



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE DE 3 AÑOS CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO

AUTOR:

WASHINGTON STEVEN CEPEDA CEVALLOS

TUTOR:

DRA. MARITZA GALLEGOS ZURITA

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

TITULO DE CASO CLÍNICO	4
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
I. MARCO TEÓRICO	10
EPIDEMIOLOGÍA	10
ETIOLOGÍA	11
Fisiopatología	12
Manifestaciones clínicas	12
Alteración del nivel de conciencia:	12
Amnesia postraumática:	12
Convulsiones:	13
Vómitos:	13
Cefalea:	13
Signos y síntomas	13
Diagnóstico	14
Exploración física	14
Pruebas complementarias	15
Radiografía simple de cráneo	15
TAC craneal:	15
Tratamiento	15
1.1 JUSTIFICACIÓN	17
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	19

1.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.3	DATOS GENERALES	20
II.	METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	20
2.1	Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	20
	Historial clínico del paciente.....	20
2.2	Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	20
2.3	Exámenes físicos (exploración clínica).	21
	Valoración por patrones funcionales de salud.....	23
	VIRGINIA HENDERSON (14 NECESIDADES)	24
2.4	Información de exámenes complementarios	25
	Pruebas complementarias:	25
	Pruebas de laboratorio	25
2.5	Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	26
2.6	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizadas.	26
2.7	INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	30
2.8	SEGUIMIENTO.	31
2.9	OBSERVACIÓN	33
	CONCLUSION	34
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
	ANEXOS	38

TITULO DE CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 3 AÑOS
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A los docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo por sus conocimientos, sus enseñanzas, su paciencia en toda mi etapa de formación profesional, para capacitarme y ayudarme adquirir aptitudes que me permitirán desenvolverme en el ámbito laboral en las diferentes áreas.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

A mis hermanos por estar siempre presente, acompañándome y darme el apoyo moral, que me han brindado a lo largo de esta etapa de mi vida.

. WASHINGTON STEVEN CEPEDA CEVALLOS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme y darme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Además, a los docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo por brindarme sus conocimientos, sus enseñanzas, por tenerme paciencia en cada una de mis etapas de formación profesional capacitándome y ayudándome adquirir aptitudes que me permitieran desenvolverse en el ámbito laboral en las diferentes áreas.

Gracias a mis padres, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer mis expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradezco a mi tutora la Dra. Maritza Gallegos por haberme compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de este estudio de caso.

WASHINGTON STEVEN CEPEDA CEVALLOS

RESUMEN

Los traumatismos craneoencefálicos son motivos frecuentes de consultas en las unidades. La mayoría son traumatismos leves. Los traumatismos a su vez pueden causar lesiones graves y letales. Ya que las características anatómicas del niño lo hacen más propenso de sufrir una lesión intracraneal.

El presente trabajo da lugar a la elaboración de un estudio de caso clínico sobre traumatismo craneoencefálico en paciente de 3 años, siendo los niños uno de los principales afectados. Este caso se presenta en el Centro de Salud Materno Infantil Tipo "C" Venus de Valdivia en la Ciudad de Santa Elena, Parroquia La Libertad.

Se profundiza un marco teórico donde se investiga la información acerca del traumatismo craneocenfalico que nos relatan diferentes autores. El trauma craneocenfalico es y seguirá siendo un motivo frecuente en las consultas en los servicios de urgencias en pacientes pediátricos.

Por lo tanto, el presente caso clínico está enfocado en el análisis del traumatismo craneoencefálico, basado en la historia clínica del paciente, y en el seguimiento del personal de salud para su mejoría.

PALABRAS CLAVES: Traumatismo Craneoencefálico, Pediátricos, Urgencias, Historia clínica

ABSTRACT

Head injuries are frequent reasons for consultations in the units. Most are minor trauma. Trauma in turn can cause serious and fatal injuries. Since the anatomical characteristics of the child make him more prone to suffer an intracranial injury.

The present work leads to the development of a clinical case study on head trauma in a 3-year-old patient, children being one of the main affected. This case is presented at the Venus de Valdivia Type "C" Maternal and Child Health Center in the City of Santa Elena, La Libertad Parish.

A theoretical framework is deepened where the information about head trauma reported by different authors is investigated. Head trauma is and will continue to be a frequent reason for pediatric emergency department visits.

Therefore, the present clinical case is focused on the analysis of head trauma, based on the patient's medical history, and on the follow-up of health personnel for its improvement.

KEY WORDS: Head Trauma, Pediatric, Emergency, Medical history

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico es de un paciente pediátrico de sexo masculino de 3 años de edad, con diagnóstico médico de trauma craneoencefálico, en seguimiento de médicos especializados y pediatras, derivadas al servicio médico-enfermeras del hospital para la valoración de síntomas y signos; de acuerdo al proceso de atención de enfermería.

El traumatismo craneoencefálico es una lesión de las estructuras del cráneo que son producidas por fuerzas mecánicas. La influencia del Traumatismo Craneoencefálico es gran importante ya que constituye uno de los motivos frecuentes en las unidades ya que pueden ocasionar lesiones graves y letales. Se estima que, 1 de cada 10 niños sufriría un Traumatismo Craneoencefálico a lo largo de la infancia. (SILVA, 2014)

En los países más desarrollados, se calcula que es una de las primeras causa de muerte y discapacidad en niños mayores a 1 año, en niños menores de 1 año la mortalidad puede ser el doble que en el resto de edades.

Mediante el presente caso clínico se pretende explicar sobre el traumatismo craneoencefálico en el paciente de 3 años. Aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), cuáles son los cuidados de enfermería, poniendo en práctica la taxonomía de NANDA, NIC y NOC.

I. MARCO TEÓRICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Definición

Es una afectación del cerebro, provocado por un golpe externo que produce una disminución o disfunción de la conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo”. (VITASH, 2018)

También puede definirse como la lesión directa de las estructuras craneales, encefálicas o meníngeas que se presentan como consecuencia de un agente mecánico externo y puede originar un deterioro funcional del contenido craneal. (Cenetec, 2021)

El manejo médico actual de un TCE se enfoca en minimizar el daño secundario optimizando la perfusión y oxigenación cerebral y prevenir o tratar morbilidad no neurológica. Tiene un buen pronóstico si se usan medidas terapéuticas basadas en evidencias científicas. (Murillo, 2021)

Es un problema a nivel mundial, ocupando la primera causa de muerte y discapacidad permanente en niños. Las caídas accidentales ocupan el primer lugar en lactantes y preescolares. Se evalúa el contexto clínico y social del paciente para descartar si no es traumatismo no accidental y es maltrato infantil. (Morales, 2020)

EPIDEMIOLOGÍA

En el Ecuador, en los últimos años pasó a ser la novena causa de muerte a la cuarta causa, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (INEC, 2015)

Los Traumatismo Craneoencefálico son más frecuentes en los niños en cualquiera edad, más grave en menor edad.

En niños menores de 2 años, la causa más frecuente son las caídas accidentales por descuido o con el inicio de la deambulaci3n. En este rango de edad, es importante sospechar el maltrato como causa de Traumatismo Craneoencef3lico, principalmente con la presencia de lesiones que no concuerden con el mecanismo referido.

Se calcula que la mitad de los traumas craneoencef3licos graves en lactantes son secundarios a un da1o intencional. En ni1os mayores de 2 a1os, las causas de traumatismos craneoencef3licos graves son los accidentes de tr3fico y los atropellos, las caídas son la causa global m3s frecuente de traumatismos craneoencef3licos en este grupo de edad. (SILVA, 2014)

ETIOLOGÍA

Depende de la edad del ni1o, ya que 3sta determina los diferentes mecanismos del traumatismo, aunque en todos los grupos de edad predomina la caída accidental como mecanismo etiol3gico, siendo m3s frecuente, en todas las series, en los varones, alcanzando en algunas de ellas una relaci3n de 2:1, justificado principalmente por la diferencia de actividad l3dica. Asimismo es muy elevado el porcentaje de accidentes acaecidos en el propio domicilio, alcanzado en algunas series valores superiores al 50%. (Casas, 2008)

Primer a1o de vida (antes de iniciar la deambulaci3n): Caídas provocadas por la motilidad excesiva y por descuido en la vigilancia, asociada a las reacciones imprevisibles de ni1os de tan corta edad.

De los 12 a los 24 meses: Caídas desde peque1as alturas, incluyendo la suya propia. Se favorece por la deambulaci3n insegura propia del principiante.

Por encima de los 2 a1os: Caídas de mayor altura, accidentes urbanos (atropellos), en parques infantiles (tobog3n, etc.) y traumatismos escolares. Se favorecen por la hiperactividad fisiol3gica de 3sta etapa, el inicio del instinto de competitividad y la ausencia de sensaci3n de peligro (Casas, 2008).

Fisiopatología

El daño cerebral primario, provocado directamente por la fuerza mecánica, no se puede evitar. Pero el daño cerebral secundario, mediado por diversos factores, como el aumento de la presión intracraneal, sí es prevenible.

En tal sentido, las diferencias anatómicas y fisiológicas en el paciente pediátrico los hacen más vulnerables a una lesión craneoencefálica, en especial cuando menor es la edad del paciente, debido a que contienen una superficie craneal proporcionalmente mayor, la musculatura cervical relativamente débil, un plano ósea más fino y deformable.

Estos señalamientos son sustentados por afirmaciones similares, las cuales indican que; existen elementos que predisponen al paciente pediátrico al momento de sufrir lesiones por accidentes en los diferentes escenarios, factores que los hacen diferentes a los adultos y que son determinantes para el pronóstico de los mismos, por ejemplo el diámetro y el peso de la cabeza, la estatura, la gran cantidad de agua corporal total que hace más elásticos ligamentos importantes en la columna vertebral, la laxitud de los huesos largos, menor rigidez en la pared abdominal y la flexibilidad de las estructuras de protección en la cabeza de los pacientes. (Chele, 2021)

Manifestaciones clínicas

Pueden ir desde la ausencia de síntomas o signos exploratorios, que es lo más frecuente, hasta la aparición de síntomas.

Alteración del nivel de conciencia:

El tiempo de pérdida de conciencia es proporcional a la gravedad de la lesión, cuando es mayor a 1 minuto hay una gran probabilidad de lesión intracraneal, y si es mayor a 5 minutos este se muestra como factor de riesgo independiente. (SILVA, 2014)

Amnesia postraumática:

Un TCE que presente amnesia postraumática no debe considerarse como leve. (SILVA, 2014)

Convulsiones:

- **Crisis inmediatas:** Se producen en el instante y ocurren con atonía o hipertonía generalizada.
- **Crisis precoces:** Ocurren en la primera hora o a los 7 días.

El traumatismo puede manifestarse como cualquiera crisis y puede causar daño cerebral (hematomas intracraneales, contusión cerebral, trastornos vasculares. (SILVA, 2014)

- **Crisis tardías:** ocurren luego de la primera semana, son frecuentes al mes o al año. (SILVA, 2014)

Vómitos:

Es un síntoma frecuente, ocurre en un 11% de los TCE, en algunos casos son síntomas de hipertensión intracraneal cuando son muy repetitivos. (SILVA, 2014)

Cefalea:

Es muy difícil de valorar este síntoma en niños especialmente en los de corta edad (SILVA, 2014)

Signos y síntomas

La mayoría de los pacientes pierden el conocimiento, cuando la lesión es leve, algunos sólo sufren confusión o amnesia.

La Escala del Coma de Glasgow se utiliza para medir la gravedad del traumatismo craneoencefálico. (JAMES, 2019)

- De 13 a 15 leve
- De 9 a 12 moderado
- De 3 a 8 grave

Diagnóstico

- Evaluación rápida del traumatismo con valoración cefalocaudal
- Examen neurológico con puntuación y determinación de la Escala del Coma de Glasgow
- Radiografía de craneo
- Tomografía Axial Computarizada (JAMES, 2019)

Exploración física

Evaluación primaria: Evaluación ABCDE y estabilización del paciente, tiene como objetivo minimizar el daño cerebral secundario asegurando la oxigenación y perfusión cerebral.

- Valoración del nivel de consciencia.
- La escala de Coma de Glasgow (GCS)
- Las variaciones del nivel de consciencia son el mejor indicador para medir la intensidad del traumatismo y la función cerebral.
- En menores de 2 años se utilizará una escala modificada para la valoración del lenguaje
- . • Reactividad pupilar: valorar el tamaño, la reactividad pupilar y su posible asimetría.
- La presencia de anisocoria orienta a compresión del III par craneal, secundaria a herniación del uncus.
- La presencia de pupilas midriáticas arreactivas orienta a lesión a nivel del tronco cerebral. (Gonzalez, 2020)

Finalizada la evaluación primaria, y estabilizado el paciente, se inicia la evaluación secundaria, realizando una exploración física para observar cualquier anomalía o herida que se haya pasado por desapercibida y neurológica exhaustiva para descartar lesiones concretas, (SILVA, 2014)

Pruebas complementarias

La realización de pruebas complementarias en pacientes con TCE tiene como principal objetivo identificar, de forma rápida, lesiones que requieran una actuación médica y/o quirúrgica urgente, que permita disminuir la morbimortalidad. (SILVA, 2014)

Radiografía simple de cráneo:

- su utilidad está cuestionada, por lo que solo permite detectar fracturas, pero no lesiones intracraneales. (SILVA, 2014)

TAC craneal:

- es la prueba más utilizada, por su alta especificidad para detectar lesiones intracraneales postraumáticas. No se recomienda su uso rutinario ya que es una prueba que implica elevados niveles de radiación. (SILVA, 2014)

Tratamiento

- **Para las lesiones leves** el único tratamiento es hacer reposo y tomar analgésicos de venta libre para tratar el dolor de cabeza. Es posible que también deba asistir a citas de seguimiento. El médico indicará el momento adecuado para regresar al trabajo, la escuela o las actividades recreativas. El descanso relativo, que implica limitar las actividades físicas o mentales (cognitivas) que pueden empeorar las cosas, se recomienda para los primeros días o hasta que el médico indique que es seguro retomar las actividades cotidianas. (MAYO, 2021)
 - **Para las lesiones moderadas y graves**, se centra en garantizar que la persona cuente con un suministro suficiente de oxígeno y un suministro adecuado de sangre, mantener la presión

arterial y evitar cualquier lesión adicional en la cabeza o el cuello. Las personas que presentan lesiones graves pueden tener otras lesiones que deben abordarse. Los tratamientos adicionales se centrarán en minimizar el daño secundario causado por la inflamación, el sangrado o el suministro reducido de oxígeno al cerebro. (MAYO, 2021)

Después de la evaluación inicial se debe realizar y registrar los hallazgos neurológicos como la Escala de Coma de Glasgow y reacción pupilar, los signos vitales durante varias horas, los resultados de la Escala de Coma de Glasgow y la TC van a permitir clasificar la gravedad de la lesión y así saber el tratamiento. (JAMES, 2019)

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de crear un plan de cuidado, utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC, la finalidad del PAE es de brindarle las intervenciones necesarias a un paciente en base a un diagnóstico en específico para lograr su bienestar absoluto, las acciones de enfermería otorgadas en el siguiente PAE se realizaron en base a la prevención con el propósito de evitar desencadenar otras patologías, así como brindar la información adecuada, orientación y enseñanza para modificar conductas erróneas, en cuanto a la alimentación, actividad física, medidas de seguridad, riesgos en el trabajo o incluso en el hogar. Se propuso intervenir debido al aspecto general del paciente en una valoración tanto céfalo-caudal así como diversas preguntas realizadas, se valorara al paciente a través de los patrones funcionales para detectar cuáles son los patrones disfuncionales y a partir de allí planificar un plan de cuidado, estableciendo un diagnóstico enfermero, planificar intervenciones y verificar si estas se cumplen o no, es decir, si la salud del paciente está mejorando.

La enfermería realiza cuidados con el afán de brindar una atención integral y de calidad para mejorar el estado de salud del paciente, el proceso de atención en enfermería permite la estandarización y jerarquización de los cuidados que se realizan al paciente, gracias a su metodología y estandarización, permite coordinar acciones, valorar y evaluar el estado de salud así como relacionar las intervenciones aplicadas al estado del paciente y así, conocer si estas intervenciones lograron su objetivo previo.

El manejo del traumatismo craneoencefálico es un proceso que inicia desde la escena del accidente, se continúa en urgencias o el quirófano para posteriormente llevarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y finalmente en rehabilitación. Por la magnitud y la complejidad de esta afección, en especial cuando está relacionada a otra lesión traumática, es de suma importancia la atención multidisciplinaria. Por todo lo anterior es de vital importancia contar con una Guía de Práctica Clínica, con el objetivo de

disminuir la variabilidad en la atención, así como de proporcionarle al personal de enfermería una herramienta que facilite la toma de decisiones.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente con Trauma craneoencefálico

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un plan de cuidados para el paciente con trauma craneoencefálico para garantizar la calidad de atención.
- Evaluar las acciones de enfermería según los planes de cuidado aplicados.
- Identificar los patrones alterados para poder trabajar en ellos.

1.3 DATOS GENERALES

Identificación del paciente: NN

Edad: 3 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Nivel socioeconómico: Medio Bajo

Servicio: Emergencia

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Análisis del motivo de consulta

Paciente pediátrico de sexo masculino de 3 años 10 meses de edad, presenta cuadro clínico de aproximadamente 2 horas de evolución, caracterizado por caída desde una escalera más o menos de 2 metros de altura, ha realizado 4 vómitos alimentarios, no refiere automedicación paciente al momento se encuentra hipoactivo con puntaje en la escala de Glasgow de 15.

Historial clínico del paciente.

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: No refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente pediátrico de sexo masculino de 3 años de edad activo-reactivo, acompañado de un familiar que acude al área de emergencia por caída de 2 metros de altura, es atendido por el medico el cual ordena Radiografía y da como resultado Diagnostico Real Traumatismo

craneoencefálico. Se ordena hacer exámenes complementarios como Tomografía Axial Computarizada, se canaliza vía periférica para hidratación.

2.3 Exámenes físicos (exploración clínica).

EXAMEN FÍSICO

CABEZA

- Normocefalea, Estructura ósea con alteración, buena implantación de cabello en buen estado de higiene, presencia de dolor en parietal derecho.

Cabello:

- Bien implantado, libre de infección.
- Castaño oscuro
- Buena higiene

Cara:

- Simétrica
- Tés de color Mestiza
- sin evidencia de cicatrices ni lesiones dérmicas

Ojos:

- Simétricos ausencia de infección, pupilas isocóricas.
- Visión normal

Oídos:

- Orejas simétricas
- buen conducto auditivo externo
- libre de inflamaciones y secreciones

Nariz:

- Fosas nasales permeables
- Bien implantada ausencia de malformaciones,
- Buen estado de higiene

Boca:

- Piezas dentarias completa
- Movimiento de labios y lengua normal
- libre de malformaciones, mucosa deshidratada

Cuello:

- Simétrico
- Bien implantado, ausencia de nódulos y edemas
- No se palpan adenopatías expansibilidad conservada.

TORAX

- Simétrico
- No se observa tirajes ni lesiones
- Expansibilidad conservada.
- Sin malformación

Pulmones:

- A la auscultación no ruidos aéreos
- FR: 28x´

Cardiovascular:

- Ruidos cardiacos rítmicos
- PA: 90/60 mmHg
- FC: 109x´

ABDOMEN

- Sin presencia de dolor a la palpación
- No hay presencia de lesiones.
- Blando
- Sin distensión
- No hepatomegalias

EXTREMIDADES SUPERIORES:

- Simétricos
- No presencia cicatrices
- No presenta dolor a la palpación
- Buena implantación de uñas cortas en buen estado de higiene
- Dedos completos
- Vía periférica en el brazo derecho y permeable.

EXTREMIDADES INFERIORES:

- Simétricos
- No hay presencia de cicatrices
- Abundante presencia de vello en ambas piernas
- Dedos completos
- Buena implantación de uñas cortas en buen estado de higiene.

REGIÓN GLUTEOS

- Aparentemente sin problemas.

GENITALES

- Compatible con su sexo

Valoración por patrones funcionales de salud.

1. Patrón 1: Percepción de la Salud. Esquema de vacunación incompleta, hasta los 3 años cuenta con una consulta mensual para control y actualmente presenta trauma craneoencefálico

Patrón 2: Nutricional/Metabólica. No alterado

Patrón 3: Eliminación. Paciente refiere vómitos

Patrón 4: Actividad /Ejercicio: Paciente refiere no poder caminar ni jugar por su enfermedad

Patrón 5: Sueño/ Descanso. Tendencia al no poder dormir

Patrón 6: Cognitivo/Perceptivo. Paciente tiene buena comunicación con padres

Patrón 7: Autopercepción. No valorado.

Patrón 8: Rol /Relaciones. Tendencia a no relacionarse con personal de salud

Patrón 9: Sexualidad/Reproducción. No valorado

Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al Estrés. Tendencia a no adaptarse al ambiente del hospital

Patrón 11: Valores/Creencias. No valorado

VIRGINIA HENDERSON (14 NECESIDADES)

- ✓ **RESPIRAR NORMALMENTE:** Respira sin ningún problema o ayuda
- ✓ **ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN:** Se encuentra con Dieta Líquida y refiere tomar abundante agua
- ✓ **ELIMINACIÓN:** No presenta sonda y refiere emesis.
- ✓ **MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS:** Limitación de la movilidad por su proceso.
- ✓ **DORMIR Y DESCANSAR:** Refiere no poder dormir por lo que se encuentra en el hospital
- ✓ **VESTIRSE- DESVESTIRSE. TEMPERATURA CORPORAL.:** Manifestaciones de dependencia de la madre.
- ✓ **HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL:** Requiere de ayuda para la higiene.
- ✓ **EVITAR PELIGROS:** Riesgo de caídas. Riesgo de autolesión. Riesgo de infección. Dolor de alta intensidad, que precisa analgesia. Cumplen tratamiento farmacológico. Sentimientos de desconcierto, incertidumbre, angustia, miedo.
- ✓ **COMUNICARSE Y RELACIONARSE:** Buena comunicación con familiares
- ✓ **CREENCIAS Y VALORES:** Padres refieren ser católicos
- ✓ **PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:** Antes de su ingreso realizaba sus actividades con normalidad

Patrones Funcionales Alterados

Patrón Eliminación.

Patrón Actividad /Ejercicio

Patrón Sueño/ Descanso

Patrón Rol /Relaciones

Patrón Adaptación/Tolerancia Al Estrés

2.4 Información de exámenes complementarios

Pruebas complementarias:

Las pruebas complementarias en pacientes con TCE tiene como principal objetivo identificar, de forma rápida, lesiones que requieran una actuación médica y/o quirúrgica urgente, que permita disminuir la morbimortalidad.

Pruebas de laboratorio

HEMOGRAMA

GLOBULOS BLANCOS (WBC)	*11,48 10 ³ /μl	(5,00 – 10,00)
NEU %	*83,50 %	(40,00-75,00)
LYM %	*10,20%	(21,00-40,00)
MON %	5,50%	(3,00-7,00)
EO %	0,40%	(0,00-4,00)
BAS %	0,40%	(0,00-1,50)
RBC	4,92 10 ⁶ /μl	(4,00-5,50)
HGB	13,0C g/dl	(12,00-17,40)
HCT	39,0C %	(36,00-52,00)
MCV	81,2C fl	(76,00-96,00)
MCH	27,4C pg	(27,00-32,00)
MCHC	32,6C g/dl	(30,00-35,00)
RDWsd	46,4C fl	(46,00-59,00)
RDWcv	14,3C %	(0,00-16,00)
PLT	234,0C 10 ³ /μl	(150,00-400,00)
MPV	8,60 fl	(8,00-15,00)
PLCC	53,0C 10 ³ /μl	
PDWsd	15,2x fl	
PCT	0,13 %	
PDWcv	40,4C %	
PLCR	22,67 %	
BAS	0,05 10 ³ /μl	(0,00-0,15)
EO	0,05 10 ³ /μl	(0,00-0,50)
MON	0,63 10 ³ /μl	(0,15-0,70)
LYM	*1,17 10 ³ /μl	(1,30-4,00)
NEU	*9,59 10 ³ /μl	(2,00-7,50)

Se puede evidenciar que tiene elevados los glóbulos blancos, neutrófilos y linfocitos.

INMUNOHEMATOLOGIA

GRUPO SANGUÍNEO	O
FACTOR RH	POSITIVO

IMAGENOLOGIA

El paciente se realizó una radiografía de cráneo donde se pudo evidenciar una fractura en el temporal derecho.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Diagnóstico presuntivo:

Según las alteraciones que presenta el paciente en su llegada su diagnóstico presuntivo fue Traumatismo no especificado.

Diagnóstico diferencial:

Según los signos que presento el paciente se le realizó una valoración cefalocaudal donde se le diagnostico fractura del hueso de la cara

Diagnóstico definitivo:

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICO.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizadas.

Con la respectiva valoración clínica y por patrones funcionales de Marjory Gordon aplicado en el paciente pediátrico de sexo masculino de 3 años de edad, con Traumatismo Craneoencefálico, se refleja los patrones alterados en el mismo, los que en mi juicio enfermeros son los siguientes:

- Patrón Eliminación.
- Patrón Actividad /Ejercicio
- Patrón Sueño/ Descanso
- Patrón Rol /Relaciones
- Patrón Adaptación/Tolerancia Al Estrés

ACCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Control y registro de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura).
- Canalización de vía periférica, catéter calibre 22, registro fecha, hora, responsable y brazalete de identificación.
- Mantener vía intravenosa permeable
- Administración de medicamento según prescripción médica.
- Evaluar el nivel de conciencia cada 2 horas y saturación de oxígeno
- Colocar cama la cabecera elevada a 45°
- Realizar evolución de enfermería
- Estar en cuenta en coloración de piel
- Tener en cuenta las cefaleas cada cuanto ocurren
- Control de Balance Hídrico
- Evaluación de riesgo de caída
- Brindar confort y bienestar

NANDA: 00201
NOC: 0406
NIC: 2550

DX/C: Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo
CLASE: 4 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares
CÓDIGO: 00201

M
E
T
A
S

R/C: Lesión cerebral (Traumatismo),

E/P: Tendencia de sueño, vómitos, hipertermia, Pérdida de conocimiento, Cefalea intensa.

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: E Cardiopulmonar

Etiqueta: 0406 Perfusión Tisular: Cerebral

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: I Control Neurológico

Etiqueta: 2550 Mejora de la Perfusión Cerebral

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
040613 Presión Sanguínea sistólica			X		
040614 Presión Sanguínea diastólica			X		
040603 Cefaleas	X				
040609 Vómitos				X	
040616 Fiebre			X		
040605 Soplo Carotideo					X

ACTIVIDADES

1. Tomar signos vitales: presión, arterial, temperatura
2. Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro de ese rango
3. Monitorizar el estado neurológico
4. Administrar y ajustar la dosis de los fármacos vasoactivos, según la preinscripción, para mantener, los parámetros hemodinámicos
5. Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PO₂, pCO₂, PH y bicarbonato).
6. Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (0, 15 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.
7. Monitorizar las entradas y salidas

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 00132
NOC: 1605
NIC: 1400

DX/C: Dolor Agudo
DOMINIO: 12 Confort
CLASE: 1 Confort Fisico
CÓDIGO: 00132

M
E
T
A
S

R/C: Agente Lesivo Físico (Traumatismo),

E/P: Expresión facial del dolor

Dominio: IV Conocimiento y Conducta de Salud

Clase: Q Conducta de Salud

Etiqueta: 1605 Control de Dolor

Campo: Fisiológico Básico

Clase: E Fomento de la Comodidad Fisica

Etiqueta: 1400 Manejo del Dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
160502 Utilizar medidas de alivio no analgésicas			X		
160505 Utilizar analgesia de forma apropiada					X
Refier síntomas incontrolables al profesional			X		

ACTIVIDADES

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Explorar factores que alivien o empeoren el dolor.
4. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas que alivien el dolor.
5. Administrar analgésicos prescritos por el médico.
6. Evaluar las estrategias de medida de alivio del dolor
7. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Dando las circunstancias del paciente y de los exámenes realizados de hematocritos, hemoglobinas, plaquetas, leucocitos, electrocardiograma, radiografía y TAC Craneal, podemos observar un gran cambio en el paciente donde se utilizó 2 modelos de enfermería el de Dorothea Elizabeth Orem y el de Virginia Henderson.

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem se basa en el autocuidado que es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. A través del proceso de enfermería, esta teoría se basa para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería. (Navarro, 2010)

La teoría de Virginia Henderson está basada en las necesidades básicas humanas y donde la función de la enfermera es atender al sano o enfermo

Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la **Fuerza, Voluntad o Conocimientos**, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”). (Aray, 2018)

2.8 SEGUIMIENTO.

09/12/2020

Recibo paciente pediátrico de sexo masculino de 3 años 10 meses de edad, presenta cuadro clínico de aproximadamente 2 horas de evolución, caracterizado por caída desde una escalera más o menos de 2 metros de altura, ha realizado 4 vómitos alimentarios, no refiere automedicación paciente al momento se encuentra hipoactivo con puntaje en la escala de Glasgow de 15. Es atendido por el medico el cual ordena Radiografía y da como resultado Diagnostico Real Traumatismo craneoencefálico. Se ordena hacer exámenes complementarios como Tomografía Axial Computarizada, se canaliza vía periférica para hidratación, se pasa a sala de hospitalización se coloca la cabecera de la cama a 45°, se administra medicación prescrita por el médico y se brinda confort y bienestar.

10/12/2020

Paciente pediátrico consciente activo-reactivo, acompañado de un familiar se encuentra en sala afebril con vía periférica permeable, médico de guardia suspende medicación de metoclopramida, con signos vitales: PA: 90/65mmHg, T° 36.8°C, FC 97x', SO2 98%, FR 22x'.

11/12/2020

Se encuentra con solución hipertónica y con cloruro de sodio 0.9% a 10ml/h, presento cefalea y una febrícula, se administró medicamento prescrito por el médico.

12/12/2020

Paciente estable no ha presenta ninguna novedad con signos vitales: T° 36°C, SO2 99%, FR 23x', FC 87x', PA 90/60mmHG

13/12/2020

Paciente en mejora condiciones clínicas es decidido a alta médica se brinda educación a la madre sobre el cuidado en casa y administración de medicamento, se retira vía periférica.

2.9 OBSERVACIÓN

Desde su ingreso en el hospital la evolución del paciente fue favorable presentado solamente en los primeros días una cefalea moderada y una febrícula, fue mejorando con el tratamiento terapéutico indicado por el medico con respecto a lo esperado; se le indica a la madre sobre el consentimiento informado la misma que accede a firmar y autorizar todos los procedimientos, tratamientos a realizarse durante la estadía en la casa de salud.

- Se le canalizo vía periferia y se le administro antiemético, analgésicos y antipiréticos.
- Se le indico lo importante que es de llevar una alimentación y autocuidado en casa a la madre.
- Se brindó confort y cuidados de enfermería

CONCLUSION

Podemos concluir que uno de los motivos que se realizó este estudio de caso es por la alta incidencia de casos de traumatismo craneoencefálico infantil en el Ecuador, ya que se sitúa en la cuarta causa de muerte.

De este modo se pudo evidenciar que, mediante el proceso de atención de enfermería con las taxonomías NANDA, NIC y NOC, se obtuvo el diagnóstico enfermero, e identificando los patrones alterados, riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz.,

En conclusión, se aplicaron todos los cuidados e intervenciones de enfermería en el paciente con traumatismo craneocéfalo. Logrando su recuperación y evolución clínica favorable con cada uno de los cuidados individualizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aray. (29 de 10 de 2018). *Todo para Enfermería*. Obtenido de Todo para Enfermería: <https://sites.google.com/site/todoparaenfermeria/teorias-y-modelos-de-enfermeria>
- Arena, Luciano. (09 de Junio de 2012). *enfermeriatravesdel tiempo*. Obtenido de <http://enfermeriatravesdel tiempo.blogspot.com/2009/09/virginia-henderson.html>
- Casas. (2008). Traumatismo Craneoencefalico. *Traumatismo Craneoencefalico*, 108-109.
- Cenetec. (14 de 02 de 2021). *Wikipedia*. Obtenido de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Traumatismo_craneoencef%C3%A1lico
- Chele. (2021). Traumatismo Craneoencefalico. *Polo del conocimiento*, 635.
- FERNANDEZ. (10 de 04 de 2001). *ELSEVIER*. Obtenido de ELSEVIER: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-traumatismo-craneoencefalico-infancia-12003811>
- Gonzalez. (2020). Traumatismo Craneal. *SEUP*, 237.
- INEC. (18 de 03 de 2015). *INEC*. Obtenido de INEC: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-traumatismo-craneoencefalico-infancia-12003811>
- james. (12 de 12 de 2019). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>
- JAMES. (12 de 12 de 2019). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>
- Jose Antonio Carrasco Rojas, D. (2010). *Trauma Craneoencefalico*. Mexico: Alfil.

- Martín, C. H. (2015). EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. *bitstream*, 8.
- MAYO. (29 de 07 de 2021). *MAYO CLINIC*. Obtenido de MAYO CLINIC:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/diagnosis-treatment/drc-20378561>
- Morales. (13 de junio de 2020). Trauma craneoencefálico en Pediatría: La importancia del abordaje y categorización del paciente pediátrico. *REVISTA PEDIATRIA ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA*, Pediatría vol 52 Num 3. Obtenido de <https://revistapediatria.org/rp/article/view/121>
- Murillo. (14 de 02 de 2021). *Wikipedia*. Obtenido de Wikipedia:
https://es.wikipedia.org/wiki/Traumatismo_craneoencef%C3%A1lico
- Navarro. (19 de 06 de 2010). *Scielo*. Obtenido de Scielo:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Orem, D. E. (09 de Noviembre de 2017). La teoría Déficit de autocuidado. *Scielo*, 19. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Profe.Garcia. (13 de Julio de 2019). *neurorgs*. Obtenido de <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema8-traumatismos-craneoencefalicos-tce/>
- Silva. (2014). *Pediatría Integral*, 208-209.
- SILVA. (2014). *PEDIATRIA INTEGRAL*, 211.
- SILVA. (2014). *PEDIATRIA INTEGRAL*, 208.
- Silva. (2017-2018). *Pediatria Integral*, 208. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v17n6/1.pdf>
- VITASH. (20 de 05 de 2018). *NEURORHB*. Obtenido de NEURORHB:
<https://neurorhb.com/traumatismo-craneoencefalico/>

Wilberger, J. E. (2019). *msdmanuals*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>

ANEXOS



Figura 1: Tomografía Axial Computarizada (TAC) en la cual se puede observar el trauma en el cráneo en el parietal derecho.

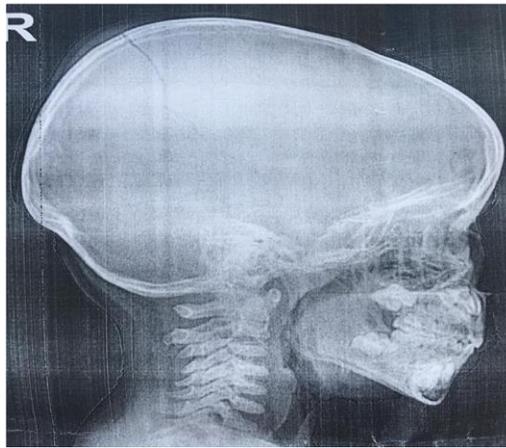


Figura 2: RX de CRANEO en forma lateral, donde se observar el trauma en el parietal derecho