



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre de alumnos: **Flor Marisol López Hidalgo**

Nombre del profesor: **María Cecilia Zamorano Rodríguez**

Nombre del trabajo: **resumen**

Materia: **Práctica clínica de enfermería II**

Carrera: **Licenciatura en enfermería**

Grado: **7mo cuatrimestre**

Grupo: **A**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de diciembre de 2021.

TCE

Concepto: disfunción cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente un golpe violento en la cabeza puede ser resultado de una lesión deportiva o un accidente.

Epidemiología: se define como una alteración del cerebro tanto en su anatomía como en su funcionalidad debido a intercambios violentos de energía mecánica.

se reporta como una de las principales causas de morbilidad en personas menores de 45 años. Clínicamente se clasifican en leve, moderado y severo mediante la escala de coma de Glasgow.

Signos y síntomas:

cuando el TCE es leve:

- dolor de cabeza
- visión borrosa
- confusión o amnesia
- cambios de comportamiento

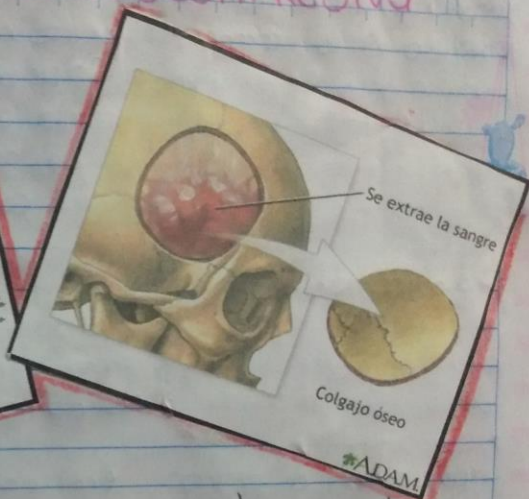
cuando el TCE es moderado y grave:

- Náuseas y vómito
- Debilidad en los brazos y piernas
- Dificultad de razonamiento
- Dificultad para hablar correctamente.

Tratamiento: Pasa de acuerdo de la gravedad de la lesión, lesión leve requiere en hacer reposo y tomar algunos medicamentos para aliviar el dolor de cabeza. lesión moderada o grave es fundamental la atención de urgencias para garantizar la estabilidad y evitar otras lesiones adicionales. y en algunos casos puede ser necesario una cirugía para minimizar el daño de los tejidos cerebrales, y la persona tendría que hacer rehabilitación para volver a realizar actividades diarias.



• POST CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA



• **Concepto:** es la remoción quirúrgica de una parte considerable de la borda craneana, asociada a una durotomía del área expuesta con el propósito de aumentar el volumen del continente craneano, para disminuir la presión intracraneal y aliviar la compresión mecánica secundaria al desplazamiento de estructuras.

• **Procedimiento quirúrgico:** La hipertensión intracraneal es un importante indicador de mal pronóstico en los pacientes con traumatismo encefalocraneal severo. Los beneficios de la craneotomía descompresiva son los beneficios que llevan consigo. Los objetivos de la craneotomía descompresiva son muy delicados, es aumentar la capacidad del espacio intracraneal para reducir la presión intracraneal intratable por otros medios en caso de hipertensión cerebral masiva o edema cerebral posttraumático masivo.

La técnica quirúrgica utilizada consiste en una hemicraneotomía descompresiva izquierda o derecha o una craneotomía bifronto-temporal, en casos de hipertensión endocraneal sin desviación significativa (< 5mm) de línea media, se indica preferentemente la craneotomía bifronto-temporal que consiste en una remoción ósea del hueso frontal desde la línea coronal.

hasta la base frontal, en sentido anteroposterior, correspondiendo a la remoción de los huesos temporales hasta la base de la fosa media. En presencia de lesiones hemisféricas frontales una hemisferectomía de cráneo. Requiere precisión. Esta consiste en una remoción ósea de parte de los huesos frontal y parietal con diámetro anteroposterior $> 12 \text{ cm}$.

• diagnóstico...

Intervención quirúrgica, consiste en realizar una descompresión del espacio intracraneal mediante una amplia resección del hueso craneal - así como los costillos.

• cuidados *

- realización de signos frecuente
- control de glicemia cada 6h
- Cambios de posición
- administrar medicamentos correctamente
- estado del paciente y vital.
- Escala de coma de Glasgow. El objetivo principal de una escala es trasladar el conjunto de alteraciones neurológicas de cada exploración sucesiva a datos numéricos que ayuden a valorar la forma objetiva y cuantificable la gravedad de la alteración.
- Comentario final
- Indicar caso a caso
- Planificar el equipo
- Determinar objetivos específicos
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos
- Efectuar precozmente la craneoplastia.

Cuidados de enfermería al paciente con dolor.

♥ **Dolor** ♥ Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión histrica real o posible, o descrita en función de dicha lesión.

El dolor es un problema de salud que esta comprende con síntomas de múltiples enfermedades agudas, crónicas y en fase terminal.

♥ **Percepción del dolor** ♥ La percepción del dolor se produce en la corteza como resultado de los estímulos transmitidos en forma ascendente

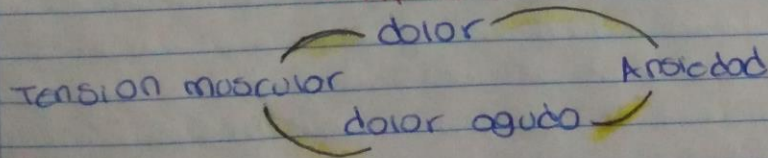
- **Factores que influyen en el sig. del dolor**

• edad • sexo • experiencias pasadas • Antecedente socioculturales.

♥ **Respuesta al dolor** ♥ Algunas personas pueden estar temerosas apenidos y ansiosos algunos lloran, se quejan, gritos.

♥ **dolor agudo** ♥ Experiencia sensitivo y emocional desagradable ocasionado por una lesión tisular, real o potencial * descrita en tales terminos de inicio subito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado, o previsible

• **Tipos de dolor**



♥ **Que es un paciente encamado?** Es aquel paciente que por diferentes motivos, esta obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido un accidentado, un enfermo terminal.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud de paciente y su calidad de vida ya que determina su independencia.

♥ Autocuidados

- Respiración
 - Higiene personal
 - Alimentación
 - Seguridad
 - Eliminación
 - Estatus funcional
 - Psicología
 - Estado de piel
 - Movilidad
- Alteraciones de la circulación que facilitan la aparición de tromboembolia venosa
- Mala ventilación pulmonar, con retención de secreciones y miedo a aspiración
- Pérdida de masa muscular
- Aparición de úlceras por presión

* Paciente Encamado =

- Se considera paciente encamado prolongado a partir de las 72 hrs continuas con un déficit de movilidad que hace que tenga que estar en la cama.

- El paciente encamado es aquel paciente que, por diferentes motivos está obligado a permanecer inmóvil en la cama, y a sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal.

- La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del paciente y de su calidad de vida, ya que determinan su independencia.

♥ Objetivos

- Fomentar actividades para el aumento del nivel de movilidad del paciente

- Prevenir la aparición de complicaciones propias de un déficit de movilidad debido a la situación de encamamiento prolongado.

♥ Autoevaluados

- Respiración • Drenaje • Seguridad • Riesgo UPP

- Alimentación • Higiene personal • Estado funcional

- Capacidad • Eliminación • Movilidad • Estado piel y mucosas tisular

1. Alteraciones de circulación que facilitan la aparición de tromboembolismos venosos tromboflebitis y embolias pulmonares.

2. Mala ventilación pulmonar con retención de secreciones y predisposición a las infecciones respiratorias.

3. Pérdida de masa muscular, generando una atrofia y debilidad muscular.

4. Afectación del hueso con pérdida de masa ósea y el desarrollo precoz de una osteoporosis

5. Rigidez articular con posibilidad de anquilosis de las articulaciones, generando pérdida funcional y dolor importante.

6. Aparición de úlceras por presión que son lesiones en la piel que curan con pérdida de sistemas cutáneo y capilar.

profundidad, puede variar desde una erosión superficial en la piel hasta el hueso.

Las zonas más expuestas a sufrir una UPP son principalmente aquellas tejidos sobre los que realizan presión los huesos como en la nuca, rodillas, talones, los codos,

Recomendaciones generales.

- conocer y evitar las complicaciones debidas a la inmovilización en un enfermo encamado

- Atender a las necesidades del enfermo, derivadas para de la enfermedad o accidente que ha originado el encamamiento

- Seguir una dieta equilibrada y beber 1,5 Litros de líquidos al día, conseguir que el paciente tenga una buena alimentación y que alcance niveles ad. de hidratación.

- Estimular al paciente para que mantenga el mayor nivel de autonomía y la máxima movilidad durante el mayor tiempo posible

- Debe realizar ejercicios físicos efectivos y positivos, según las posibilidades de la persona.

- Debe realizar ayudarle a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la respiración y mover las secreciones de las vías.

Higiene de las mucosas en pacientes encamados

- Higiene de los ojos: Lavado de los ojos con una gaza esteril humedecida en suero salino, de forma suave, efectuando masajes desde el lagrimal hacia el ángulo extremo del ojo, cambiar de gasas por cada ojo.

- Higiene de las fosas nasales: lavar instilando unas gotas de agua con sal o con una gaza impregnada en suero salino

- Higiene de la boca: Lavado diario de la boca con un mango de caucho envuelto por una gaza impregnada de agua o bien agua con bicarbonato.

Aumentación del paciente encamado.

La alimentación es muy importante ya que la carencia de nutrientes aumenta la posibilidad de formación de úlceras

2. Se debe colocar al enfermo en una postura adecuada elevando al borde de la cama o colocando almohadas para que apoye la espalda.

3. Conviene adaptar la dieta recomendado para que la pueda tomar y digerir sin complicaciones.

4. La dieta debe ser variada, rica en proteínas, vitaminas, minerales que faciliten la regeneración de los tejidos.

♥ Baño del paciente encamado.

• En los encamados, es de gran importancia, alivia el dolor, la rigidez articular reduce los malestros.

- Examinar la piel con especial detenimiento en los promuevedores de úlceras, buscando zonas enrojecidas, ampollas o erosiones que pueden o virarles de un principio de úlcera.

• Aplicar la crema hidratante por todo el cuerpo con los

• masajes circulares en especial en zonas de mayor riesgo.

=CASO CLINICO=

Homoculino de 25 años de edad, en cuál ingresa al servicio de urgencias del hospital, por sufrir accidente. el paciente se impacta sobre un camión. el paciente es portador de un síndrome poco frecuente llamado síndrome Richieri-que consiste en múltiples malformaciones de mandíbula y laringe los huesos de la mandíbula no ocurren, dificultades en la comunicación oral. En casos más graves los pacientes no pueden respirar adecuadamente y frecuentemente son candidatos a una traqueotomía.

El síndrome de Richieri-Costa-Pereira es una displasia craneofacial autosómica recesiva, caracterizada por estatura baja secuencia Robin mandíbula hendida, anomalias de los manos y pies. La hendidura se encuentra en la parte media de la mandíbula, y va acompañado de malformaciones laringeas, y defectos óseos de las extremidades (deficientes radiales y tibiales). El lado cubital también se ve afectado, desde clinodactilia de cinco dedos hasta hipoplasia de quinto dedo fusión metacarpiana IV/V e hipoplasia del cúbito. También se observa la fusión de los huesos del campo la tibia y el peroné pueden ser cortos, resultando en acortamiento meso-méico de la extremidad. Pies torcidos y pequeños. sobresale el aspecto de hipoplasia de los pulgares. Los enfermos presentan dedos curvados o de menor tamaño. Al ingreso al hospital el paciente no se pudo ventilar, no se pudo intubar fue rescatado con una máscara laríngea y finalmente intubado mediante una intubación retrograda. Introducción el síndrome Richieri-Costa-Pereira fue descrito por primera vez en cinco mujeres conanguíneas, en 1992 por el equipo del médico Antonio Da Costa Pereira, del Hospital de rehabilitación de anomalias craneofaciales de Bauri, se descubrió en pobladores de la zona de vale do pororoba, en el interior Paulista. Los pacientes diagnosticados con esta enfermedad pertenecen a 17 familias de la región. Aunque formalmente no se encuentran

emparentados, es muy probable que las familias dependan de un ancestro común. La mayoría de las familias afectadas pertenecen a familias ancestrales del Brasil, (con alguna etnia) donde se han distribuido la mayoría de estos casos.

Paciente que presenta los siguientes signos vitales: TA = (130/95 - 150/95 - 140/87). Pulso 100 - 78 - 68. FC: 100 - 96 - 82. Temperatura 38 - 39 - 40. Saturación de oxígeno 90, 75, 85. El paciente es cuidado por médico especialista quien indica vía central de preferencia subclavia, con soluciones para la toma de PVC, bange total un paquete para cuatro horas, sol. mixta de 1000ml para 24 hr. medicamentos y analgésicos para cada 8 horas, presenta glicemias capilares de 107, 110 y 87, biópsie con resultados de PH de 8, 9, 10, sedimentos y cristales coccios. paciente desorientado con presencia de sangre en el cráneo al parecer sufre de una caída en su casa del segundo piso ingreso al hospital donde es recibida por enfermeras estudiantes de 7mo semestre que se encuentran de practica ya que las enfermeras responsables del turno estuvieron dicen que fueron a una a la grave (paciente grave) a su ingreso lo cuestionaron a la familia de la caída chequeo después empieza a realizarle los cuidados de enfermería con orden de prioridad. El médico hace falta de presencia e indica monitorización continua, de los signos vitales y cuidados de enfermería de rutina, además pide material para intubación ya que el paciente presenta riesgo de anemia continuada y saturación de oxígeno menor de 80%, presenta hemorragia generalizada, herida en la parte occipital del cráneo como de diez centímetros indican estudios complementarios como son Rx, TAC, sangüinos además solicitan preparación para quimioterapia para craneotomía de descompresión, por lo que las enfermeras estudiantes lo prepararon para quimioterapia. Al término de la cirugía pasó el paciente a la UCI donde los enfermeros estudiantes que también rotan por ella

area reciben al paciente e inician los cuidados de enfermería respectivos para paciente en estado crítico. Pvc, 12, 14, 15, presenta glasgow de 7, 10 y 12, escala de cua de cua no valorable, paciente que despues de 16 dias deciden trasladarlo en el servicio de medicina interna donde inician cuidados de enfermería. dias despues presenta paro cardio respiratorio y se le brindan maniobras de resucitación sale del paro y 48 hrs despues fallece por broncoaspiración por lo que se le brindan los ultimos cuidados de enfermería. despues se pasa a mortuario.

SALUD

**SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION DE ATENCION MEDICA
COORDINACION ESTATAL DE ENFERMERIA**

HOJA DE NOTAS Y REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CRITICOS

NOMBRE: ASCI LOPEZ GOMEZ SEXO: M FECHA DE NACIMIENTO: 13 10 1972 C-OB: 28
 fecha de ingreso: 21 11 2021 hora de ingreso: 11:00 Dias Estancia: 0 No. de cama o cuna: 24 Servicio: UCIA
 Paso al ingreso: CO Paso actual: GO Falla: 1-68 50 rupo Sanguineo y Rh: 0 Alergias: ninguna
 Idioma: Español Religión: catolico Escolaridad: secundaria lo. de Expediente: 21
 Dr. M.A.D.X. Médico tratante: especialista lo. poliza de Seg. Popular:

ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO		
	M	V	N		M	V	N		M	V	N		M	V	N
CONCIENCIA				FEBRIL				POSITIVA				Normal			
Alerta				Doloroso	X	X	X	Colaboradora				Seca			
Letárgico				Agónico				Indiferente				Palidez			
Estupor				Relajado				Negativa	X	X	X	Rubicundo			
Coma								Triste				Marmórea			
Inconsciente	X	X	X					Infirmitate				Ictérica			
Activo								Agresivo				Dialéctico			
Reactivo															

SIGNOS VITALES	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
Presión arterial (T/A)							
Presión arterial media (TAM)							
Frecuencia cardíaca o pulso (FC)							
Frecuencia respiratoria (FR)							
Temperatura corporal							
SpO ₂ (Oxímetro de pulso)							
Dioxido de carbono (CO ₂)							
Lenado capilar							
Presión venosa central (PVC)							
Presión arterial invasiva (PAI)							

MECANISMOS DE DIAGNOSTICOS	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
Perímetro cefálico / Torácico							
Perímetro abdominal							
Otro							
Glicemia capilar							
Laborat							
Estudios de laboratorio							
Estudios de gabinete							
Interconsultas							
Cultivos							

APOYO RESPIRATORIO	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
Oxígeno por							
Presión positiva continua en vía áreas							
Concentración de oxígeno							
Modo ventilatorio							
F.I.O ₂							
PEEP							
Ocios por minuto (Fr)							
Rat. R							
Volumen							
Presión inspiratoria							

GASOMETRIA	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
pH							
PO ₂							
PCO ₂							
HCO ₃							
SO ₂							
Tal. sat							

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
PROCEDIMIENTO							
NO. de Catéter o dispositivo							
Fecha de instalación							
Días de estancia							
Fecha de curación							
Fecha de cambio							
Sitio de inserción							
Nombre completo del responsable de instalación y/o curación							
Catéter arterial							
Catéter venoso central							
Catéter PVC							
Catéter venoso periférico							
Catéter orofaríngeo							
Catéter de irrigación							
Micropipero							
Sonda pleural							
Sonda nasogástrica							
Sonda orofaríngea							
Sonda de gastrocústia							
Sonda vesical							
Frototerapia							
Manejo de heridas							
Manejo de estomas							

Dominio (1) Seguridad / Clase (2)
Protección Lesión Física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN: susceptible a una lesión física debido a la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos
Pág. 419

Etiqueta (Problema) (P) : 00035
 Riesgo de lesión

Factores relacionados (causas) (E)



- infección intrahospitalaria
- barrera física
- Exposición a patógenos

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA
Control de riesgo: herida por presión. dominio: 4 control del riesgo clase: 2	- Identifica limitaciones de movilidad - utilizar ropa de cama ajustada - utilizar estrategias efectivas para el control de la humedad de la piel	- Nunca → 1 - Raramente → 2 - A veces → 3 - frecuentemente → 4 - siempre → 5	Mantener aumentar
Movilidad dominio: 3 salud funcional clase: Mantención (C)	- Mantenimiento de la posición corporal - Mantenimiento de equilibrio - integridad ósea de la extremidad inferior	- Grave → 1 - Moderado → 2 - Leve → 4 - ninguno → 5	Mantener aumentar
Satisfacción del paciente usuario: actividad dominio: 5 luz percibida clase: 2 satisfacción con los cuidados	- Manifestación de signos de alerta de alto riesgo de ambiente limpio - Mantenimiento del ambiente seguro - Aguda con el caso	- Nada → 1 - Algo → 2 - Moderadamente → 3 - Muy satisfecho → 4 - completamente → 5	Mantener aumentar

INTERVENCIONES (NIC): Cuidado de la paciente
Pág. 113 CAMPO: () CLASE (C) ^{encamado} Control de ritmo _{vital}

ACTIVIDADES

- Mantener la ropa de cama limpia seca y sin arrugas
- Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel
- Ayudar con las medidas de higiene
- Colocar al paciente sobre una cama o cuna adecuada
- Vigilar la aparición de complicaciones del rezo en cama

INTERVENCIONES (NIC): Cambio de posición ^{neurología}
Pág. 105 CAMPO: () CLASE: (J) Cuidado ^{Respiratorio}

ACTIVIDADES

- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada según corresponda
- Proporcionar apoyo adecuado para el cuello
- Colocar con el cuello y la cabeza correctamente (alineados)
- Apoyar la parte afectada del cuerpo corporal
- Instruir sobre las formas para aliviar la presión con el fin de disminuir el riesgo de lesión cutánea al usar una silla de ruedas o estar en cama.

INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con el auto cuidado
Pág. 03 **CAMPO:** () **CLASE:** (F) Facilitación del auto
ACTIVIDADES cuidado

- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades
- proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado
- usar la repetición constante de los rutinas de monitorias como medio de estar de cerca
- proporcionar un ambiente terapéutico garantizado una experiencia cálida, relajante, praxado y personalizado

Bibliografía: Uds. antología. Práctica clínica de enfermería II utilizado el 03 de diciembre 2021.pdf.