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

Campo: fisiológico complejo

Clase: control neurológico

Etiqueta: monitorización neurológica

ACTIVIDADES

1. Vigilar el nivel de consciencia.
2. Tomar los signos vitales
3. Detectar expresiones de enojo inadecuadas.
4. Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas.

NANDA: 00096
 NOC: 0004
 NIC: 1850

DOMINIO 4: Actividad y reposo
DX: privación de sueño
Clase1. Sueño/reposo
Diagnóstico: real

R/C: traumatismo cerebral

E/P: irritabilidad, somnolencia, confusión

M
E
T
A
S

Dominio: Salud funcional

Clase: mantenimiento de la energía

Etiqueta: Sueño

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Irritabilidad		X			X
Somnolencia		X			X
Confusión		X		X	

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

Campo: Fisiológico básico

Clase: Facilitación del autocuidado

Etiqueta: Mejorar el sueño

- ACTIVIDADES**
1. Realizar técnicas de relajación
 2. Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
 3. Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
 4. Control de signos vitales

Indicaciones de las causas científicas de las acciones de salud, tomando en cuenta valores normales

Paciente adolescente, con cuadro clínico de traumatismo cerebral difuso y contusión parietal derecha + hematoma subdural laminar adyacente + hemorragia subaracnoidea a nivel tensorial. se decide ingreso hospitalario para la valoración usando la metodología de los patrones funcionales y el manejo con antibiótico endovenoso, para lograr estabilizarlo queda pendiente TAC, madre informada ante cualquier procedimiento.

Tratamiento Farmacológico

Hemodinámico

Solución salina 0,9% 1000ml +10ml hidroxocobalamina + 2 ampolla de sulfato magnesio a 100ml/ hora.

Antiepiléptico

Fenitoína 125mg IV cada 8 horas

Antipsicóticos

Haloperidol 1 ampolla IM PRN si hay agitación psicomotriz

Haloperidol 20 gotas VO cada 12 horas y PRN

Inhibidor de la coagulación

Ácido tranexámico 1 gr STAT luego dejar cada 8 horas

Soporte

Ketorolaco 60mg IV cada 12 horas

Paracetamol 1gr IV cada 6 horas

7. RESULTADOS

Seguimiento

Día 1

Paciente de sexo masculino de 23 años de edad con traumatismo cerebral difuso, presenta pérdida parcial de la conciencia, se observa contusión parietal derecha, no presenta lesiones que ameritan intervención quirúrgica de emergencia. Se decide ingreso hospitalario porque el paciente sufre accidente de tránsito en moto no llevaba casco en estado etílico y posterior se encuentra desorientado en tiempo y espacio, procedemos en administrarle plan de hidratación más medicación correspondiente.

Actividades de enfermería:

- Control de signos vitales (TA= 120/70; P= 108 l/m; R=18 r/m; Sat. 99)
- Se encuentra en NPO
- Haloperidol 20gts cada 12H, por razones necesarias
- Fenitoina 125mg IV cada 8H
- Ácido tranexámico 1gr stat
- Paracetamol 1gr cada 8H
- Keterolaco 60 mg IV cada 12H

Día 2

Paciente de sexo masculino de 23 años que ingreso durante el fin de semana por traumatismo cerebral difuso + contusión cerebral, paciente presenta mejoría, se encuentra sentado, pupilas isocóricas se valora mediante escala de Glasgow y se obtiene un puntaje de 12, se reajusta dosis de haloperidol, con una dieta líquida y se permite acompañamiento de familiar además pendiente tac de cerebro.

Día 3

Paciente después de la interconsulta de neurología manifiesta que está mejor, más despierto, cooperativo al interrogatorio, aunque por momento se encuentra desorientado se mantiene un ECG de 14 puntos, se mantiene con

dieta blanda, se permite acompañamiento de familiar pendiente tac de control y se mantiene con medicación prescrita por el médico.

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales el cual se encuentra en sus parámetros normales
- Cambio de vía periférica
- Vigilancia del nivel de conciencia
- Administración de medicamentos

Día 4

Paciente tranquilo, colaborador, afebril no ha presentado crisis convulsiva, se alimenta mejor se realiza examen neurológico paciente consciente con periodos de desorientación y agitación psicomotriz se mantiene con conducta terapéutica cambia dieta blanda por dieta general y se mantiene con la misma medicación.

Día 5

Paciente con adecuada evolución clínico neurológica sin embargo familiar refiere que el paciente se ha mostrado combativo y agresivo por lo cual ha sido necesario la administración de medicación antipsicótica con lo que se logra controlar el cuadro y se mantiene vigilancia neurológica por al menos 48 horas.

Se recibe control tomográfico (10-08-2023)

Fractura frontal izquierda, no desplazado no deprimida ni dilatada, hematoma epidural laminar frontal izquierdo, se aprecia contusión fronto basal que involucra giro recto izquierdo de 4mm de diámetro, contusión parietal derecha de 1.4 x 1 x1 cm a nivel parietal derecho, sin efecto de masa, surco de la convexidad valles silvianos y cisternas de la base presente, estructuras de la línea media presente, no hidrocefalia.

Día 6

Paciente colaborador con evolución estacionaria, familiar refiere que ya su conducta ha cambiado se retira medios de sujeción se mantiene con medicación prescrita, pero a diferencia que se cambia por vía oral.

ALTA Día 7

Paciente de sexo masculino con un dx de traumatismo ya se mantiene tranquilo ya colaborador al interrogatorio y medico refiere dar alta con medicación prescrita vía oral y pendiente interconsulta con psiquiatría.

OBSERVACIONES

Se observa una evolución clínica progresivamente positiva del paciente desde el día 4 hasta el día 6, con una mejoría en la colaboración y estabilidad neurológica, lo que indica una respuesta favorable al tratamiento y cuidado proporcionado por el equipo de enfermería, ante su ingreso se les hace firmar el consentimiento informado al familiar presente, con el fin de garantizar la seguridad de ambas partes.

El paciente es dado de alta el día 7 con medicación prescrita vía oral y una interconsulta pendiente con psiquiatría, lo que indica una evaluación completa de las necesidades del paciente y un plan de cuidados continuo más allá del entorno hospitalario.

Además, estas observaciones subrayan la complejidad del manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos jóvenes y la importancia de una evaluación continua, un enfoque multidisciplinario y un cuidado centrado en el paciente para lograr una recuperación óptima.

8. DISCUSION DE RESULTADOS

En fin este estudio fue observar que debido a los diferentes factores de riesgo según las limitaciones de la clasificación provisional de lesiones basada en la Escala de Glasgow, el tratamiento debe adaptarse a la situación de cada paciente, lo cual debemos evitar llegar a las medidas de intubación endotraqueal y la ventilación mecánica invasiva no deben usarse ampliamente en traumatismos moderados debido a los efectos secundarios y las complicaciones asociadas con las intervenciones agresivas.

Además, estos traumatismos están más presente en los jóvenes adultos debido a accidentes y se debe abordar de manera correcta las formas de cuidados tanto por el profesional de salud en conjunto con los familiares ya que esto dejan secuelas a lo largo de la vida

III. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

9. CONCLUSIONES

Se ha logrado el objetivo de implementar el proceso de enfermería paso a paso, considerando los riesgos asociados con la patología del traumatismo craneoencefálico en adultos jóvenes. Se sabe que los profesionales de la salud juegan un papel crucial en la detección y evaluación temprana de signos y síntomas para evitar complicaciones y mejorar los resultados de los pacientes. Los hallazgos refuerzan la importancia de una atención integral y de alta calidad, enfocada en la detección temprana y la intervención oportuna. Una atención individualizada que promueve la recuperación temprana y la prevención de complicaciones se puede lograr al conocer a fondo los signos y síntomas del traumatismo craneoencefálico y los factores de riesgo específicos.

Es importante destacar que la participación activa del paciente y su familia en el proceso de atención, a través de la educación y la participación en el plan de cuidados, aumenta significativamente los resultados positivos y la recuperación más rápida. Los cuidados centrados en el paciente, que priorizan el confort y la reducción del dolor, están directamente relacionados con una estancia hospitalaria más corta y una recuperación más exitosa.

La evaluación continua de la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas, en consonancia con los nuevos objetivos específicos revisados, es esencial para adaptar y mejorar continuamente la calidad del cuidado brindado. Esto no solo mejora la experiencia del paciente y su familia sino también optimiza los recursos hospitalarios y reducir la carga económica asociada con el tratamiento del traumatismo craneoencefálico.

10. RECOMENDACIONES

Cada recomendación se centra en aspectos importantes del proceso de atención de enfermería, como la valoración continua, el manejo del dolor, la prevención de complicaciones y la promoción de la recuperación. Con lo cual se espera que seguir estas recomendaciones mejore la calidad de la atención al paciente y contribuya positivamente a su proceso de recuperación, por lo cual se recomienda que:

- Se recomienda usar medios informativos por su carácter interactivos logrando más información científica en los profesionales de salud ante estos casos.
- Valorar los cambios neurológicos y las evoluciones del tratamiento farmacológico.
- Mejorar las intervenciones en base a la cognición social para mejorar su calidad de vida, relaciones familiares y sociales después de su tratamiento
- Desarrollar un plan de cuidados personalizado basado en las necesidades del paciente, que incluya métodos para manejar el dolor, prevenir complicaciones y fomentar la recuperación.
- Explicarle al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados, los signos de alarma y la importancia de seguir las recomendaciones de enfermería y médico para maximizar los resultados.

IV. REFERENCIAS Y ANEXOS

Referencia

- Arfanakis, K., Houghton, V. M., Carew, J. D., Rogers, B. P., Dempsey, R. J., & Meyerand, M. E. (2002). Diffusion tensor MR imaging in diffuse axonal injury. *American Journal of Neuroradiology*, 23.
- Beltran, C., Gutiez, M., Quesada, N., & Hernandez, M. (11 de Octubre de 2021). *Revista sanitaria de investigacion*. Obtenido de https://revistasanitariadeinvestigacion.com/traumatismo-craneoencefalico-caso-clinico/#google_vignette
- Cespedes, D. P. (2020). Diffuse axonal injury in traffic accidents: Case report and literature review. *Scielo*.
- Cespedes, D. P. (2020). Diffuse axonal injury in traffic accidents: Case report and literature review. *Scielo*.
- Charry, J. D., Caceres, J. F., Salazar, A. C., & López, L. P. (2017). Trauma craneoencefálico. *Revista Chilena de Neurocirugía* 43.
- El traumatismo craneoencefálico: Lo que debe saber sobre los síntomas, el diagnóstico y tratamiento. (2021). *Administracion de alimentos y medicamentos de EEUU*.
- González Echeverría, .. K., Hidalgo Acosta, .. J., López Alcívar, .. G., Ruiz Sorroza, H. L., Alvear Robalino, A. S., Salcedo Mite, J. L., & Bejarano Macias, J. E. (2023). Traumatismo craneoencefálico en adultos jóvenes: una serie de casos y análisis de su pronóstico. *Medicinas UTA*, 27-34.
- Hernández, M. C., Bouzas, M. I., Garde, A. M., Suárez, E. P., González, A. S., & García, R. J. (2021). Epidemiology of severe head injuries in children: 15 years' experience in a pediatric polytrauma unit. *Revista de emergencia*.
- OMS. (Julio de 2021). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>
- Ordóñez-Rubiano, E. G. (Junio de 2019). "Neuroanatomía funcional de la escala de coma de Glasgow,". Obtenido de <https://aanc.org.ar/ranc/items/show/1254>.
- Reina G., N. C. (2018). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*, (17), , 18-23.
- Roldan, A., & Fernandez, M. S. (2028). PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. *Investigacion y Educaion en Enfermería*.

Anexos

Ilustración 1



Ilustración 2.

