



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 22 AÑOS DE
EDAD CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.**

AUTOR

VALLES SALAZAR KEVIN ALEXIS

TUTOR

ALBÁN MANASÉS CONSUELO DE JESÚS

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

INDICE

Contenido

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
TEMA DEL CASO CLÍNICO	5
SUMMARY	7
INTRODUCCIÓN	1
I. Marco Teórico	1
1.1 Justificación	6
1.2 Objetivos	7
1.2.2 Objetivo General	7
1.2.3 Objetivos Específicos.....	7
1.3 Datos Generales	8
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	9
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	10
Patrones funcionales alterados:.....	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	14
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo.....	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	15
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	17
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	18
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8 Seguimiento.	21
2.9 Observaciones.	22
CONCLUSIÓN	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	24

DEDICATORIA

Con enorme entusiasmo dedico este estudio de caso, a mi Dios, el creador de este mundo, mi mayor admirador, el ser que ha permitido que con salud y sabiduría, esté cerca de cumplir una de mis grandes metas, ser un Licenciado en enfermería.

A mis padres, Johnny Valles y Jazmín Salazar, quienes han sido mi mayor apoyo durante todos estos años de estudio, y seguramente las únicas personas que apostarían por mí siempre para cumplir mis retos personales y profesionales. A mi familia en general porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento, me han hecho mejor persona y me han acompañado en todas mis metas.

AGRADECIMIENTO

Me complace expresar estas palabras de gratitud, siempre en primer lugar agradeciendo a Dios, por bendecir mi vida, guiarme a través de ella, ser mi apoyo y fortaleza en momentos de dificultad, debilidad y logros. A mis padres, Johnny Valles Sánchez y Jazmín Salazar Vera, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un logro más.

Por lo tanto, me gustaría expresar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de este objetivo, este sueño, que es tan importante para mí, y agradecerle por toda su ayuda, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su compromiso.

Mi sincero agradecimiento a mi Tutora de proyecto, la Msc. Consuelo Albán Meneses quien con su conocimiento y orientación fue un elemento clave para que yo pudiera desarrollar mi estudio de caso, que, con su paciencia y sus palabras esenciales, logre comprender cada fase del desarrollo de mi trabajo.

Gracias a todos por darme confianza y por crecer juntos en este proyecto

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

RESUMEN

El traumatismo craneoencefálico es un deterioro funcional del contenido craneal causado por un intercambio brusco de energía mecánica, provocando conmoción, contusión, hemorragia o laceraciones del cerebro. La severidad del trauma dependerá del tipo de la lesión. Arguello (2018)

En países desarrollados se encuentra un porcentaje del 40 al 60% de los casos, y el país en vía de desarrollo se encuentra una incidencia del 80% se puede determinar la gravedad de la lesión por medio de la medición de los niveles de consciencia utilizando la Escala de coma de Glasgow dividiéndose: Leve (Glasgow 13-15); Moderado (Glasgow 9-12); Grave (Glasgow 3-8). (Valarezo Chuchuca, 2004).

El presente caso clínico se elaboró con el propósito de aplicar el proceso de enfermería en paciente masculino de 22 años de edad con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, para obtener la información del paciente a través de los datos subjetivos y objetivos que permitan conocer las causas y consecuencias de este traumatismo, para así determinar los factores de riesgos y complicaciones para luego analizar los resultados del paciente.

Palabras claves: PAE, Traumatismo Craneoencefálico, hipertensión intracraneal

SUMMARY

Head trauma is a functional deterioration of the cranial content caused by a sudden exchange of mechanical energy, causing concussion, contusion, hemorrhage or lacerations of the brain. The severity of the trauma will depend on the type of injury. Arguello (2018)

In developed countries there is a percentage of 40 to 60% of the cases, and the developing country has an incidence of 80%, the severity of the injury can be determined by measuring the levels of consciousness using the Glasgow like scale divided into severe, moderate and mild (Valarezo Chuchuca, 2004).

The present clinical case was developed with the purpose of applying the nursing process in a 22-year-old male patient with a diagnosis of head trauma, to obtain the patient's information through subjective and objective data that allow knowing the causes that allow know the causes and consequences of this trauma, in order to determine the risk factors and complications and then analyze the patient's results.

Key words: ECP, Head Trauma, intracranial hypertension

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cerebrales traumáticas son un problema médico y social en todo el mundo. En países subdesarrollados la adquisición de vehículos ha aumentado y con ello el número de accidentes, sobre todo en las personas jóvenes, por ello las principales etiologías en estos grupos etarios son los accidentes de tránsito, violencia, caídas, accidentes de trabajo o deportivos. (Gavilanes, 2018)

Un estudio realizado en la ciudad de Quito, demuestra que el 69,45% de muertes violentas son debidas al traumatismo craneoencefálico (TCE), siendo el grupo de 21 a 40 años de edad el más afectado (Gavilanes, 2018). Según la INEC (2010) el traumatismo a nivel craneal constituye la sexta causa de morbilidad en la población masculina.

Por tal motivo se estudia un caso clínico de un paciente de sexo masculino de 22 años de edad que ingresa al área de emergencia del HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, se recibe paciente con ventilación por mascarilla laríngea y ambú, con herida cortante en región temporal, campos pulmonares con crepitaciones bilaterales, brazo derecho cortante a nivel de codo, inmovilización cervical, y escala de Glasgow de 3/15 con diagnóstico médico Traumatismo craneoencefálico.

Se procesa un plan de cuidados de enfermería, para encontrar una recuperación en la condición patológica en la que se halla el paciente integrando sus necesidades, para así conseguir una evolución próspera, haciendo énfasis en la importancia del proceso de enfermería en pacientes con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico.

I. MARCO TEÓRICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El traumatismo craneoencefálico es un daño funcional del contenido craneal, en la actualidad es una de las principales causas de incapacidad en la población joven, causado por un intercambio brusco de energía mecánica debido a las alteraciones físicas y/o cognitivas, provocando conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro, las cuales limitan el desempeño en actividades laborales, académicas y sociales de la persona afectada.

Conocer la causa a la que se encuentra ligado el deterioro neurológico de las víctimas, ayudará a identificar la severidad de la lesión, las cuales pueden ser ocasionadas por el ser humano mismo o en la mayoría de los casos por fuerzas externas.

FISIOPATOLOGIA

Lesión primaria. - Es el daño directo tras el impacto debido a su efecto biomecánico o por aceleración-desaceleración. En cuanto al mecanismo y la energía, provoca daño celular, rotura y contracción de axones y alteraciones de los vasos sanguíneos. Depende de la dimensión de las fuerzas generadas, su cauce y punto de impacto. Hay lesiones focales como el daño cerebral, en relación con fuerzas inerciales verdaderamente dirigidas al cerebro y lesiones difusas, como la rotura axonal, en comparación con fuerzas de estiramiento y rotación. (Guzmán F., 2017)

Lesión secundaria.- Transcurre por una cadena de sucesos metabólicos, moleculares, inflamatorios e inclusive vasculares, iniciados con el traumatismo, activando cascadas que incrementan la liberación de aminoácidos excitotóxicos (glutamato) Afectará la permeabilidad de la membrana (expandir el agua en la célula, liberar potasio al exterior, de modo que una gran cantidad de calcio ingrese a la célula), promoviendo así la producción de membrana celular, proteinasas, endonucleasas y lipasas que desatan la muerte celular por necrosis o apoptosis celular.

En el Traumatismo Craneoencefálico (TCE) grave se produce activación del estrés oxidativo, Aumenta el oxígeno y los radicales libres N_2 , causando daño a las

mitocondrias y al ADN. Las lesiones intracraneales (bultos, hipertensión intracraneal, convulsiones, etc.) y las extracraneales (hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etc.) pueden agravar estas lesiones. (Bárcena Orbe CA, 2006)

Lesión terciaria. - Es la manifestación tardía del deterioro progresivo o no causado por la lesión primaria y secundaria por apoptosis, necrosis y/o anoikis (muerte celular proyectada por desconexión, que provoca eventos de neurodegeneración. (Bárcena Orbe CA, 2006)

ETIOLOGIA. - La mayoría de los Traumas Craneoencefálico (TCE) son de causa accidental. Factores íntimamente relacionados con la etiología son la edad, la actividad motora. En jóvenes por debajo de los 19 años lo más frecuente son las caídas (20-25% de los TCE).

Por encima de esta edad son más frecuentes los accidentes de tráfico (primera causa de TCE) y los accidentes deportivos (sobre todo por encima de los 20 años). (Schutzman SA, 2001).

SIGNOS Y SINTOMAS. - Los síntomas de una lesión cerebral traumática (LCT) varían según el grado de trauma y el área cerebral afectada. Estos síntomas aparecerán de inmediato, mientras que otros síntomas pueden aparecer durante días o incluso semanas. Una persona con un Traumatismo Craneoencefálico (TCE) puede perder el conocimiento o no, ya que no siempre es signo de un Traumatismo Craneoencefálico (TCE) grave. (Brailine, 2017)

Síntomas de un Trauma Craneoencefálico (TCE) leve

Una persona con un Trauma Craneoencefálico (TCE) leve puede tener los siguientes síntomas:

- Dolor de cabeza
- Confusión
- Mareos, náuseas o vómitos

- Vértigo
- Visión borrosa
- Zumbido en los oídos
- Cansancio o somnolencia
- Mal sabor en la boca
- Cambio en los hábitos de sueño
- Cambios en el comportamiento o el estado de ánimo
- Dificultad con la memoria, la concentración, la atención o el pensamiento
- Pérdida del conocimiento que dura unos pocos segundos o minutos (Cerebrovasculares, 2012)

Síntomas de un Trauma Craneoencefálico (TCE) moderado o grave

Una persona con un Trauma Craneoencefálico (TCE) moderado o grave puede tener algunos de los síntomas que figuran arriba. Además, la persona podría tener alguno de los siguientes síntomas:

- Dolor de cabeza que empeora o no desaparece
- Vómitos o náuseas repetidos
- Dificultad para hablar
- Convulsiones o ataques
- Incapacidad para despertarse del sueño
- Agrandamiento de la pupila (el centro oscuro) de uno o ambos ojos
- Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas
- Pérdida de coordinación
- Aumento de la confusión, el desasosiego o la agitación

- Pérdida del conocimiento que dura de unos pocos minutos a algunas horas (Enfermedades, 2012)

Una persona que sufre un golpe en la cabeza u otro tipo de traumatismo que pueda haber causado un Trauma Craneoencefálico (TCE) debe buscar atención médica.

COMPLICACIONES. - Entre las complicaciones del traumatismo cerebral pueden incluir convulsiones inmediatas, hidrocefalia o engrandecimiento ventricular post-traumático, derrames de fluido cerebro espinal, infecciones, lesiones vasculares, lesiones del nervio craneal, dolor, úlceras por presión, disfunción, falla orgánica múltiple en pacientes inconscientes, y politrauma (trauma a otras partes del cuerpo además del cerebro) que afecten a la atención, memoria o al estado anímico y de conducta (Salud, 2010).

En los Traumatismos leves potencialmente graves, que son aquellos impactos craneales aparentemente leves con probabilidad de deteriorarse neurológicamente pueden existir mayor mortalidad ya que hay mayor probabilidad de diagnóstico o tratamiento inadecuado. (González, 2019)

FACTORES DE RIESGO. - La mitad de todos los traumatismos cerebrales son causados por accidentes como en: automóviles, motocicletas, bicicletas y peatones. Estos sucesos son la principal causa de traumatismo cerebral en personas menores de 30 años. La mitad de los incidentes de traumatismo cerebral involucran el uso de alcohol debido que es considerado una droga que actúa como depresor del sistema nervioso central cuando se excede la cantidad que el organismo puede soportar. (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, 2017)

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los traumatismos son una epidemia desatendida que ocasionan una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes por el aumento de accidentes automovilísticos, ingesta de alcohol y drogas.

Este caso clínico se lo realiza con el propósito de evaluar el proceso de enfermería en paciente masculino de 22 años de edad, que presenta un traumatismo craneoencefálico severo. El estudio se lo realiza aplicando el proceso de cuidados de enfermería mediante los conocimientos, destreza habilidades y actitudes en el manejo de este tipo de paciente.

La perspectiva que permitió efectuar este estudio de caso fue mediante las valoraciones médicas, los datos obtenidos del estudio, los planes de cuidados de enfermería que se aplicaron, la recopilación de la información que brindaron los familiares y gracias a ellos que facilitaron los datos clínicos.

Por tanto, este caso clínico toma en cuenta la realidad y los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia contenidos en la Constitución de la República del Ecuador y la Constitución de la República del Ecuador, y se realiza la atención que se debe brindar en los casos de traumatismo craneoencefálico.

1.2 OBJETIVOS

1.2.2 Objetivo General

Desarrollar los procesos de atención de enfermería en paciente masculino de 22 años de edad con traumatismo craneoencefálico severo.

1.2.3 Objetivos Específicos

- ✓ Valorar al paciente mediante la recopilación de datos objetivos y subjetivos.
- ✓ Realizar un diagnóstico de enfermería basado en los problemas de salud encontrados por el paciente con traumatismo craneal
- ✓ Desarrollar un plan de enfermería que refleje las necesidades de los pacientes con traumatismo craneoencefálico mediante la aplicación de intervenciones de enfermería y la prevención de complicaciones.
- ✓ Ejecutar el plan de cuidado para responder a las necesidades del paciente con traumatismo craneoencefálico aplicando las intervenciones de enfermería y la prevención de complicaciones.
- ✓ Evaluar los resultados del plan de cuidados para pacientes diagnosticados médicamente con traumatismo craneoencefálico.

1.3 Datos Generales

Nombre: NN

Edad: 22 años

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 3 Julio 1998

Nacionalidad: Ecuatoriano

Raza: Mestizo.

Grupo Sanguíneo: RH+

Residencia actual: Santa Elena

Estado: Unión libre

Nivel de instrucción: secundaria

Fecha de ingreso: 15 – 07 - 2019

II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de sexo masculino de 22 años de edad sufre un accidente automovilístico, es atendido por personal del Ecu 911, no presenta respuestas a estímulos verbales ni doloroso, ingresa al área de emergencia del HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, se recibe paciente con ventilación por mascarilla laríngea y respirador ambú, con herida cortante en región temporal, campos pulmonares con crepitaciones bilaterales, brazo derecho cortante a nivel de codo, inmovilización cervical, y escala de Glasgow de 3/15.

- Antecedentes personales: alcohólico desde los 18 años de edad
- Antecedentes patológicos familiares: No refiere
- Antecedentes quirúrgicos personales: No refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Se recibe paciente de sexo masculino de 22 años de edad con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, llega al área de emergencia desorientado, con múltiples fracturas, se administró midazolam 5 mg/h y fenitoina 1 g, se retira mascarilla laríngea. Se realizaron intentos de intubación traqueal (al menos 3), requiere maniobras de reanimación cardiopulmonar con aplicación de atropina y adrenalina a las cuales responde. Se recoloca mascarilla laríngea y se mantiene con ventilación mecánica.

A las 7:30 am, Se observó disociación toracoabdominal, rudeza respiratoria. Se retira nuevamente mascarilla laríngea se intenta nuevamente intubación traqueal, encontrando macroglosia, no es posible intubación, se intenta intubación retrograda sin éxito.

9:00 am, se solicita apoyo anestesiología para intubación de paciente. Ramsay de seis, Glasgow tres. Se observa malformación craneofacial con micrognatia,

ausencia de pabellón auricular izquierdo, valoración LEMON (con abrasiones en labios, restos sanguíneos, sonda nasogástrica, distancia interincisivos tres, distancia mentohioidea uno, tiroioidea uno, hipertrofia amigdalina no hay presencia de collarín), clasificación Hans (ventilación difícil con ambú y dos operadores).

Se realiza primer intento de intubación orotraqueal con video laringoscopio totaltrack con introducción difícil, la ventilación fue adecuada, pero no se logró ver epiglotis a través del totaltrack, anatomía distorsionada, por lo que se aborta intento.

El segundo intento se realizó con un vividtrac, observando hipertrofia amigdalina, múltiples restos sanguíneos, y no es posible visualizar estructuras faríngeas. Tercer intento de intubación, pero ahora por vía retrograda, con equipo Arrow de cateterismo venoso central. Se localiza cartílago cricoides, se llena jeringa con tres mL de solución salina, se inserta aguja cefálica hasta aspirar aire, luego se insertó la guía metálica con técnica de Seldinger, hasta verla por boca. Posteriormente se montó un tubo traqueal del número seis con neumotaponador sobre la guía metálica, y se desplazó caudalmente hasta entrar a la tráquea y se retiró la guía metálica.

Posteriormente y ya con la vía aérea (VA) asegurada se decidió realizar traqueotomía en la misma área de urgencias, la cual resulto efectiva. El paciente paso a la Unidad de Cuidados Intensivos del mismo hospital.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca: 65 por minuto

Tensión arterial: 180/100mmHg

Temperatura: 37°c

Frecuencia respiratoria: 14 por minuto

Saturación de oxígeno: 88%

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

PESO: 75 kg

TALLA: 165 cm

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 27.65 (sobrepeso)

- **Cabeza:** presencia de edemas localizado en el temporal, cabello bien implantado,
- **Ojos:** simétricos, pupilas midriáticas.
- **Nariz:** fosas nasales normales con presencia de sonda nasogástrica.
- **Orejas:** ausencia pabellón auricular izquierdo
- **Boca:** mucosas orales secas, con presencia de tubo endotraqueal, perdidas de incisivos, edemas.
- **Cuello:** móvil, enfisema subcutáneo, simétrico, con presencia de catéter venoso central.
- **Tórax:** simétrico, presencia de fracturas
- **Respiratorio:** campos pulmonares con estertores crepitante en bases pulmonares, sin tiraje, murmullo vesicular presente.
- **Cardiaco:** ruidos cardiacos arrítmicos irregulares sin soplos ni galope.
- **Abdomen:** blando, doloroso, depresible a la palpación, ruidos intestinales presentes.
- **Genitales:** sin adenopatía, sonda vesical con diuresis amarillenta y heces pastosas.

EXTREMIDADES:

- **Superiores:** Simétricos eutróficos sin adenopatía, inmóviles con presencia de catéter venoso. con presencia de edemas por accidente automovilísticos.
- **Inferiores:** Simétricos eutróficos sin adenopatía, inmóviles, con dolor a palpación, presencia de edema, llenado capilar <2 segundos.

Valoración por patrones funcionales.

1. Promoción de salud: Paciente masculino de 22 años de edad, que se encuentra en condiciones clínicas delicadas, con cuadro clínico caracterizado por disnea, hipoxia, taquicardia.

2. Nutrición: Se encuartera bajo sedación en la unidad de cuidados intensivos, intubado, con presencia sonda nasogástrica para su alimentación por vía enteral.

3. Eliminación e intercambio: Paciente presenta secreciones a nivel bucal presencia de tubo orogástrico y secreciones a nivel de la traqueotomía, presencia de sonda nasogástrica, se hidrata bajo suplementos hidroelectrolítico. Presencia de catéter vesical, diuresis amarillenta, y espumosa, heces de consistencias acuosas. Cambios en la membrana alveolo capilar.

4. Actividad y reposo: Paciente no tiene actividad física, permanece encamado, con ventilación mecánica permanente la cual favorece una mejor saturación. Se utiliza colchón anti escara, se realizan cambios posturales cada 4 horas.

5. Percepción y cognición: Paciente desorientado en tiempo y espacio, se encuentra bajo sedación.

6. Auto percepción: Se realizó cuidados de enfermería, aseo personal diario, cambios posturales, manejo de prevención de úlceras por presión.

7. Rol/Relaciones: Se encuentra en unidad de cuidados intensivos, con restricción a visitas por estado de salud.

8. Sexualidad: No refiere

9. Afrontamiento y tolerancia al estrés: Desorientado, bajo efectos de sedación.

10. Principios vitales: Familiares refieren ser evangélico.

11. Seguridad y protección: Familiares confían en atención y cuidados brindados por personal de salud.

12. Confort: Se brinda atención médica y cuidados de enfermería con calidad y calidez para mejoría del paciente.

13. Crecimiento y desarrollo: Paciente de sexo masculino de 22 años de edad, sin antecedentes patológicos personales a temprana edad.

Patrones funcionales alterados:

- Promoción de salud
- Eliminación e intercambio
- Actividad y reposo
- Afrontamiento y tolerancia

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIAL
HEMATOLOGIA			
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	3.64	10 ⁶ /ul	[4-6]
HEMOGLOBINA	10.6	g/Dl	[13-17]
HEMATOCRITO	32.0	%	[40-50]
VCM	87.8	Um ³	[80-100]
HCM	29.2	Pg	[27-31]
CHCM	33.3	g/Dl	[30-36]
RDW _c	17.1	%	[11.5-15.5]
RDW _s	53.9	Um ³	
PLAQUETAS	203	10 ⁹ /Ul	[150-450]
PLAQUEOTOCRITO	0.22	%	[0.1-0.5]
MPV	10.7	Um ³	[7.4-11]
PDW _c	16.6	%	[10-18]
GLOBULOS BLANCOS	3.70	10 ⁹ /Ul	[4-10]
LINFOCITOS	16.3	%	[25-40]
NEUTROFILOS	77.0	%	[55-65]
MONOCITOS	6.5	%	[2-10]
EOSINOFILOS	0.2	%	[0.5-5]
BASOFILOS	0.0	%	[0-2]
CELULAS GRANDES INMADURAS (%)	0.4	%	
LINFOCITOS (#)	0.60	10 ⁹ /UL	[1-4.4]
NEUTROFILOS (#)	2.85	10 ⁹ /UL	[1.6-7]
MONOCITOS (#)	0.24	10 ⁹ /UL	[0.3-1]
EOSINOFILOS (#)	0.01	10 ⁹ /UL	[0-0.5]
BASOFILOS (#)	0.00	10 ⁹ /UL	[0-0.2]
CELULAS GRANULARES INMADURAS (#)	0.01	10 ⁹ /UL	

BIOQUIMICA

GLUCOSAS	405.67	mg/Dl	[70-110]
UREA	33.87	mg/Dl	[10-50]
CREATININA	0.71	mg/Dl	[0.6-1.1]
TGO/AST	45.42	U/L	[0-31]
TGP/ALT	25.53	U/L	[0-32]

Análisis de examen de laboratorio: Realizados los exámenes, muestra de valores alterados en (HEMOGLOBINA, GLUCOSA) que refleja una anemia e hiperglicemia.

Análisis de examen de imagen:

Informe de tomografía: La tomografía axial computarizada mostro, edema cerebral severo, contusión hemorrágica temporal derecha, fractura temporal, maxilar con pérdida de continuidad ósea, enfisema subcutáneo en cuello, fractura del esternón en su tercio superior y contusión pulmonar izquierda.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo.

Diagnostico presuntivo: Politraumatismo

Diagnóstico diferencial: Trastorno por estrés post-traumático.

Diagnóstico definitivo: Traumatismo craneoencefálico

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se evalúa al paciente de 22 años de edad con diagnóstico de Traumatismo craneoencefálico, el cual refleja patrones alterados tales como, promoción de salud, eliminación e intercambio, actividad y reposo, afrontamiento y tolerancia.

Biologías: paciente con problemas respiratorios, cardiovasculares causados por traumatismo craneoencefálico.

Ambientales: evitar riesgo de infección relacionado con agentes lesivos hospitalario, evidenciados por heridas.

Físicos: Mecanismo etiológico, accidente automovilístico.

TRATAMIENTO:

A nivel neurológico:

- Fenitoína 126 mg intravenoso cada 12 horas
- Fenobarbital 90 mg intravenoso cada 12 horas
- Diazepam 7 mg intravenoso PRN

A nivel respiratorio:

- Ventilación mecánica asistida.

A nivel digestivo:

- Omeprazol 40 mg intravenoso cada 12 horas
- Metoclopramida 20 miligramos intravenoso cada 12 horas

A nivel hemodinámico

- Solución Salina al 0,9% 1000 ml intravenoso a 48 gotas por minuto.
- Transfusión de Plasma fresco congelado 540 ml intravenoso cada día con control de temperatura por 3 días
- Dextrosa al 10% 1000 ml + soletrol sodio 10ml + soletrol potasio 10ml intravenoso a 48 ml hora

A nivel infeccioso:

- Meropenem 1g intravenoso cada 6 horas
- Levofloxacin 500 mg intravenoso cada día
- Amikacina 610mg intravenoso cada día

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 4 cardiovasculares

Fuente: NADA 2015-2017

Patrón respiratorio ineficaz (00032)

R/C: Fatiga de los músculos respiratorios, Deterioro Neurológico

E/P: Disnea, ruidos respiratorios, aleteo nasal, dolor

M
E
T
A
S

Dominio: Fisiológica (II)

Clase: E Cardiopulmonar

Etiqueta: 0411 respuesta de la ventilación mecánica adulto

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

Campo: Fisiológico Básico

Clase: K Control respiratorio

Etiqueta: 3350 Monitorización Respiratoria

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria		X			
Ritmo respiratorio		X			
Dificultad para respirar con el ventilador		X			
Saturación de oxígeno		X			
Sonidos respiratorios adventicios		X			

ACTIVIDADES

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Disponer precauciones universales; guantes, gafas y máscara, si es el caso.
- Aspirar la nasofaringe con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración.
- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámica (nivel de PAM y ritmo cardíaco)

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Dominio: 4 Actividad/reposo
 Clase: 2 Actividad/Ejercicio
 Fuente: NANDA 2015 - 2017

Deterioro de la movilidad física (00085)

R/C: Deterioro cognitivo, Deterioro musculo esquelético, Medicamentos.

E/P: Movimientos espasmódicos, Disnea de esfuerzo, Limitación de la capacidad para las habilidades motoras

M
E
T
A
S

→ Dominio: Salud Funcional (I)

→ Clase: Movilidad (C)

→ Etiqueta: Consecuencias de la inamovilidad fisiológica (0204)

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

→ CAMPO: fisiológico básico

→ CLASE: C control de inmovilidad

→ ETIQUETA: Cambio de posición (0840)



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Ulceras por presión				X	
Fiebre			X		
Articulaciones contraídas			X		
Neumonía		X			
Estado nutricional		X			

- ACTIVIDADES**
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
 - Colocar en posición para el alivio de la disnea.
 - Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario.
 - Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
 - Desarrollar un protocolo para el cambio de posición

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)

Dominio: 4 Actividad/reposo
 Clase: 4 respuestas cardiovasculares
 Fuente: NANDA 2015 - 2017

R/C: Accidente automovilístico

E/P: Traumatismo cerebral, Hipertensión

M
E
T
A
S

→ Dominio: Salud Fisiológica

→ Clase: E Cardiopulmonar

→ Etiqueta: Perfusión tisular: cerebral (0406)

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

→ CAMPO: 2 fisiológico complejo

→ CLASE: I Control Neurológico

→ ETIQUETA: Monitorización de la presión intracraneal (PIC) (2590)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión Intracraneal	X				
Presión sanguínea sistólica		X			
Presión sanguínea diastólica		X			
Deterioro cognitivo	X				
Reflejos neurológicos alterados	X				

- ACTIVIDADES
- Controlar el estado neurológico.
 - Observar la cantidad/frecuencia y característica del drenaje del LCR.
 - Mantener la presión arterial sistémica dentro de los márgenes especificados.
 - Administrar agentes farmacológicos para mantener la PIC dentro del margen especificado.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

El propósito del tratamiento es monitorear los parámetros hemodinámicos a los que se debe prestar atención y tratar el traumatismo craneoencefálico severo, enfocándose en obtener un suministro de oxígeno cerebral adecuado y evitando todos los factores que aumentan la presión intracraneal (PIC).

Entre los objetivos asistenciales, además de controlar y gestionar el sistema de drenaje estandarizado para prevenir o reducir complicaciones, así mismo se encarga de formular un plan de cuidados para brindar a los pacientes una atención personalizada y humanizada del trauma craneoencefálico para mejorar la salud y estabilidad de los pacientes y brindar mejor atención, independientemente del estado del paciente

El caso clínico se ajusta al Modelo de Enfermería de Virginia Henderson; sugirió que las enfermeras no solo deben evaluar las necesidades de los pacientes, sino también evaluar los cambios en sus condiciones y condiciones patológicas.

Cuidado: El propósito es suplir los defectos de autonomía del sujeto para que pueda satisfacer de manera autónoma sus necesidades básicas.

Entorno: Estos factores externos tienen un impacto positivo o negativo en las personas. El entorno natural es dinámico. Incluye la relación con la propia familia y la responsabilidad de la comunidad de brindar atención.

Persona: Como componente compuesto por elementos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, tratando de mantener el equilibrio. Estos componentes son indivisibles, por lo que se considera a las personas como un todo.

Salud: La calidad de la salud es mucho mejor que la vida misma, se encuentra al borde de la vitalidad física y mental que permite a una persona ejercer la máxima eficacia y lograr una mayor satisfacción con la vida. Independencia de personas que satisfacen 14 necesidades básicas.

2.8 Seguimiento.

El 15 de julio del 2019, asiste por el área de emergencia del Hospital Liborio Panchana Sotomayor paciente de 22 años de edad con accidente automovilístico, quién fue atendido por el personal médico – enfermero en su valoración respectiva se observa que el paciente se recibe con ventilación por mascarilla laríngea y respirador ambú por el equipo Ecu 911, inmediatamente se administran sedación por prescripción médica.

Se intenta intubación traqueal (al menos 3 veces) en la que se mantiene la ventilación mecánica. Se realiza intubación oro-traqueal (al menos 3 veces) con video laringoscopio totaltrack, vividtrack y equipo Arrow de cateterismo venoso central, se montó un tubo traqueal con neumotaponador sobre la guía metálica, y se desplazó caudalmente hasta entrar a la tráquea

Se decidió realizar traqueotomía en la misma área de urgencias, la cual resultó efectiva. El paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos del mismo hospital. En su inicio se evidencia en los exámenes complementarios, muestra de valores alterados en (HEMOGLOBINA, GLUCOSA) que refleja una anemia e hiperglicemia.

Se inició con el tratamiento (antibióticos, neurológicos, digestivo) con la respectiva y actividades de enfermería. Administración de hemoderivados

A la semana de su ingreso a UCI y de ser tratado al paciente, se mostró mejorías en cuanto a la saturación de oxígeno, hipertensión intracraneal y en lo hemodinámico.

Se mantiene en cuidados intensivos con pronósticos reservados

Evolución:

Medidas generales:

Vigilancia y monitorización

Higiene y baño diario

Cuidados de vía central, gastrostomía

Control de signos vitales

Balance hídrico cada 4 horas

Cambios posturales cada 2 horas

Manipulación mínima

Cabecera elevada - Posición Semifowler

Higiene y aseo diario

2.9 Observaciones.

El personal médico explicó a los familiares la situación clínica del paciente, posibles complicaciones, alto riesgo neurológico y posibles secuelas irreversibles, y preservó el pronóstico.

El familiar fue informado de todos los procedimientos realizados al paciente y recibió la aprobación. Medico indica que debe tener más tiempo de estadía para su pronta recuperación..

Según la situación clínica, se realizó la correspondiente revisión bibliográfica para conocer más sobre patología, complicaciones, enfermería, etc.

CONCLUSIÓN

Se realizó la valoración al paciente y se recopiló toda la información necesaria para el hallazgo de los posibles diagnósticos de en Enfermería.

Se formularon los diagnósticos de enfermería en base al cuadro clínico que presentaba la paciente y los patrones funcionales alterados.

Se elaboró un Plan de cuidados para satisfacer las necesidades del paciente.

Se llevaron a cabo todas las intervenciones planificadas, con el objetivo de buscar la mejoría en la salud del paciente y prevenir complicaciones.

Después de haber aplicado todas las intervenciones planteadas, se realizó una evaluación de los resultados obtenidos en la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

Podemos concluir con que la realización y seguimiento del caso clínico y este tema en específico, se puede asegurar que el Plan de Cuidados de Enfermería no siempre obtendrá como resultado un paciente rehabilitado, si no que como personal de salud debemos estar preparados para todas las situaciones en las cuales el paciente no tenga mejoría o no responda a los tratamientos, .en este tipo de pacientes debemos aplicar las intervenciones para mejorar su calidad de vida intrahospitalaria, dar apoyo a los familiares y enseñarles el manejo del paciente en condiciones críticas, ya que la ayuda de los familiares crea una diferencia en la evolución del paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Dekker G, Sibai B. . (2001). Primary, secondary, and tertiary prevention.

Universidad Internacional de Valencia. (2019). Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas. VIU.

(INEC), I. N. (2010). Obtenido de

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/PDF%20Trastornos%20Hipertensivos%20del%20Embarazo.pdf>

Antonette T. Dulay. (Junio de 2019). *Main Line Health System*. Obtenido de

<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>

arguello, J. (13 de junio de 2018). *Organizacion Panamerica de la Salud*. Obtenido de OPS: paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/desigualdades/item/938-tce-traumatismo-craneoencefalico

Arguello, J. (2018). *Traumatismo craneoencefálico*. Obtenido de

<https://www.paho.org/relacsis/index.php/en/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/item/938-tce-traumatismo-craneoencefalico>

Bárcena Orbe CA, R.-A. B.-M. (2006). *Revisión del traumatismo craneoencefálico* (Vols. 495-). Obtenido de

http://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43_n2_2017/charry_p177_v43n2_2017.pdf

Brailine. (2017). *Causas y los factores de riesgo para el traumatismo cerebral*. Obtenido de <https://www.brainline.org/article/%C2%BFcu%C3%A1les-son-las-causas-y-los-factores-de-riesgo-para-el-traumatismo-cerebral>

Cacheda, A. (2015). *Fisiología* . Obtenido de Anatomía funcional del riñón. Funciones.:

<http://laphysis.blogspot.com/2011/11/tema-8-anatomia-funcional-del-rinon.html>

Cerebrovasculares, I. N. (24 de MAYO de 2012). *Traumatic brain injury information page*.

Obtenido de <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Traumatic-Brain-Injury-Information-Page>