



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre De Alumno: Julio
Cesar Hidalgo Albores**

**Nombre Del Profesor: Lic. Sandra
Gpe. Hernández Hernández**

Nombre del trabajo: PAE

**Materia: Practicas Clínicas De
Enfermería II**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7mo Cuatrimestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de noviembre de 2021.



P.A.E

(El Proceso Atención de Enfermería)

INTRODUCCION

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

Alguno de los objetivos que pretende el proceso de atención enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente la familia y la comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología frecuente en los países industrializados, constituyendo una de las principales causas de muerte entre la población pediátrica y adulta joven.

Se denomina traumatismo craneoencefálico (TCE) a todo impacto violento recibido en la región craneal y facial. El TCE forma parte frecuentemente de un politraumatismo, no siendo siempre preponderante su importancia en el estado clínico del paciente. El cuidado y tratamiento del paciente con TCE ha de ir dirigido a evitar y tratar, de la manera más precoz posible la lesión secundaria y a dotar al encéfalo lesionado de un medio idóneo que permita la recuperación espontánea de las lesiones primarias.

JUSTIFICACION

El presente trabajo fue propuesto a realizarse porque es necesario que la población en general, especialmente el personal de salud, esté informado y capacitado sobre la importancia que tienen las patologías a las que están expuestas todas las personas de la población en general, en esta ocasión la tratándose de un Traumatismo Craneoencefálico (TCE) y de la misma forma para que puedan brindar los cuidados adecuados al paciente que presente dicha patología. Al mismo tiempo se realizó para poder identificar cuando se trata de este problema y saber los cuidados específicos que se deben proporcionar a quien la padece.

Además es imprescindible hacer énfasis en que el Proceso de Atención de Enfermería se hizo porque es útil contar con documentación que nos puedan ayudar a valorar a los pacientes y así brindar los cuidados correspondientes a cada uno de ellos. El PAE Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, por lo tanto es indispensable realizarla para lograr el autocuidado en la población, el bienestar y sobre todo una mejor calidad de vida en cada uno de los usuarios.

Si bien con este trabajo se busca descartar aquellas ideas erróneas que tenemos acerca de esta enfermedad, ya que hay diferentes causas que pueden provocar los traumatismos y no necesariamente están especificado a un grupo de sexo, edad dentro de la población.

La importancia del Proceso de Atención de Enfermería se enfatiza principalmente al paciente, considerándolo como primera fuente de obtención de información, ya que con estos datos iniciamos con dicho plan, esto es de gran importancia porque como anteriormente se mencionó, el PAE es un proceso sistemático (lleva un orden); que nos facilita el poder programar y planificar todos los cuidados y/o actividades que se le brindaran al paciente para que mejore su salud y tenga una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar las necesidades y cuidados que el usuario necesita ante este tipo de traumatismo y lograr su estabilidad de acuerdo a las necesidades que tenga, ya sean reales o potenciales, con un enfoque integral de acuerdo a las necesidades detectadas logrando de esta manera una atención de calidad y calidez al usuario.

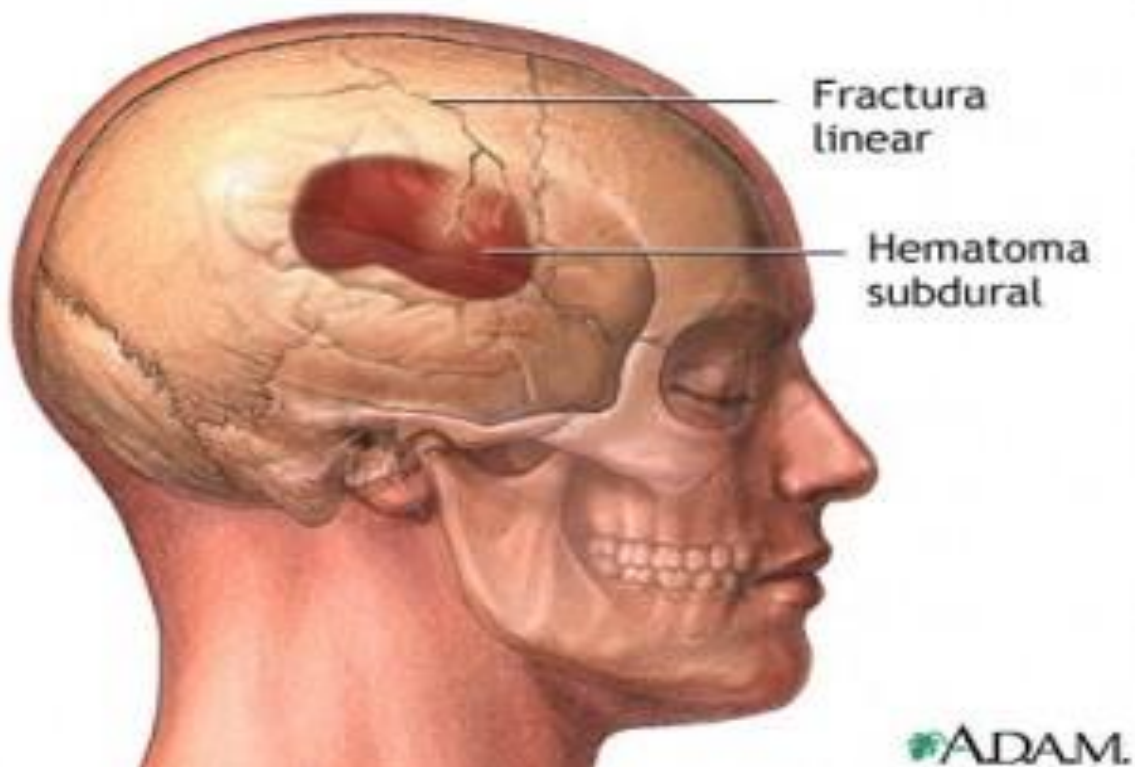
ESPECIFICOS:

- ❖ Disminuir el dolor.
- ❖ Lograr mejorar la calidad de vida del paciente.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ❖ Identificar algunos factores de riesgo que pudieron ser los causantes del problema.
- ❖ Mejorar la comodidad y el reposo del paciente.
- ❖ Formar un ambiente de tranquilidad y armonía para el paciente.
- ❖ Mejorar el estado nutricional del paciente.
- ❖ Lograr que el paciente acepte algunos cambios en su estilo de vida.
- ❖ Disminuir o eliminar el riesgo de infección.
- ❖ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

MARCO TEORICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO

El trauma craneoencefálico (TCE) se define como la ocurrencia de una lesión en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuibles al trauma; o la ocurrencia de muerte resultante del trauma que incluya los diagnósticos de lesión de la cabeza y /o injuria cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte. El TCE severo se define por la presencia de 8 o menos puntos en la escala de coma de Glasgow, Es la principal causa de muerte en los pacientes menores de 40 años.



Se denomina traumatismo craneoencefálico (TCE) a todo impacto violento recibido en la región craneal y facial. El TCE forma parte frecuentemente de un politraumatismo, no siendo siempre preponderante su importancia en el estado

clínico del paciente. El cuidado y tratamiento del paciente con TCE ha de ir dirigido a evitar y tratar, de la manera más precoz posible la lesión secundaria y a dotar al encéfalo lesionado de un medio idóneo que permita la recuperación espontánea de las lesiones primarias.

EPIDEMIOLOGIA

Es la principal causa de muerte en los pacientes menores de 40 años. Los accidentes de tránsito constituyen la causa más frecuente de trauma, y tienen una alta tasa de mortalidad que en América oscila entre 11 a 16 por 100,000 habitantes por año, y constituyen la principal causa de TEC severo. En México la incidencia de TEC es de 200 a 400 por cada 100,000 habitantes por año, y es más frecuente en el sexo masculino, con una relación 2:1 a 3:1, afectando a la población joven, económicamente activa. Esto genera un costo social y en la atención hospitalaria e incide en la economía y progreso de la sociedad. La mortalidad ronda el 30% en los centros especializados en trauma.

Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de traumatismo craneal cerrado, estando incluidas las lesiones de los ocupantes del vehículo, peatones, motociclistas y ciclistas. Las caídas son la segunda causa más frecuente de traumatismo. Las lesiones por arma de fuego constituyen una causa mayor de lesión penetrante en Estados Unidos y explican hasta el 44% de las anomalías craneales en algunas series. Los factores etiológicos varían considerablemente con la demografía local, proximidad a las grandes carreteras. Los datos resultantes del caso difieren de un centro a otro en términos de incidencia de hematoma intracraneal, edad promedio del paciente y resultado de la lesión. Los adultos más jóvenes son los afectados con mayor frecuencia en los accidentes de tráfico, mientras que las personas de mayor edad suelen lesionarse como resultado de caídas. Ante una situación de coma equivalente, presentan peor pronóstico la mayor edad y la presencia de hematoma intracraneal.

La intoxicación etílica es un factor importante en todas las causas de lesión y en todos los grupos de edad, excepto los niños y los ancianos. Una dificultad importante a la hora de plantear un estudio epidemiológico adecuado es la falta de consenso para establecer una definición de TCE: mientras que la mayoría de autores consideran TCE cuando hay evidencia de lesión cerebral con pérdida de conciencia o amnesia post-traumática entre otros signos, los hay que no atienden a las causas externas desencadenantes del traumatismo, mientras que para otros éstas constituyen un punto fundamental. Como ésta, existen muchas otras discrepancias que, en definitiva, sólo conducen a crear más confusión en este

terreno. Se podría aceptar como válida la definición adoptada en un estudio epidemiológico de San Diego (EE.UU.) en el que se acepta como TCE “cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica”. En esta definición sí se tienen en cuenta las causas externas que pueden provocar contusión, conmoción, hemorragia o laceración del cerebro, cerebelo y tallo encefálico hasta la primera vértebra cervical.

CLASIFICACION

Se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la “Glasgow Coma Scale” (GCS). La GSC evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente: ocular, verbal y motora. Se considera que un paciente está en coma cuando la puntuación resultante de la suma de las distintas respuestas es inferior a 9. Dificultades a la hora de evaluar al paciente con este método serían el edema de párpados, afasia, intubación, sedación, etc. En los niños el American College of Emergency Physicians y la American Academy of Pediatrics, en 1998 llegaron al consenso de considerar una respuesta verbal completa el llanto tras ser estimulado.

Otro sistema de evaluación que ya ha caído en desuso es la regla AVPU, que clasificaba al paciente en 4 categorías:

- 1.-Alerta.
- 2.-Responde a estímulos verbales.
- 3.-Responde a estímulos dolorosos.
- 4.-No responde.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA OCULAR	
6	Obedece Ordenes				
5	Localiza el Dolor	5	Conversación Orientada		
4	Retirada	4	Conversación Desorientada	4	Espontanea
3	Flexión Anormal	3	Palabras Inapropiadas	3	A la orden

2	Extensión Anormal	2	Sonidos Incomprensibles	2	Al dolor
1	Nula	1	Nula	1	Nula

En algunos sitios se continúa utilizando, básicamente en la asistencia pre hospitalario. En función de la tabla anterior con las diferentes puntuaciones de la escala diferenciamos:

- TCE Leves: 15-14
- TCE Moderados: 13-9
- TCE Graves: < 9

Otra categoría la integrarían los TCE leves potencialmente graves, el cual se incluye en las definiciones de cada uno de los tipos de TCE:

1.- TCE LEVES (14-15): La presencia de síntomas como pérdida de conciencia, amnesia, cefalea holocraneal, vómitos incoercibles, agitación o alteración del estado mental, van a diferenciar un TCE leve de un impacto craneal sin importancia que permanecería asintomático tras el golpe y durante la asistencia médica. Los TCE leves deben permanecer bajo observación las 24 horas siguientes al golpe. Si existen antecedentes de toma de anticoagulantes o intervención neuroquirúrgica, GCS 14, > 60 años o crisis convulsiva tras el traumatismo, presentan mayor riesgo de lesión intracraneal.

2.- TCE MODERADOS (13-9): Requieren realizar TAC y observación hospitalaria a pesar de TAC normal

3.- TCE GRAVES (< 9): Tras reanimación, TAC y neurocirugía si la precisara, requieren ingreso en las unidades de cuidados intensivos. Es importante descartar previamente aquellos casos en los existan factores que causen deterioro del nivel de conciencia como alcohol, drogas, shock, hipoxia severa o que haya permanecido con ese nivel de conciencia al menos durante 6 horas.

Atendiendo a esta clasificación, los TCE moderados y graves deberían ser trasladados en un primer momento a centros hospitalarios en los que se disponga de servicio de neurocirugía, mientras que los leves sólo serían remitidos a estos centros en caso de que presentaran TAC seriados patológicos, fracturas de cráneo, heridas abiertas, o aquellos en los que la gravedad de las lesiones extra-craneales dificulten seriamente el seguimiento neurológico del paciente.

4.- TCE POTENCIALMENTE GRAVES: Se consideran TCE potencialmente graves, a todo impacto craneal aparentemente leve con probabilidad de deteriorarse neurológicamente en las primeras 48 horas pos traumatismo. Precisamente puede existir mayor mortalidad relacionada con este tipo de traumatismos, ya que existe una mayor probabilidad de que sean diagnosticados y tratados de forma inadecuada. Se definen unos marcadores de gravedad en este tipo de TCE, como serían: el mecanismo lesional (caídas, accidentes de tráfico), la edad (al ser más frecuente en adultos sobre todo mayores de 60 años), pérdida transitoria de la conciencia, la amnesia de duración superior a 5 minutos, agitación, signos de focalidad neurológica, cefaleas y vómitos.

FISIOPATOLOGIA

En base al mecanismo, el TEC se clasifica en abierto y cerrado. El trauma abierto se define por la penetración de la duramadre, causada comúnmente por proyectiles y esquirlas. El trauma abierto se asocia a una mayor mortalidad comparado con el TEC cerrado (88 vs 32%).^{148, 149} Existen diferencias entre las propiedades balísticas de las armas militares y las de uso civil, que determinan la diferencia en la magnitud de la lesión.

La lesión del tejido nervioso tiene lugar mediante distintos mecanismos de lesión que vamos a describir a continuación:

- Mecanismo lesionar primario
- Mecanismo lesionar secundario
- Mecanismos terciarios

1.- MECANISMO LESIONAL PRIMARIO

Es el responsable de las lesiones nerviosas y vasculares que aparecen inmediatamente después y hasta las 6-24 horas del impacto. Obedece a dos tipos distintos: estático y dinámico.

A).-Estático: Existe un agente externo que se aproxima al cráneo con una energía cinética determinada hasta colisionar con él. La energía cinética es proporcional a la masa y a la velocidad, siendo estos dos parámetros de los que dependerá la gravedad de las lesiones resultantes. Es responsable de fracturas de cráneo y hematomas extradurales y subdurales. Ocasionan las lesiones focales, como la

Hemorragia Intracraneal que pueden ser clasificadas como meníngeas o cerebrales. El riesgo más importante derivado de la aparición de un hematoma extradural es el desarrollo de hipertensión intracraneal súbita con compresión rápida de estructuras cerebrales.

- **Hemorragia epidural aguda:** Por ruptura de una arteria de la duramadre, generalmente la arteria meníngea media. Es poco frecuente, pero presenta una elevada mortalidad, por lo que siempre se debe tener presente a la hora del diagnóstico. Se suele asociar con fracturas lineales de cráneo, sobre las áreas parietal o temporal, que cruzan los surcos de la arteria meníngea media (un 75% de los hematomas epidurales supratentoriales ocurren en la región escamosa del hueso temporal). Relativamente frecuente la asociación con hematoma subdural contralateral, lo que pone de manifiesto las lesiones por golpe y contragolpe. Los síntomas típicos serían pérdida de conocimiento seguida por un período lúcido, depresión secundaria del nivel de conciencia y desarrollo de hemiparesia en el lado opuesto. Importante para el diagnóstico la presencia de una pupila fija y dilatada del lado del impacto (con menos frecuencia contralateral). Aunque el paciente esté consciente, puede encontrarse soñoliento y con cefalea severa. El hematoma epidural se observa en la TAC con morfología de lente biconvexa, con límites bien definidos y, habitualmente, adyacente a la línea de fractura. El tratamiento es quirúrgico inmediato, con muy buen pronóstico si se interviene de forma precoz. De todos modos el pronóstico variará dependiendo de la situación del paciente antes de ser operado y de la precocidad de la evacuación quirúrgica. A mayor gravedad y mayor retraso en la cirugía, menos posibilidades de supervivencia.
- **Hematoma subdural agudo:** Mucho más frecuente que el anterior. Es el resultado de la ruptura de venas comunicantes entre la corteza cerebral y la duramadre, aunque también puede relacionarse con laceraciones cerebrales o lesiones de arterias corticales. Se localiza con más frecuencia en regiones de contragolpe, observándose en la TAC como lesiones hiperdensas yuxtaóseas con forma de semiluna y bordes menos nítidos que el anterior. Su localización más frecuente es en zona parietal, respetando habitualmente los polos frontal y occipital. En más del 80% de los casos se asocia a lesiones parenquimatosas cerebrales graves, con frecuencia subyacentes, que pueden actuar como foco hemorrágico del hematoma subdural. Por lo tanto, tiene peor pronóstico que el hematoma epidural, debido a las lesiones cerebrales asociadas y al efecto masa, que contribuyen a la aparición de HIC, compresión de ventrículos laterales, desplazamiento de la línea media, etc.

- **Contusión hemorrágica cerebral.** Es la más frecuente tras un TCE. Más frecuente en áreas subyacentes a zonas óseas prominentes (hueso frontal inferior, cresta petrosa, etc.), se presenta en la TAC como una mezcla de imágenes hipo e hiperdensas intracerebrales debido a múltiples lesiones petequiales dispersas en el área lesionada, asociada con áreas de edema y necrosis tisular. También afecta con cierta frecuencia a la región parasagital, mientras que rara vez se lesionan las regiones occipitales y el cerebelo.
- **Hematoma intraparenquimatoso cerebral.** Área hiperdensa, intracerebral, de límites bien definidos, que ha de tener un volumen superior a los 25 cm³ para que se considere como lesión masa.

B).- Dinámico: Lesión por aceleración-desaceleración. Es el cráneo el que se desplaza tropezando en su movimiento con un obstáculo y generando 2 tipos de movimientos: de tensión (elongación) y de tensión-corte (distorsión angular). El impacto a su vez produce 2 tipos de efecto mecánico sobre el cerebro: traslación y rotación; el primero causa el desplazamiento de la masa encefálica con respecto al cráneo y otras estructuras intracraneales como la duramadre, propiciando cambios de presión intracraneal (PIC) y el segundo hace que el cerebro se retarde en relación al cráneo. Es responsable de la degeneración axonal difusa que dará lugar al coma postraumático, contusiones, laceraciones y hematomas intracerebrales, Originan las lesiones difusas. Como consecuencia de movimientos de rotación y aceleración/desaceleración que dan lugar a lesiones por cizallamiento en la sustancia blanca, cuerpo calloso o en el tronco de encéfalo (son las localizaciones más frecuentes, en la zona de unión de la sustancia gris con la sustancia blanca lobular). Las lesiones axonales difusas suelen ser pequeñas y menos del 30% son hemorrágicas. Junto a las lesiones del cuerpo calloso se observan con frecuencia lesiones del fórnix, septum pellucidum y comisura anterior. La localización más característica de las lesiones de tronco asociadas a lesiones axonales difusas es el cuadrante dorsolateral del mesencéfalo y, en ocasiones, es difícil diferenciar mediante la TAC su localización precisa.

MECANISMO LESIONAL SECUNDARIO

Dependiente o no del impacto primario, se ponen en marcha una serie de alteraciones sistémicas e intracraneales que agravan o producen nuevas lesiones cerebrales. Entre las primeras, las de mayor repercusión serían las alteraciones hidroelectrolíticas (hipo e hipernatremia), hipotensión, hipoxemia, coagulopatías, infecciones y alteraciones gastrointestinales.

3.- MECANISMO LESIONAL TERCIARIO

La presión de perfusión cerebral (PPC) está determinada por la diferencia entre la presión arterial media (PAM) y la presión intracraneana (PIC): $PPC = PAM - PIC$. Cuando está conservado el mecanismo de autorregulación la PPC puede oscilar entre 50 y 150 mmHg sin generar variaciones significativas en el flujo sanguíneo cerebral (FSC). El cráneo es un continente rígido, no distensible y la presión en su interior está regida por las variaciones del volumen de su contenido. El volumen de la cavidad intracraneana es de 1200 a 1400 ml. En condiciones normales la PIC es inferior a 10 mmHg y está determinada por el volumen cerebral (85% = 1020-1190 ml), líquido cefalorraquídeo (LCR) (10% = 120-140 ml) y volumen sanguíneo (5% = 60-70 ml, de este el 70% venoso, 15% sinusal y 15% arterial) (figura 21).²⁶⁶ Es-tos volúmenes tienen distintos grados de compliance (grado de variación del volumen ante cambios de presión) y pueden modificarse en proporciones diferentes en respuesta a cambios de la PIC. La Ley de Monro-Kelly expresa que la PIC depende de las variaciones del volumen de los elementos in-tracraneanos, y que dentro de este espacio cerrado no distensible la variación de uno de los volúmenes genera cambios en sentido opuesto en los restantes. El aumento del volumen cerebral, producirá reducción del volumen sanguíneo venoso y del LCR, con el fin de mantener la PIC. Inicialmente se reduce el volumen venoso, pero su capacidad de compliance se agota mucho antes que la del LCR ante el aumento progresivo y sostenido de la PIC (figura 22), mientras que el volumen arterial es el menos complaciente, e incluso puede generar aumento de la PIC. En estas condiciones, la reducción de la PPC induce vasodilatación arterial que incrementa el FSC y por tanto del volumen sanguíneo cerebral (VSC) y provocan elevación de la PIC (figura 25).²⁶⁵ En consecuencia, al ser la cavidad intracraneana un compartimiento no distensible, pequeños aumentos de volumen, en cualquiera de los elementos mencionados, generarán grandes aumentos de la presión intracraneana al superar los 20 mmHg

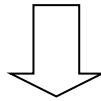
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La evaluación inicial comienza con la atención pre hospitalaria y en la sala de emergencias, que consiste en comprobar la permeabilidad de la vía aérea, la ventilación y circulación, e instaurar las medidas de reanimación en el caso de inestabilidad. Seguidamente debe realizarse una rápida evaluación de los diferentes segmentos corporales en búsqueda de otras lesiones, valorar el estado neurológico mediante la Escala de Coma de Glasgow (ECG), y la reactividad pupilar en la escena del trauma y al arribar a la sala de emergencias. Algunas condiciones como hipoxia, hipotensión, uso de sedantes y relajantes musculares, hipoglicemia, trastornos hidroelectrolíticos e hipotermia alteran el estado neurológico y restan fiabilidad a la evaluación de la ECG por lo que deben ser corregidas antes de establecer el puntaje real del paciente.

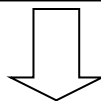
La presencia de midriasis sin respuesta al estímulo luminoso indica la inminencia de herniación transtentorial del uncus del hipocampo del lóbulo temporal y constituye indicación inmediata de medidas enérgicas de reducción de la PIC y TAC cerebral con el objeto de localizar colecciones susceptibles de tratamiento neuroquirúrgico urgente. La hipoxemia y la hipotensión resultan devastadores sobre el pronóstico y la evolución del paciente. Cerca del 50% de los pacientes con TCE severo, presentan algún grado de hipoxemia durante la atención prehospitalaria, por lo que debe instaurarse sin retraso la administración de oxígeno suplementario y la corrección de la hipotensión a fin de prevenir la lesión secundaria.

- **Cuidado de la Vía Aérea:** Es prioritario garantizar la preservación de la vía aérea. El paciente con TCE severo con frecuencia presenta obstrucción de la vía aérea por aspiración, e hipoventilación. La intubación orotraqueal está indicada en el paciente con TCE severo, y es una medida que se asocia a reducción de la mortalidad.
- **Tratamiento de la Hipotensión:** Los objetivos planteados son mantener la PAM ≥ 90 mm Hg y PPC ≥ 60 mmHg.³³⁶ No existe evidencia concluyente acerca del volumen y composición de los líquidos empleados en la reanimación. La evaluación del volumen efectivo circulante (VEC) a través de medición y monitorización de la diuresis horaria (DH) (0.5 a 1 cc/kg/h) y el sodio urinario, pueden ayudar a guiar el volumen de líquidos a administrar.

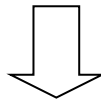
Evaluación de la vía aérea, ventilación y circulación (ABC) en la escena del trauma y en la sala de emergencias Oxigenar y corregir hipotensión.
Evaluación neurológica: Escala de Coma de Glasgow y reacción pupilar a la luz.
Revisión clínica rápida de segmentos corporales.



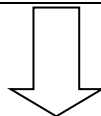
Intubación orotraqueal y ventilación mecánica con O2 al 100%
Evitar hiperventilación en ausencia de signos neurológicos focales



Corregir y evitar la hipotensión
Administrar soluciones cristaloides, catecolaminas
Manitol en caso de midriasis arreactiva y signos neurológicos focales



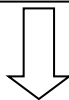
TAC Cerebral.



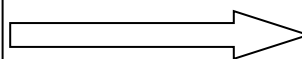
Colección con efecto de masa y desviación de la línea media (DLM).
Colección > 25 ml.
Hematoma epidural con grosor > 15 mm.
Hematoma Subdural con grosor > 10 mm.
Diferencia entre grosor de hematoma subdural y DLM >.
Hundimiento óseo > 10 mm.
TEC abierto.
Colección con efecto de masa en fosa posterior.



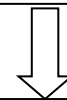
SI



Tratamiento Quirurgico Inmediato



NO



UCI

CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. Recepción de paciente: la recepción del paciente comienza con el anuncio de su ingreso en la UCIP. A su llegada debe estar preparada la cama, equipo de ventilación mecánica, monitor, catéteres de infusión venosa y otros accesorios que fueran necesarios.

2. Movilización del paciente hacia la cama: se hará con sumo cuidado, para evitar la exacerbación del dolor o lo que es más frecuente el compromiso medular.

3. Monitoreo electrocardiográfico y permeabilización de las vías aéreas: se realizará para posterior ventilación mecánica si procediera.

4. Medición estricta de signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial). Los signos vitales pueden alertar sobre complicaciones como la insuficiencia respiratoria, shock o sepsis. La disminución de la diuresis puede ser consecuencia de la hipovolemia, incluida la deshidratación severa, insuficiencia renal o shock de cualquier etiología.

5. Anotación estricta de los líquidos eliminados y administrados. Se anotan tantos los que se administran por infusión venosa como por vía oral; permite realizar balance hidromineral diario del paciente y planificar los volúmenes a administrar.

6. Observación de la coloración de piel y mucosas: palidez, cianosis, ictericia o la aparición de petequias que pueden indicar generalmente complicaciones graves.

7. Si existe herida quirúrgica y punciones venosas se deben observar los sitios de estas, si existieran se debe reportar de inmediato al médico.

8. Vigilancia periódica de la permeabilidad de las vías aéreas y del funcionamiento del ventilador, de sus sistemas de alarma y de otros parámetros de la mecánica respiratoria y susceptibilidad de medición, auscultación de ambos campos pulmonares.

9. Aliviar el dolor: es de vital importancia al permitir las inspiraciones profundas y la tos lo que evita el cierre de las vías aéreas, el drenaje inadecuado de las secreciones puede ser mortal.

HISTORIA NATURAL DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TCE)

AGENTE:

Accidentes, caídas u otro tipo de trauma.

HUESPED:

Adultos jóvenes y adolescentes frecuentemente
En el sexo masculino.

AMBIENTE:

Ninguna en específico
No existe ambiente que favorezca la enfermedad.

CONCEPTO: Se denomina traumatismo craneoencefálico (TCE) a todo impacto violento recibido en la región Craneal v facial.

Si no se trata adecuadamente y en el tiempo necesario pueden tener complicaciones fatales hasta causar la muerte del Pte.

Problemas cardiacos, obstrucción de la vía aérea, deterioro neurológico, parálisis en alguna parte del cuerpo, entre otras.

Pueden iniciar con pérdida de la conciencia o simplemente síntomas no visibles.

Perdida de la conciencia, sangrado, dificultad para hablar, dolor, disminución del aporte de oxígeno, taquicardia, inmovilidad, entre otros síntomas.

El trauma directo, produce contusión del parénquima cerebral y lesión axonal difusa en la sustancia blanca cerebral y del tronco encefálico. La lesión primaria desencadena una serie de alteraciones en el metabolismo cerebral, que comprometen la hemodinámica intracraneal y la homeostasis iónica.

El TCE cursa con 2 fases. La primera es debida al impacto directo: fractura, contusión, hemorragia puntiforme y subaracnoidea; y la segunda es debida a edema, hipoxia y hemorragia subsecuente.

PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA	
PROMOCION A LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
*Educación a través de medios de comunicación masivos. *Evitar consumo de alcohol. *Educación a la comunidad. *Conocimiento de la patología.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar manejar en estado de ebriedad • Tomar precauciones estándares en casa y en el trabajo • Uso de cinturón de seguridad al viajar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoriales • RX • TAC • USG • Exploración física 	<ul style="list-style-type: none"> • Esto dependerá del o los problemas detectados en el paciente y lo que hay que corregir. • Intubación. • Medicamentos de acuerdo al problema. • Neurocirugía. 	*Evitar complicaciones *Valorar edo. De salud del paciente *Realizar estudios diagnósticos *Educación a la paciente y familiar *Orientar sobre signos y síntomas de alarma.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales • Control estricto de líquidos administrados y eliminados • Administración de medicamentos ordenados • Vigilar la dieta ordenada • Tranquilizar a la paciente.

1-VALORACIÓN

HISTORIA CLINICA

<u>FICHA DE IDENTIFICACION</u>	
NOMBRE: M.A.H.C	EDAD: 23 Años.
SEXO: Masculino.	OCUPACION: Comerciante.
ESTADO CIVIL: Soltero.	RELIGION: Católico.
IDIOMA: Español.	FECHA DE INGRESO: 17/ Agosto /2021.
ESCOLARIDAD: Secundaria.	FECHA DE NACIMIENTO: 16 /Nov. / 1990
DIRECCION: Comitán Chiapas.	
RESPONSABLE: A.H.A	GRUPO SANGUINEO: Rh "O" +
PESO: 74 Kgs.	TALLA: 1. 55 mts.

ANTECEDENTES:

HEREDITARIOS FAMILIARES

Se niega Diabetes Mellitus, Hipertensión y cáncer, familiares aparentemente sanos.

PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habita en casa propia, construida de bock y techo de concreto, de dos plantas, ventilada, cuenta con luz, agua potable y drenaje, obteniendo su alimentacion a base de frutas, verduras, carnes, harinas, etc. No hay Hacinamiento. Su alimentación es buena en cantidad pero mala en calidad.

PERSONALES PATOLOGICOS

Paciente que presenta y sufre de convulsiones, contando con tratamiento, con antecedentes de alcoholismo leve tomando en muy poca cantidad, hospitalizaciones previas por convulsionar.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, que inicia padecimiento por presentar accidente que se desconoce la cinemática, ya que los padres describen que solo lo encontraron tirado en la vía pública con golpes y heridas de gran magnitud, motivo por el cual personas de protección civil desiden traerlo al hospital.

SIGNOS VITALES

FC: 108 latidos x minuto

TA: 130/90 mm Hg

TEMP: 36.2° C

PESO: 74 Kg

TALLA: 1.55mts.

EXPLORACION FISICA

Paciente masculino de 23 años de edad, desorientado, cráneo con heridas y trauma, cabello bien implantado, normocefalico, cuello cilíndrico, pabellón auricular en buen estado, pupilas isocoricas, simétricas y normorreflexicas, narinas permeables, con presencia de sangrado activo en boca y fosas nasales, grave palidez de tegumentos, pulso acelerado, campos pulmonares hipoventilados, abdomen blando y depresible al tacto, se palpa hepatomegalia, llenado capilar de 2 segundos, canalizado en miembro superior derecho, presencia de telangiectasias, miembros inferiores con presencia de fractura en lado derecho, genitales de acuerdo a edad y sexo.

HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA

DOMINIO I: PROMOCION DE LA SALUD

Escolaridad: Estado Civil: Vive con: Solo
Vivienda: Rentada Prestada Tipo de Vivienda: Adobe Lámina
Servicios con los que cuenta:
Fauna: Gato Pájaros Peces Tortugas Otros ¿Cuál?
Hábitos Higiénicos:
Hábitos Tóxicos: Otras Drogas Actividad Física: Si Frecuencia _____
Inmunizaciones Completas: No Faltantes:
Hospitalizaciones Previas: Cuenta con Tx Farmacológico: No Se apega al Tx: No

DOMINIO II: NUTRICION

Peso: Talla: IMC: Circunferencia Abdominal:
Dieta Habitual: Frutas Cereales
Cantidad de: Azúcar Tortillas
Bebida Preferida: Café Agua ¿Cuál?
Ingesta de líquidos por 24 Horas: 1- 2 Litros > 2 Litros
Estado de la Cavidad Oral: Con Caries Prótesis Dental: Fija Móvil Total Parcial
Adoncia: Total Parcial Mucosas Orales: Hidratadas Semihidratadas
Alteraciones: Masticación Deglución Nauseas Vómitos
Sonda de Alimentación: No Alteraciones en el peso: No

DOMINIO III: ELIMINACION/INTERCAMBIO

Patrón Urinario

Frecuencia: veces al día Características Normales: Si
Anuria Oliguria Poliuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia
Color: Normal Hematúrica Otro Diuréticos: No
Suplencia Parcial: Acompañamiento al Sanitario Proporciona cómodo/ orinal
Suplencia Total: Diálisis Peritoneal Hemodiálisis

Patrón Intestinal

Frecuencia: vez al día Características Normales: No Estreñimiento Diarrea Incontinencia
Características: Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida Fétida
Suplencia Parcial: Acompañamiento al Sanitario Proporciona Cómodo
Suplencia Total: Ostomía

Tegumentaria

Temperatura: Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis: Si

DOMINIO IV: ACTIVIDAD / REPOSO

Reposo / Sueño

Duerme bien: Sí No En caso Negativo ¿Por qué? Por estar bebiendo # Horas 9

Requiere de Medicación: Si No Tipo de Medicación:

Duerme durante el día: Si No

Actividad / Ejercicio

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón Cama

Movilización en Cama: Se mueve solo inmóvil Se mueve poco

Realiza alguna actividad en su tiempo libre: Si No ¿Cuál?

Su estado de Salud ha modificado su forma de divertirse: Si No

Cardiovasculares / Respiratorias

FC: 108 Latidos x min. Presión Arterial: 130/90 Pulso: Normal aumentado Paradójico Ausente

Llenado Capilar: Extremidades Superiores. ++ Extremidades Inferiores. Ingurgitación Yugular: Si No

Hepatomegalia: Sí No Edema: Sí No Ubicación: Pulmonar

Dolor Precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marcapaso: Si No Temporal Definitivo Frecuencia Amperaje

FR: 19 Respiraciones x min. Dificultad para Respirar: Apnea Disnea Esfuerzo Reposo

Secreciones Bronquiales: Sí No Características: Amarillentas

Dificultad para la Expectoración: Sí No Epistaxis

Ruidos Respiratorios Normales: Vesicular Bronco vesicular Localización:

Anormales: Estertores Sibilancias Roce Pleural Localización: Pulmones

Suplemento de O₂: 3Lt x min. SPO₂: 96% P. Nasales Mascarilla Mascarilla/reservorio Nebulizador

Ventilación Mecánica: N° Invasiva No Invasiva N° de Cánula: 7.5

Modalidad: Asisto Control FiO₂ Flujo Presión Soporte Peep Sensibilidad

Gasometría: Arterial Venosa Hora: PO₂ PCO₂ pH HCO₃

Color de Piel y Mucosas: Palidez Cianosis Central Cianosis Periférica

Control Radiológico: Congestión Pulmonar Infiltrados Foco Neumónico Derrame Atelectasias

Localización:

Autocuidado

Requiere Apoyo para vestirse: Sí No Requiere Apoyo para bañarse: Sí No

Requiere Apoyo para comer: Sí No Requiere Apoyo para ir al baño: Sonda Foley/pañal

DOMINIO V: PERCEPCION / COGNICION

Estado de Conciencia: Consciente Desorientado Letárgico Comatoso inconsciente

Sedación: Sí No Glasgow: 7 ptos Ramsay:

Su comunicación es: Clara Confusa Afásica Incapaz Se expresa en otra lengua: Sí No ¿Cuál? ___

Manifiesta: Emociones y Sentimientos Problemas Sociales y/o Económicos

Cuenta con alguna incapacidad: Si No En caso afirmativo, ¿Cuál? Inmovilidad Física

Conoce el motivo de su Ingreso: Si No Conoce su padecimiento: Si No Conoce su Tx: Si No
Tiene inquietudes sobre su salud: Sí No ¿Cuáles?

DOMINIO VI: AUTOPERCEPCION

Estado de ánimo: Nivel de Autoestima: Baja Media Alta

Como se siente en el ambiente Hospitalario:

Cuál es la opinión que tiene de usted en este momento:

DOMINIO VII: ROL / RELACIONES

Rol familiar que desempeña: Dinámica Familiar: _____

Persona que lo acompaña durante la Hospitalización:

DOMINIO VIII: SEXUALIDAD

♀

Menarca; FUM: Menopausia: Ciclos: # De parejas:

IVSA: Sí No ¿Cuál? _____ Dismenorrea: Si No

Método de Planificación: Sí No ¿Cuál?

Embarazos: Partos: Cesáreas: Abortos:

Fecha de ultimo Papanicolaou: _____ Frecuencia de Autoexploración mamaria: _____

♂

Vida Sexual Activa: No # De parejas: IVSA: No ¿Cuál? _____

Método de Planificación Familiar: No ¿Cuál?

Andropausias: Si Problemas Sexuales: Si ¿Cuál? _____

DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Actitud ante el Ingreso: Colaborador Confiado Reticente Negativo Ansioso

Presencia de: Irritabilidad Tics Nerviosismo Llanto Diaforesis

DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

Practica alguna religión: No ¿Cuál?

Asiste a actividades religiosas: Si Frecuencia

Sus creencias: Le ayudan No le ayudan

Solicita apoyo religioso: Si De que tipo:

DOMINIO XI: SEGURIDAD/PROTECCION

Coloración de la piel: Rubicunda Marmórea Ictérica Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Integra Petequias

Tipo de lesión: Quirúrgica Ulcera x Presión Ulcera Venosa Ulcera Diabética En cicatrización

DOMINIO XII: CONFORT

Presencia de Dolor: Si No Agudo Crónico Localización:
Intensidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOMINIO XIII: CRECIMIENTO/DESARROLLO

Edad: 23 Años Talla: 1.55cms. Peso: 74kgs. IMC: 30.8

Desnutrición

Peso Bajo

Peso Normal

Obesidad

Obesidad Mórbida

Trastorno alimenticio

¿Cuál?

Dificultad para realizar actividades: Motoras Sociales Expresivas

IMC < 16	Desnutrición
IMC= 17- 20	Peso Bajo
IMC= 21- 25	Peso Normal
IMC= 26- 30	Sobrepeso
IMC= 31- 35	Obesidad
IMC >35	Obesidad Mórbida

2-DIAGNÓSTICO

DIANOSTICOS DE ENFERMERIA CON TAXONOMIA NANDA

1.- DETERIORO DE LA DEGLUCION (00103)

Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión.

- P.** Deterioro de la Deglución.
- E.** Relacionado con Deterioro neuromuscular, trastornos respiratorios.
- S.** Manifestado por Rechazo de los alimentos, náuseas, vómitos, atragantamiento antes de la deglución, enlentecimiento en la formación del bolo.

2.- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085)

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Dominio 4: Actividad/ Reposo.

Clase 2: Actividad/ Ejercicio.

- P.** Deterioro de la Movilidad Física.
- E.** Relacionado con la alteración del metabolismo celular, ansiedad, deterioro cognitivo, deterioro del estado físico, estado de humor depresivo, disminución de la fuerza muscular, medicamentos, deterioro neuromuscular y deterioro sensorial.
- S.** Manifestado por disminución del tiempo de reacción, disnea de esfuerzo, movimientos espasmódicos, limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y finas, limitación de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural y movimientos descoordinados.

3.- PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ (00032)

Definición: La espiración o la inspiración no proporcionan una ventilación adecuada.

Dominio 4: Actividad/ Reposo.

Clase 4: Respuesta Cardiovascular/Pulmonar

P. Patrón Respiratorio Ineficaz.

E. Relacionado con ansiedad, posición corporal, deterioro cognitivo, hiperventilación, inmadurez neurológica, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios y deterioro de la percepción.

S. Manifestado por bradipnea, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, taquipnea y alteraciones neurológicas.

3-PLANIFICACIÓN

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON: TCE

(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

DEFINICIÓN: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Pág. 127.

FACTORES RELACIONADOS:

- Alteración del metabolismo celular.
- Ansiedad.
- Deterioro cognitivo.
- Deterioro del estado físico.
- Estado de humor depresivo.
- Disminución de la fuerza muscular. Medicamentos.
- Deterioro neuromuscular.
- Deterioro sensorio-perceptivo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Disminución del tiempo de reacción, disnea de esfuerzo, movimientos espasmódicos, disminución de la capacidad para las habilidades motoras gruesas, disminución de la capacidad para las habilidades motoras finas, limitación de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural y movimientos descoordinados.

RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: Salud Funcional (I). CLASE: Movilidad (C). (0208) MOVILIDAD. Pág. 513.	020809 Coordinación. 020803 Movimiento Muscular. 020806 Deambulacion.	ESCALA (a) Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	MANTENER A: AUMENTAR A:
		ESCALA (a) Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	MANTENER A: AUMENTAR A:
DOMINIO: Salud Funcional (I). CLASE: Movilidad (C). (0212) MOVIMIENTO COORDINADO Pág. 525.	021203 Rapidez del Movimiento. 021205 Control del movimiento. 021206 Estabilidad del movimiento. 021207 Movimiento Equilibrado.	ESCALA (a) Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	MANTENER A: AUMENTAR A:
		ESCALA (a) Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	MANTENER A: AUMENTAR A:

INTERVENCIÓN**CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO****CLASE: (V) CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO****Pág. 747.**

ACTIVIDADES

- ✓ Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- ✓ Consultar un fisioterapeuta para determinar el tipo de ejercicios o actividades a realizar.
- ✓ Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y percepción).
- ✓ Explicar el fundamento y protocolo de ejercicio al paciente y familia.
- ✓ Ajustar la iluminación, temperatura ambiente y el nivel del ruido.
- ✓ Poner en marcha medidas de control del dolor antes de iniciar los ejercicios.
- ✓ Vestir al paciente con prendas cómodas.
- ✓ Aplicar tablillas para conseguir las estabilidades de las articulaciones y músculos implicadas en las habilidades motoras finas.
- ✓ Ayudar al paciente a sus cambios de posición.
- ✓ Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo.
- ✓ Enseñar al paciente a recitar cada movimiento mientras lo realiza.
- ✓ Proporcionar un ambiente relajado al paciente.
- ✓ Animar al paciente a realizar ejercicios de forma independiente.

INTERVENCIÓN**CAMPO: (2) FISIOLÓGICO COMPLEJO****CLASE: (M) TERMORREGULACIÓN****Pág. 772**

ACTIVIDADES

- ✓ Retirar al paciente del frío y colocarlo en un ambiente cálido.
- ✓ Quitar la ropa fría o mojada y cambiarla por otra seca y caliente.
- ✓ Monitorizar la temperatura del paciente con un termómetro de registro bajo.
- ✓ Observar si se presentan síntomas asociados a la hipotermia (fatiga, debilidad, confusión, apatía, escalofríos y cambio de color en la piel).
- ✓ Cubrir con mantas calientes, si procede.
- ✓ Minimizar la estimulación del paciente para evitar precipitar una desfibrilación ventricular.
- ✓ Administrar líquidos IV calentados (30 a 40 °C) si procede.
- ✓ Administrar oxígeno calentado, si procede.
- ✓ Instaurar medidas activas de calentamiento externo, como la inmersión en agua caliente, aplicación de bolsas e agua caliente y mantas térmicas, si procede.
- ✓ Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- ✓ Monitorizar signos vitales, si procede.
- ✓ Observar si se producen desequilibrios en los electrolitos.
- ✓ Monitorizar ingesta y eliminaciones.
- ✓ Valorar el estado de la piel de forma rutinaria.
- ✓ Dar líquidos calientes al paciente, si se encuentra alerta y es capaz de tragar.
- ✓ Monitorizar el estado nutricional.

1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier.

2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby .

3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby .

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON: TCE SEVERO

(00085) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ.

DEFINICIÓN: La espiración o la inspiración no proporcionan una ventilación adecuada.

Pág. 138.

FACTORES RELACIONADOS:

- Ansiedad.
- Posición corporal.
- Deterioro cognitivo.
- Hiperventilación.
- Inmadurez neurológica.
- Disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios.
- Deterioro de la percepción.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Bradipnea, disminución de la presión respiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, taquipnea y alteraciones neurológicas.

RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: Salud Fisiológica (II). CLASE: Cardiopulmonar (E). (0410) ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS. Pág. 473.	041004 Frecuencia respiratoria. 041011 Profundidad de lá inspiracion. 041012 Capacidad para eliminar secreciones.	ESCALA (b) Desviación grave del rango 1 Desviación Sustancial del rango 2 Desviación Moderada del rango 3 Desviación Leve del rango 4 Sin desviación del rango normal 5	MANTENER A: AUMENTAR A: MANTENER A:
		ESCALA (b) Desviación grave del rango 1 Desviación Sustancial del rango 2 Desviación Moderada del rango 3 Desviación Leve del rango 4 Sin desviación del rango normal 5	AUMENTAR A:
DOMINIO: Salud Fisiológica (II). CLASE: Cardiopulmonar (E). (0403) ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACION. Pág. 474.	040301 Frecuencia Respiratoria. 021205 Ritmo Respiratorio 021206 Capacidad Vital.	ESCALA (b) Desviación grave del rango 1 Desviación Sustancial del rango 2 Desviación Moderada del rango 3 Desviación Leve del rango 4 Sin desviación del rango normal 5	AUMENTAR A:

INTERVENCIÓN**CAMPO: (2) FISIOLÓGICO COMPLEJO.****CLASE: (V) CONTROL RESPIRATORIO.****Pág. 166.**

ACTIVIDADES

- ✓ Determinar la necesidad de la respiración oral y/o traqueal
- ✓ Auscultar sonidos antes y después de la aspiración.
- ✓ Informar al paciente y familia sobre la aspiración.
- ✓ Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara.
- ✓ Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.
- ✓ Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración de secreciones.
- ✓ Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal o tubo de traqueotomía.
- ✓ Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración.
- ✓ Observar el estado de Oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM).
- ✓ Basar la duración de cada aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- ✓ Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración, si procede.
- ✓ Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- ✓ Enviar las secreciones para cultivo, si procede.
- ✓ Enseñar al paciente y familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier.

2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby .

3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby .

INTERVENCIÓN**CAMPO (2) FISIOLÓGICO COMPLEJO****CLASE: (K) CONTROL RESPIRATORIO****Pág. 173**

ACTIVIDADES

- ✓ Mantener una vía aérea permeable.
- ✓ Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
- ✓ Colocar a la paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión.
- ✓ Ayudar en los frecuentes cambios de posición.
- ✓ Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).
- ✓ Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación, tales como los niveles de gases de la sangre arterial.
- ✓ Fomentar una respiración lenta y profunda.
- ✓ Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.
- ✓ Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- ✓ Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según la prescripción.
- ✓ Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipo ventilación.
- ✓ Deambular de tres a cuatro veces por día si es necesario.
- ✓ Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
- ✓ Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores), que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.
- ✓ Enseñar técnicas de respiración, si procede.

1.- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier.

2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby .

3.- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby .

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: HIPERTENSION ARTERIAL

(00103) DETERIORO DE LA DEGLUCION

DEFINICIÓN:

.Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica

Pág. 73.

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)

-Deterioro neuromuscular

-Trastornos respiratorios

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Rechazo de los alimentos, náuseas, vómitos, atragantamiento antes de la deglución, enlentecimiento en la formación del bolo.

RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: (II) Salud Fisiológica CLASE: (K)Nutrición (1010) ESTADO DE DEGLUCION Pág. 437	-101003Produccion de saliva *101004Capacidad de masticacion -101007 Momento de La formacion Del bolo. -101016Aceptala comida. -101018Estudio de La deglucion.	ESCALA: (o) Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprom. 2 Moderadamente comprom. 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	MANTENER A: AUMENTAR A:
DOMINIO: (II) Salud Fisiológica CLASE: (K)Nutrición (1012) ESTADO DE DEGLUCION:FASE ORAL Pág. 441	-101208 Atragantamiento, tos y nauseas -101217 Ahogo antes de tragar -101213 Reflujo nasal	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	MANTENER A: AUMENTAR A:

INTERVENCIÓN (1056) ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA

CAMPO:(1) FISIOLÓGICO: Básico

CLASE: (D) Apoyo nutricional

Pág. 123

ACTIVIDADES

- ✓ Explicar el procedimiento al paciente.
- ✓ Insertar una sonda nasogástrica
- ✓ Vigilar el estado de líquidos y electrolitos
- ✓ Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.
- ✓ Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar el paciente en posición horizontal.
- ✓ Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.
- ✓ Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
- ✓ Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- ✓ Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.
- ✓ Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral.
- ✓ Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.
- ✓ Rellenar la bolsa de alimentación cada 4 horas, según convenga.

INTERVENCIÓN (1160) MONITORIZACION NUTRICIONAL

CAMPO:(1) FISIOLÓGICO: Básico

CLASE: (D) Apoyo nutricional

Pág. 634

ACTIVIDADES

- ✓ Pesar al paciente a los intervalos establecidos.
- ✓ Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- ✓ Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
- ✓ Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comida y comer.
- ✓ Observar las interacciones padre/niño durante la alimentación, si procede.
- ✓ Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.
- ✓ Programar el tratamiento y los procedimientos a horas que no sean las de la alimentación.
- ✓ Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.
- ✓ Controlar la turgencia de la piel, si procede.
- ✓ Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de arrancar.
- ✓ Observar las encías por si hubiera inflamación estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.
- ✓ Observar si se producen náuseas y vómitos.
- ✓ Vigilar las medicaciones de los pliegues de la piel: pliegues en tríceps, circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.
- ✓ Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
- ✓ Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos.
- ✓ Observar preferencias y selección de comidas.
- ✓ Comprobar el crecimiento y desarrollo.
- ✓ Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- ✓ Observar si hay palidez, enrojecimiento y resequedad del tejido conjuntivo.
- ✓ Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- ✓ Observar si las uñas tienen forma de cuchara están quebradizas, con aristas.
- ✓ Observar si la boca/labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.
- ✓ Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperémicas e hipertróficas de la lengua y de la cavidad bucal.
- ✓ Observar si la lengua es de color escarlata, magenta o crudo.
- ✓ Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento, si procede.
- ✓ Realizar consulta dietéticas, si se requiere.
- ✓ Determinar si el paciente necesita dieta especial.
- ✓ Disponer las comodidades ambientales óptimas a la hora de la comida.
- ✓ Proporcionar comida y líquidos nutricionales, según corresponda.

4- EJECUCIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultar un fisioterapeuta para determinar el tipo de ejercicios o actividades a realizar. ✓ Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y percepción). ✓ Explicar el fundamento y protocolo de ejercicio al paciente y familia. ✓ Ajustar la iluminación, temperatura ambiente y el nivel del ruido. ✓ Poner en marcha medidas de control del dolor antes de iniciar los ejercicios. ✓ Vestir al paciente con prendas cómodas. ✓ Aplicar tablillas para conseguir las estabilidades de las articulaciones y músculos implicadas en las habilidades motoras finas. ✓ Ayudar al paciente a sus cambios de posición. ✓ Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo. ✓ Enseñar al paciente a recitar cada movimiento mientras lo realiza. ✓ Proporcionar un ambiente relajado al paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS
<p>DETERIORO DE LA DEGLUCION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Instalación de sonda naso gástrica. ❖ Alimentación por SNG. ❖ Vigilancia del estado nutricional ❖ Se vigila y evita problemas de aspiración ❖ Se mantiene buena permeabilidad de la sonda. ❖ Se administran medicamentos por SNG.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS

PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

- ✓ Determinar la necesidad de la respiración oral y/o traqueal
- ✓ Auscultar sonidos antes y después de la aspiración.
- ✓ Informar al paciente y familia sobre la aspiración.
- ✓ Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara.
- ✓ Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilados o bolsa de resucitación manual.
- ✓ Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración de secreciones.
- ✓ Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal o tubo de traqueotomía.
- ✓ Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración.
- ✓ Observar el estado de Oxígeno del paciente (niveles de SaO2 y SvO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM).
- ✓ Basar la duración de cada aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- ✓ Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración, si procede.
- ✓ Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- ✓ Enviar las secreciones para cultivo, si procede.
- ✓ Enseñar al paciente y familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

5-EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	EVALUACION
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA	Se mantiene en muy poco avance los movimientos de los miembros superiores e inferiores, ya que por el problema se necesitara más tiempo para recuperar completamente los movimientos, además de que el paciente se encuentra sedado.
PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ	El paciente empieza a dar algunas respiraciones por sí mismo y el ventilador solo lo está ayudando un poco pero mientras evoluciona, por el momento aun esta con ventilación mecánica.
DETERIORO DE LA DEGLUCION	Aun no se logra el retiro de la SNG ya que no lo amerita en este momento pero se mantiene con nutrición por sonda, el cual es un avance, ya que si dejamos este aspecto el paciente podría perder peso.

PLAN DE ALTA: Es un proceso sistemático, basado en la continuidad de los cuidados al paciente en su domicilio con la ayuda de los familiares o comunidad a fin de mejorar su calidad de vida y en definitiva, su autocuidado. Es la continuidad de un proceso de atención de enfermería.

OBJETIVOS:

Ofrecer continuidad de la asistencia en el hogar, estimular al paciente en actividades de autocuidado dentro de sus capacidades funcionales así como también disminuir al máximo reingresos por complicaciones secundarias.

FC: 108 latidos/min

TA: 130/90 mm Hg

TEMP: 36.2° C

PESO: 74 Kg **TALLA:** 1.55 m

CAMBIOS EN LOS HÁBITOS GENERALES:

- ✓ Evite el stress
- ✓ Evite fumar
- ✓ Evite el sobrepeso
- ✓ Evite manejar en estado de ebriedad.
- ✓ Utilice cinturón de seguridad al viajar.
- ✓ Trate de tomar 2 litros de agua diariamente
- ✓ Tome regularmente la medicación indicada por su médico. No se automedique.
- ✓ Realice ingestas no copiosas y fraccionadas en el día (de 4 a 6).
- ✓ Coma con poca sal.
- ✓ Evite alimentos grasos
- ✓ Modere el consumo de alcohol.
- ✓ No realice actividades físicas inmediatamente después de comer
- ✓ Descanse 20 minutos después de las principales comidas.