



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO  
EN EL ADULTO MAYOR”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:**

**ENFERMERÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. VILLARREAL CARRUITERO, ROXANA**

**ASESORA:**

**DRA. MARCOS ROMERO JUANA MARIA**

**ICA – PERU, 2017**



## **PRESENTACIÓN**

Sra.: Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, Señores miembros del jurado.

En cumplimiento de las disposiciones establecidas por el reglamento de Grados y Títulos vigente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, Para Optar el Título profesional de Segunda Especialización de Enfermería en GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, pongo a vuestra consideración el presente trabajo académico “TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL ADULTO MAYOR”

El mismo que tiene como propósito, aplicar el proceso de Atención de Enfermería, utilizando los dominios de la Taxonomía NANDA, a fin de elevar el nivel de profesional y garantizar una atención de calidad en el paciente a nuestro cuidados.

Esperando que el presente, permita contribuir en la mejora de registros del ejercicio profesional obtención del título de la segunda especialidad y pueda servir como elemento de consulta para estudiantes y profesionales de Enfermería.

Atentamente,

**LIC. VILLARREAL CARRUITERO, ROXANA**

## INDICE

INTRODUCCION.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVO ESPECIFICO.....	6
<b>CAPITULO I MARCO TEORICO.....</b>	<b>7</b>
1.1. ANTECEDENTES.....	7
1.2. BASES TEORICAS.....	7
1.3. TEORIA DE ENFERMERIA .....	11
<b>CAPITULO II: CASO CLÍNICO .....</b>	<b>12</b>
2.1. SITUACIÒN CLÍNICA.....	12
2.2. DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	12
2.3. DATOS DE FILIACIÓN.....	13
2.4 VALORACION POR DOMINIOS.....	17
2.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	21
2.6. PLANEACIÒN .....	24
2.7 EJECUCIÒN.....	30
2.8. EVALUACIÒN.....	30
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	33

## **DEDICATORIA**

Quiero agradecer a Dios, a mis amados padres,  
Y a todas las personas que me motivaron a seguir estudiando,  
Con especial cariño a mis docentes.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería está sustentado a través del método científico el PAE que está regulada por el MINSA que de acuerdo a la Ley del Enfermero Peruano 27669, debe cumplirse desde el año 2001, siendo la Historia Clínica un documento legal que contiene la información sobre la salud del paciente.

El presente caso clínico analizado, es sobre un paciente adulto mayor que fue atropellado y a consecuencia de ello sufre traumatismo craneoencefálico y contusiones, con pérdida de la conciencia.

La teoría que enmarca los cuidados de enfermería en el presente caso clínico es el de Virginia Henderson, donde se considera a las 14 necesidades

El propósito de realizar el presente estudio de caso permite analizar el cuidado que el profesional de enfermería realiza ante un traumatismo craneoencefálico en un adulto mayor, que a la vez permitirá actualizar las guías de atención en base a los diagnósticos según dominios NANDA – NIC – NOC.

## **OBJETIVOS:**

### **1. OBJETIVO GENERAL:**

Brindar cuidados oportunos en el caso clínico analizado, priorizando los problemas, para evitar complicaciones a través del método científico PAE, lo que nos permite desarrollar un juicio crítico para una adecuada toma de decisiones.

### **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- a. Reafirmar conocimientos sobre traumatismo craneoencefálico
- b. Ejecutar los diagnósticos enfermeros en orden de prioridad de acuerdo a la NANDA, NIC y NOC.
- c. Aplicar la teoría de Enfermería, confrontada con la literatura y la realidad del caso clínico analizado.

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEORICO**

#### **1.1 ANTECEDENTE:**

Barrios Morocho, Juan Luis en su estudio descriptivo establecio los siguientes objetivos: a) "Analizar algunos aspectos epidemiológicos relacionados al trauma craneoencefálico, b) Evaluar el manejo del paciente con trauma craneoencefálico c) Proponer estrategias de manejo del TCE Los traumatismos accidentales, son un problema de salud cada vez más creciente en nuestra sociedad, debido a los elevados índices de accidentalidad y violencia en la que se desarrolla. Las estadísticas internacionales muestran, que el trauma craneoencefálico (TCE), constituye la primera causa de muerte o discapacidad y es responsable del 17,2 % del total de atenciones en el tópico de cirugía de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión"<sup>2</sup>

#### **1.1 BASES TEORICAS**

##### **DEFINICIÓN DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO**

Según un estudio prospectivo del condado de San Diego, en los EE.UU., se definió como "*lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica*"<sup>1</sup>

##### **DIAGNÓSTICO**

- ✓ Exploración neurológica.
- ✓ Radiografías de cráneo.
- ✓ Tomografía axial computarizada.
- ✓ Resonancia magnética nuclear.

- ✓ Angiografía.
- ✓ Electroencefalograma.
- ✓ Punción lumbar: esta técnica está contraindicada si existe hipertensión endocraneal.

## **TRATAMIENTO**

- ✓ El tratamiento de las lesiones craneoencefálicas suele ser médico administrándose corticoides, diuréticos y para disminuir el edema cerebral, el fenobarbital para evitar los ataques.
- Tratamiento de los problemas respiratorios (oxigenoterapia, intubación o traqueostomía, ventilación mecánica) y cardiocirculatorios.
- Tratamiento de las fracturas craneales.
- Cirugía de urgencia en el hematoma epidural y subdural.
- Administración de antibióticos para evitar las infecciones secundarias.
- Mantenimiento del equilibrio nutricional e hídrico normal.

## **Tipos comunes de traumatismos craneales**

Hematoma subdural agudo

Fractura en la base del cráneo

Contusión cerebral

Conmoción

Hematoma subdural crónico

Lesión axonal difusa

Hematoma epidural

## **Fisiopatología**

La función cerebral puede alterarse de forma inmediata por una lesión directa (p. ej., aplastamiento, laceración) del tejido cerebral. Las lesiones posteriores pueden producirse al poco tiempo por una cascada de acontecimientos que se inicia tras la lesión inicial.

## **Estudios neurológicos por la imagen**

Los estudios por la imagen deben solicitarse siempre en pacientes con alteraciones del nivel de conciencia, score de Glasgow < 15, alteraciones neurológicas focales, vómitos persistentes, convulsiones o sospecha clínica de fractura.

## **Tratamiento**

- Para las lesiones leves, alta y observación
- Para las lesiones moderadas y graves, optimización de la ventilación, oxigenación y perfusión cerebrales; tratamiento de las complicaciones (p. ej., aumento de la PIC, convulsiones, hematomas) y rehabilitación

## **Fracturas de cráneo**

Las fracturas cerradas y alineadas no precisan un tratamiento específico, pero las que presentan hundimiento a veces requieren cirugía para recolocar los fragmentos, reparar la duramadre y desbridar el cerebro lesionado. Las fracturas abiertas deben desbridarse. El uso de profilaxis antibiótica es controvertido por los datos limitados sobre su eficacia y la preocupación de que facilite el desarrollo de cepas resistentes a antibióticos.

## **Cirugía**

Los hematomas intracraneanos pueden obligar a la evacuación quirúrgica de la sangre para prevenir o tratar el desplazamiento, la compresión y la herniación del encéfalo; por ende, es obligatorio consultar pronto con un neurocirujano. Sin embargo, no todos los hematomas tienen que extraerse quirúrgicamente y los intracerebrales pequeños rara vez requieren cirugía. A menudo, los pacientes con pequeños hematomas subdurales pueden ser tratados sin cirugía. Los factores que sugieren necesidad de operar incluyen un desplazamiento del cerebro respecto de la línea media  $> 5$  mm, la compresión de las cisternas basales y el empeoramiento de los hallazgos en el examen neurológico. Los hematomas subdurales crónicos pueden requerir un drenaje quirúrgico, pero con una urgencia mucho menor que los agudos. Los hematomas grandes o epidurales de origen arterial deben tratarse quirúrgicamente, mientras que los epidurales venosos pequeños pueden controlarse con TC seriadas.

## **Rehabilitación**

Cuando persisten las deficiencias neurológicas, se requiere rehabilitación. Es mejor que la rehabilitación sea proporcionada a través de un equipo interdisciplinario que combine la fisioterapia, la terapia ocupacional y cognitiva, la logoterapia, las actividades que **desarrollen** las habilidades, y el asesoramiento para satisfacer las necesidades emocionales y sociales del paciente

El 50% de los pacientes cuyo coma exceda las 24 horas presentan secuelas neurológicas persistentes y deben pasar por un prolongado período de rehabilitación, sobre todo en aspectos cognitivos y emocionales, y es necesario planificar pronto el servicio de rehabilitación.



## **CAPITULO II**

### **CASO CLINICO**

#### **SITUACIÓN CLÍNICA**

Paciente adulto mayor de 65 años de edad, sufre un accidente de tránsito a las 2 am, es atropellado por un automóvil hace más o menos 1 hora en la Av. Marina con el cruce la Av. Sucre, es traído por los bomberos, con pérdida de la conciencia paulatinamente, se le observa múltiples contusiones, sangrado por la nariz y ligero sangrado en el oído derecho. Al control de constantes vitales: PA 70/40 mmHg, FC 40 x', T° 36 °C, FR 18 x'. Análisis de laboratorio: Hb 8.2 mg/dl. Evaluado por Neurocirujano de guardia quien indica TEM Cerebral. Paciente quejumbroso; al examen físico: Glasgow 12/15 que va disminuyendo con el transcurrir del tiempo. El médico neurocirujano programa al paciente para sala de operaciones.

#### **DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre y Apellidos del paciente : XXX

Lugar de nacimiento : Cajamarca

Edad : 65 años

Sexo : Masculino

Raza : Mestiza

Domicilio : Av. Perú cuadra 20

Lugar de procedencia : San Martin de Porres

Estado Civil : Soltero

Grado de instrucción : Superior

Idioma : Castellano

Religión : Católico

Persona acompañante : Ninguno

## **EXÁMEN FÍSICO:**

### **PIEL Y MUCOSAS**

Piel y mucosas, ligeramente pálidas e hidratadas, no se evidencia lesiones.

### **CABEZA**

Presenta cabeza redondeada, simétrica, cabello largo, buena implantación de color blanco, no se evidencia parásitos, buen estado de higiene. Presenta leve hematoma en región occipital con dolor a la palpación.

### **CARA.**

Redondeada, simétrica piel trigueña, integra ausencia de masas o tumoraciones, buena consistencia, T ° conservada.

### **OJOS.**

Se observa pupilas isocóricas, foto-reactivas, iris de color marrón oscura, buena distribución e implantación de cejas y pestañas conjuntivas y escleróticas hidratadas.

### **OIDOS.**

El tamaño es proporcional a la cara, no se presenta dolor a la palpación, no se evidencia cerumen en ambos oídos, no presenta lesiones.

### **NARIZ Y SENOS PARA NASALES.**

Nariz simétrica, proporcional a la cara, no presenta secreciones.

### **OROFARINGEA.**

Se observa labios simétricos, no hay presencia de heridas, mucosa oral hidratada, no presenta lesiones en encías, lengua simétrica proporcional, no se observa movimientos involuntarios, paladar integro, no presenta lesiones, dentadura incompleta, no presenta náuseas ni vómitos.

### **CUELLO.**

Simétrico, cilíndrico, tamaño proporcional al cuerpo, piel integra ausencia de masas, no presenta dificultad para mover la cabeza, no hay dolor a la palpación.

## **TORAX.**

Tórax simétrico, respiración 18 X', a la auscultación presenta murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no se evidencian alteraciones en la profundidad, expansión torácica simétrica y conservada SaO2: 96 %.

## **ABDOMEN.**

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación.

## **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Ruidos cardiacos rítmicos normales, no presenta soplos.

## **SISTEMA GENITOURINARIO.**

Necesidad fisiológica conservada y espontánea. Micción 3 a 4 veces por día.

## **SISTEMA MUSCULAR ESQUELETICO.**

Fuerza muscular disminuida, Tº conservada y piel integra, extremidades superiores e inferiores simétricas, no presenta deformaciones, ni lesiones.

## **SISTEMA NEUROLOGICO.**

- Pupilas: isocóricas fotoreactivas.
- Despierta, responde verbalmente a las preguntas de manera clara y coherente.
- Paciente con Glasgow de 15 puntos.

## **AYUDAS DIAGNOSTICAS.**

Se le realizo Tomografía computarizada

## **VALORACION POR DOMINIOS:**

### **DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD**

Paciente adulto mayor de sexo masculino , despierto, OTEP. Manifiesta que no consume alcohol, no fuma, muestra hábitos generadores de salud, tales como la higiene personal.

## **DOMINIO 2: NUTRICION.**

Manifiesta no consumir una dieta balanceada y consumir 3 comidas al día, no es alérgica a ningún alimento, no presenta dificultad para deglutir. Peso: 60 kg, Talla: 140, IMC: 30.6

## **DOMINIO 3: ELIMINACION.**

- **ELIMINACION URINARIA:** Frecuencia Normal 3 a 4 veces por día
- **ELIMINACION INTESTINAL:** Numero de deposiciones: 1 al día

## **DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO.**

- Sueño – Descanso: Manifiesta dormir un promedio de 6 – 7 horas. Su sueño es fraccionado por ruidos hospitalarios, no necesita de medicamentos para dormir.

Actividad Circulatoria: No se presencia deformidades torácicas. Ruidos cardiacos rítmicos. P.A: 130/70 mmhg P: 69 X'

- Actividad respiratoria: Respiración espontánea y rítmica R: 18 x'.

## **DOMINIO 5: PERCEPCION /COGNICION.**

Paciente no presenta problemas para reconocer espacio y tiempo, percibe los mensajes verbales realizados y responde a estos con coherencias, es sensible al dolor (escala Glasgow 15)

## **DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION.**

Paciente reaccionando positivamente frente al tratamiento.

## **DOMINIO 7: ROL / RELACIONES.**

Paciente de estado civil viudo, tiene 1 hijo, manifiesta tener buenas relaciones con su familia.

## **DOMINIO 8: SEXUALIDAD.**

Viudo, no tiene vida sexual activa

### **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

Se observa facies de preocupación y ansiedad frente a la hospitalización

### **DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES.**

Paciente de la religión católica.

### **DOMINIO 11. SEGURIDAD Y PROTECCION.**

Paciente se encuentra estable, consiente, no presenta secreciones traqueo-bronquiales. Se evidencia la piel ligeramente pálida. Presenta temperatura de 36°C.

### **DOMINIO 12. CONFORT.**

Paciente presenta dolor en región occipital tras sufrir caída y golpe en dicha zona, no tiene ningún tipo de fobia. Refiere sentirse poco nerviosa por Hospitalización.

### **DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

Diagnósticos nutricionales: Obesidad en Grado I

## **TEORIA DE ENFERMERIA**

### ***VIRGINIA HENDERSON***

El modelo de Virginia Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta a las 14 necesidades

## ANALISIS E INTERPRETACION CIENTIFICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 3. Estrés neuroconductual

Código 00049

- **DISMINUCION DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL F/R LESION CEREBRAL: TRAUMATISMO E/P PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, SANGRADO POR LA NARIZ Y POR EL OÍDO.**

“En la regulación del flujo sanguíneo cerebral (FSC) intervienen la presión arterial, la entrega de oxígeno a los tejidos cerebrales, la presión arterial de bióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>), la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR), el pH y la viscosidad sanguínea. La tomografía por emisión de positrones (TEP) se usa para examinar y valorar esas interacciones y poner de manifiesto lesiones isquémicas cerebrales agudas”<sup>5</sup>.

Dominio 4. Actividad/Reposo

Clase 2. Respuesta Cardiovascular/pulmonar

Código 00029

- **DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO F/R ALTERACION DE LA POSCARGA; PRESION ARTERIAL; FRECUENCIA Y RITMO CARDIACO EVIDENCIADO POR HIPOTENSIÓN ARTERIAL: 70/40 MM HG Y BRADICARDIA: 40 X´.**

“El gasto cardiaco se define como la cantidad de sangre que expulsa el corazón en una unidad de tiempo, se expresa como litros/minuto y se puede indexar a la superficie corporal, en cuyo caso se denomina índice cardiaco. Las principales

determinantes del gasto cardiaco son la precarga, poscarga, el inotropismo y el cronotropismo”<sup>5</sup>

Dominio 12. Confort

Clase 1. Confort físico

Código 00132

➤ **DOLOR AGUDO R/C AGENTES LESIVOS FÍSICOS: TRAUMATISMO CEREBRAL EVIDENCIADO POR FACIES DE DOLOR**

“La función fisiológica del dolor es señalar al sistema nervioso que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar una lesión. Esta señal de alarma desencadena una serie de mecanismos cuyo objetivo es evitar o limitar los daños y hacer frente al estrés”<sup>5</sup>.

Dominio 11. Seguridad/Protección

Clase 2. Lesión Física

Código 00205

➤ **RIESGO DE SHOCK F/R HIPOTENSION, BRADICARDIA, GLASGOW 12/15**

“Shock es un estado de hipoperfusión de los órganos que produce disfunción y muerte celular”<sup>5</sup>.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Patrón respiratorio ineficaz
- ❖ Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
- ❖ Riesgo de infección
- ❖ Disminución del Gasto Cardíaco
- ❖ Perfusión Tisular Cerebral
- ❖ Dolor Agudo
- ❖ Riesgo de nivel de Glicemia inestable
- ❖ Déficit de volumen de líquidos
- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria
- ❖ Trastorno del patrón del sueño
- ❖ Confusión aguda
- ❖ Deterioro de la comunicación verbal
- ❖ Riesgo a Síndrome postraumático
- ❖ Ansiedad

## PLANEAMIENTO

### DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS:

- **Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal** f/a lesión cerebral: traumatismo e/p Pérdida de la conciencia, sangrado por la nariz y por el oído.
- **Disminución del gasto cardíaco** f/a alteración de la postcarga; presión arterial, frecuencia, ritmos cardíaco e/p hipotensión arterial: 70/40 mm hg y bradicardia: 40 X´.
- **Dolor agudo** f/a agentes lesivos físicos: traumatismo cerebral e/p quejumbroso al examen físico.
- **Riesgo de shock** f/a hipotensión, bradicardia, Glasgow 12/15 e/p.



### PLAN DE CUIDADOS DIDACTICOS

NECESIDAD ALTERADA	ETIQUETA	DIAGNOSTICO RELACIONADO	MANIFESTADO POR	NOC	NIC
Afrontamiento/tolerancia al estrés	<b>Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal</b>	<b>Lesión cerebral: traumatismo</b>	Pérdida de la conciencia, Sangrado por la nariz, y por el oído.	<b>Mantener el estado neurológico: Conciencia.</b>	<b>Mejora de la perfusión cerebral.</b>
Actividad/Reposo	<b>Disminución del gasto cardiaco</b>	<b>Alteración de la poscarga; presión arterial; frecuencia y ritmo cardiaco.</b>	Hipotensión arterial: 70/40 mm Hg, Bradicardia: FC 40 X´	<b>Mantener la efectividad de la bomba cardiaca</b>	<b>Cuidados cardiacos</b>
Confort	<b>Dolor agudo</b>	<b>Agentes lesivos físicos: traumatismo cerebral</b>	Quejumbroso al examen físico	<b>Aminorar el dolor</b>	<b>Manejo del dolor</b>

Seguridad/Protección	<b>Riesgo de shock</b>	<b>Hipotensión, bradicardia, Glasgow 12/15</b>		<b>Mantener la perfusión tisular: celular</b>	<b>Prevención del shock</b>

## EJECUCION

DIAGNOSTICO NANDA	NOC	NIC
<p>Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 3. Estrés neuroconductual</p> <p>Código 00049</p> <p><b>Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal f/r lesión cerebral: traumatismo e/p pérdida de la conciencia, sangrado por la nariz, y por el oído.</b></p>	<p><b>Mantener el estado neurológico:</b></p> <p><b>Consciencia</b></p>	<p><b>Mejora de la perfusión cerebral</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar las tendencias en la Escala del Coma de Glasgow.</li> <li>2. Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido.</li> <li>3. Inducir la hipertensión con la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener/mejorar la presión de perfusión cerebral (CPP).</li> <li>4. Administrar fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros</li> </ol>

		<p>hemodinámicos.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Administrar expansores del volumen para mantener los parámetros hemodinámicos, según prescripción.</li><li>6. Monitorizar los tiempos de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (FTT) si se utilizara hetalmidón como expansor del volumen.</li><li>7. Administrar agentes Teológicos (manitol en dosis bajas o dextrano de bajo peso molecular [LMD]), según prescripción.</li><li>8. Balance hídrico estricto.</li><li>9. Colocación de sonda Foley</li><li>10. Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera/rodilla.</li><li>11. Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades de cuidado.</li><li>12. Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, pH y bicarbonato).</li><li>13. Comprobar los valores de laboratorio para ver</li></ol>
--	--	--

		<p>si se han producido cambios de oxigenación o del equilibrio ácido-base, si procede:</p> <p>14. Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.</p>
--	--	--

<p>Dominio 4. Actividad/Reposo Clase 2: Respuesta Cardiovascular/pulmonar Código 00029</p> <p><b>Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la postcarga; presión arterial; frecuencia y ritmo cardiaco e/p hipotensión arterial:70/40 mm hg, bradicardia: 40 x´.</b></p>	<p><b>Mantener la efectividad de la bomba cardiaca</b></p>	<p><b>Cuidados cardiacos</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).</li> <li>2. Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco.</li> <li>3. Tomar EKG completo para determinar localización y extensión del infarto, determinar arritmias e identificar el tipo de bloqueo.</li> <li>4. Administrar fármacos anti arrítmicos(Anticoagulantes, anti plaquetarios, según prescripción)</li> <li>5. Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>6. Apoyar en la colocación del Catéter venoso central.</li> <li>7. Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia</li> </ol>
---	--	--

		<p>cardíaca.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).</li><li>9. Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades.</li><li>10. Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.</li></ol>
--	--	---

<p>Dominio 12. Confort Clase 1. Confort físico Código 00132</p> <p><b>Dolor agudo f/r agentes lesivos físicos: traumatismo cerebral e/p quejumbroso al examen físico.</b></p>	<p><b>Aminorar el dolor</b></p>	<p><b>Manejo del dolor</b></p> <p><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor(localización, características, aparición, duración ,frecuencia, intensidad)</li> <li>2. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten el dolor</li> <li>3. Administración de analgésicos prescrito.</li> <li>4. Manejo de la escala del dolor (Escala de EVANS)</li> <li>5. Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor</li> <li>6. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida ( Sueño, función cognitiva, estado de ánimo)</li> <li>7. Verificar el nivel de molestia con el</li> </ol>
---	---------------------------------	---

		<p>paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</li><li>9. Brindar comodidad y confort</li><li>10. Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.</li></ol>
--	--	---

<p>Dominio 11. Seguridad/Protección Clase 2. Lesión Física Código 00205</p> <p><b>Riesgo de shock f/r hipotensión, bradicardia, Glasgow 12/15.</b></p>	<p><b>Mantener la perfusión tisular: celular</b></p>	<p><b>Prevención del shock</b></p> <p><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.</li> <li>2. Administrar oxígeno/ ventilación mecánica según corresponda.</li> <li>3. Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>4. Controlar la presión sanguínea al transporte de exámenes auxiliares( Tomografía, placas, resonancia )</li> <li>5. Monitorizar el estado circulatorio: Presión arterial, color, temperatura, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco.</li> <li>6. Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si procede.</li> <li>7. Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, si procede.</li> </ol>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"><li>8. Comprobar los exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, Perfil de coagulación, AGA, lactato y electrolitos.</li><li>9. Observar si hay cianosis central y periférica</li><li>10. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.</li></ol>
--	--	--

## EVALUACION

<b>Estado Neurológico: Consciencia</b>	Se logró monitorizar neurológicamente al paciente, mediante control de su estado de consciencia: Glasgow, analítica de laboratorio: perfil de coagulación, hemoglobina, saturación de O2. Paciente sube a sala de operaciones. Despierto lúcido y orientado en sus todas sus esferas.
<b>Efectividad de la bomba cardiaca</b>	Se logró mantener un estado hemodinámico estable, mediante la administración de medicamentos volumen de líquidos endovenosos.
<b>Dolor</b>	Se logró calmar su malestar administrándole analgésicos, y explicándole los procedimientos.
<b>Perfusión tisular: celular</b>	Se evitó el shock mediante el manejo multidisciplinario.

## **CONCLUSIONES:**

- ✓ Los traumatismos craneoencefálicos constituyen un importante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto socio-sanitario que generan
  
- ✓ El tratamiento encéfalo craneano es la alteración de la masa craneal por un golpe de diversa intensidad que puede poner en peligro la vida del paciente.
  
- ✓ Los síntomas característicos van asociados de acuerdo al grado o tiempo de la pérdida de memoria temporal o parcial.
  
- ✓ El tratamiento que se le brinda es según el estado que puede ser médico o quirúrgico previo análisis.
  
- ✓ Estos pacientes presentan complicaciones que deberán ser tomados en cuenta porque agravan la alteración.

## BIBLIOGRAFIA

1. Net Castel A, Marruecos-Sant L. Traumatismo craneoencefálico grave. Barcelona: Springer- Verlag Ibérica; 1996. Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000600011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600011)
2. Barrios M. Traumatismo craneoencefálico en la emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Callao. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú 2003 Disponible en [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/barrios\\_mj/pdf/barrios\\_mj.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/barrios_mj/pdf/barrios_mj.pdf)
3. GUIA METODOLOGICA DEL PAE TAXONOMIAS NANDA, NOC Y NIC. 4TA EDICION. DRA MERY BRAVO PEÑA.
4. NANDA INTERNACIONAL. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS 2015 – 2017.
5. LEY DEL ENFERMERO Y CODIGO DE ETICA DE ENFERMERIA
6. MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA. 4TA EDICION. ANN MARRINER TOMEY MARTHA RAILE ALLIGOOD
7. López V. Traumatismo craneoencefálico. Procedimientos para la atención inmediata. México2007;Ed. McGraw-Hill 1-119.