

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO
EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR**

TRABAJO ACADÉMICO

**PRESENTADO POR
LIC. HUAYANEY CADILLO CRIZZLY CATHERINE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**ASESOR:
Mg. TEODOLINDA CONDOR DORREGARAY**

Lima, Perú

2017

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS

1.1. Traumatismo Encéfalo craneano	6
1.2. Clasificación	8
1.3. Exámenes complementarios.....	10
1.4. Tratamiento	10
1.5. Cuidados de Enfermería.....	12
1.6. Teoría de Enfermería.....	14

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PCE – EBE

2.1. Datos de Filiación.....	17
2.2. Situación Problemática.....	18
2.3. Valoración según dominios.....	20
2.4. Diagnósticos de Enfermería.....	28
2.5. Planeamiento, Ejecución y evaluación	30

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones	38
3.2. Recomendaciones	39
3.3. Referencias Bibliográficas.....	40
3.9. Anexos.....	41

RESUMEN

El presente trabajo académico es un caso clínico de un paciente que se encuentra en el servicio de Cirugía del Hospital “Víctor Ramos Guardia” de la ciudad de Huaraz; con diagnóstico médico Traumatismo Encéfalo Craneano enfermedad que sigue siendo la primera causa de muerte e incapacidad en los países en desarrollo, dejando secuelas. Después de los 65 años de edad los accidentes por caídas y accidente vehicular siguen siendo la causa más común de estos traumatismos. El paciente con traumatismo craneoencefálico grave se caracteriza por una alta complejidad que requiere una importante especialización en los cuidados como el control neurológico incluye una valoración inicial de los niveles de conciencia y un examen de las pupilas sistemas de monitorización en este aspecto es fundamental para evitar complicaciones y prevenir el edema, daño cerebral secundario.

El presente trabajo ha sido dividido en tres capítulos orientados a explicar el problema de estudio: **En el Capítulo I** denominado Marco Teórico, se desarrolla toda la información científica acerca de la patología y la teoría de Enfermería que sustenta el trabajo. **En el Capítulo II** se desarrolla el plan de cuidados de enfermería, trabajo sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería individualizados e integrales, está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. **En el Capítulo III** se proponen las Conclusiones y Recomendaciones, orientadas a mejorar y/o proponer alternativas de solución, debido a que la Enfermera como proveedora de cuidados con metodología científica, tiene como principal instrumento.

PALABRAS CLAVES: Cuidados, Traumatismo, craneoencefálico, edema, Cerebral.

ABSTRACT

The current academic work is a clinic case of a patient who is under care in the Surgery Service of the Hospital "Victor Ramos Guardia" in Huaraz city; with a medical diagnosis of Cranioencephalic Injury, disease that keeps on being the first cause of death and inability in developing countries, leaving sequels. After being 65 years old, the accidents due to falls and vehicular clash continue to be the most common cause of these traumatismos. The patient with severe cranioencephalic injury characterizes for a high complexity that requires an important specialization in cares such as the neurological control that includes an initial assessment of the consciousness levels and an exam of the pupils monitoring systems in this aspect it is fundamental to avoid complications and to prevent edema, secondary brain damage.

The present paper work has been divided into three chapters aimed to explain the study problem: In Chapter I named Theoretical Framework, it is developed the whole scientific information about the pathology and the nursing theory that supports the work. In Chapter II, it is developed the nursing care plan, systematic and organized work to offer individualized and integral nursing cares, it consists of five steps: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation.

In Chapter III, the conclusions and recommendations are set, oriented to improve and/or propose alternatives of solution, because the Nurse as a supplier of cares with scientific methodology has as a main instrument.

KEY WORDS: Care, traumatism, cranioencephalic, edema, cerebral.

INTRODUCCION

Actualmente existe un aumento considerable de traumatismo craneoencefálico en pacientes de edad avanzada siendo las causas más frecuentes: las caídas y accidentes vehiculares. La aparición de una enfermedad grave impacta en una serie de cambios no sólo en el paciente mismo, sino en su relación con su familia y personas cercanas. La enfermedad se refleja como una ruptura en el equilibrio, familiar, social y laboral y saca al paciente de su zona de “confort”; más aún, ante una enfermedad crítica multifactorial y resistencia a la aceptación del nuevo escenario. El presente trabajo denominado “Cuidados de Enfermería en TEC Moderado y Edema Cerebral”, está orientado a mejorar diversos problemas desarrollados en el adulto mayor que son generados por esta enfermedad, dentro de esta línea la enfermera especialista debe dar respuesta a la demanda de cuidados que presentará el adulto mayor.

El personal de enfermería debe estar formado para cuidar a este tipo de pacientes, siendo recomendable la realización de un plan de cuidados estandarizados que es fundamental para proporcionar una asistencia de calidad y garantizar la seguridad del paciente, pudiendo minimizar efectos adversos a consecuencias fatales.

CAPITULO I MARCO TEORICO

1. TEC (Traumatismo Encéfalo Craneano)

1.1. Definición:

Se denomina TEC a cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Esta definición incluía causas externas que pudiesen resultar en conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro o del tronco del encéfalo hasta el nivel de la primera vértebra cervical. (Rada Martin 2014 Pp.18 Y 19).

1.2. Fisiopatología:

El traumatismo craneoencefálico (TCEG) es una importante causa de mortalidad e incapacidades en todo el mundo y la causa más común de muerte en traumatismo cerrado. En Estados Unidos se estima en 50.000 muertes anuales por esta etiología y entre 11 y 12 millones de ciudadanos europeos y estadounidenses sufren incapacidades por esta grave enfermedad. Aunque la incidencia varía con las diferentes áreas geográficas, se estima que alrededor de 200 personas sufren TCE por cada 100.000 habitantes. Afecta más a varones (en relación 2:3) debido a los diferentes roles y conducta social de uno y otro sexo. La edad de máximo riesgo se sitúa entre 15 y los 30 años, razón por la cual genera enormes pérdidas en años potenciales de vida. Se estima que por cada 250–300 TCE leves hay 15–20 moderados y 10–15 graves, lo que conlleva altos costes económicos y sociales (Alted, Aznárez y Chico Fernández 2009 Pp. 16-30).

La lesión cerebral secundaria se debe a una serie de procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios e incluso vasculares, iniciados en el momento del traumatismo, que actúan sinérgicamente. Se activan cascadas fisiopatológicas, como el

incremento de la liberación de aminoácidos excitotóxicos, fundamentalmente glutamato, que a través de la activación de receptores NMDA / AMPA alteran la permeabilidad de membrana aumentando el agua intracelular, liberando potasio al exterior y produciendo la entrada masiva de calcio en la célula. Este calcio intracelular estimula la producción de proteinasas, lipasas y endonucleasas, lo que desemboca en la muerte celular inmediata, por necrosis con respuesta inflamatoria, o diferida, sin inflamación, por apoptosis celular. Se produce activación del estrés oxidativo, aumento de radicales libres de oxígeno y Nitrógeno, y se produce daño mitocondrial y del ADN. Estas lesiones secundarias son agravadas por daños secundarios, tanto intracraneales (lesión masa, hipertensión intracraneal, convulsiones, etc.) como extracraneales (hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etc.) En la fisiopatología del TCEG, no debemos olvidar la respuesta inflamatoria local y patológica que suele haber. (J Neurotrauma 2007; 24: pp. 1-106).

Factores predisponentes:

La mitad de todos los traumatismos cerebrales son causados por accidentes de tránsito, relacionados con automóviles, motocicletas, bicicletas y peatones. Estos accidentes son la principal causa de traumatismo cerebral en personas menores de 75 años. En personas de 75 años y mayores de 75, las caídas son la principal causa de traumatismo cerebral. Aproximadamente el 20 por ciento de los traumatismos cerebrales están relacionados con la violencia, como asaltos con armas de fuego y abuso infantil y alrededor del 3 por ciento se deben a lesiones deportivas. La mitad de los incidentes de traumatismo cerebral involucran el uso de alcohol. (<http://espanol.ninds.nih.gov/> Pp.1).

1.2.1. Clasificación:

Los traumas craneoencefálicos se clasifican de diferentes formas: mecanismo del trauma, gravedad del daño, morfología de la lesión.

a) Mecanismos del trauma:

- **Trauma abierto:** Es el daño penetrante generalmente es causado por proyectiles de arma de fuego y por arma blanca, es este tipo de trauma la masa, la forma, la velocidad y la dirección del objeto penetrante puede definir la extensión de la lesión directa.
- **Trauma cerrado:** De forma directa puede ocurrir por el impacto de la cabeza contra algún objeto o menos frecuente por comprensión. De forma indirecto, el ejemplo más común son las lesiones del golpe y contragolpe (mecanismos de aceleración y desaceleración), en las cuales el trauma se presenta inicialmente por el golpe del encéfalo contra el cráneo, en la misma dirección del trauma, presentando luego contragolpe por el rebote del encéfalo contra el lado opuesto del mismo cráneo, se asocia con choques automovilísticos, caídas y contusiones.

b) Gravedad del daño:

La lesión cráneo encefálica mínima a una puntuación de Glasgow de 15 puntos, sin pérdida del conocimiento, no amnesia del episodio.

- **Lesión Leve:** La lesión craneoencefálica leve corresponde a una puntuación de Glasgow 13-15. Los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y los síntomas o signos que presentan son dolor de cabeza, confusión y amnesia. Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos

pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras. (Rada Martin 2014 Pp.18 Y 19).

- **Lesión moderada:** La lesión moderada corresponde a una puntuación de 9-13, El paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica. También pueden desarrollar el síndrome pos conmoción, que se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa después de un TCE leve o moderado. Las características principales son mareo, cefalea, fatiga y dificultad para la concentración. (Rada Martin 2014 Pp.18 Y 19).
- **Lesión Grave:** La lesión craneoencefálica grave corresponde a una puntuación de Glasgow de 5-8. El paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general, en la tomografía computarizada se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Estos pacientes requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con traumatismo encefalocraneano grave no sobrevive más de un año. (Rada Martin 2014 Pp.18 Y 19).

Causas más frecuentes:

Actualmente se observa que se han incrementado los casos por accidentes de tránsito.

- Accidentes por vehículo motorizado.
- Caídas.
- Agresiones.

1.3. Exámenes para el diagnóstico del TEC.

Lo más importante es la evaluación del médico que examina al paciente. Dependiendo de los hallazgos y de la historia del paciente, se podrá determinar la necesidad de realizar algunos exámenes en el servicio de urgencia cuando corresponda.

Estos exámenes pueden ser:

- Radiografías de cráneo y escáner cerebral.
- Se suele tomar también radiografías de columna cervical ante traumatismos de ciertas características, ya que pueden haber lesiones asociadas al TEC en la columna cervical. Se insiste en que los exámenes no reemplazan la evaluación del médico, siendo si un complemento valiosos de ella.
- Exámenes más específicos como la resonancia magnética tienen poca utilidad práctica por la urgencia por varias razones y se puede reservar para casos muy especiales o para el seguimiento posterior del paciente.
- TAC para descartar la presencia de lesiones con efecto masa que puedan tratarse quirúrgicamente.

1.4. Tratamiento del TEC

Las bases conceptuales del manejo del TEC asientan sobre varios asertos que resumimos en rapidez de tratamiento, evitar daños secundarios y hospital adecuado.

Los objetivos del tratamiento del TEC se concretan en conseguir:

- Ventilación y estabilidad hemodinámica,
- Descartar y tratar las lesiones asociadas que amenazan la vida.

Vía aérea

La presencia de un TEC grave o una situación de coma definida como una puntuación en la escala de Glasgow de 8 puntos o menor es indicación de establecimiento de una vía aérea definitiva.

Ventilación

Se debe administrar oxígeno a alto flujo a todo paciente con TCE, y garantizar una adecuada ventilación para mantener la PaO₂ por encima de 70 mmHg.

Ante la presencia de signos de HIC se recomienda ventilación asistida con hiperventilación para mantener la PaO₂ próxima a 28 mmHg.

Considerar las características específicas de dichas drogas en el TCE. Se deben evitar sedantes de acción prolongada, ya que no permiten evaluaciones frecuentes y existe riesgo de sobre sedación.

Circulación

No se debe considerar inicialmente al TEC causa de hipotensión arterial. Por tanto, ante un poli traumatizado con TEC con signos de shock hay que proceder a una reposición de volumen que mantenga la tensión arterial sistólica por encima de 90 mmHg.

Una vez restaurada la volemia debemos reducir los fluidos a ritmo de mantenimiento de las necesidades basales.

Existen suficientes evidencias que demuestran la relación entre valores más bajos de presión arterial media (PAM) en las primeras horas del TEC y mayor tasa de mortalidad, peores resultados funcionales, y mayor incidencia de complicaciones sistémicas. Pensamos que la PAM debe situarse al menos en cifras superiores a 80 mmHg. Es motivo de controversia la composición ideal de la fluido terapia para reanimación del TEC, excepto que deben evitarse las soluciones hipotónicas como la dextrosa al 5% y los aportes elevados de glucosa.

Pronóstico y secuelas de pacientes con TEC.

Muchos pacientes lamentablemente fallecen por las graves lesiones incluso antes de llegar al Hospital, otros deberán pasar largos periodos en las UCIS o UTS, mientras que otros tendrán evoluciones más favorables. Independientemente de la a magnitud del trauma, se brindara los cuidados y tratamiento a todos los pacientes ya que el comportamiento del sistema nervioso ante los traumatismos es algo muy variable, y si existe alguna posibilidad de mejoría se debe hacer siempre el mejor intento. En ciertas ocasiones los médicos de urgencias se enfrentan pacientes aún con vida pero con un pronóstico muy malo basándose en las condiciones del enfermo y en los exámenes, por lo tanto existen también oportunidades donde los médicos solo podrán adoptar las medidas básicas de soporte vital.

En los TEC leves, el pronóstico suele ser benigno, con recuperación en general completa.

En los TEC Severos la posibilidad de secuelas aumenta y el pronóstico empeora, quedando alteraciones neurológicas definitivas e invalidantes en muchos casos.

La insuficiencia cardíaca normalmente se desarrolla lentamente después de una lesión en el corazón. Como puede ser un ataque cardíaco, tensión arterial alta no tratada durante muchos años o una válvula coronaria dañada.

1.5. Cuidados de enfermería

El paciente con traumatismo craneoencefálico es un paciente que requiere una atención constante, tanto por parte médica como por enfermería.

1) Monitorización de funciones vitales: Frecuencia cardiaca, presión arterial y respiración.

- 2) **Valoración del estado neurológico:** nivel de conciencia, valoración de pupilas y reacción a la luz, respuesta a estímulos.
- 3) **Administración de Diurético:**
Manitol/Solución Hipertónica: por vía intravenosa, para reducir la hinchazón y reducir la presión dentro del cráneo, ya que este absorbe el líquido del cerebro y provoca la excreción de orina.
- 4) **Administración de corticosteroides:** para reducir la hinchazón.
- 5) **Administración de anticonvulsivante:** (fenitoína, carbamazepina, ácido valproico) durante dos semanas para prevenir las convulsiones.
- 6) **Posición del paciente:** alineación corporal, con la cabeza en posición neutra, para evitar la rotación de esta y prevenir el aumento de la PIC. La cabecera de la cama es conveniente que este a 20-30° siempre y cuando no haya lesiones en la columna vertebral. (Rada Martin 2014 Pp.32-36).
- 7) **Normotermia:** Este tipo de pacientes tienen que estar con $T^{\circ} < 37^{\circ}C$ ya que un aumento de la temperatura puede provocar aumento de la presión intracraneal (PIC).
- 8) **Normoglucemia:** La hiperglucemia contribuye a empeorar la lesión cerebral en el TCEG y aumenta la morbimortalidad. Los niveles de glucemia deberían estar entre 80-140mg/dl y se tratará por encima de 140mg/dl.
- 9) **Nutrición precoz:** Los traumatismos encefalocraneano presentan hipermetabolismo, gasto energético alto y un aumento de las pérdidas de proteínas. Un correcto apoyo nutricional puede prevenir la disminución de la inmunidad, disminuye la morbilidad y la mortalidad, así como reducir la estancia hospitalaria de dichos pacientes (Rada Martin 2014 Pp. 19-33).
- 10) **Hidratación de la piel:** Uso de cremas para mantener turgencia de la piel y evitar resequeidad.

1.6. TEORIA DE ENFERMERIA DE JEAN WATSON

1.6.1 Característica del modelo

- Watson nos dice que cuidar es una actividad humana, cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, indica que no implica sólo al paciente sino también a la enfermera involucrando valores, voluntad y el compromiso para cuidar; detalle importante en la recuperación del adulto mayor.
- Watson dice que la enfermería está relacionada con la promoción y el restablecimiento de la salud y con la prevención de la enfermedad, es por ello que se debe de considerar a la los integrantes de la familia o entorno cercano e involucrarlos en la mejora del paciente adulto mayor, ya que con el paso de los años se hacen más dependientes.
- Watson nos habla del cuidado humanizado, la salud y la **calidad de vida** que debemos de brindar a nuestros pacientes adultos mayores, ya que debemos verlos no como seres inservibles, sino como maestros de la vida.
- Watson enfatiza que el cuidado debe estar acompañado de un amor incondicional, lo cual es esencial para la recuperación del paciente. Bajo estas características de atención se fortalece el rol de servicio del cuidador.

1.6.2. Conceptos del Metaparadigma según la teoría del cuidado humano.

Persona: La Dra. Watson considera a la persona como un ser único que posee tres esferas del ser: mente - cuerpo – espíritu. las cuales se ven influidas por el auto-concepto, ser que es libre de tomar decisiones, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es predominante para el cuidado del paciente.

Ambiente: La Dra. Watson define el ambiente como un espacio de curación importante para calmar al paciente.

Es una realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico incluye: la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad del paciente (pasado, presente y futuro imaginado).

Salud: La Dra. Watson lo define como "la unidad y armonía existente entre cuerpo y alma (espíritu). Está asociado con el yo percibido y de igual forma al yo experimentado.

Enfermería: La Dra. Watson afirma que en la práctica cotidiana debe existir la ejecución de un sistema sólido en valores humanísticos. Para la Dra. Watson es un arte el momento en que la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez es capaz de expresarlos de manera similar a los que experimenta la otra persona.

Ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

1.6.2 Las relaciones entre los cuatro conceptos del metaparadigma

1.6.2.1 Interacción enfermera paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud, enfermedad, interacción persona, medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, auto-conocimiento,

conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

1.6.2.2 Campo fenomenológico

El cuidado se inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

1.6.2.3 Relación de cuidado transpersonal

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Esta trascendencia permite a ambos: al paciente y la enfermera, a entrar en el campo fenomenológico del otro (FERNANDA GARZON ABRIL-2013).

La meta de enfermería

La meta de la enfermería está relacionada con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, de la búsqueda del significado de las experiencias que ha vivido cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la curación.

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE

2. VALORACIÓN:

2.1. Datos de filiación:

Nombre del paciente : R. M. C.
Fecha de Nacimiento : 08/09//1949
Lugar de Nacimiento : Marcará.
Edad : 68años.
Estado Civil : Viudo (Vive con una hija).
Fecha de ingreso al servicio : 15/06/2017.
Religión : Católica.
Procedencia : Emergencia () Trauma Shock (x)
Otro ()
Forma de llegada : Ambulatorio () Silla de ruedas ()
Camilla (X)
Peso : 59 kg.
Estatura : 1.56 cm.
Persona de referencia : Morales Rodríguez Amparo (Hija).
Diagnóstico médico : TEC Moderado

2.1.2. Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

- **Antecedentes personales**

Adulto:

Alergias : Niega
Enfermedades crónicas : Niega
Enfermedades transmisibles : Ninguna
Intervenciones Quirúrgicas : Niega
Hospitalizaciones : Niega
Accidentes anteriores : Ninguna

- **Otros**

No refiere.

- **Antecedentes familiares:**

Padres sanos.

Hermanos sanos.

Hipertensión arterial : Niega.

Alergias : Niega.

2.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

Paciente adulto mayor de iniciales: R.M.C, de 68 años de edad, sexo masculino, se encuentra hospitalizado en el servicio de Cirugía, cama N° 41 referido del servicio de Trauma Shock del Hospital “Víctor Ramos Guardia” de la ciudad de Huaraz; con Diagnóstico Médico: TEC MODERADO.

Paciente refiere: “ Me duele todo el cuerpo, no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas, dicen que me ha atropellado un carro, además no sé cuánto tiempo más estaré acá y ya me quiero ir, mi hija está sola en mi casa, como estarán mis animales, cuanto estará gastando en todo las medicinas”.

Su hija refiere: “Me preocupa la salud de mi padre, estoy pendiente de su salud; soy la única que se encarga de él; además vengo todos los días a verlo y solucionar el pedido de medicinas”.

A la evaluación se encuentra en AREG, AREN, REH, en su estado general está despierto, irritable, Glasgow=13 (AO=3 RV=4 RM=6), paciente se desorienta por momentos, a la evaluación de la escala analógica del dolor EVA 3 (8/10), pupilas isocóricas fotorreactivas a la luz, 3/3 OD y OI, se observa equimosis palpebral derecho, llenado capilar < 3” piel tibia, ligeramente pálida, mucosa orales semi-secas, ventilando con soporte de oxígeno con cánula binasal a 5 Lt. FiO₂ 40% desatura sin oxígeno, tórax simétrico, a la auscultación murmullo vesicular normal en ACP, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, RHA ligeramente disminuido, se evidencia disminución de la fuerza muscular; evidenciándose múltiples hematomas, marcado en brazos, cursa con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo pasando ClNa 0.9%+

kalium 10% a 20 gotas x', además se infunde Solución Hipertónica: 150 CC. C/4horas. presencia de hematomas marcados en los miembros inferiores, presencia de sondaje vesical a circuito cerrado con presencia de débito urinario de características amarillo claro, flujo urinario aumentado, Balance Hídrico (-) = 1000cc.en 24 hr, deposiciones en pañal,1 vez al día.

Funciones vitales:

P/A : 130/80 mmHg
 F.R : 22x'
 F.C : 80 x'
 T° : 37°c.
 SATO₂ : 95% con CBN a 5Lt.
 FiO₂ : 40%

2.2.1 EXAMENES DE LABORATORIO:

HEMATOLOGIA

VALOR NORMAL

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| • HB= 15.3 g/dl. | 11 - 16 g/dl. |
| • HTO= 37% | 37 - 54% |
| • PLAQUETAS= 340000 mm ³ | 100.000-300.000 mm ³ |
| • LEUCOSITOS= 7500mm ³ | 4000 -10000 mm ³ |
| • GLUCOSA= 108 mg/dl. | 70 -120 mg/dl. |
| • UREA= 32 mg/dl. | 10.7 - 46.5 mg/dl. |
| • CREATININA= 0.71 mg/dl. | 0.3 - 1 mg/dl. |

UROANALISIS

VALOR NORMAL

- | | |
|--------------------------|---------------|
| • COLOR: AMARILLO CLARO. | |
| • LEUCOCITOS: 1-2 XC. | 0 – 2 x campo |
| • HEMATIES: 1-2 XC. | 0 – 2 x campo |
| • GERMENES: ESCASOS. | No presentes. |

ELECTROLITOS METABOLICOS

VALOR NORMAL

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| • cNA ⁺ : 139 mmol/L. | 136 - 146 mmol/ L |
|----------------------------------|-------------------|

- cK^+ : 3.7 mmol/L. 3.5 - 5.0 mmol/L
- cCL^- : 89 mmol/L. 98 - 106 mmol/L
- cCa^{2+} : 1.03 mmol/L. 1.15 - 1.29 mmol/L.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA

Conclusión Diagnóstica: Paciente con TEC Leve – Moderado.

2.2.2. TRATAMIENTO:

- Tolerancia oral (Ensure 200cc.C/4 hr.).
- Solución Hipertónica: 150 cc. c/4horas
- (CLNa 9% 650 CC. + CLNa 20% 350 CC.).
- CLNa 9% 1000 + kalium 10% a 20 gotas x'
- Ceftriaxona 2gr.E.V. c/ 24 horas
- Citicolina 500mg 1amp. E.V. c/8 horas.
- Fenitoina 100mg 1amp E.V. c/8horas.
- Metamizol 1gr. E.V. cond. A $T > 38.5^\circ\text{C}$.
- Tramal 100mg. S/C. C/8 horas
- Dexametasona 4mg E.V. c/6 horas
- Metoclopramida 10mg E.V. c/8 horas
- Ranitidina 50mg 1amp. E.V. c/ 8 horas
- Oxigeno por cánula binasal 5Lt.

2.3. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la Salud

El paciente es hospitalizado, refiere haber sufrido un accidente vehicular, menciona se encuentra aburrido y todo le duele, se siente preocupado, recibe la visita todos los días de su hija y sobrinos con insumos de higiene y comodidad. En cuanto al estilo de vida vive con su hija, cuenta con saneamiento básico, consume alimentos básicos, no consume drogas.

Clase 2: Gestión de la salud: Estilo de vida saludable, paciente no conoce sobre su enfermedad, recibe tratamiento médico.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>D. Subjetivo: Paciente refiere “, no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas,...”</p> <p>D. Objetivo: Paciente no recibe información médica.</p>	<p>Clase 2: Gestión de la salud</p>	<p>Gestión ineficaz de la propia salud R/C el desconocimiento de la enfermedad EV por verbalización “no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas...”</p>

DOMINIO 2: NUTRICION

Tolerancia oral, ingesta de alimentación con supervisión, abdomen blando depresivo no doloroso, ruidos hidroaéreos escasos, administrándose Solución hipertónica 150cc c/4 hr. (CLNa 0.9% 650 cc. + CLNa 20% 350 cc.), mucosas semi secas.

Clase 1: Ingesta: Tolerancia oral (Ensure 200cc cada 4 horas), ingesta de alimentación disminuida, deterioro del reflejo de deglución, Peso 59 Kg aprox, talla 1.56 aprox.

Clase 5: Hidratación: CNa 0.9% + kalium 10% a 20 gotas x', solución hipertónica 150cc c/4 hrs (CLNa 0.9% 650 cc. + CLNa 20% 350 cc.), mucosas semi secas.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: Cambios de hábitos alimenticios. Tolerancia oral/ ingesta</p>	<p>Clase 1: Ingesta</p>	<p>Desequilibrio nutricional por defecto R/C deterioro neurológico EV tolerancia oral.</p>

supervisión. Peso: 59 Kg. Piel poca hidratada, pálida.		
D. Subjetivo: No evaluable. D. Objetivo: Electrolitos metabólicos: cNA ⁺ : 139 mmol/L. cK ⁺ : 3.7 mmol/L. cCL ⁻ : 89 mmol/L. cCa ²⁺ : 1.03 mmol/L. Administración de solución Hipertónica 150cc.c/4hrs.	Clase 5: Hidratación	Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C poliuria.

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO

Paciente presenta sonda vesical a circuito cerrado, flujo urinario aumentado con un balance hídrico (-) = 1000 cc. en 24 horas, realiza deposición en pañal una vez al día, RHA ligeramente disminuido.

Clase 1: Frecuencia urinaria: presencia de sonda vesical a circuito cerrado, Flujo urinario aumentado, Balance Hídrico (-) = 1000cc.en 24 hr.

Clase 2: F. Gastrointestinal: Deposición en pañal 1 vez al día.

Clase 3: F. Integumentaria: vía periférica en MSI.

Clase 4: Función respiratoria: Apoyo con cánula binasal a 5 Lt., saturación 95%, FR: 22 x', a la auscultación presenta murmullo vesicular normales en ACP.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Paciente con grado de dependencia, fuerza muscular disminuida, postrado en cama, se encuentra recibiendo oxigenoterapia por CBN a 5 Lt., saturación 95%.

Clase 1: Sueño/Reposo: Paciente no duerme bien, porque se siente aburrido.

Clase 2: Actividad: limitado por deterioro neurológico.

Clase 3: Equilibrio/energía: se pregunta ¿cómo se encuentra?:... “me siento débil, me duele todo el cuerpo”.

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar: Frecuencia cardíaca: 80x', llenado capilar < 2'', Presión arterial: 130/90 mmHg, soporte de oxígeno CBN a 5Lt. x'.

Clase 5: Autocuidado: Paciente presenta limitación en cuanto al aseo ya que se encuentra con limitación de movimiento, además de encontrarse postrado en cama.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>D. Subjetivo: Paciente refiere: “mi hija está sola, como estarán mis animales...”.</p> <p>D. Objetivo: Paciente preocupado</p>	<p>Clase 1: Sueño/Reposo</p>	<p>Trastorno del patrón de sueño R/C sueño invertido EV preocupación, paciente refiere: “mi hija está sola, como estarán mis animales...”.</p>
<p>D. Subjetivo: Paciente refiere: “Me duele todo el cuerpo”.</p> <p>D. Objetivo: Paciente con hipo actividad en los miembros.</p>	<p>Clase 2: Actividad:</p>	<p>Deterioro de la movilidad física R/C por limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y finas.</p>
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: Saturación de O₂: 95%</p>	<p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/</p>	<p>Riesgo de deterioro de la ventilación espontánea R/C uso de dispositivos.</p>

con soporte de oxígeno CBN a 5Lt. x'. Desaturación sin soporte.	pulmonares	
D. Subjetivo: No evaluable. D. Objetivo: Escala de Glasgow: 13/15 pts.	Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Perfusión tisular ineficaz a nivel cerebral R/C hipoperfusión a nivel cerebral EV escala de Glasgow 13/15 pts.
D. Subjetivo: No evaluable. D. Objetivo: Limitación en cuanto al aseo, movilización limitada.	Clase5: Autocuidado	Déficit de autocuidado baño/higiene R/C deterioro neurológico EV postración.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICION

Clase 1: Atención: Somnoliento.

Clase 2: Confuso por momentos.

Clase 4: Cognición; Glasgow=13 puntos (AO=3 RV=4 RM=6) pupilas isocóricas, fotoreactivas a la luz, 3/3 cm OD y OI.

Clase 5: Comunicación: Se puede comunicar con el paciente de forma verbal, por momentos lenguaje confuso.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Clase 1: Auto concepto: No hay datos

Clase 2: Autoestima: No hay datos

Clase 3: Imagen Corporal: No hay datos.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador; vive con su hija, esposa fallecida

Clase 2: Relaciones Familiares, se siente preocupado por su hija: cuánto tiempo más estaré acá y ya me quiero ir, mi hija está sola en mi casa, como estarán mis animales, cuanto estará gastando en todo las medicinas

Clase 3: no hay datos.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>D. Subjetivo: Hija refiere: "...soy la única que se encarga de él; Además vengo todos los días a verlo y ver lo de las medicinas".</p> <p>D. Objetivo: No evaluable</p>	<p>Clase 1: Roles del cuidador.</p>	<p>Cansancio del rol de cuidador R/C factores estresantes del cuidador EV manifestación verbal de la hija: "...soy la única que se encarga de él; Además vengo todos los días a verlo y solucionar el pedido de medicinas de las medicinas".</p>
<p>D. Subjetivo: Hija refiere: "Me preocupa la salud de mi padre"</p> <p>D. Objetivo: No evaluable.</p>	<p>Clase 2: Relaciones familiares.</p>	<p>Interrupción de los procesos familiares R/C evento inesperado EV manifestación verbal de la hija: "Me preocupa la salud de mi padre".</p>

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Clase 1: Identidad sexual: adecuada

Clase 2: Función Sexual: No hay datos

Clase 3: Reproducción: viudo.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 1: No hay datos

Clase 2: Respuestas de afrontamiento; Se muestra angustiado frente a las atenciones, temor sobre su enfermedad.

Clase 3: No hay datos

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>D. Subjetivo: Paciente refiere: “no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas, mi hija está sola en mi casa, como estarán mis animales, cuanto estará gastando en todo las medicinas”.</p> <p>D. Objetivo: No evaluable</p>	<p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento;</p>	<p>Temor R/C estancia hospitalaria prolongada EV manifestación verbal: “no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas, mi hija está sola en mi casa, como estarán mis animales, cuanto estará gastando en todo las medicinas”.</p>

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 1: Valores: la honradez.

Clase 2: Creencias: Religión católica.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

Clase 1: Infección: Presencia de sonda Foley.

Clase 2: Lesión física: Múltiples contusiones, equimosis palpebral derecho.

Clase 3: Violencia: No hay datos

Clase 4: Riesgos ambientales: No hay datos

Clase 5: Termorregulación: Piel tibia T°: 37°C.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
D. Subjetivo: No evaluable D. Objetivo: Paciente presenta sonda Foley, vía periférica en miembro superior izquierdo.	Clase 2: Infección	Riesgo de infección R/C efectos colaterales de procedimientos invasivos.
D. Subjetivo: No evaluable D. Objetivo: Múltiples contusiones, equimosis palpebral derecho.	Clase 2: Lesión física.	Deterioro de la integridad cutánea R/C lesión traumática EV múltiples contusiones y equimosis palpebral.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Físico: Confort físico: Presenta dolor, náuseas y vómito.

Clase 2: Medio Ambiental: Refiere confort.

Clase 3: Social: No hay datos

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
D. Subjetivo: Paciente muestra facies de dolor al examen físico. D. Objetivo: Escala de EVA: 3 (8/10).	Clase 1: Confort físico	Disconfort R/C dolor EV facies de dolor, escala de EVA: 3 (8/10).

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

Clase 1: Crecimiento: No hay datos

Clase 2: Desarrollo: No hay datos.

2.4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Gestión ineficaz de la propia salud R/C el desconocimiento de la enfermedad EV por verbalización “no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas...” Deterioro de la deglución R/C deterioro neurológico M/E incapacidad para coordinar la deglución.
- Perfusión tisular a nivel cerebral ineficaz R/C hipoperfusión a nivel cerebral EV escala de Glasgow 13/15 pts.
- Desequilibrio nutricional por defecto R/C deterioro neurológico EV tolerancia oral.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C poliuria.
- Trastorno del patrón de sueño R/C sueño invertido EV preocupación, paciente refiere: “mi hija está sola, como estarán mis animales...”.
- Riesgo de deterioro de la ventilación espontánea R/C uso de dispositivos.
- Déficit de autocuidado baño/higiene R/C deterioro neurológico EV postración.
- Interrupción de los procesos familiares R/C evento inesperado EV manifestación verbal de la hija: “Me preocupa la salud de mi padre”.
- Riesgo de infección R/C efectos colaterales de procedimientos invasivos.
- Deterioro de la integridad cutánea R/C lesión traumática EV múltiples contusiones y equimosis palpebral.
- Disconfort R/C dolor EV facies de dolor, escala de EVA.
- Perfusión tisular a nivel cerebral ineficaz R/C hipoperfusión a nivel cerebral M/E escala de Glasgow 13/15 pt.
- Deterioro de la movilidad física R/C por limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y finas.
- Temor R/C estancia hospitalaria prolongada EV manifestación verbal: “no sé lo que tengo, me dan un montón de medicinas, mi hija está sola en mi casa, como estarán mis animales, cuanto estará gastando en todo las medicinas”.

- Cansancio del rol de cuidador R/C factores estresantes del cuidador EV manifestación verbal de la hija: "...soy la única que se encarga de él; Además vengo todos los días a verlo y ver lo de las medicinas".

PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS.

- Perfusión tisular a nivel cerebral ineficaz R/C hipoperfusión a nivel cerebral EV escala de Glasgow 13/15 pt.
- Riesgo de deterioro de la ventilación espontánea R/C uso de dispositivos.
- Trastorno del patrón de sueño R/C sueño invertido EV preocupación, paciente refiere: "mi hija está sola, como estarán mis animales...".
- Deterioro de la integridad cutánea R/C lesión traumática EV múltiples contusiones y equimosis palpebral.
- Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C poliuria
- Riesgo de infección R/C efectos colaterales de procedimientos invasivos.
- Cansancio del rol de cuidador R/C factores estresantes del cuidador EV manifestación verbal de la hija: "...soy la única que se encarga de él; Además vengo todos los días a verlo y ver lo de las medicinas".
- Interrupción de los procesos familiares R/C evento inesperado EV manifestación verbal de la hija: "Me preocupa la salud de mi padre".

2.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: Paciente a la evaluación con ECG = (AO: 3, RV:4, RM:6) 13 puntos, con tendencia al sueño. Paciente ventilando con soporte de oxígeno CBN a 5 Lt, Sat. O₂: 95%.</p>	<p>Perfusión tisular ineficaz a nivel cerebral R/C</p> <p>disminución del aporte de oxígeno EV escala de Glasgow 13/15 pts., soporte de oxígeno CBN a 5 Lt, Sat. O₂: 95%.</p>	<p>Objetivo general: El paciente mejorará la perfusión tisular a nivel cerebral.</p> <p>Objetivo específico: Paciente logrará mejorar ECG a límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se revalora el estado neurológico (ECG), c/6 horas. • Se revalora el estado respuesta pupilar C/ 6 horas. • Se monitorea funciones vitales c/6 horas. • Se evalúa signos como vómitos, cefalea, alteración del sensorio. • Se administra Metoclopramida 10mg E.V. c/8 horas. • Se administra Ranitidina 50mg 1amp. E.V. c/ 8 horas. • Se administra Fenitoina 100mg 1amp E.V. c/8horas. • Se administra Citicolina 500mg 1amp. E.V. c/8 horas. • Se coloca la cabecera de 20°-35°. • Se administra tratamiento para disminuir el edema cerebral (solución hipertónica 150cc c/4hrs). • Se administra Dexametasona 4mg E.V. c/6 horas. • Se monitorea oxigenoterapia según prescripción médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejora escala de Glasgow dentro de los valores normales 15/15 paulatinamente. • Paciente mejora saturación de O₂ con cánula binasal a 3 Lt. Saturando 95%.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: Paciente ventilando con soporte de oxígeno CBN a 5 Lt, Sat. O₂: 95%. Desatura sin oxígeno.</p>	<p>Riesgo de deterioro de la ventilación espontánea R/C uso de dispositivos.</p>	<p>Objetivo general: Paciente logrará mejorar intercambio gaseoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios. • Se coloca en posición de semi fowler 20°-35°. • Se controla el ritmo y frecuencia respiratoria c/6 horas. • Se ausculta los ruidos respiratorios, tomando nota de la zona de disminución o ausencia de la ventilación y presencia de sonidos extraños. • Se observa si hay disnea y sucesos que le mejoran o le empeoran. • Se monitorea suministro de O₂ a según requerimiento. • Se controla la eficacia de la oxigenoterapia y pulsoximetría • Se observa si hay signos de toxicidad por oxígeno y atelectasia por absorción. • Se efectiviza AGA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente queda con apoyo ventilatorio con cánula binasal a 3 Lt. - Sat. O₂: 95%. - FR: 18-20 x' • Se evalúa resultados de AGA con parámetros normales. - PH: 7.35 – 4.45 - PCO₂: 35 – 45mmHg. - PO₂: 70 – 100mmHg.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: Paciente refiere: “mi hija está sola, como estarán mis animales...”.</p> <p>D. Objetivo: No evaluable.</p>	<p>Trastorno del patrón de sueño R/C sueño invertido EV preocupación, paciente refiere: “mi hija está sola, como estarán mis animales...”.</p>	<p>Objetivo general: Paciente recuperará el sueño, congruente con sus necesidades.</p> <p>Objetivo específico: Paciente logrará mantener calma en cuanto su recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica la importancia del sueño. • Se ayudar a eliminar las situaciones estresantes y a evitar la fatiga durante la vigilia. • Se coordina con nutrición a considerar en la dieta insertar alimentos que favorezcan el sueño (cereales, infusiones relajantes). • Enseñar a la cuidadora la relajación muscular autógena, masajes u otros métodos de relajación. 	<p>Paciente mejora el sueño y sigue rutinas que promueven el sueño.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: Paciente presenta múltiples contusiones en miembros superiores e inferiores. Paciente presenta equimosis palpebral.</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C lesión traumática EV múltiples contusiones y equimosis palpebral.</p>	<p>Objetivo general: Paciente lograra mantener Integridad cutánea durante estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente mejorará integridad tisular: piel y membranas paulatinamente. - Paciente mantendrá control del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza valoración del estado de la piel. • Se coordina con el servicio de nutrición con la finalidad de mejorar estado nutricional con una dieta adecuada en el aporte de proteínas. • Se realiza baño de esponja diario. • Se realiza comodidad y confort en cada cambio de turno. • Se mantiene la cama limpia, seca y sin arrugas. • Se realiza masajes e hidratación de la piel con crema antiinflamatoria en las zonas con presencia contusiones. • Se realiza adecuados cambios posturales <i>c/ 2 horas</i>, haciendo uso de aditamentos externos (almohadas, guantes, etc). • Se explica el porqué de los cambios posturales. • Se evalúa la presencia de zonas de presión en cada cambio de turno. • Se administra antibioticoterapia: Ceftriaxona 2gr.E.V. <i>c/ 24 horas</i>. • Educar a la familia para apoyo en casa. 	<p>Paciente recupera integridad cutánea</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: - Paciente con BH. (-) = 1000cc en 24 hr. - Electrolitos metabólicos: cNa⁺ : 139 mmol/L. cK⁺ : 3.7 mmol/L. cCL⁻ : 89 mmol/L. cCa²⁺: 1.03 mmol/L. - Administración de solución Hipertónica 150cc.c/4hrs.</p>	<p>Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C poliuria.</p>	<p>Objetivo general: Paciente logrará mejorar el equilibrio líquido electrolítico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se observa las mucosas, turgencia de la piel y la sed. • Se realiza Balance Hídrico Estricto c/6 horas. • Se controla diuresis c/6 horas. • Se valora: color y cantidad de orina en cada cambio de turno. • Valorar signos de deshidratación. • Se observa si los niveles de electrolitos en suero son normales. • Se sugiere exámenes de control de líquidos y electrolitos. 	<p>Paciente mantiene equilibrio líquido electrolítico en +/- 200 cc. en 24 horas.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO 06	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: No evaluable.</p> <p>D. Objetivo: Paciente presenta vía periférica, sonda Foley.</p>	<p>Riesgo de infección R/C efectos colaterales de procedimientos invasivos.</p>	<p>Objetivo general: Paciente presentará temperatura dentro de los parámetros normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de manos teniendo en cuenta de los 5 momentos. • Se realiza el calzado de guantes antes de cada procedimiento. • Se monitorea funciones vitales: FC, FR, T°, PA c/ 6 horas. • Se realiza procedimientos con estrictas medidas de bioseguridad. • Se tiene en cuenta el cambio de vía periférica: cada 3 días. • Se tiene en cuenta el cambio de sonda Foley: cada 8 días. • Reducir la manipulación al mínimo. 	<p>Paciente durante su estancia en el servicio de Cirugía, no presenta infección intrahospitalaria.</p> <p>Paciente presenta T° = 37 °C.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO 07	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: Manifestación verbal de la hija: “soy la única que se encarga de él; Además vengo todos los días a verlo y ver lo de las medicinas”.</p> <p>D. Objetivo: No evaluable</p>	<p>Cansancio del rol de cuidador R/C factores estresantes del cuidador EV manifestación verbal de la hija: “soy la única que se encarga de él; Además vengo todos los días a verlo y ver lo de las medicinas”.</p>	<p>Objetivo general: Reforzar los roles del cuidador.</p> <p>Objetivo específico: - Motivar al cuidador para optimizar con el rol cuidador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora el impacto de la situación vital de la cuidadora en los papeles y relaciones que tiene que asumir en su función de cuidar. • Se proporciona ayuda a la cuidadora a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales. • Se coordina con el servicio de Psicología, para la realización de sesiones de consejería y charlas motivacionales. • Se brinda consejería de conocimientos básico de la enfermedad. • Se brinda consejería a la cuidadora relacionada a los cuidados en casa. • Animar la implicación familiar, si es necesario 	<p>Hija verbaliza sentirse animado a cuidar a su padre hasta sus últimos días después de recibir apoyo psicológico.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO 08	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACION
<p>D. Subjetivo: Vive solo con su hija.</p> <p>D. Objetivo: Manifestación verbal de la hija: “Me preocupa la salud de mi padre”.</p>	<p>Interrupción de los procesos familiares R/C evento inesperado EV manifestación verbal de la hija: “Me preocupa la salud de mi padre”.</p>	<p>Objetivo general: Mejorar el afrontamiento de los problemas familiares.</p> <p>Objetivo específico: Se logrará buscar apoyo de los demás familiares.</p>	<p>Clima social de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se brinda consejería a los integrantes de la familia con la finalidad de coordinar en cuanto al apoyo durante el proceso de enfermedad del paciente <p>Afrontamiento de los problemas y funcionamiento de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se coordina con el departamento de psicología para la realización de sesiones relacionadas al afrontamiento del proceso de la enfermedad. • Se realiza consejería a los familiares y fomentar la integración familiar. <p>Normalización de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicita la intervención de la asistente social, con la finalidad de minimizar gastos generados por la enfermedad. 	<p>Hija recibe apoyo de familiares directos (la tía), para el cuidado del padre.</p>

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

3.1. CONCLUSIONES

- La incidencia del TCE se incrementa con la edad por la predisposición que va aportando el proceso fisiológico de envejecimiento.
- El proceso de enfermería es una herramienta de pasos interrelacionados que nos lleva a cumplimiento de actividades en bien de la salud del adulto mayor, el personal interactúa con el paciente, la familia para afianzar cuidados en bien del paciente.
- El paciente adulto mayor necesita de mayores cuidados. En relación a su salud, necesita de un cuidador ya sea un familiar cercano o una persona profesional capacitada en temas básicos de cuidados. Estas condiciones le garantizará una calidad de vida aceptable, un entorno familiar tranquilo de satisfacción de necesidades.
- Es fundamental la integración del comprometido con el propósito de lograr optimizar la calidad de vida del paciente.

3.2. RECOMENDACIONES

- Implementar acciones de seguimientos de los pacientes con avanzada edad para proponer las atenciones oportunas. Para ello es preciso contar con una guía de atención de los pacientes con traumatismo encéfalo craneano aprobado por la institución, para un manejo unificado de estos.
- Implementar estrategias de educación integral en el cuidado de la salud del adulto mayor. Este rol a cargo de la familia permitirá mejorar la calidad de vida y darles un mejor cuidado y plena satisfacción.
- Realizar capacitaciones continuas sobre actualización y manejo de pacientes con traumatismo encéfalo craneano más edema cerebral, para el personal del servicio de Cirugía.
- El personal de enfermería debe orientar adecuadamente a los comprometidos en el cuidado del paciente. Se debe generar hábitos positivos como lavarse las manos frecuentemente especialmente después de sonarse la nariz, ir al baño, antes de comer. Debe evitar el consumo de tabaco debido a que este agrava la enfermedad crónica. De igual forma se debe contar con asistencia médica, tener al día la administración de vacunas preventivas a las enfermedades respiratorias, mantener una habitación con la ventilación adecuada, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones-2015-2017.
- Rada M. Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico. 2014 Pp.17 -35).
- Alted L. E.; Bermejo A., y otros. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. 2009 vol.33.
- J Neurotrauma. Trauma craneoencefalico en el anciano 2007
- Fernanda G. Teoría del cuidado humano de Jean Watson 2013.
- Manual de Enfermería ZAMORA 2015. 4ta edición. Editorial Zamora.
- Bruner y Suddarth. Enfermería médico quirúrgico. 12ª edición.
- TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO
tratado.uninet.edu/c110501.html
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Los Institutos Nacionales de la Salud. Traumatismo cerebral: Esperanza en la investigación. Recuperado de [www.http://espanol.ninds.nih.gov/](http://espanol.ninds.nih.gov/)

ANEXOS

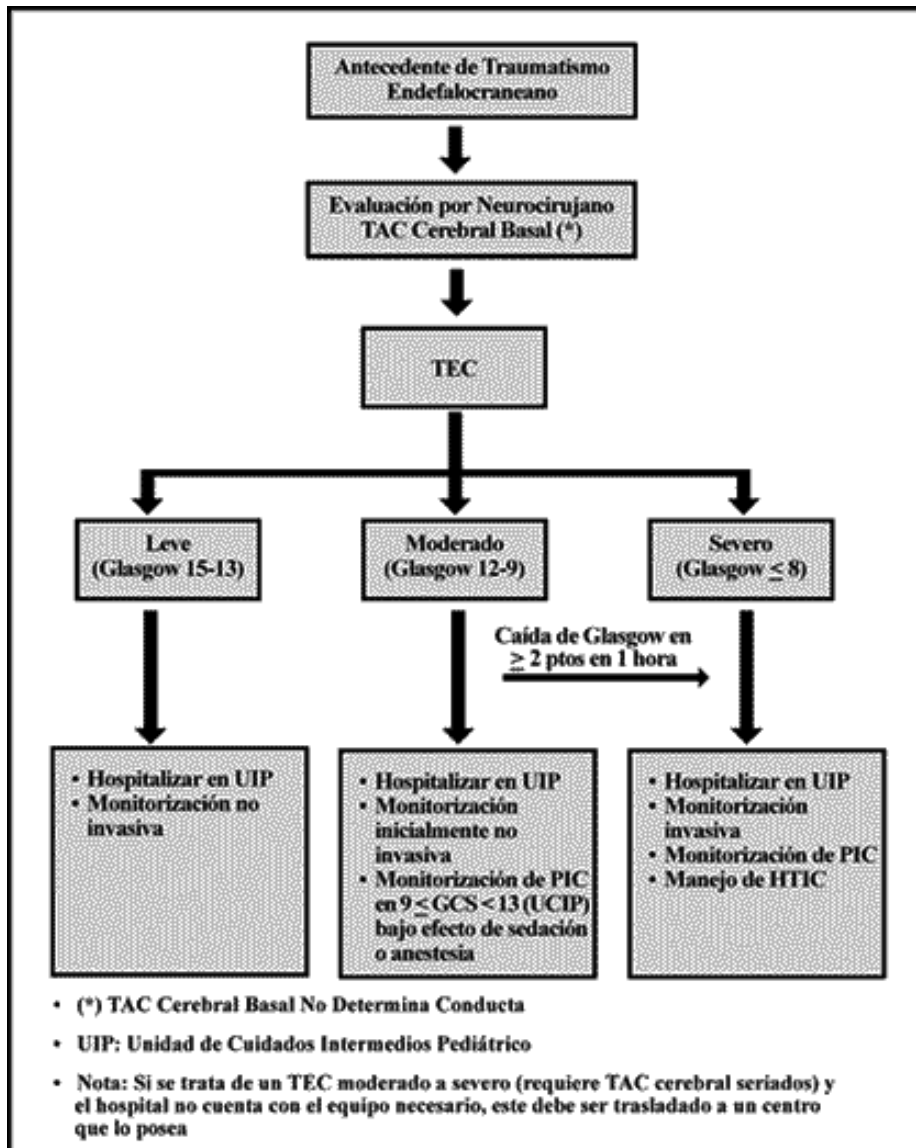


Figura 1. Algoritmo de Manejo inicial del TEC

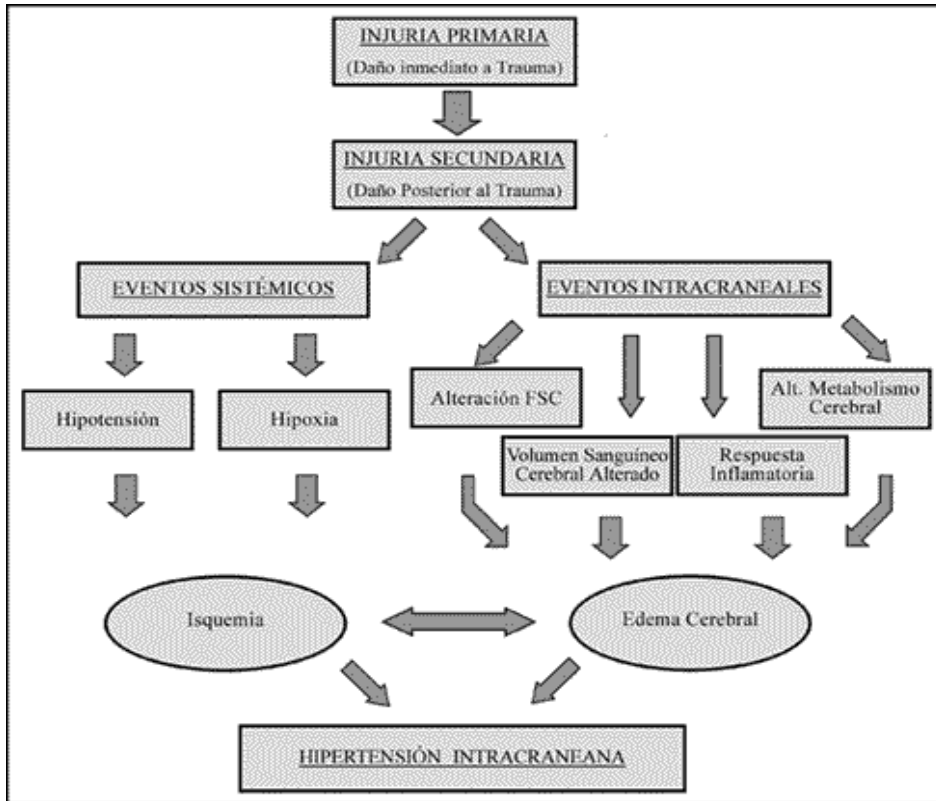


Figura 2. Esquema de Injuria post-TEC.

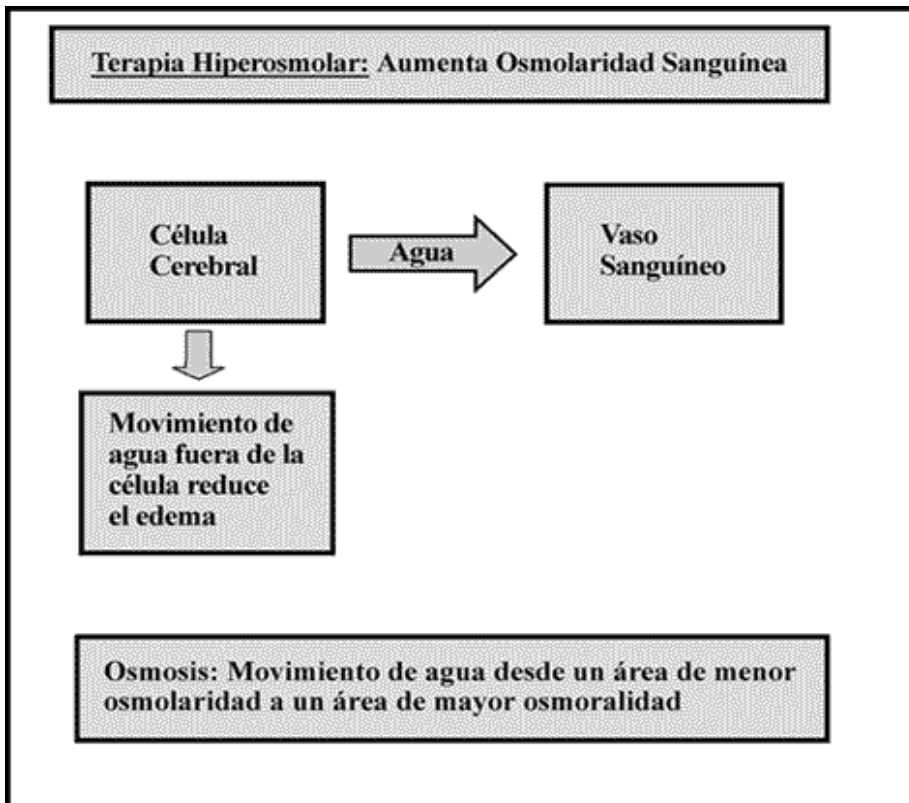


Figura 3: Efecto de las Soluciones Hipertónicas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Figura 4: Escala de Glasgow