

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON
TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO, SERVICIO DE
EMERGENCIA, HOSPITAL, MARÍA AUXILIADORA, 2019.**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ENF. ZILA DELFINA MORALES MACHACUAY

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ASESOR: Dr. EDGAR LUCAS ALVIZURI GÓMEZ

Lima, Perú

2019

Dedicatoria

A mis familiares, que son el soporte de mi desarrollo personal y profesional.

Agradecimiento

A Dios, por permitir estar con salud y vida

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por formarme académicamente para asumir los nuevos retos y desafíos.

Indice

	Pág
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Indice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	1
1.1 Base Teórica	1
1.2 Teoría de enfermería de que aplica al trabajo académico de Marjory Gordon	10
1.3 Cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano	12
1.4 Antecedentes de estudio	16
CAPÍTULO II APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADAS EN EVIDENCIAS	22
2.1. Situación problemática:	22
2.2. Valoración según Dominios	26
2.3. Diagnóstico de Enfermería	31
2.4. Planteamiento; Ejecución de las intervenciones; Evaluación de los resultados	35
CAPÍTULO III.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
3.1 Conclusiones	52
3.2 Recomendaciones	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	57
Anexo 1. Escala de Coma de Glasgow:	58
Anexo 2. Exploración de nervios craneales:	60
Anexo 3. Constancia	62

Resumen

El trabajo académico se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital María Auxiladora, 2019, con traumatismo encéfalo craneano en un adulto mayor, aplicando el proceso de cuidado enfermero como herramienta de trabajo sustentada con varias fuentes bibliográficas, que nos ilustra desde una valoración inicial, secundaria, con todas sus etapas de la presentación clínica, tipos de lesión, clasificación de las mismas, tratamiento médico hasta la posibilidad quirúrgica y los cuidados enfermeros. El trabajo se sustenta en el uso de una metodología científica de cuidados enfermeros en pacientes con traumatismo encéfalo craneano, con la finalidad de instituir protocolos de atención en los servicios de emergencia basado en evidencias, desde reconocer las lesiones que se generan que pueden ser transitorias o permanentes, precauciones en cuanto a la movilización para movilizar, la protección de las vías aéreas, reposición de fluidos, evaluación neurológica, evitar mayor daño. Finalmente el cuidado enfermero debe responder a las respuestas humanas del paciente en una valoración, diagnósticos de enfermería, planeamiento del trabajo enfermero, luego realizar las intervenciones de enfermería y finalmente la evaluación de trabajo enfermero como un proceso global en función a los indicadores, para finalmente formular conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: Injuria cerebral, Trauma múltiple, Conmoción cerebral, Edema cerebral, Enfermería profesional.

Abstract

The academic work was carried out in the emergency service of the María Auxilidora Hospital, 2019, with head injury in the elderly, applying the nursing care process as a work tool supported by several bibliographic sources, which illustrates us from an initial assessment. secondary, with all its stages of clinical presentation, types of injury, classification of them, medical treatment to the surgical possibility and nursing care, The work is based on the use of a scientific methodology of nursing care in brain trauma patients cranial, with the purpose of instituting protocols of attention in the emergency services based on evidences, from recognizing the injuries that are generated that can be transitory or permanent, precautions regarding the mobilization to mobilize, the protection of the airways, replacement of fluids, neurological evaluation, avoid ayor harm. Finally, the nursing care must respond to the patient's human responses in an assessment, nursing diagnoses, nursing work planning, then perform the nursing interventions and finally the evaluation of nursing work as a global process based on the indicators, finally formulate conclusions and recommendations.

Key words: Brain injury, Multiple trauma, Concussion, Cerebral edema, Professional nursing.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe la lesión que se produce en la masa encefálica por efecto de un golpe fuerte a nivel cerebral, el mismo que puede incrementar la presión intracraneana, puede comprometer la conciencia, producir amnesia, cambios en la parte motora y hasta pérdida de sangre, líquido raquídeo y hasta en algunos casos la materia gris.

El paciente que tiene un traumatismo encéfalo craneano requiere de un cuidado especial porque es de alto riesgo. Según Marjory Gordon manifiesta que el cuidado enfermero debe ser humano y debe ser en función a valores y principios que los llama código de ética y deontología, el cuidado del paciente en todo momento debe evitar la lesión por injuria cerebral, inspeccionar el daño, recobrar las función sensitivo motor, y que la familia participe en el cuidado. Pero el cuidado enfermero debe empezar con una valoración minuciosa en la que la enfermera ponga en práctica todo su conocimiento y experiencia para llevar a cabo un procedimiento de cuidados con la aplicación de metodología científica, con el pleno reconocimiento de lo que se intenta hacer, teniendo en cuenta la capacidad de hacer y de lo que finalmente se va a llegar a hacer.

Al inicio la forma de actuar es realizando la reanimación el mismo que está dirigido a poner en práctica los cuidados que se sostiene el ABCDE, de la reanimación cardio pulmonar, en el que se da prioridad a las vías aéreas, la calidad de respiración, el control hemodinámico del la parte circulatoria, la evaluación del deterioro neurológico que se toma en cuenta en base a la escala de coma de Glasgown y evaluación del tamaño de las pupilas que son sugerente de la lesión neuronal independientemente del tipo de traumatismo tenga el paciente, por ningún caso se pueden subestimar las lesiones cerebrales.(Haydel, 2014).

El paciente que está con traumatismo encéfalo craneano requiere del cuidado del personal de enfermería en el servicio de emergencia ya que es necesario que apliquen todo sus conocimientos científicos para evitar

lesión secundaria ya que se incrementa la morbimortalidad en los sujetos que tienen comprometido el sistema nervioso, de allí que este paciente necesita de una serie de aptitudes y procedimientos que muestran la diferencia a otro tipo de servicios (Calderón y Sáenz, 2014).

El presente trabajo trata de mostrar la responsabilidad que requiere el tener bajo el cuidado enfermero a pacientes que se encuentran con un traumatismo encéfalo craneano que es tan antiguo como la unidad, desde épocas anteriores se da este tipo de lesiones y es fundamental los conocimientos que se tienen que poner en práctica para proporcionar una asistencia de calidad y brindar seguridad al paciente para que no tenga consecuencias fatales. Por que es muy cierto que cada vez hay más casos de accidentes con consecuencias mortales por imprudencia de los choferes que beben licor y manejan en esas condiciones, provocando accidentes que generan lesiones de la masa encefálica porque son de gran magnitud.

El trabajo estuvo distribuido en dos capítulos, se consideró en el primer capítulo las bases teóricas en relación al tema, las teorías de enfermería relacionados con ello , los cuidados que deben ser aplicados por los enfermeros y los antecedentes que son estudios asociados al tema. En el segundo capítulo los problemas que se encontraron al respecto, la valoración con respecto a los licenciados de enfermería, las formas de diagnóstico, así como el planteamiento de los objetivos e intervenciones. Finalmente se ejecutó las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Base Teórica

1.1.1 Traumatismo Encéfalo craneano en el Adulto

Es una condición clínica que aparece luego de producirse una acción de una fuerza mecánica sobre las estructuras de la masa encefálica, el cual va generar cambios anatómicos y fisiológicos a nivel cerebral, acompañado con el aumento de la presión intracraneana, compromiso de la conciencia, amnesia postraumática, alteración sensitivo motor, inclusive puede haber pérdida de sangre, liquido céfalo raquídeo, hasta la perdida de la sustancia gris, los cuales pueden ser explorados a través de la clínica y los estudios imagen lógicos.

Además la evidencia de un traumatismo encéfalo craneano es cuando existe una contusión mecánica sobre la bóveda del cráneos que genera la perdida de la solución de continuidad, la clínica de mayor notificación es la cefalea en todas sus presentaciones.(Mower, 2015)

Generalidades

Cuando se revisa la historia de los Traumatismo encéfalo craneano se remonta al igual de la existencia de la humanidad, siempre existió y existirá estas lesiones, con la diferencia que en la actualidad el mundo violento genera mayor posibilidad de lesión, sin embargo los avances de la ciencia y tecnología en el manejo de la lesión tienen nuevos birretes, los accidentes de tránsito en la actualidad es lo que notifica este tipo de lesión con incremento exponencial, a pesar de las grandes campañas de prevención no se logra disminuir el impacto que genera estos accidentes, mas por el contrario eroga gastos a la familia y a la sociedad por tener complicaciones muy arteras que afectan neurológicamente a la familia.(Quiroga, 2016)

En la actualidad es una de las causas muy notificadas en el adulto maduro menores de 45 años de edad, los traumatismos están asociado a

accidentes de tránsito, consumo de drogas y estupefacientes entre ellos el alcohol, trabajos de riesgo, deporte, violencia familiar o por uso de arma de fuego.

En el Perú, entre el 2005 al 2015 se reportaron 708064 accidentes por vehículos motorizados, que han ocasionado 32345 muertes y en los últimos cuatro años 13677 personas quedaron discapacitadas de por vida, es así que se constituye en la primera causa de muerte en varones con una tasa de 29.3 por 100,000 habitantes, en poblaciones en etapa de producción (Cam, 2014)

En realidad es muy difícil conocer las cifras reales de los pacientes con traumatismo encefalo craneano, en el hospital María Auxiliadora cada día más cantidad de pacientes con lesiones neurológicas se atienden en la Emergencia, a diario oscilan entre 4556 pacientes anuales por traumatismo encefalo craneano, muchos de ellos tienen que intervenir quirúrgicamente, los costos que erogamos al estado es alto por su gran complejidad, alrededor de 734 pacientes fallecieron por esta causa, otros ocupan camas en salas de emergencia, unidad de terapia intensiva y pabellones de cirugía y neurocirugía, los mismos consultorios de neurocirugía están al límite de su capacidad lo mismo ocurre con terapia física y de rehabilitación, es importante considerar que el nosocomio es el único hospital de referencia a nivel de Lima Metropolitana.. (Idrovo, 2016)

Los Enfermeros son los profesionales que están al cuidado del paciente con traumatismo encefalo craneano, de allí la importancia que él o la enfermera tiene que saber valorar, hacer diagnósticos de Enfermería, planear los cuidados, ejecución de las intervenciones y finalmente evaluarlos como corresponde en relación al objetivo. Todo el proceso es el cumplimiento de una secuencia utilizando el método científico para poder brindar un cuidado humanizado al servicio de la humanidad y la naturaleza.

Epidemiología

Es una de las causas más importantes de muerte durante la tercera y cuarta década de vida, como tal la mayoría de las personas quedan con secuela como consecuencia de la lesiones temporales otros permanentes, Entre la causas que notifican: accidentes vehiculares, accidentes en el trabajo, juegos deportivos de riesgo, violencia familiar, violencia social, La tasa de incidencia estimada es de 200/100.000/año, es predominante en el sexo masculino, sugun un estudio realizado en la ciudad de Lima en los pacientes por muerte violenta se evidenció que el 69.45% se debieron a traumatismo encéfalo craneano, en personas cuya edades fluctua de 20 a 45 años. (Flasco, 2017)

La primera causa es los accidentes de tránsito, con tasa elevada de muerte que alcanza 11 a 16 por 100000 habitantes por año, y su incidencia es 200 a 400 por cada 100000 habitantes por año, sin embargo con claridad se define que la primera causa de muerte en países desarrollados, con sus consecuencia que representa para la familia, la sociedad en su conjunto. En adultos mayores la causa viene a ser los accidentes cotidiannos de lo adultos mayores expuesto a las caídas, en adultos maduros son los accidentes de transito y los niños esta representado por accidentes domésticos en nucleo familiar (Toledo, 2015)

La injuria cerebral es causa de muerte en alrededor de un 40% de los accidentes pro vehículos (otro 40% son los poli traumatizados). De los accidentes reportados por la población, el traumatismo craneoencefálico es una de las lesiones más patéticas después de las contusiones y fracturas. Este perfil se mantiene en todos los grupos de edad, excepto en los menores de un año, grupo en el que el traumatismo craneoencefálico ocupa el primer lugar (35%). En la población infantil en Perú, el traumatismo craneoencefálico constituye el 3% de las consultas anuales de urgencia con 280 casos de cada 100.000 mil pacientes. Más de la mitad son accidentes domésticos, el 26% ocurre en espacios públicos y el 5% corresponde a accidentes de tránsito.

El traumatismo craneoencefálico es la causa de muerte alrededor de un tercio de los pacientes menores de 18 años que fallecen por traumatismo. (Minsa,2016).

Causas del Traumatismo Craneoencefálico.

Accidente de Tránsito:

Cuando se aprecia Lima crece desmesuradamente, sin ningun tipo de planificación urbanístico, circular en en la Ciudad de Lima es un caos, todo los días se presentan accidentes vehiculares generalmente por una falla humana, donde el conductor no respeta las señales de transito y los peatones también, en esta circunstancia es responsabilidad compartida, y nos remontamos a su historia y encontramos un problema educacional, las penas, las multas, no han sido posible para controlar de tal forma es muy caótico vivir en Lima, donde se pierde horas de vida, horas de trabajo, sobre todo economía. Los traumatismos encefalocraneano va depender de la magnitud de la lesión y la circunstancia como se produjo que generalmente son bruscos y súbitos.

Agresiones Violentas:

Todo los días las comisarias, los centros de atención hospitalaria recogen quejas de personas por agresión, esto asentado muchas veces con el consumo del alcohol, donde la persona pierde todo tipo de escrúpulo, como tal arreglan a golpe sus diferencias personales, muchas de estos lesiones tienen arraigo popular en las festividades de la sierra, además tenemos una sociedad muy machista donde la agresión a la mujer es una constante al punto de ser consideradas el país con mayor caso de feminicidios o primitivas. La violencia socia social también es muy común de parte del terrorismo, y la delincuencia.

Herida por bala:

Las hordas terroristas, los delincuentes que asaltan lo realizan a mano armada, sin respetar la condición con el fin de cometer sus objetivos, la bala perfora el cráneo y compromete las estructuras blandas del encéfalo,

generando destrucción de la masa encefálica, de acuerdo al compromiso muchos pueden ser fatales.

Otras posibles causas

Los niños menores, producto de su hiperactividad, el juego se producen lesiones o injurias cerebrales, otros están asociados a actividades recreativas o deporte, deportes de aventura, los adulto mayores por su condición de capacidad de respuestas están espuesto a accidente en casa, España se sitúa en 200 casos nuevos por 100.000 habitantes por año, 10% (graves) 10% (moderados) 80% (leves, restante) y aproximadamente el 21% de los supervivientes presentarán discapacidad moderada o grave (Medina, 2016)

Tipos de Lesiones.

Lesiones primarias.

Son los daños directos a causa de la lesión primaria, que pueden ser por herida por arma de fuego, objeto punzo cortante, objeto contuso, fractura de cráneo, por desgarro, es la magnitud de la fuerza externa que va generar esta lesión, esta determinada por a fuerza con que se produjo el accidente, la neurotoxicidad, trombosis. Se tiene que entender todo tipo de lesión como consecuencia de la lesión priimaria, para evitar las lesiones o injuria es pertinente la prevención.

Lesión secundaria

Es a consecuencia de la lesión primaria, por sangrados, edema cerebral, aumento de la presión intracraneana, convulsiones, alza termina, hematomas, hipoxia cerebrales, hipoperfusión cerebral. Se desarrolla como consecuencia de la lesión primaria, desarrollando sangrados, edemas, hiperemia, trombosis y otros procesos fisiopatológicos secundarios.

Deterioro retardado.

De los pacientes que inicialmente tuvieron traumatismo craneoencefálico y no manifestaron síntomas o signos de lesión cerebral, 15% pueden

presentar después en minutos u horas un deterioro neurológico causado por lesiones que pueden ser fatales si no se detectan a tiempo conocidas como «habla y deteriora» o «habla y muere»

Clasificación del traumatismo craneoencefálico

Traumatismo encéfalo craneano Leve:

Dentro de la clasificación del traumatismo encéfalo craneano leve, están los paciente que sufrieron lesión o daño menor, personas que durante, luego del accidente nunca perdieron el contacto con la realidad, a pesar que pueda tener dolor de cabeza, herida en cuero cabelludo, hematomas pueden proporcionar información, además pueden estar en curso náuseas o mareos, tendencia a sueño o somnoliento. Según la escala de coma de Glasgow tiene una puntuación de 14 y 15 puntos de 15, sin embargo los paciente con un TEC leve, pueden llegar progresar a TEC moderado.

Traumatismo encéfalo craneano Moderado:

En curso de ser considerados paciente con TEC Moderado, son los que perdieron el contacto con la realidad y luego lo recobraron, pero manifiesta cierta amnesia de hechos recientes y conservan los acontecimientos antiguos, además presentan lesiones arteras en cara y cráneo, presenta náusea, vómito explosivo, cefalea intensa, usualmente las personas entran en proceso de agitación psicomotriz, pueden evidenciarse algunos déficit sensitivos y motores, en otros casos los paciente con TEC leve pueden progresar negativamente, según la escala de coma de Glasgow esta los paciente cuyo score es de 9 hasta 13 puntos de 15.

Traumatismo encéfalo craneano grave:

Son las lesiones mayores que comprometen en su integridad al cráneo y cara, con lesiones más profundas, que se evidencia con pérdida de solución de continuidad y los tejidos subyacentes incluido las partes blandas y óseas, los pacientes perdieron el contacto con la realidad y no recuperaron, la escala de Glasgow que corresponde a estos pacientes, son de un score de 3 hasta los 8 puntos de 15, estos pacientes tienen alta

posibilidad de comprometer las vías aéreas, muchos llegan a convulsionar, los vómitos es común, las hemorragia, perdida de liquido cefalo raquídeo, en otros casos undimiento del cráneo, en la evaluación neurológica llamaremos que se esta focalizando, en las pupilas se pueden encontrar mioticas que pueden estar asociado al consumo de drogas, la anisocoria asociado a hematomas o hemorragias intracerebrales y finalmente la midriasis que se relaciona con hipoxwmia cerebral.

Manejo del Traumatismo encéfalo craneano

Manejo inicial de reanimación está orientado a brindar los cuidados que se sustenta en el ABCDE, de la reanimación cardio pulmonar, donde prima las vías aéreas, la calidad de la respiración, el control hemodinámico de la parte circulatoria, la evaluación del deterioro neurológico que se estima a través de la escala de coma de Glascown y evaluación del tamaño de las pupilas que son sugerente de la lesión neuronal independientemente del tipo de traumatismo tenga el paciente, por ningún caso se pueden subestimar las lesiones cerebrales.(Haydel, 2014)

Manejo de las Vías Aéreas

Es importante mantener las vías aéreas permeable, independientemente de la lesión que presentará el paciente, suministrar oxigeno es vita, corresponde a la enfermera monitorear la saturación de oxigeno que siempre debe mantenerse por encima del 95%. No es tributario promover la entubación oro traqueal porque se debe considerar los riesgos de aspiración, es obvio cuando el trastorno de sensorio se hace evidente es importante recurrir a la entubación oro traqueal para asegurar una vía artificial permeable y a través de ello suministrar oxigeno que requiere el paciente, todo paciente con Escala de coma de glascown de 8 puntos a menos debe ser entubados e ingresar a ventilación mecánica cuando el paciente pierde su capacidad de ventilación espontánea y los reflejos se hacen muy lentos, cuando laboratorialmente se demuestra que existe insuficiencia respiratoria, depresión del centro respiratorio y compromiso de la circulación sanguínea. Finalmente se tiene que tener en cuenta que el

acto de la entubación no sea traumático, hacer uso racional de los medicamentos para disminuir la presión intracraneana y en utilizar medicamentos que pueden comprometer las vías aéreas.(Trauma, 2016)

Ventilación. Como premisa se tiene que tener en cuenta que el nivel de la hipoxia cerebral genera mayor injuria cerebral, aumento de la presión intracraneana, concomitantemente aumento de la morbi y mortalidad por Traumatismo encéfalo craneano, es en este momento que en el paciente se tiene que realizar lesiones a nivel del pulmón y la caja torácica, es importante reconocer si existe Neumotórax, hematomas y tórax inestable. Es importante considerar los valores normales de la gasometría arterial, cualquier tipo de alteración en sus niveles puede aumentar la injuria cerebral sea por déficit o exceso por lo menos las primeras 3 a 4 horas después de la lesión, por el sustento que se detallo es importante considerar la ventilación mecánica o el soporte oxigenatorio para evitar mayor disturbio cerebral.(Trauma, 2016)

Circulación. Destaca en este rubro el control de la hemorragia que es consecuencia de la lesión que genero el traumatismo encéfalo craneano, cuando se produce sangrado externo o interno va asociado a taquicardia, hipotensión arterial, polipnea que denota la disminución del gasto cardiaco que repercutirá negativamente en el aporte de oxígeno a nivel cerebral y toda la economía. El trabajo de la enfermera se sustenta en dos frentes.

El primero es acceso a vías periféricas para administra fluidos, sobre todo isotónico, por ningún caso de debe utilizar dextrosa porque aumenta la posibilidad de edema cerebral, es objetivo mantener la presión arterial media por encima de 80 mmhg.

El segundo es controlar la hemorragia que pueden ser visibles para mejorar la volemia en pacientes críticos y enfermos con traumatismo encéfalo craneano, de ser necesario plantear la posibilidad de administrar hemoderivados. (Sttocchetti, 2010)

Daño Neurológico

Cuando se trata de la evaluación del estado de conciencia de la persona con traumatismo encéfalo craneano, se circunscribe a la aplicación de la Escala de coma de glasgow, para poder determinar a score corresponde y ubicar dentro de la clasificación está en Leve, moderado y grave. Con mayor razón es imperativo evaluar la parte motora del paciente, es importante señalar que todos los pacientes críticos son evaluados utilizando las tres áreas.

Cuando a la escala de coma de glasgow, es una herramienta de la evaluación neurológica a ello se suma la evaluación pupilar de los ojos, donde es pertinente encontrar distintos tamaño de pupilas y su reacción que pueden ser sugerente de algunas lesiones importante para decisión médica como tal, la midriasis es sugerente de hipoxia tisular sostenido, una anisocoria indicaría muy temerariamente un efecto de masa por tumor o hematoma y una miosis determina una intoxicación, que muchas veces están asociadas al consume del alcohol, a ello se suma si son reactivos. (Care, 2015)

Indicaciones quirúrgicas del Traumatismo encéfalo craneano

Para decidir la conducta quirúrgica del paciente es importante recordar que tiene que ser en un tiempo previsto que sea óptimo para el paciente evitando la complicación.

Hematoma extradural. Es determinada por tomografía, una vez definido la existencia de hematomas mayores a 30 cm. Es tributario el drenaje a través de una craneotomía, independientemente de su condición clínica o su Escala de coma de glasgow, debe realizarse su evacuación. (Davis, 2017)

Hematoma subdural agudo Cuando topográficamente encuentran el espesor del hematoma de 10 mm, con desviación de la línea media, independientemente de su escala de coma de glasgow debe ser intervenido

quirúrgicamente, estos pacientes requieren control tomográfico y monitoreo de la presión intracraneana. (Davis, 2017)

Lesiones focales tentoriales. En estos casos es importante considerar una craneotomía para liberar de mayor lesión a la masa encefálica, se utiliza en paciente con hematomas corticales, subcorticales e intra parenquimatosa.

Hundimiento de cráneo y heridas penetrantes En estos pacientes es una indicación realizar la intervención quirúrgica para estabilizar las estructuras con avería, estética, y realizar la curación quirúrgica para retirar fragmentos óseos o de tejidos, cuerpos extraños .(Cruz, 2016)

1.2 Teoría de enfermería de que aplica al trabajo académico de Marjory Gordon

Es una de la teoristas que cobro mucha importancia porque no deja un legado de la excelencia científica como base del conocimiento científico, que combina con el pragmatismo, deja la enseñanza que la teoría y la practica son fenómenos indisolubles que no se separan por el contrario logran complementarse y cada día se afianzan como tal es importante que las enfermeras tengan una formación académica minuciosa que se basa en evidencias científicas, además resalta la teorista que la enfermera en su ejercicio tiene que ser ético, siempre obrar en realizar el bien, ayudar al prójimo en toda su extensión, siempre considerará el valor de la persona en iguales condiciones, los cuidados tienen que ser prolijos, sobre todo considerando que el paciente con traumatismo encéfalo craneano grave, requiere en su totalidad de la intervención de la enfermera en la satisfacción de sus necesidades básicas. La teorista enseña a los enfermeros que el ser humano tiene múltiples dimensiones, es más fácil dimensionar y buscar alteraciones en ellas, sin embargo clarifica que el paciente en sus evidencias son respuestas humanas, individual, especial y distinta al resto, de allí la importancia que la enfermera tiene que estar orientado a reconocer claramente las respuestas humanas de los pacientes con traumatismo encéfalo craneano para su cuidado eficiente, cálido, oportuno,

continuo y seguro como una garantía de un trabajo de calidad de cuidado enfermero.

La presente teorista señala con énfasis que el cuidado enfermero es una acción humana que comporta como un todo guiado por sus valores y principios a los que se denomina el código de ética y deontología que se revela en la intención del cuidado en pacientes con traumatismo encéfalo craneano, el cuidado del paciente está en evitar las consecuencia de la lesión por la injuria cerebral, controlar el daño, recuperar las función sensitivo motor, integrar a la familia como parte del cuidado, donde ellos se constituyan como elementos y miembros activos de una alianza estratégica de ser gestores del cuidado. Sin embargo debe estar claro que el cuidado enfermero inicia con una valoración minuciosa donde la enfermera utilice su conocimiento y experiencia para estructurar un plan de cuidados como parte de una metodología científica, consciente y deliberado que presupone el reconocimiento de lo que se pretende hacer, de lo que se es capaz de hacer y de lo que se puede llegar a hacer. La enfermera(o) debe comprender que su labor principal es llegar a realizar juicio de valor en base de la valoración lo que se denomina diagnósticos de enfermería, las respuestas humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente. Debe existir entre los profesionales de la salud y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la enfermera(o) en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar. Los términos de deshumanización y despersonalización son dilemas que afronta en los últimos tiempos en las enfermeras, es importante considerar que no es propio en la filosofía de los enfermeros, hacen referencia, sobre todo, al grado de considerar como un objeto más al enfermo durante la atención brindada. Para todo esto es necesario nombrar a la teorista que nos brinda un instrumento para lograr un cuidado sistematizado en un paciente con traumatismo encéfalo craneano grave dentro de un una unidad de cuidaos críticos Unidad de Shock Trauma de Hospital María Auxiliadora, Pues es Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería

conocida como patrones funcionales de salud de Gordon fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero y luego gestionar cuidados planeando, realizando intervención como esencia del cuidado los mismos de forma dinámica tienen que tener evaluación en función a sus indicadores con la posibilidad de ser replanteados en su intencionalidad.

La teoría de enfermería puede indicarnos a los enfermeros como una conclusión que el enfermero debe poseer conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso de atención de enfermería, es decir, en el método científico aplicado a los cuidados. Las enfermeras/os además de aplicar un método de trabajo sistemático, necesita delimitar el campo de actuación, disponer y aplicar un modelo de cuidados aportando importantes beneficios con la finalidad y propósito de ayudar a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuyendo con el aporte teórico/práctico y enriqueciendo de contenido el trabajo asistencial en pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave. Es así, que el modelo de Marjory Gordon, es totalmente compatible con el proceso de atención de enfermería, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica de acuerdo a las respuestas humanas que tienen el paciente. (Pino, 2012)

1.3 Cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano

Los cuidados enfermeros responden a la clínica del paciente, protocolos que existen en los centros hospitalarios, finalmente a la experiencia de la enfermera para cuidar al paciente con traumatismo encefalocraneano, obviamente se tiene que tener en cuenta las guías internacionales en el manejo de pacientes con injuria cerebral, sin embargo la sincronía del trabajo binomio medico enfermera tiene que tener el mismo objetivo, mucho va depender donde se presta el cuidado si es en el extra hospitalario

o en el intra hospitalario, sin embargo se tiene que tener las siguientes cuidados enfermeros.

A. Medidas generales del cuidado enfermero

Mantener la posesión de la cabeza. Todo paciente crítico, sobre todo los pacientes con traumatismo encéfalo craneano tiene que mantenerse en una posesión semi fowler, con la cabeza en 30°, para asegurar un flujo arterial adecuado en cuanto se refiere a la perfusión el retorno venoso, en el momento que se coloca algún dispositivo como el collarín se debe tomar en cuenta los pequeños detalles de observar los 30° de cabecera, donde el dispositivo no ejerza presión en el cuello.(Livingston, 2016)

Garantizar euvolemia y evitar hipotensión

Dentro del manejo del paciente con traumatismo encéfalo craneano, es importante asegurar un flujo arterial cerebral adecuado, a través del tiempo se demostró el uso del suero fisiológico ha sido importante, sin embargo en algunas situaciones va ser necesario el uso de inotrópicos para asegurar el flujo arterial entre ellas la Noradrenalina, dopamina que garantice una adecuada oxigenación (Nagy, 2014)

Optimizar el aporte de oxígeno cerebral

Se debe tener en cuenta algunos hallazgos que ayudarán tomar algunas decisiones, como tal es imperativo mantener una hemoglobina a los 10 g /dl, mantener una saturación por encima del 95%, un PCO₂, de 35 a 45 mm/hg, muchas veces será importante administrar hemoderivados.(Lanier, 2013)

Garantizar una analgesia y sedación

El uso de la analgesia y sedación básicamente tiene el objetivo de mantener la presión intracraneana dentro de los valores normales, como tal se tiene que entender la agitación psicomotriz, el dolor son factores que suman para el aumento de la presión intracraneana, en nuestro medio el Midazolam como sedante y el fentanilo como analgésico ambos

administrados en bomba de infusión a dosis que el facultativo considere. Es importante mantener al paciente con una escala de coma de glasgow menor a los 8 puntos cuanto están asociado al uso del ventilador mecánico, en estos casos se utiliza el RASS como escala de medida lo racional es mantener en RASS menos 3 a 4 para que el paciente esté acoplado.(Mutzelaar, 2012)

Controlar de la Glicemia.

La hiperglicemia es consecuencia del estrés del paciente, todo paciente crítico cursan usualmente con hiperglicemia, sin embargo la teoría nos señala que la hiperglicemia produce mayor injuria cerebral, mayor isquemia. Es importante utilizar dosis de insulina por escala de corrección las glucosas menores de 180 mg/dl. Lo ideal es que la glucosa sérica esté entre 70 a 110 mg/dl.(Chui, 2016)

Monitorizar la Natremia.

El único sustento de la existencia del edema cerebral es la presencia de sal en el cuerpo humano, en estas circunstancias es importante considerar el estudio de los electrolitos séricos, cuando el sodio está por encima de los valores normales, existe la posibilidad de incrementar el edema cerebral, el uso de a solución hipertónica en manejo de edema cerebral viene cobrando importancia en los últimos tiempos.(Karabines, 2014)

Controlar de la Hipertermia.

La hipertermia en pacientes con traumatismo encéfalo craneano es una consideración importante a tomar en cuenta, como tal es vital recordar que el centro de la temperatura es el hipotálamo, como tal es un predictor negativo en la morbi y mortalidad, los enfermeros a ello denominamos como fiebre de origen central. .(Karabines, 2014)

Administrar neuroprotectores anticonvulsivante. En paciente con traumatismo encéfalo craneano la neuro protección es imprescindible, por el aumento de casuísticas en paciente que por aumento de la presión intracraneana convulsiones, se utiliza inicialmente una carga de fenitoína

de 1 gramo y luego su dosis de mantenimiento de 100 mg cada 8 horas, por lo menos los primeros 7 días. (Karabines, 2014)

Considerar la nutrición. Los paciente con Traumatismo encéfalo craneano, deben empezar lo más precozmente posible con su alimentación, es cierto que por su condición clínica no puede ingerir o asistir su dieta, es importante considerar el uso de dispositivos para brindar la dieta tal como la sonda nasogástrica, gastrectomía, o la parenteral, recordar que los pacientes quirúrgicos son catabólicos.(Cruz, 2016)

Coordinar con terapia física y de rehabilitación. Los paciente con traumatismo encéfalo craneano, siempre tienen lesión sensitivo motor, va depender del área de la lesión y la magnitud de la lesión, es importante en paciente promover la rehabilitación precoz de la parte motora y sensitiva, en los últimos tiempos cobra importancia la terapia respiratoria.(Cruz, 2016)

B. Manejo de la hipertensión intracraneana y oxigenación cerebral

Es importante recordar que la enfermera que trabaja con paciente neuroquirurgicos tiene que saber que el manejo del medio interno es crucial en paciente con tramatismo encéfalo craneano, entender en el lenguaje enfermero es anticiparse a las complicaciones, evitar el dolor el sufrimiento del paciente de los familiares es importante, por cuanto la lectura del AGA y electrolito será de mucha utilidad, la administración de las soluciones hipertónicas son vitales así se evita mayor injuria cerebral, el soporte de oxígeno también cobra importancia, es así que los médicos emergenciólogos, neurocirujanos e los intensivistas deben tener como objetivo de trabajo la recuperación del paciente. Los enfermeros que trabajamos con pacientes neuroquirurgicos entendemos en su real contexto que el control del aumento de presión intracraneana y la oxigenación será vital. Ambos mecanismos aumentan la injuria cerebral produciendo complicaciones ulteriores. .(Cruz, 2016)

Los paciente a un inicio debe ser manejado en la unidad de Shock trauma, para estabilizar al paciente que llega a la emergencia, de acuerdo

a la magnitud de la lesión, su clasificación de TEC, el leve y moderado puede quedarse en observación de emergencia por el tiempo previsible, los Traumatismo encéfalo craneano Grave si necesariamente tiene que pasar a Sala de operaciones si el caso amerita en su defecto debe ser manejado en la Unidad de Cuidados Intensivos para su neuro protección.(Cruz, 2016)

Para controlar el aumento de la presión intracraneana muchas veces requiere una craneotomía y en otros casos colocación de un sistema de drenaje del líquido cefalorraquídeo.

1.4 Antecedentes de estudio

A Nivel Nacional

Villareal (2016) determinó las características epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en un estudio descriptivo transversal, donde empleó una población de 75 historias clínicas correspondiente a pacientes mayores de 15 años intervenidos quirúrgicamente por traumatismo craneoencefálico en una sala de operaciones de emergencia. Respecto del evento causante del traumatismo, la principal causa fueron las caídas en 60% de los pacientes, 24% por accidentes de tránsito, 13.3% debido a golpe y 2.7% por proyectil de arma de fuego. La región con mayor incidencia de traumatismos craneoencefálicos fue Lima. En cuanto al tipo de lesión producido, 64% de los pacientes fueron intervenidos por hematoma subdural, 17.3% por hematoma epidural, 10.7% por fractura de cráneo y 2.7% presento hematoma mixto (epidural y subdural simultáneamente), siendo la principal causa de intervención por traumatismo craneoencefálico fueron las caídas.

Idrovo y Ruiz (2015) aplicación del Proceso de Atención de Enfermería pacientes con traumatismo craneoencefálico por accidente de tránsito que ingresan a emergencia del hospital María Auxiliadora, 2016. desarrollaron una investigación con el objetivo conocer la aplicación del proceso enfermero en los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

Como muestra se obtuvieron 13 profesionales de enfermería, en cuanto a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en un hospital, contaron con un programa informático donde se encuentra el proceso de atención de enfermería, siendo parte legal de la ficha clínica del paciente, en donde los profesionales refieren en un 100% aplicar la exploración física, observación y entrevista. El 23.07% dice haber revisado los exámenes de laboratorio e imágenes y un 38,4% dice utilizar los patrones funcionales de salud. El 46,15% menciona solo realizar valoración neurológica mediante escala de Glasgow, el 15% solo valoración pupilar, 31% dice que realiza valoración de pupilas y valoración de Glasgow en los pacientes de TCE, el 8% no realiza ninguna.

Hinostroza (2015) incidencia de traumatismo encéfalo craneano en pacientes hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, en la ciudad de Ayacucho El objetivo de determinar la incidencia de pacientes con traumatismo encefalocraneano en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho Metodología: El estudio es tipo cuantitativo y retrospectivo, método descriptivo. Población: Fueron 226 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho en el 2015. Resultados: Del 100% de pacientes, el 21% (47) se hospitalizaron por Traumatismo encefalocraneano. Conclusiones: Se pudo evidenciar que hay un porcentaje considerable de pacientes hospitalizado por Traumatismo Encéfalo Craneano.

García (2016) nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del Servicio de Emergencia Hospital Belén en la ciudad de Trujillo. La presente estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal; se desarrolló con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo 2016. La muestra estuvo constituida por 25 enfermeras; la recolección de datos se realizó utilizando dos cuestionarios, el primero

sobre el nivel de conocimiento de la enfermera sobre el traumatismo encéfalo craneano y el segundo sobre calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 56% de enfermeras presentó nivel de conocimiento medio, el 36% nivel alto y el 8% nivel bajo; así mismo en relación con la calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto, el 56% fué adecuado y el 44% inadecuado. Concluyéndose que no existe relación entre nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial, dado que el coeficiente de validez y significancia fué corroborado con la prueba estadística Gamma (valor-p > 0,05)

A Nivel Internacional

Torres (2015) propuso la actualización del protocolo de atención de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano en la ciudad de Ecuador, teniendo como herramienta la taxonomía NANDA I, NOC y NIC en un Hospital policial, con un estudio descriptivo, retrospectivo en donde según registros e historias clínicas, identificó 41 pacientes ingresados en UCI con TCE, siendo 26 Graves, demostrando una incidencia de 11.9/100, el más afectado, el sexo masculino en relación 3.3:1, de 26 a 50 años, su etiología: 53.84% accidentes de tránsito y 26.92% caídas y su complicación más frecuente, hipertensión intracraneal

Sailema (2016) intervención de enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo cráneo-encefálico en el Servicio de Emergencia Del Hospital Provincial Docente "Ambato" en Ecuador El Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE), es una lesión mecánica sobre estructuras encefálicas, producido por un intercambio brusco de energía mecánica impactante sobre la cavidad craneana, representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad, sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas, requieren de mucha atención y tratamiento adecuados por parte del personal de enfermería. El objetivo de esta investigación ha sido analizar las intervenciones de enfermería y sus

Beneficios en el Pronóstico de Vida que obtiene el paciente con TCE en Emergencia. Permitirá recordar acciones que se debe seguir en el manejo de pacientes con TCE, tomando en cuenta su condición y necesidades. Coadyuvando de manera Autora: Sailema Ronquillo, María Belén Tutora: Lic. Mg. Benavides Rovalino, Esther del Rocío Fecha: Marzo, 2015 xvii

solidaria a resolver la problemática antes mencionada, para los profesionales de enfermería. El enfoque metodológico que ha guiado el proceso investigativo ha sido cuantitativo/cualitativo y se ha utilizado la encuesta para el personal de enfermería como principal herramienta para la recolección de la información. Posteriormente después de haber analizado los resultados se llega a la conclusión que; el 67% de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia realizan sus intervenciones que resultan en una actuación aparentemente basada en técnicas, habilidades, destrezas y no así en sólidos conocimientos científicos del hecho lo cual se refleja en una atención no ajustada a las necesidades reales del paciente. Finalmente esta Investigación demuestra que en relación al pronóstico de vida de Pacientes con TCE, se puede mencionar que los factores que inciden son la edad, el sexo, causa, y la gravedad del trauma, no influye directamente la intervención de enfermería, pero es muy importante ya que si se brinda intervenciones de enfermería esquematizadas y con una base científica, se evitan errores y omisiones en los cuidados, para evitar las lesiones secundarias, y mejorar así su pronóstico de vida, siendo este un gran beneficio por los años de vida salvados.

Algarbe (2016) realizó un estudio titulado Intervención de enfermería en paciente con traumatismo de craneoencefálico grave en Córdoba Argentina,, con el objetivo de aplicar el proceso del cuidado de enfermería en un paciente con un diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico grave complicado quien se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados críticos en el hospital Córdoba. Material y método: Para la realización de este estudio de caso clínico, se aplicó los 11 patrones de M Gordon como instrumento para la recolección de datos. Dichos datos se

utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería luego de detectados los problemas presentes y los posibles problemas, para de esta manera poder planificar y ejecutar las actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado del usuario. Conclusión: El proceso del cuidado de enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería involucrando el cuidado humanizado, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el paciente dentro de una unidad de cuidado crítico.

Ruíz (2017) en su tesis titulado Traumatismo craneoencefálico y verificación de la aplicación del protocolo en hospital “Francisco Icaza Bustamante” en la Ciudad de Ecuador Objetivo: Determinar el número de casos de traumatismo craneoencefálico presentados en el hospital del niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” y verificar la aplicación del protocolo existente en la institución en el año 2015. Materiales y métodos: Estudio de tipo experimental, transversal, correlacional de enfoque cuantitativo la población estudiada fueron los niños entre un día de nacido y catorce años de edad que asistieron al hospital del niño, con una población de 36.899 pacientes de la cual se obtuvo una muestra con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico de 398 pacientes, para efecto de este estudio se cumplió con todos los parámetros de la historia clínica, el examen físico incluye soporte fotográfico, los datos obtenidos se corroboraron con la atención diaria, dando inicio al flujograma informático, al archivar toda la información en tablas de Excel. Resultados: En el año 2015 fue de 396 pacientes, el grupo etario más afectado fue 1-4 años, el predominio fue sexo masculino con 54.79%, el tipo de traumatismo fue caída de su propia altura con 38%, el protocolo se aplicó en el 89% de todos los casos. Conclusiones: Se determinó que el traumatismo craneoencefálico afecta principalmente a menores de 5 años, la escala de Glasgow es un excelente medidor del

estadio de la patología, la aplicación del protocolo disminuye complicaciones.

CAPÍTULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADAS EN EVIDENCIAS

2.1. Situación problemática:

Paciente masculino de iniciales T T CH G de 70 años de edad, natural de Ayacucho, procedente del distrito de San Juan de Miraflores, casado, con seis hijos, de ocupación Jubilado Ingeiero Agronomo, Diabetes Mellitus tipo 2 hace 15 años, Hipertensión Arterial con Tratamiento Irregular, ingresa el 13/02/2019 a las 19.35 Pm, a la Unidad de Schock Trauma Cama A, tras sufrir un accidente accidente de transito como conductor, en compañía de la policía de transito, presenta herida en cuero cabelludo con sangrado profuso, paciente con transtorno de sensorio, ECG 8/15, . (RO 1, RV 3, RM 4) Pupilas 1.5. se procede a colocar su tubo endotraqueal N° 8.5 mm, Sonda nasogástrica a gravedad, Sonda Vesical N° 16 a circuito cerrado, conectado a ventilación Mecánica, A/C (P), pulso débil, palidez marcado, con llenado capilar mayor a 3", con pupilas de 1.5 mm con débil respuesta a la luz, a la luz. Contusiones y laceraciones en miembros superiores e inferiores con fractura de humero derecha y disminución de fuerza motora, con infusión de inotrópicos y sedoanalgesia por bomba de infusión, portador de sonda nasogástrica por riesgo de aspiración, tiene su acceso venoso central en subclavia izquierda de triple lumen y sonda vesical N° 16 a circuito cerrado para eliminación urinaria, presenta tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal, saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28, Pupilas 1.5, pulsaciones débiles, llenado capilar lento 4 segundos, piel palida hemoglobina 7.4, diaminución de la presión arterial 92/48 mmhg, cianosis distal de piel y mucosa +/+++ , frialdad de la piel, ausencia del reflejo de deglución, presencia de nausea, sonda nasogástrica con contenido bilioso a gravedad, Indicación nada por vía oral, deterioro deglución, deterioro de la movilidad, deterioro para incorporase, deterioro de la percepción, reposo absoluto obligado, aumento de la tasa metabólica

estrés por consumo, saturación del 84%, temperatura 36° C, cianosis de lechos ungueales +/+++ , hipertensión 92/48 mmhg.

Signos vitales:

- Temperatura: 36.°C
- Frecuencia respiratoria: 29 x'
- Frecuencia cardiaca: 104 x'
- Presión Arterial: 92/48 mmHg PAM 62.6 mmhg.
- Presión arterial media: 62.6 mmHg
- Sat O2: 84 % VM al 50%

Medición Antropométrica:

- Peso: 82Kg
- Talla: 1.72 m
- Índice masa corporal: 27.7

Exámenes auxiliares:

Hemograma	
Parámetro	Valores
Hemoglobina	7.4. g/dl
Hematies	6'810 000 x mm ³
Hematocrito	22.2%
Plaquetas	142 000 x mm ³
Leucocitos	7071 x mm ³

Perfil bioquímico

Parámetro	Valores
Ácido úrico	2.1 mg/dL
Albúmina	3.3 gr/dL
Calcio	7.1 mg/dL
Colesterol total	215 mg/dL
Triglicéridos	286 mg/dL
Creatinina	1.4 mg/dL
Fósforo	2.65 mg/dL
Glicemia	182 mg/dL
Nitrógeno ureico	54.9 mg/dL
Bilirrubina total	1.23 mg/dL

Examen de orina

Parámetro	Resultado
pH	Acido
Color	Amarillo
Aspecto	Transparente
Proteinas	Negativo
Glucosa	Negativo
Leucocitos	1-2 x c
Hematies	5 x c
Células epiteliales	1-2 x c

Gasas arteriales

Parámetro	Valores
pH	7.28
pO ₂	72 mmHg
pCO ₂	48 mmHg
HCO ₃	19 mmEq/L

Examen Físico

Cabeza: normocéfalo, con buena implantación de cabello, herida abierta en cuero cabelludo de 5 cm, con sangrado profuso, en región temporo frontal izquierdo ; ojos simétricos con pupilas 1.5 mm, aprox. Hiporeactivas, pabellones auriculares simétricos, conductos auditivos externos con rasgos de sangrado; epistaxis, presencia de sonda nasogástrica a gravedad a gravedad; labios simétricos y mucosa oral hidratada. Cuello corto, simétrico, sin presencia de tumoraciones, no se observan ingurgitaciones yugulares, ni adenopatías.

Tórax: simétrico, con polipnea, presencia de murmullo vesicular en ambos campos, disminuidos en base pulmonar derecho, pulmonares con frecuencia respiratoria 29 por minuto; ruidos cardiacos rítmicos con frecuencia cardiaca 104 latidos por minuto, presión arterial 92/48mmHg y presión arterial media 62.6 mmHg.

Abdomen: blando, depresible doloroso a la palpación con ruidos peristálticos presentes, no se palpan masas. Se aprecia abraciones y escoriaciones en abdomen y parrilla costal

Genitales: presencia de pañal y sonda vesical a circuito cerrado

Piel: Diaforesis con palidez generalizada, laceraciones y excoriaciones en cara, miembros superiores con deformidad, radiológicamente se determina fractura de humero derecho, Miembros inferiores intactos.

Disminución de la fuerza muscular y limitación del movimiento.

Neurológico: Escala de coma de Glasgow 8/15. (RO 1, RO 3, RM 4)
Pupilas 1.5.

2.2. Valoración según Dominios

Valoración de enfermería por dominios

Tipos de datos	Dominios
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>No tributa</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal, saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28</p>	<p>Código (00032)</p> <p>Dominio 4: actividad/reposo</p> <p>Clase 4 (Respuestas cardiovasculares/pulmonares).</p> <p>Diagnóstico. Patrón respiratorio ineficaz R/C. Deterioro de una ventilación una ventilación adecuada E/P el uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal,saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>No tributa</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>FR 29, mucos en en tubo endotraqueal, ruidos soncante en ambos campos pulmonares, cianosis distal +/+++ , disminución de efectos de la tos, sialorrea abundante</p>	<p>Código (00031)</p> <p>Dominio 11: seguridad/protección, clase 2 (Lesión física)</p> <p>Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. E/P FR 29, mucos en en tubo endotraqueal, ruidos soncante en ambos campos pulmonares, cianosis distal +/+++ , disminución de efectos de la tos, sialorrea abundante.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>No contribuye</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Indicación nada por vía oral, deterioro deglución, deterioro de la movilidad, deterioro para incorporase, deterioro de la percepción, reposo absoluto obligado.</p>	<p>Código (00102)</p> <p>Dominio 4: actividad/reposo</p> <p>Clase 5 (Autocuidado).</p> <p>Diagnóstico. Síndrome del déficit del autocuidado: alimentación, movimiento, vestirse, baño e higiene R/C Deterioro sensitivo motor para el autocuidado E/P Indicación nada por vía oral, deterioro deglución, deterioro de la movilidad, deterioro para incorporase, deterioro de la percepción, reposo absoluto obligado</p>

<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>No contribuye</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Ausencia del reflejo de deglución, presencia de náusea, sonda nasogástrica con contenido bilioso a gravedad</p>	<p>Código (00103)</p> <p>Dominio 2: nutrición,</p> <p>Clase 1 (Ingestión).</p> <p>Diagnóstico. Deterioro de la deglución R/C Deterioro sensitivo motor E/P ausencia del reflejo de deglución, presencia de náusea, sonda nasogástrica con contenido bilioso a gravedad.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>.No contribuye</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>. Dificultad para girar, movimientos lentos no coordinados, inestabilidad postural y sujeción física</p>	<p>Código (00085)</p> <p>Dominio 4: actividad/reposo</p> <p>Clase 2 (Actividad/Ejercicio)</p> <p>Diagnóstico. Deterioro de la movilidad física R/C. disminución de las actividades motoras gruesas E/P dificultad para girar, movimientos lentos no coordinados, inestabilidad postural y sujeción física</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>No tributa</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Aumento de la tasa metabólica estrés por consumo, saturación del 84%, temperatura 36° C, cianosis de lechos ungueales +/+++ , hipertensión 92/48 mmhg.</p>	<p>Código (00006)</p> <p>Dominio 11: seguridad/protección, Clase 6 (Termorregulación)</p> <p>Diagnóstico. Hipotermia R/C Alteración del centro regulación de la temperatura, E/P aumento de la tasa metabólica estrés por consumo, saturación del 84%, temperatura 36° C, cianosis de lechos ungueales +/+++ , hipertensión 92/48 mmhg.</p>

DATOS SUBJETIVOS DATOS OBJETIVOS Deterioro neuro sensorial, ECG 8/15, respuesta des adaptiva al estrés, inmovilidad física obligada	Código (00043) Dominio 1: promoción de la salud Clase 2 (Gestión de la salud) Diagnóstico. Protección ineficaz R/C Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas externa e internas E/P. Deterioro neurosensorial, ECG 8/15, respuesta des adaptiva al estrés, inmovilidad física obligada
DATOS SUBJETIVOS No tributa DATOS OBJETIVOS: Expresión facial de dolor al movimiento, taquicardia, lucha con el ventilador mecánico	Código (00133) Dominio 12: confort Clase 1 (Confort/físico). Diagnóstico. Dolor Agudo (00133) R/C Factor biológico ocasionada por una lesión tisular real o potencial. E/P Expresión facial de dolor al movimiento, taquicardia, lucha con el ventilador mecánico
DATOS SUBJETIVOS No contribuye DATOS OBJETIVOS: Presencia de Tubo endo traqueal, uso de ventilación mecánica, sedo analgesia, dificultad para expresar pensamientos verbalmente, desorientación del espacio, desorientación en lo referente a la persona.	Código (00051) Dominio 5: percepción/cognición, Clase 5 (Comunicación). Diagnóstico. Deterioro de la comunicación verbal R/C deterioro sensitivo motor, E/P. Presencia de Tubo endo traqueal, uso de ventilación mecánica, sedo analgesia, dificultad para expresar pensamientos verbalmente, desorientación del espacio, desorientación en lo referente a la persona.
DATOS SUBJETIVOS: DATOS OBJETIVOS:	Código (00039) Dominio 11: seguridad/protección, Clase 2 (Lesión física). Riesgo de aspiración R/C Deterioro del nivel de conciencia
DATOS SUBJETIVOS . DATOS OBJETIVOS	Código (00248) Dominio 11: seguridad/protección, Clase 2 (Lesión física). Diagnóstico. Riesgo de deterioro de la integridad tisular R/C deterioro de la movilidad y alteración del metabolismo, deterioro de la circulación
DATOS SUBJETIVOS . DATOS OBJETIVOS	Código (00201) Dominio 4: actividad/reposo

	<p>Clase 4 (Respuesta cardiovasculares/pulmonares). Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral y aumento de la presión intracraneana</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS , DATOS OBJETIVOS</p>	<p>Código (00004) Dominio 11: seguridad/protección, Clase 1 (Infección) Diagnóstico. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (presencia de tubo endotraqueal, Línea arterial, sonda nasogástrica, sonda vesical, catéter venoso central, alteración de la integridad de la piel, disminución de la hemoglobina)</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS . DATOS OBJETIVOS</p>	<p>Código (00201) Dominio 4: actividad/reposo Clase 4 (Respuesta cardiovasculares/pulmonares). Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral y aumento de la presión intracraneana</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS , DATOS OBJETIVOS</p>	<p>Código (00004) Dominio 11: seguridad/protección, Clase 2 (Lesión física). Diagnóstico. Riesgo de caídas R/C Alteración de la función cognitiva y agitación psicomotriz.</p>

Datos de filiación:

- Nombre del paciente: T T CH G
- Sexo: masculino
- Etapa de vida: adulto Mayor
- Edad Cronológica: 70 años
- Lugar de nacimiento: Ayacucho
- Fecha de nacimiento: 03/10 /1949
- Grado de Instrucción: Superior completa
- Ocupación: Ingeniero Agronomo
- Estado Civil: Casado
- Número de historia clínica: 1428071
- Cama: A
- Fecha de Ingreso a Emergencia: 13/02/2019
- Fecha de Valoración: 13/02/2019
- Domicilio: Mz. D4 Lte. 21 Zona D. San Juan de Miraflores
- Responsable: (esposa)

Antecedentes:

Dianetes Mellitus

Hipertensión Arterial

Diagnósticos médicos actuales:

- Traumatismo craneoencefálico Grave
- Hematoma Subdural en región temporo frontal
- Fractura Húmero Izquierdo

Tratamiento médico:

1. NPO con sonda nasogástrica a gravedad
2. Cloruro al 9% 1000cc + Kalium 20% EV 120 cc/ hora
3. Solución Hipertonica al 7.5% 120 cc c/4hrs EV
4. Noradrenalina 8 mg en SF 100cc a 8 cc/hora.
5. Fentanilo 1000mcg en 100cc SF a 10 cc/hora
6. Midazolán 100 mg en 100 cc de SF a 10 cc/ hora
7. Dexametasona 4mg amp. c/8hrs EV
8. Omeprazol 40 Mg EV C/ 24 horas
9. Ceftrizona 2 gr EV C/ 8 Horas
10. VM A/C (P) PM 14, Fio2 50 %, PEED 7.
11. CFV

2.3. Diagnóstico de Enfermería

1. Patrón respiratorio ineficaz R/C. Deterioro de una ventilación una ventilación adecuada E/P el uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal, saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. E/P FR 29, mucos en en tubo endotraqueal, ruidos soncante en ambos campos pulmonares, cianosis distal +/+++ , disminución de efectos de la tos, sialorrea abundante
3. Perfusión tisular periférica ineficaz R/C Dismunución del gasto cardiaco por pérdidas activas E/P pulsaciones débiles, llenado capilar lento 4 segundos, piel palida hemoglobina 7.4, presencia de hallazgos

de sangrado por cuero cabelludo, disminución de la presión arterial 92/48 mmhg, cianosis distal de piel y mucosa +/+++, frialdad de la piel.

4. Síndrome del déficit del autocuidado: alimentación, movimiento, vestise, baño e higiene R/C Deterioro sensitivo motor para el autocuidado E/P Indicación nada por vía oral, deterioro deglución, deterioro de la movilidad, deterioro para incorporarse, deterioro de la percepción, reposo absoluto obligado.
5. Deterioro de la deglución R/C Deterioro sensitivo motor E/P ausencia del reflejo de deglución, presencia de náusea, sonda nasogástrica con contenido bilioso a gravedad.
6. Deterioro de la movilidad física R/C. disminución de las actividades motoras gruesas E/P dificultad para girar, movimientos lentos no coordinados, inestabilidad postural y sugestión física.
7. Hipotermia R/C Alteración del centro regulación de la temperatura, E/P aumento de la tasa metabólica estrés por consumo, saturación del 84%, temperatura 36° C, cianosis de lechos ungueales +/+++, hipertensión 92/48 mmhg.
8. Protección ineficaz R/C Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas externa e internas E/P. Deterioro neurosensorial, ECG 8/15, respuesta desadaptiva al estrés, inmovilidad física obligada
9. Dolor Agudo (00133) R/C Factor biológico ocasionada por una lesión tisular real o potencial. E/P Expresión facial de dolor al movimiento, taquicardia, lucha con el ventilador mecánico
10. Deterioro de la comunicación verbal R/C deterioro sensitivo motor, E/P. Presencia de Tubo endotraqueal, uso de ventilación mecánica, sedoanalgesia, dificultad para expresar pensamientos verbalmente, desorientación del espacio, desorientación en lo referente a la persona.

11. Riesgo de aspiración R/C Deterioro del nivel de conciencia
12. Riesgo de deterioro de la integridad tisular R/C deterioro de la movilidad y alteración del metabolismo, deterioro de la circulación
13. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C deterioro de la circulación y presión sobre prominencia.
14. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral y aumento de la presión intracraneana
15. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (presencia de tubo endotraqueal, Línea arterial, sonda nasogástrica, sonda vesical, catéter venoso central, alteración de la integridad de la piel, disminución de la hemoglobina).
16. Riesgo de caídas R/C Alteración de la función cognitiva y agitación psicomotriz.

Priorización de los diagnosticos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	N° DE ORDEN
Patrón respiratorio ineficaz R/C. Deterioro de una ventilación una ventilación adecuada E/P el uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal, saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28	1
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. E/P FR 29, mucos en en tubo endotraqueal, ruidos soncante en ambos campos pulmonares, cianosis distal +/+++ , disminución de efectos de la tos, sialorrea abundante	2
Perfusión tisular periférica ineficaz R/C Disminución del gasto cardiaco por pérdidas activas E/P pulsaciones débiles, llenado capilar lento 4 segundos, piel pálida hemoglobina 7.4, presencia de hallazgos de sangrado por cuero cabelludo, disminución de la presión arterial 92/48 mmhg, cianosis distal de piel y mucosa +/+++ , frialdad de la piel.	3
Dolor Agudo (00133) R/C Factor biológico ocasionada por una lesión tisular real o potencial. E/P Expresión facial de dolor al movimiento, taquicardia, lucha con el ventilador mecánico	4
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral y aumento de la presión intracraneana.	5

2.4 Planteamiento; Ejecución de las intervenciones; Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>No tributa</p> <p>DATOS</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal, saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C.</p> <p>Deterioro de una ventilación una ventilación adecuada E/P el uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, FR 29X', aleteo nasal, saturación de O2 84%, PCO2 48, PO2 72, HCO3 19, PH 7.28</p>	<p>Obetivo General</p> <p>Paciente se mantendrá en ventilación mecánica durante el turno, coy ayuda del personal de enfermería.</p> <p>Objetivos Especííficos</p> <p>Mantener la asincronia ventilatorio programado del paciente ventilador mecanico.</p>	<p>OXIGENOTERAPIA (3320)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar tubo endotraqueal - Colocar en posesión semi fawler cabecera 30° - Conectar al ventilador mecanico asistido controlado - Aspirar secreciones bronquiales - Nebulizaciones con Suero fisiológico a circuito cerrado - Se mantiene en ventilación mecánica ' - Se controla la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría y gases arteriales 	<p>Paciente permanece en en ventilación mecánica</p> <p>Paciente con sedoalnalgesia acoplado al ventilador mecánico FR 16 X'</p> <p>Gasometría del paciente Saturación 97%, PCO2 44 mmhg, PO2 84 mmhg, HCO3, 21 mmhg, PH. 7.32.</p>

		<p>Paciente logrará estabilizar sus gases arteriales durante el turno.</p>	<p>MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA (3350)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vigila el patrón respiratorio, asincronía para evitar lucha con ventilador, paciente para prevenir hipoxemia e hipercapnia - Administrar analgesia infusión de fentanilo a 1000mcg diluido en 100 de SF a razón de 10 cc/hora - Administrar sedación con Midazolam 100 mg diluido en 100 cc SF a razón de 10 cc/hora. - Se evalúa movimiento torácico, simetría y utilización de músculos 	
--	--	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vigila la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones - Se aspira secreciones, si fuera necesario - Monitorear el RASS sea < 3 <p>Se valora coloración de la piel, mucosa oral, región peri bucal y uñas</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
TORRES E.	2015	http://www.hospitaliquique.cl/images/PCI/GCL	PROTOCOLO MANEJO DE ENFERMERIA DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA	III

1.5 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS No tributa</p> <p>DATOS OBJETIVOS: FR 29, mucos en en tubo endotraqueal, ruidos Roncante en ambos campos pulmonares, cianosis distal +/+++, disminución de efectos de la tos,</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. E/P FR 29, mucos en en tubo endotraqueal, ruidos soncante en ambos campos pulmonares, cianosis distal +/+++, disminución</p>	<p>Objetivo General Paciente mantendrá las vías aéreas permeables durante el turno, con apoyo de la enfermera</p> <p>Objetivos específicos Paciente recibirá nebulizaciones constantes</p> <p>Paciente recibirá terapia física respiratoria.</p>	<p>OXIGENOTERAPIA (3320)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar en posesión semi fawler cabecera 30° - Aspirar secreciones las bronquiales las veces que sean necesaria a circuito cerrado - Nebulizaciones con Suero fisiológico - Se mantiene en ventilación mecánica ' - Se controla la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría y gases arteriales - Fisioterapia respiratoria con capotaje, vibroterapia, drenaje postural. 	<p>Paciente con las vías aéreas permeables.</p> <p>FR Programado 16 X' .</p> <p>Imágenes de Radiografía pulmonar denota pulmones limpio, ausencia de ruidos roncantes, ausencia de cianosis distal.</p> <p>Reflejo de tos débil</p> <p>Persisten las secreciones en cavidad oral.</p>

sialorrea abundante	de efectos de la tos, sialorrea abundante		- Insperometria de incentivo	
---------------------	-------------------------------------------	--	------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Moerno R.	2017	http://www.chospab.es/cursos_jornadas/2017/Congreso_UCI	Limpeza de la vías aereas	IV

1.3 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>No tributa</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>pulsaciones débiles, llenado capilar lento 4 segundos, piel pálida hemoglobina 7.4, presencia de hallazgos de sangrado por cuero cabelludo, disminución de la presión arterial</p>	<p>Perfusión tisular cerebral, periférica ineficaz R/C</p> <p>Disminución del gasto cardiaco por pérdidas activas E/P pulsaciones débiles, llenado capilar lento 4 segundos, piel pálida</p> <p>hemoglobina 7.4, presencia de hallazgos de sangrado por cuero cabelludo, disminución de la presión arterial 92/48 mmhg,</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente logrará una perfusión tisular periférica adecuada durante el turno con apoyo del personal</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Paciente recibirá restitución de volumen</p> <p>Paciente permanecerá con monitoreo</p>	<p>MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA (2620)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se comprueba el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. - Se vigila tendencias en la Escala de Coma de Glasgow. - Se vigila signos vitales: temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial. - Se monitorea la PAM, la PA. - Se evita actividades que incrementen la presión intracraneana. 	<p>Paciente con hidratación de suero fisiológico al 0.9%.</p> <p>Paciente recibió o2 paquetes globulares, Hemoglobina 9.8 gr/ dl.</p> <p>Recibió hemostasia, sutura en cuero cabelludo en zona de sangrado.</p> <p>Mejora la Presión arterial 125/78 mmhg.</p>

<p>92/48 mmhg, cianosis distal de piel y mucosa +/+++, frialdad de la piel.</p>	<p>cianosis distal de piel y mucosa +/+++, frialdad de la piel</p>	<p>hemodinámico permanente.</p>	<p>MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL (2550)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se administra oxígeno por ventilación mecánica para protección cerebral - Se administra Cloruro al 9% 1000cc + Kalium 20% EV 120 cc/hora - Se transfunde O2 Paquetes Globulares GS "0" "+" - Se administra solución hipertónica al 7.5 % EV C/4 horas - Se administra Noradrenalina 8 mg diluido en 100 cc de SF, a razón de 12 cc/hora tituable 	<p>Se observa normotermia, ausencia de frialdad.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

			<p>Se valora el llenado capilar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se valora el flujo urinario diario - Se determina la posición óptima del cabecero de la cama (15 a 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza. - Se monitoriza la presión arterial media a través de la línea arterial - Se Monitoriza el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad, niveles de pO2, pCO2, pH y bicarbonato). - Se ausculta los sonidos pulmonares, ver 	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>presencia de crepitantes u otros sonidos adventicios. Se monitoriza la presencia de signos de sobrecarga de líquidos (roncus, distensión de la vena yugular, edema y aumento de las secreciones pulmonares).</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Drausi o, F.	2014	http://webs.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero/patron4/3_00024.2.htm	PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA: CEREBRAL	IV

1.4 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>No tributa</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Expresión facial de dolor al movimiento, taquicardia, lucha con el ventilador mecánico</p>	<p>Dolor Agudo (00133) R/C Factor biológico ocasionada por una lesión tisular real o potencial. E/P Expresión facial de dolor al movimiento, taquicardia, lucha con el ventilador mecánico</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mostrará ausencia de gestos de expresión del dolor durante el turno con apoyo de la enfermera</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>Paciente recibirá terapia de sedoalgesia durante el turno</p>	<p>Se valora exhaustivamente la experiencia dolorosa del dolor.</p> <p>Se administra el tratamiento farmacológico de fentanilo en infusión continua a 10 cc/hora según la prescripción médica</p> <p>Se promueve el acercamiento de la familia como sorpote</p> <p>Se administra dosis extra de analgésicos.</p>	<p>Paciente signos de expresión del dolor.</p> <p>Paciente acoplado a ventilador mecánico, FC 92 X'.</p>

			<p>Se moviliza en bloque evitando movimiento mansalva.</p> <p>Se valora la respuesta analgésica</p> <p>Se registra los eventos adversos de medicamento</p> <p>Animar al paciente y la familia a vigilar su propio dolor.</p>	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Segovia	2016	http://www.comsegovia.com/pdf/	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR	III

1.5 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

DATOS	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral y aumento de la presión intracraneana	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mantendrá una perfusión cerebral adecuado con apoyo del enfermero</p> <p>Objetivos Especificos</p> <p>Paciente recibirá terapia solución hipertónica</p> <p>Paciente permanecerá una postura que</p>	<p>Se monitoriza los cuidados circulatorios a través de del monitor multiparámetro.</p> <p>Se mantiene con vendajes los miembros inferiores</p> <p>Se evita signos de hipovolemia</p> <p>Se administra neuroprotectores</p> <p>Se evita signos de shock</p> <p>Se corrige medio interno ácido-base</p>	<p>Paciente permanece en posición supino con cabecera de 30°.</p> <p>Paciente recibe solución hipertónica con antiedema cerebral.</p>

		garantice un flujo arterial cerebral adecuado.	Se titula el uso de inotrópicos según respuesta fisiológica Se monitoriza neurológica según la ECG. O RASS Se valora el balance hídrico Monitorear el soporte oxigenatorio Se monitorea la saturación de oxígeno	
--	--	------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Carcia	2017	http://webs.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero .	Guía practicas clinicas	III

1.6 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
	<p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (presencia de tubo endotraqueal, Linea arterial, sonda nasogástrica, sonda vesical, catéter venoso central, alteración de la integridad de la piel, disminución de la hemoglobina)</p>	<p>Objetivo General Paciente estará libre de todo tipo de riesgo biológico durante el turno con apoyo de la enfermera</p> <p>Objetivos Específicos Paciente recibirá baño e higiene diario, extremado de medidas de bioseguridad.</p>	<p>Se realiza lavado exhaustivo de manos antes y después de cada procedimiento.</p> <p>Se utiliza equipos de protección personal durante la atención directa.</p> <p>Se utiliza las técnicas asépticas en cada procedimiento a realizar</p> <p>Individualizar equipos de uso personal en la unidad y ambiente terapéutico.</p> <p>Se extrema las medidas de bioseguridad.</p>	<p>Enfermeras y miembros del equipo de salud cumplen con las normas de bioseguridad.</p> <p>Paciente recibe cuidado seguro libre de cualquier tipo de riesgo</p> <p>Paciente recibió baño e higiene con las técnicas asépticas</p>

			<p>Se Segrega adecuadamente los residuos sólidos.</p> <p>Se vigila los signos vitales y verificar resultados de exámenes auxiliares en busca de signos de infección.</p> <p>Se realiza el aseo personal e higiene con técnicas asépticas.</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
REAL S.	2017	www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80942/factores-de-riesgo-que-contribuyen-a-la-infeccion	Factores de riesgo que contribuyen a la infección	IV

1.7 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>Datos Subjetivos</p> <p>No contribuye</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Presencia de Tubo endotraqueal, uso de ventilación mecánica, sedoanalgesia, dificultad para expresar pensamientos verbalmente, desorientación del espacio, desorientación en lo referente a la persona.</p>	<p>Deterioro de la comunicación verbal R/C deterioro sensitivo motor, E/P.</p> <p>Presencia de Tubo endotraqueal, uso de ventilación mecánica, sedoanalgesia, dificultad para expresar pensamientos verbalmente, desorientación del espacio, desorientación en lo referente a la persona.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente logrará establecer una comunicación terapéutica adecuada durante el turno</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Paciente recibirá cuidados personalizados, cálido durante el turno.</p>	<p>Se propicia la integración de la familia para poder informarse del paciente.</p> <p>Se utiliza la inspección e observación como parte de la comunicación terapéutica.</p> <p>Se propicia un ambiente libre de efectos estresores.</p> <p>Se informa al paciente y a la familia cada procedimiento a realizar</p>	<p>Paciente con tubo endotraqueal con sedoanalgesia en el preoperatorio. RASS <3</p> <p>Familiares son informados sobre la posibilidad quirúrgica inmediata.</p>

			<p>Se le habla por su nombre, se inculca palabras de esperanza, positivo.</p> <p>Se brinda un cuidado humano, calido seguro y oportuno.</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Urquilo, N.	2015	https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002603.pdf	La comunicación en los cuidados Enfermeros	III

CAPÍTULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones

1. El proceso de cuidado enfermero como herramienta de trabajo enfermero se aplica de manera parcial en el Hospital María Auxiliadora, existe resistencia de un grupo de enfermeros a utilizar la nueva ficha de valoración del paciente con traumatismo encefalo craneano
2. En el servicio de emergencia del Hospital Maria auxiliadora, los instrumentos de gestión aun falta actualizar (Manual de procedimientos, guía de cuidado especializado, Manual de Organización y funciones, etc.)
3. La atención de los enfermeros a los pacientes con traumatismo encefalo craneano responde a la experiencia de cada enfermero, se trabaja en relación a la demanda del paciente..
4. Existe interferencia en establecer una comunicación terapéutica adecuada, debido que no se utilizan los canales correspondiente para logra una comunicación asertiva

3.2 Recomendaciones

1. A las enfermeras asistenciales del servicio de emergencia del Hospital Nacional María Auxiliadora, organizar ciclo de capacitaciones sobre el Proceso de Atención Enfermero y así, lograr unificar criterios del uso de registro de enfermería como evidencia del trabajo enfermero, correspondientes a la atención de pacientes con traumatismo encéfalo craneano, con la finalidad de lograr una atención de calidad.
2. A la enfermera jefa de servicio y enfermeras asistenciales Promover la actualización de los instrumento de gestión, incluido la aplicación del proceso de cuidado enfermero de formato estandarizado que permita realizar un valoración integral y los cuidados humanos con calidad y calidez a pacientes con traumatismo encéfalo craneano.
3. Al Director y jefe del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, implementar al servicio de equipos biomédicos de alta tecnología para, contratar mayor número de enfermeras para alcanzar los estándares nacionales de ratio enfermera paciente en pacientes de naturaleza neuro quirúrgicos, por la demanda alta que existe a la fecha.
4. A jefe de la oficina de calidad y apoyo a la gestión organice talleres para sensibilizar a las enfermeras y trabajadores en general la necesidad de establecer y mejorar la comunicación al paciente con traumatismo encéfalo craneano y la familia, utilizando diversas estrategias en el servicio como parte de una educación continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algarbe S. (2016). *Córdoba, Realizó un estudio titulado Intervención de enfermería en paciente con traumatismo de craneoencefálico grave.*
- Cam P. (2014). *Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. Acta Med Per.*
- Care N.C. (2015). *Estudios sobre traumatismo encéfalo craneano en adultos y niños, casos clínicos individualizado, Instituto de Neurología, London.*
- Cruz, J. (2016). *Resistencia vascular cerebral y Metabolismo celular en injuria multifactorial.*
- Chui, W. T. (2016). *Respuesta fisiopatológica y el uso del propofol en pacientes con Injuria Neurológica en múltiples centros neurológico, Taiwan.*
- Davis. D.P. (2017). *Conducta quirúrgica en pacientes con traumatismo encéfalo craneano y las complicaciones que derivan del acto quirúrgico.*
- Flacso. (2017). *Estudio Retrospectivo de la cinemática del trauma.*
- García, M. (2016). *Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del Servicio de Emergencia Hospital Belén en la ciudad de Trujillo.*
- Haydel M.J. et al. (2014). *Manejo integral del Traumatismo Encéfalo craneano y evaluación neurológico, Canadá.*
- Hinostroza, J. (2015). *Incidencia de traumatismo encéfalo craneano en pacientes hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, en la ciudad de Ayacucho.*

- Idrovo, C. , (2014). *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería pacientes con traumatismo craneoencefálico por accidente de tránsito que ingresan a emergencia del hospital María Auxiliadora.*
- Karabines, A. (2014). *Farmacología Hipnosis y Analgesia en pacientes con Traumatismo encéfalo craneano.*
- Lanier W.L. (2013). *Relación de la Hipoxemia con la injuria cerebral, Revista de Anestesiología, en pacientes con isquemia cerebral, Model.*
- Livingston D. H. (2016). *Medidas Generales, Pacientes neurológicos con injuria Cerebral, Surg.*
- Medina M. (2016). *Master Neuropsicología Clínica ISEP Valencia. Traumatismo Craneoencefálico*
- Ministerio de Salud. (2017). *Guía Clínica Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave. Lima: Perú.*
- Mower WR. (2015). *Traumatismo encéfalo craneano, Tomografía como un herramienta para tomar decisiones en paciente con Injuria cerebral.*
- Mutzelaar J.P. (2012). *Ventilación Mecánica en pacientes con trauma encefálico y sus recomendaciones clínicas.*
- Nagy K.K. (2014). *Diagnóstico, manejo y procedimientos en paciente con injuria cerebral, Coates.*
- Pino P. (2012). *Aplicación de la teoría de Marjory Gordon y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería [en línea]. Chile.*
- Quiroga A., Ávila J, Badillo G. et al. (2016). *Intervenciones de enfermería en trauma craneoencefálico en urgencias. Repert. med.cir.*
- Ruíz, M. (2017). *Ecuador, en su tesis titulado Traumatismo craneoencefálico y verificación de la aplicación del protocolo en hospital “Francisco Icaza Bustamante”*

Sttocchetti, N. A. (2010). *Hipoxemia Arterial E Hipotensión Arterial como complicación en pacientes con traumatismo encéfalo craneano*, Italia.

Toledo M. (2015). *Traumatismo Craneoencefálico I, 1er Curso de Patologías Microquirúrgicas de Guardia y Consultorio Servicio de Neurocirugía, Hospital Guillermo Almenara*.

Torres (2015). *propuso la actualización del protocolo de atención de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano, teniendo como herramienta la taxonomía NANDA I, NOC y NIC en un Hospital policial, Ecuador*.

Trauma AC o SC. (2016). *Curso para Médicos en Avances para el manejo de pacientes con trauma multiple*, Chicago.

Villareal (2016). *Determinó las características epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Nacional Dos de Mayo*

ANEXOS

Anexo1. Escala de Coma de Glasgow:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
RESPUESTA OCULAR	Abre:	4
	Esponáneamente los ojos	3
	A una orden verbal	2
	Al dolor	1
	No responde	
RESPUESTA VERBAL	Orientado y conversando	5
	Desorientado y hablando	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna respuesta	1
RESPUESTA MOTORA	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	No responde	1

Se divide en tres grupos puntuales de manera independiente que evalúan la apertura de ojos sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 y la mínima 3. Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8.

Evaluación pupilar:

SEGÚN TAMAÑO	Mióticas Medias Midriáticas	Diámetro < 2mm Diámetro 2 - 5mm Diámetro > 5mm
SEGÚN RELACIÓN	Isocóricas Anisocóricas	Iguales Diferencia > 2mm
SEGÚN RESPUESTA A LA LUZ	Reactivas Arreactivas	Se contraen a la luz No se contraen a la luz

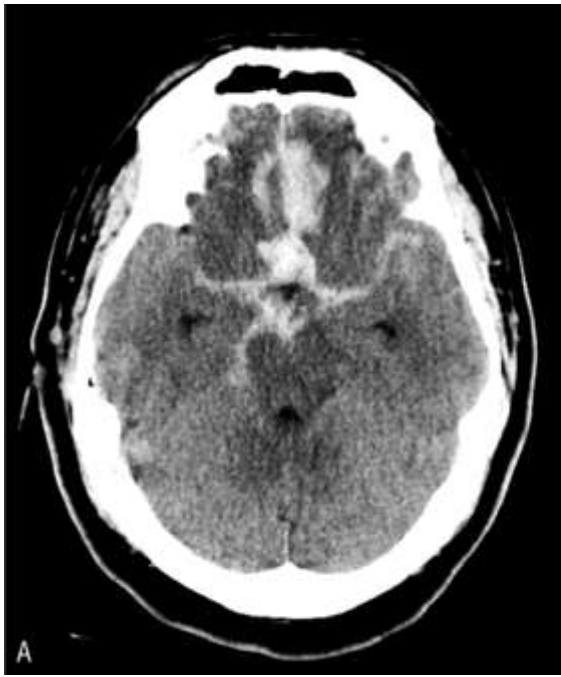
Escala de Braden-Bergstrom:

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM				
	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Constantemente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Riesgo de lesiones cutáneas	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	

Riesgo ulcera por presión donde < 13 puntos presenta alto riesgo, 13-14 presenta riesgo moderado y > 14 bajo riesgo.

Anexo 2. Exploración de nervios craneales:

EXPLORACIÓN DE LOS XII NERVIOS CRANEALES	
Nervio craneal	Explorar
I olfatorio	Olores
II Óptico agudeza visual	Carta de "snellen" (agudeza visual)
III Motor ocular común	Constricción pupilar, elevación del parpado superior
IV Patético	Movimientos oculares hacia abajo
V Trigémino	Sensibilidad en corneas, mucosa nasal, bucal, piel de la cara, control de los músculos masticadores
VI Motor ocular externo	Movimientos oculares laterales
VII facial	Control de músculos faciales
VIII vestíbulo coclear	Audición
IX glossofaríngeo	Deglución, sensibilidad mucosa faríngea, percepción de sabores, salivación
X neumogástrico o vago	Deglución, fonación, movimiento úvula y paladar blando, sensibilidad de laringe, paladar y amígdalas, control de vísceras tórax y abdomen
XI espinal	Esternocleidomastoideo, porción superior de trapecios
XII hipogloso	Movimientos linguales, deglución y habla



Anexo 3. Constancia



Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, CERTIFICA, Que el TRABAJO ACADEMICO, Versión del 26 de Febrero del presente; Titulado: "CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR CON TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/025/19, presentado por el Investigador Principal: Lic. Enf. Zila Delfina MORALES MACHACUAY, ha sido REVISADO.

Asimismo, concluyéndose con la APROBACIÓN expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá VIGENCIA hasta el 25 de febrero del 2020. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 26 de febrero del 2019.

Atentamente



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
LIC. ZILA DELFINA MACHACUAY
JEFE DE LA OFICINA
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

LMPR/abf.
c.c. Investigador Principal.
c.c. Archivo.