



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADOLECENTE CON
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO**

AUTOR

NAYELHY LISETH MALDONADO TOMALO

TUTOR

LIC. ALBAN MENESES CONSUELO

BABAHOYO -LOS RIOS – ECUADOR

AÑO 2022

INDICE

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO.....	II
TEMA DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.V
SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
Traumatismo craneoencefalico	1
Epidemiología	1
Fisiopatología.....	2
Manifestaciones clínicas	3
Diagnóstico	4
Tratamiento	¡Error! Marcador no definido.5
1.1 JUSTIFICACIÓN	8
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
1.3 DATOS GENERALES	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	11
2. 3 Examen físico (exploración clínica)	12
2.4 Información de exámenes complementarios realizados....	¡Error! Marcador no definido.15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	15

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8 Seguimiento	22
2.9 Observaciones	¡Error! Marcador no definido. 24
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍAS	26
ANEXOS	28

DEDICATORIA

Dedico mi caso clínico primeramente a Dios, que hizo posible que cumpliera mis sueños más anhelados en culminar mi carrera con éxito.

A mis padres, por ser mi apoyo incondicional, ya que sin su ayuda no hubiera logrado llegar a cumplir unas de mis metas, llegar a ser una profesional de salud, todo este triunfo es de ellos. Gracias papitos por todo su amor incondicional.

A mis compañeras, mis confidentes, que día a día luchamos por salir adelante y lograr esta meta tan anhelada.

MALDONADO TOMALO NAYELHY LISETH

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Papito Dios, todo poderoso, por haberme ayudado en todo el trayecto de mi carrera profesional a ser siempre fuerte, ya que venir de un lugar a otro no fue nada fácil, pero con su ayuda logre cumplir mi meta.

Agradezco infinitamente el apoyo incondicional de mis padres, ya que sin ellos no hubiera logrado cumplir este sueño, gracias por sus consejos, por sus palabras de aliento, por nunca dejarme sola, gracias por tanto amor, este triunfo es de ustedes papitos.

A mi docente Tutora Lic. Consuelo Albán por brindarme sus conocimientos, por toda su paciencia en este proceso.

Y a todos mis docentes, que con mucho empeño y dedicación han hecho posible que mi estudio de caso clínico haya finalizado con éxito.

MALDONADO TOMALO NAYELHY LISETH

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTE CON
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO.**

RESUMEN

El traumatismo Craneoencefálico son alteraciones que provocan daño al cerebro que se generan por golpes contra objetos que muchos de los casos no alcanzan a romper la piel, esto provocará un déficit en la conciencia, mal funcionamiento cognitivo, perceptivo y de las actividades diarias como el hablar y caminar. (Charry et al., 2017)

La prevalencia del Traumatismo Craneoencefálico es de 200 por 100.000 habitantes, siendo así la causa más frecuente, los accidentes de tráfico con un (70%), seguidos de conductas violentas y/o caídas de alguna altura según la zona geográfica. (Charry et al., 2017)

El presente caso clínico está orientado en un adolescente de 12 años de edad que acudió al Hospital San Francisco de Quito por el área de emergencia, tras sufrir un accidente al caer de la terraza, la madre refiere que su hijo se golpeó la cabeza y lo encontró acostado con apariencia de desorientación, por lo que acude al hospital por emergencia, el paciente ingresa caminado y refiere dolor de cabeza y también mucho dolor en el miembro superior izquierdo, no presenta vómito, Glasgow 15/15 es ingresado para su respectiva valoración por el médico, y los cuidados respectivos del personal de enfermería.

El estudio de caso Clínico tiene como objetivo general: Aplicar el proceso de atención de enfermería mediante un diagnóstico enfermero en un paciente de 12 años de edad de sexo masculino que presenta trauma craneoencefálico en el área de Pediatría del Hospital General San Francisco de Quito.

PALABRAS CLAVES: Traumatismo craneoencefálico, Epidemiología, Manifestaciones clínicas, Proceso de atención de enfermería.

Abstract

Cranioencephalic traumatism are alterations that cause damage to the brain that are generated by blows against objects that many of the cases do not reach to break the skin, this will cause a deficit in consciousness, cognitive, perceptive malfunction and daily activities such as speaking and walk. (Charry et al., 2017)

The prevalence is 200 per 100,000 inhabitants, the most frequent cause being traffic accidents (70%) followed by violent behavior and/or falls from height depending on the geographical area. (Charry et al., 2017)

The present clinical case is focused on a 12-year-old adolescent who went to the San Francisco de Quito Hospital through the emergency area, after suffering an accident when falling from the terrace, the mother reports that her son hit his head and He was found lying down with an appearance of disorientation, so he went to the hospital for an emergency, the patient was admitted walking and reported a headache and also a lot of pain in the left upper limb, he did not vomit, Glasgow 15/15 he was admitted for his respective evaluation by the doctor, and the respective care of the nursing staff.

The clinical case study has as its general objective: Apply the nursing care process through a nursing diagnosis in a 12-year-old male patient with traumatic brain injury in the Pediatrics area of the San Francisco General Hospital in Quito.

KEY WORDS: Head injury, epidemiology, clinical manifestations, Nursing care process.

INTRODUCCION

Hasta el momento, el traumatismo craneoencefálico sigue siendo una razón frecuente de consultas en emergencias pediátricas. Se define como el daño que causa a la estructura de la parte de la cabeza causada por una fuerza externa de origen mecánico. (Gonzalez, 2020)

El traumatismo craneoencefálico es el principal responsable de muertes más frecuente en todo el mundo, con una incidencia de 579 por 100.000 personas-año, principalmente debido a caídas, accidentes de tráfico, género (más hombres que mujeres), edad o país. Causando además pérdidas por discapacidad a las personas menores de 45 años. (Herrera & Ariza, 2018)

Las personas que sufren traumatismos craneoencefálicos graves en Estados Unidos son alrededor del 25 a 33% terminando en muerte. Cerca de 5,3 millones de personas quedan incapacitados permanentes por las secuelas que genera el traumatismo craneoencefálico. (Gordon & Hopkins, 2021)

En Ecuador no existen datos de estudios epidemiológicos sobre trauma craneoencefálico, solo mortalidad reportada por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) que indicó que en el año 2014 ocurrieron 5768 muertes causadas por trauma grave. (Ortiz et al, 2018)

El propósito de este caso clínico es explicar que un niño de 12 años sufre una lesión cerebral traumática tras sufrir una caída de la terraza es ingresado por el área de emergencia para su valoración y respectivamente el doctor de turno ordena el ingreso del adolescente al área de emergencia pediátrica para su respectivo cuidado por el personal de enfermería, se aplica el Procedimiento de Atención (PAE), se realiza la clasificación NANDA, NIC y NOC.

I.MARCO TEORICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Según (Moscote,L) refiere que el neurotrauma es sinónimo de traumatismo craneoencefálico, lesión que afecta a la bóveda craneana y las estructuras que contiene, donde se altere la mecánica intracraneana y del organismo, producida ya sea por mecanismo de inercia o de contacto.(pag.2)

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es la causa más frecuente de ingresos a los servicios de urgencias pediátricas (SUP). Definido como el daño que se ocasiona a la estructura de la cabeza que es causada por fuerzas externas de fuentes mecánicas. (González, 2020, pág. 234)

Las causas del TCE son muy variable. La mayor parte de los TCE estudiados y tratados en SUP son leves, pero en ocasiones llevan a traumatismos intracraneales (LIC) con alto índice de mortalidad y morbilidad, y en algunos casos con secuelas a largo plazo. (González, 2020, pág. 234)

EPIDEMIOLOGÍA

El TCE es responsable de la mayoría de las muertes relacionadas con lesiones en todo el mundo, con 579 muertes por cada 100.000 años-persona debido a caídas y/o accidentes de tráfico posiblemente relacionados (en su mayoría hombres) país (en los países desarrollados). Principal causante de discapacidad entre las personas menores de 45 años. (Herrera et al., 2018)

La prevalencia de TCE en América Latina sigue siendo alta debido a traumatismos por accidentes de tránsito y violencia, siendo los motociclistas y peatones los participantes más importantes, seguidos de los países con las tasas más altas de violencia debido a conflictos y violencia. Varios tipos de violencia, como

la violencia doméstica y la violencia contra los niños, son el caso de Colombia, Brasil, Venezuela, México y El Salvador. (Herrera et al., 2018)

La escala de coma de Glasgow es una escala ampliamente utilizada para determinar el pronóstico de una lesión cerebral traumática: de 3 a 8 para una lesión cerebral traumática grave, de 9 a 12 para una lesión cerebral traumática moderada y de 13 a 15 para una lesión cerebral traumática leve, años posteriores de impacto cognitivo, social o físico incluso en el primer año después de la lesión. Sus signos y síntomas varían en gravedad y pueden ir desde la pérdida del conocimiento en segundos hasta convulsiones, coma e incluso la muerte. (Herrera et al., 2018)

FISIOPATOLOGIA

El daño cerebral primario originado por la fuerza mecánica directa es inevitable. Sin embargo, el daño cerebral secundario mediado por diferentes factores como el aumento de la presión intracraneal, puede prevenirse. (Charry et al., 2017)

Lesión primaria. Es el daño directo ocasionado generalmente por el impacto del trauma, pero generalmente es más ocasionado por mecanismos de aceleración-desaceleración. Cuando el mecanismo y la energía son transferidos, ocasiona contusión celular, desgarramiento y retracción axonal y alteraciones vasculares. Depende del tamaño, la dirección y el lugar donde se aplica la fuerza. Las lesiones focales como la contusión cerebral, que son dirigidas al cerebro y lesiones difusas, tal como la lesión axonal difusa, en relación con fuerzas de estiramiento, cizallamiento y rotación. (Charry et al., 2017)

Lesión secundaria. Su presencia se produce a través de una variedad de procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios e incluso vasculares desencadenados por una lesión, provocando un flujo de salida que aumenta la liberación de aminoácidos excitadores (glutamato) y activa los receptores MNDA/AMPA, alterando así la permeabilidad de la membrana (aumentando el flujo de agua). , liberando potasio al exterior e introduciendo grandes cantidades de calcio

en la célula), estimulando la producción de proteasa, lipasa y endonucleasa, induciendo la muerte celular inmediata por necrosis o apoptosis. (Charry et al., 2017)

Lesión terciaria.

Esta es una manifestación tardía de lesión progresiva o no progresiva causada por lesiones primarias y secundarias con necrosis, apoptosis (muerte celular apoptótica), que produce eventos neurodegenerativos y tumores cerebrales entre otros. (Guzmán, 2008)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Por lo general, la mayoría de los pacientes con una lesión en la cabeza pierden el conocimiento por un breve período de tiempo. Después de eso, los síntomas varían según el tipo de lesión. (Silva y García, 2014)

- Cuando el traumatismo craneoencefálico es leve, los siguientes síntomas presentan:

Dolor de cabeza

Visión borrosa

Confusión o pérdida de memoria

Cambios de comportamiento

- Por otro lado, el traumatismo craneoencefálico de moderado a severo puede producir otro tipo de síntomas como:

Náuseas y vómitos

Debilidad en brazos y piernas

Dificultad para razonar

Dificultad para hablar correctamente

DIAGNOSTICO

La atención inicial de cualquier lesión cerebral traumática dependerá del riesgo de traumatismo intracraneal, según lo determinado por la historia clínica, el examen y, en algunos casos, las pruebas de imágenes. (Silva y Garcia, 2014)

- **HISTORIA CLINICA:**

Para iniciar un diagnóstico correcto del TCE es imprescindible iniciar una buena historia clínica en la que se recogerán al menos los siguientes datos:

- Edad: Los niños menores de 1 año corren mayor riesgo.
- Mecanismo de lesión: caída de altura, accidente de tráfico, colisión frontal... Esto permite sospechar el tipo de lesión que ha podido sufrir el paciente y determinar si el mecanismo causal es de alta o baja energía.
- Síntomas asociados: De todos los síntomas mencionados en el apartado anterior, la pérdida de conciencia y su duración son los más importantes.
- Ubicación de la lesión y tiempo transcurrido.
- Un historial médico inconsistente levantaría la sospecha de que la lesión se debió al abuso. (Silva y García, 2014)

- **Exploración física**

El examen físico debe comenzar con ABCDE como parte de la evaluación inicial para descartar la presencia o ausencia de una afección potencialmente mortal. (Silva y García, 2014)

- A: Control del cuello uterino y revisión de las vías respiratorias.
- B: Control de ventilación, medición de frecuencia y patrón respiratorio, saturación de oxígeno.

- C: Evaluar la circulación mediante la medición del pulso (intensidad, frecuencia cardíaca y ritmo), medición de la presión arterial, llenado capilar para evaluar el estado de perfusión y controlar el sangrado (si lo hubiera).
- D: examen neurológico básico que incluye evaluación pupilar y escala de coma de Glasgow.
- E: Exposición a pruebas físicas y ambientales. (Silva y García, 2014)

- **Exámenes adicionales**

La tomografía computarizada (TAC) es el método de detección de elección para el traumatismo craneoencefálico (TBI). Sus indicaciones están determinadas principalmente por el riesgo de complicaciones del paciente y la probabilidad de desarrollar cambios intracraneales. (Silva y Garcia, 2014)

- **Bajo riesgo:** Estos pacientes no presentan síntomas ni dolor de cabeza ni mareos. En este grupo de pacientes, no se recomienda la TC de cabeza.

- **Riesgo moderado:** incluye a pacientes con pérdida o disminución de la conciencia, cefalea progresiva, vómitos y convulsiones traumáticas. Los síntomas sugieren una fractura de la base del cráneo o del cráneo, trauma facial múltiple o severo, intoxicación por alcohol o drogas, o tener menos de dos años de edad.

- **Alto riesgo:** En este grupo se incluyen pacientes con bajo nivel de conciencia que no puede ser de otra manera, pacientes con síntomas neurológicos focales, traumatismo craneoencefálico penetrante o fracturas depresivas. (Silva y Garcia, 2014)

TRATAMIENTO

El tratamiento se da dependiendo de la severidad de la lesión. A menudo, el único tratamiento para una lesión cerebral traumática leve es descansar y un analgésico de venta libre para tratar el dolor de cabeza. Sin embargo, las personas con lesiones cerebrales traumáticas leves a menudo requieren una estrecha vigilancia en el hogar para detectar cualquier síntoma continuo, nuevo o que

empeore. También es posible que deba ver a su médico para un chequeo. Su médico determinará el momento apropiado para regresar al trabajo, la escuela o las actividades recreativas. (González, M.2020)

Generalmente se recomienda durante los primeros días o hasta que su médico determine que puede ser seguro reanudar las operaciones normales un reposo relativo, incluyendo la limitación de la actividad física o mental (cognitiva) que puede empeorar si no existe el debido cuidado, si la lesión es grave se recomienda un reposo absoluto por lo que no se recomienda actividad física y mental. La gran parte de las personas retornan lentamente a su vida diaria normal. (González, M.2020)

Medicamentos

Los medicamentos para reducir el daño cerebral secundario al cerebro inmediatamente después de una lesión pueden incluir:

- **Medicamentos anticonvulsivos.** Las personas que han sufrido una lesión cerebral traumática de moderada a grave corren el riesgo de tener convulsiones durante la primera semana luego de la lesión. Se pueden tomar medicamentos anticonvulsivos durante la primera semana para prevenir daño cerebral adicional que pueda causar convulsiones. La terapia anticonvulsiva monitoreada se usa solo durante las convulsiones. (González, M.2020)
- **Medicamentos para inducir el coma.** A veces los médicos usan medicamentos para poner a las personas en un coma temporario debido a que el cerebro en estado de coma necesita menos oxígeno para funcionar. Esto es especialmente útil si los vasos sanguíneos, comprimidos por la mayor presión en el cerebro, no pueden suministrar la cantidad usual de nutrientes y oxígeno a las neuronas cerebrales. (González, M.2020)
- **Diuréticos.** Estos medicamentos disminuyen la cantidad de líquido en los tejidos y aumentan la cantidad de orina. Los diuréticos intravenosos

administrados a personas con lesión cerebral traumática pueden ayudar a reducir la presión en el cerebro. (González, M.2020).

Cirugía

Según González, M. (2020), menciona que es posible que se necesite una cirugía de emergencia para minimizar cualquier daño adicional al tejido cerebral. La cirugía se puede usar para tratar los siguientes problemas:

Extracción de un coágulo de sangre (hematoma). El sangrado dentro o fuera del cerebro puede causar un coágulo de sangre (hematoma), lo que ejerce más presión sobre el cerebro y daña el tejido cerebral.

Reparación de fracturas de cráneo. Es posible que se necesite cirugía para reparar una fractura grave de cráneo o para extirpar partes del cráneo del cerebro.

Hemorragia cerebral. Es posible que necesite una cirugía para detener el sangrado en el cerebro debido a una lesión en la cabeza.

Realizar una abertura del cráneo. La cirugía se puede usar para aliviar la presión en el cráneo drenando el líquido cefalorraquídeo acumulado o creando un orificio en el cráneo para dejar más espacio para el tejido inflamado. (González, M.2020).

Rehabilitación

Muchas personas con lesiones cerebrales graves necesitarán rehabilitación. Es posible que necesiten volver a aprender habilidades básicas como caminar o hablar. El objetivo es mejorar las habilidades en las actividades cotidianas. El tratamiento generalmente comienza en un hospital y continúa en una unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados, un centro de tratamiento para pacientes hospitalizados o una clínica para pacientes ambulatorios. El tipo y la duración de la recuperación varían de una persona a otra, según la gravedad del daño cerebral y la parte del cerebro dañada. (González, M.2020)

1.1 JUSTIFICACION

El trauma craneoencefálico (TCE) se define como una patología médico quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática 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. (Charry et al., 2017)

La tasa de mortalidad por lesiones a nivel mundial es de 19 por 100.000 habitantes, en América Latina es de 75,5 por 100.000 habitantes y en Colombia es de 125 por 100.000 habitantes, la edad de mayor riesgo es entre los 15 y los 30 años, por lo que se considera un problema de salud pública, tráfico (70%), siendo la causa más frecuente los accidentes, seguida de violencia o caídas. (Charry et al., 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2009 en nuestro país, Ecuador presentaba una mortal tasa de lesiones de 16,9 por 100.000 heridos, la mayoría de los cuales eran traumatismos craneoencefálicos severos. En 2015, los traumatismos craneoencefálicos leves en Ecuador pasaron de la novena causa de muerte a la cuarta causa de muerte en los últimos años, según datos difundidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El presente caso de estudio tiene como finalidad aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 12 años de edad con traumatismo craneoencefálico, con el objetivo de preservar la salud de la paciente, se aplicará las fases del proceso de atención de enfermería que será de total relevancia para satisfacer la necesidad de dependencia y apoyo emocional que el ser humano necesita.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de Atención de Enfermería a un paciente adolescente con Traumatismo craneoencefálico.

1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Valorar el estado del paciente, mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon y el diagnostico por medio de la metodología del NANDA al paciente con trauma craneoencefálico.
- Planificar los cuidados de acuerdo a la metodología NOC y NIC para su respectiva ejecución.
- Evaluar los resultados en el paciente con traumatismo craneoencefálico.

1.3 DATOS GENERALES

- DATOS PERSONALES

- ✓ **Número de Historia:** 569675
- ✓ **Numero de cedula:** xxxxxxxxxxx
- ✓ **Apellido:** xxxxxxxx xxxxxxxxxxx
- ✓ **Nombre:** xxxxxxxx xxxxxxxxxxx
- ✓ **Nivel de estudio:** Secundaria
- ✓ **Edad:** 12años
- ✓ **Peso:** 42,3 kg
- ✓ **Talla:** 140cm
- ✓ **Sexo:** Masculino
- ✓ **Etnia:** Mestiza
- ✓ **Fecha de Nacimiento:** 2009/03/04
- ✓ **Estado Civil:** Soltero
- ✓ **Nacionalidad:** ecuatoriana.
- ✓ **Teléfono:** xxxxxxxxxxx
- ✓ **Lugar de Nacimiento:** Quito
- ✓ **Dirección:** Cotocollao

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de 12 años de edad de sexo masculino que acude al hospital San Francisco de Quito acompañado de su madre, la misma que el paciente sufre caída

desde la terraza (aproximadamente 2.5 metros), encuentra al paciente en decúbito supino y en estado confusional, sin aparente pérdida de la conciencia, ni vómito, pero presenta cefalea moderada y dolor en el miembro superior izquierdo, por lo que acude al Hospital para su respectiva valoración, el Dr. de turno solicita su ingreso, junto con sus exámenes respectivos para determinar su diagnóstico y los cuidados de enfermería.

Historial clínico del paciente.

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: Abuelo Paterno con Hipertensión Arterial

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

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

Paciente de 12 años de edad, que al momento de ingresar al área de emergencia llega consciente, orientado en tiempo y espacio, afebril, frecuencia cardíaca de 100 x¹, presión arterial en parámetros normales. Paciente refiere que le duele la cabeza y el dolor en el brazo izquierdo, no presenta vómitos. Mediante exploración física y valoración del estado de conciencia basada en la escala de Glasgow nos dio como resultado, 15/15. se lo ingresa con cuidados menores, pasándolo a sala de pediatría para su hospitalización.

SIGNOS VITALES

- ✓ T°= 36,10°C
- ✓ PULSO: 110L/M
- ✓ FRECUENCIA RESPIRATORIA: 16R/M
- ✓ PRESION ARTERIAL: 104/50 mmHg
- ✓ PESO: 42.30 KG

- ✓ **Talla:** 140 cm
- ✓ **SATURACION DE OXIGENO:** 97%

2.3 Exámenes físicos (Exploración Clínica)

Cabeza: Hematoma pequeño y escoriación en región temporal parietal de lado izquierdo.

Ojos: Pupilas isocóricas, normoreactivas de 3mm

Nariz: No presenta alteración, permeables.

Boca: Mucosas orales húmedas, presencia de ortodoncia.

Orofaringe: Eritematosa, no congestiva, amígdalas no hipertróficas, no goteo.

Oídos: No presenta alteración ni salida de secreción bilateral

Extremidades Superiores: Cicatriz de la vacuna BCG en el deltoides en el miembro superior derecho. Dolor y limitación funcional en hombro izquierdo.

Cuello: Movilidad conservada, no adenopatía, no rigidez.

Tórax: Simétricos, no signos de dificultad respiratoria.

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Pulmones: Buena entrada de aire bilateral, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación

Región Genital: Genitales externos masculinos, testículos en escroto prepucio retráctil.

Extremidades Inferiores: Simétricas, No edematizadas y sin alteraciones

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (MARJORIE GORDON)

DOMINIO 1.

Percepción - Manejo de la salud: Paciente hospitalizado por haber sido víctima de un accidente tras la caída de la terraza, lo cual se le diagnosticó traumatismo craneoencefálico. Cumple con esquema de vacuna BCG.

DOMINIO 2.

Nutrición: Paciente con un peso de 42.3Kg con una estatura de 140 cm IMC (21,6), se encuentra con un peso normal. Madre refiere 6 comidas al día.

DOMINIO 3.

Eliminación e Intercambio: Madre refiere que el paciente realiza 4 micciones diarias y 2 deposiciones.

DOMINIO 4.

Actividad – Reposo: Patrón funcional inestable, signos vitales dentro de los parámetros normales al momento de ingreso al área de emergencia, no puede realizar actividades físicas al momento debido a la caída que sufrió.

DOMINIO 5.

Cognitivo – Perceptivo: Paciente obtuvo un valor de 15/15 dentro de la escala de coma de Glasgow, Sin problemas, capta la información realiza a sus necesidades, es sensible al dolor.

DOMINIO 6.

Autopercepción: Paciente recuperándose, correctamente mediante los cuidados de enfermería y tratamiento.

DOMINIO 7.

Rol – Relaciones: Soltero, Madre refiere buena relación entre sus familiares y amigos que esperan su recuperación.

DOMINIO 8.

Sexualidad – Reproducción: No procede.

DOMINIO 9.

Afrontamiento / tolerancia al estrés: Paciente se encuentra tranquilo, aunque con dolor frente a la hospitalización.

DOMINIO 10.

Principios Vitales: Familiar refiere que pertenece a la religión católica.

DOMINIO 11.

Seguridad – Protección: Paciente estable, consciente, en compañía de su madre.

DOMINIO 12.

Confort: Madre refiere que su hijo presenta mucho dolor de cabeza y del brazo izquierdo.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- 1.- Percepción - Manejo de la salud
- 4.- Actividad – Reposo
- 12.- Confort

Patrón	Alterado	No Alterado	Observaciones
1 Percepción/ Manejo de Salud	X		Hospitalización tras haber caído de la terraza
2 Nutrición		X	
3 Eliminación e intercambio			
4 Actividad/ Reposo	X		No puede realizar actividades físicas al momento debido a la caída que sufrió.
5 Percepción/ cognición		X	
6 Autopercepción		X	
7 Rol/ relaciones		X	
8 Sexualidad		X	
9 Afrontamiento y tolerancia al estrés		X	
10 Principios vitales		X	
11 Seguridad/ protección		X	
12 Confort	X		Madre refiere que

su hijo presenta
mucho dolor de
cabeza

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA	RESULTADO	VALORES NORMALES
Leucocitos	9.3	4- 10

Neutrófilos	71%	40 – 85%
Linfocitos	22%	18 – 45%
Plaquetas	P260	100 – 300
Hcto	36.5	37 – 45%
HEMOGLOBINA(Hb)	11.3	11 – 16g/dL
Urea	20	15 – 36%
Creatinina	0.37	0,6 - 1 mg/dL
Proteínas	6.6 3.5	7mg/dL
Glucosa	105 90	160mg/dL

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: Nayelhy Maldonado

Imagenología:

En la radiografía realizada al paciente se pudo evidenciar una fractura en el temporal izquierdo.

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 definitivo:** TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICO.
- **Etiqueta Diagnostica Enfermero:**

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

Conductas que determinan el origen del problema

El problema del trauma craneoencefálico se origina cuando el paciente sufre la caída de 2,5 metros de alto de la terraza de casa, causando cefalea, desorientación en su momento, y dolor localizado en el miembro superior izquierdo.

Procedimientos a Realizar

Luego de la valoración clínica, el medico solicita su ingreso y exámenes complementarios para su diagnóstico definitivo, el mismo que es confirmado como

Traumatismo craneoencefálico, así mismo se realiza la oportuna intervención de enfermería que contribuyan a la pronta recuperación del paciente:

- Control y registro de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura), mas la escala de Glasgow cada 4 horas.
- 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: Paracetamol 630 mg IV cada 6 horas, Ketorolaco 20 mg IV PRN (Por razones necesarias).
- Evaluar el nivel de conciencia cada 2 horas y saturación de oxígeno.
- Posición de semifowler
- Realizar evolución de enfermería
- Evaluación de riesgo de caída
- Brindar confort y bienestar.

NANDA: Dominio 12 Confort
 NOC: Nivel de Dolor (2102)
 NIC: 1400 Manejo del Dolor

M
E

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

Dominio 12: Confort. Clase 1: Confort Físico
Etiqueta: 000132 Dolor Agudo

R/C: Trauma de temporal izquierdo

Dominio: V Salud percibida

Clase: 2 Sintomatología

Etiqueta: Nivel de Dolor (2102)

Campo: 1 Fisiología-Básico

Clase: E Fomento de la comodidad física.

Etiqueta: 1400 Manejo del Dolor

E/P: Cefalea, y dolor del miembro superior izquierdo

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido			x		
Irritabilidad			x		
Tensión muscular			x		
Muecas de dolor				x	
Nauseas					x
Perdida del apetito					x

- ACTIVIDADES**
- 1.- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor
 - 2.- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - 3.- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuado que faciliten el alivio del dolor.
 - 4.- Proporcionar a la persona un alivio del dolor optimo mediante analgésicos prescritos.
 - 5.- Integrar a la familia en la modalidad de alivio de dolor



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Dominio 4: Actividad/Reposo
Clase 2: Actividad/Ejercicio
Etiqueta: 00085 Deterioro de la movilidad Fisca

NANDA: Dominio 4 Actividad/Reposo
 NOC: Marcha 0222
 NIC: 0910 Inmovilización

Deterioro de la movilidad física (00085)

Dominio 4: ~~PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA~~
 Actividad/Reposo

R/C: Trauma por accidente de 2,5 metros de altura

E/P: Hematoma y dolor del miembro superior izquierdo

Dominio: 1 Salud Funcional

Clase: C Movilidad

Etiqueta: 0222 Marcha

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Mantenimiento del equilibrio					x
Movimiento muscular		x			
Movimiento articular			x		
Correr				x	
Se mueve con facilidad				x	

Campo: 1 Fisiológico Básico
Etiqueta: 0222 Marcha

Clase: C Control de movilidad

Campo: 1 Fisiológico Básico
Etiqueta: 0910 Inmovilización

INDICADORES ACTIVIDADES

	1	2	3	4	5
Mantenimiento del equilibrio					x
Movimiento muscular		x			
Movimiento articular			x		
Correr				x	
Se mueve con facilidad				x	

- 1.- Monitorizar la circulación (pulso, sensibilidad) en la parte corporal lesionada
- 2.- Monitorizar la movilidad en la zona distal a la lesión.
- 3.- Minimizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte corporal lesionada.
- 4.- Enseñar al paciente o a la familia a cuidar la férula.

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

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

En el presente caso clínico, se empleó en lo que corresponde a la teorizante de Virginia Henderson mencionando 14 necesidades que están afectadas en la paciente, lo que además nos menciona el modelo de Virginia Herdenson que el profesional de enfermería es la ayuda o suplencia desde el principio de la vida hasta el final, es aquel que conoce las necesidades y dificultades de los familiares frente a un familiar delicado de salud, es aquel que va hacer lo posible para poder restaurar la salud, prevenir y dar un fallecimiento digno.

1. Respirar normalmente: Paciente no presenta complicaciones para respirar.

2. Alimentarse e hidratarse: Paciente presenta un poco de limitación al comer debido a que no puede el brazo izquierdo desfavoreciendo la movilidad completa.

3. Eliminar por todas las Vías Corporales: Deposiciones normales, micciones de características normales.

4. Moverse y Mantener Posturas Adecuadas: La paciente refiere dolor en el miembro superior izquierdo, por lo que es limitado su movimiento corporal.

5. Dormir y Descansar: Paciente descansa tranquilamente en compañía de su madre.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Se mantiene con ropa ligera, familiar ayuda en el cambio de vestimenta.

7. Mantener la temperatura corporal: Ingresa con temperatura estable no es necesario medios físicos y ni administración de medicamentos.

8. Mantener la Higiene y la Integridad de la piel: Piel hidratada, no existe desaseo, cabello corto y uñas cortas.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas: Convive con su familia, padres y hermanos.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores: Buena relación de comunicación con su madre y personal de enfermería.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: Familia Católica, Creyente en Dios.

12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal: Ocupación del paciente es estudiar por el momento.

13. Participar en actividades recreativas: Paciente refiere que le gusta mucho salir a manejar bicicleta junto con su hermano.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: Estudiante con gran destaque académico.

2.8 SEGUIMIENTO

13/12/2020

Recibo paciente pediátrico de sexo masculino de 12 años de edad que presenta cuadro clínico, caracterizado por caída desde la terraza de su casa aproximadamente de 2,5 metros de altura, sin presencia de vómitos, refiere cefalea y dolor en el hombro izquierdo e inmovilización, no refiere automedicación, paciente presenta un puntaje en la escala de Glasgow de 15/15 tras su valoración. Se canaliza vía periférica para hidratación y la administración de medicamentos prescrita por el médico y se brinda confort y bienestar.

Paracetamol 630 mg IV cada 6 horas

Ketorolaco 20 mg IV PRN (Por razones necesarias).

Es atendido por el medico el cual ordena Radiografía y da como resultado Diagnostico Real Traumatismo craneoencefálico.

15/12/2020

Paciente pediátrico consciente activo-reactivo, acompañado de un familiar se encuentra en sala afebril con vía periférica permeable, con signos vitales: PA: 110/70mmHg, T° 36.8°C, FC 75x', SO2 98%, FR 18x', Madre refiere que el dolor de cabeza le va pasando a su hijo, refiere que toda la parte del hombro con el brazo se encuentra inmovilizado por lo que se trata de Minimizar el movimiento del paciente de la parte corporal lesionada. Se inmoviliza el brazo colocando el yeso bajo los procedimientos de enfermería. Se continua con la medicación prescrita por el médico. Sin presentar ninguna novedad de gravedad.

16/12/2020

Paciente pediátrico orientado en las 3 esferas, acompañado de su madre, signos vitales estables, escala de Glasgow 15/15, se encuentra con solución cloruro de sodio 0.9% a 10ml/h, presencia de cefalea leve y leve dolor en el brazo izquierdo,

se le recomienda un descanso adecuado que faciliten el alivio del dolor se administró medicamento prescrito por el médico.

18/12/2020

Paciente pediátrico, acompañado en todo momento de su madre, permanece estable, no ha presenta ninguna novedad con signos vitales: T° 36°C, SO2 99%, FR 18x', FC 75x', PA 114/60mmHG, se encuentra estable, tranquilo, niega dolor, afebril. Medico ordena la suspensión de medicamentos prescritos, da la orden de alta para el día siguiente.

19/12/2020

Paciente pediátrico, acompañado de su madre, se encuentra en mejora condiciones clínicas, parámetros normales estables, Glasgow 15/15, sin novedades presente, es decidido a alta médica, se retira vía periférica, se brinda educación a la madre sobre el cuidado que debe tener con su hijo en casa.

2.9 OBSERVACIONES

A partir de su ingreso en el hospital la evolución del paciente fue favorable presentado solamente en los primeros días una cefalea moderada y el dolor del miembro superior izquierdo debido al accidente que sufrió. Se logro mantener un estado hemodinámico, estable gracias a la administración de medicamentos, igual al volumen de líquidos intravenosos. se consiguió calmar su dolor mediante la administración de analgésicos, 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.

CONCLUSIONES

Se aplicó el proceso de atención de enfermería a paciente adolescente de 12 años de edad con traumatismo craneoencefálico que sufrió un accidente doméstico, fue de gran ayuda la entrevista del familiar ya que brindó información importante para su respectiva valoración, así como las manifestaciones clínicas y la tomografía que sirvió para el respectivo diagnóstico. Además, se analizó la aplicación de las funciones de enfermería correctas para el cuidado del paciente con bases del nanda, nic, y noc y así lograr los procedimientos y procesos clínicos con interacción de los protocolos de atención, evitando complicaciones durante la hospitalización.

Se evaluó los resultados adquiridos, reflejados en la atención del paciente que presentó mejoría temprana debido al alivio del dolor gracias a las indicaciones médicas y al cuidado del personal de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Charry, J., Cáceres, J., Salazar, A., López, L., Solano, J.(2017). Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Recuperado el 15 de Marzo del 2020 en:

http://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43_n2_2017/charry_p177_v43n2_2017.pdf

Gonzalez, M. (2020). *Traumatismo craneoencefalico*. Obtenido de Traumatismo craneal - Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_traumatismo_craneal.pdf

Herrera, M., & Ariza, A. (14 de Julio de 2018). *Epidemiología del trauma craneoencefálico*. Obtenido de http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/540/html_166

Gordon, M., & Hopkins, J. (junio de 2021). *Introducción a los traumatismos craneales*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/traumatismos-craneales/introducci%C3%B3n-a-los-traumatismos-craneales>

Ortiz, L. (2018). Epidemiología del Traumatismo Craneoencefalico. Recuperado el 17 de Marzo del 2020 en: https://www.researchgate.net/publication/340296417_Epidemiologia_del_trauma_craneal_en_un_Hospital_de_referencia_nacional_de_Quito-Ecuador_en_el_periodo_enero_2017_a_marzo_2018

Moscote, L.(2010). Traumatismo Craneoencefalico. Editorial: Ariel. Recuperado el 17 de Marzo del 2020 en: <https://www.guttmann.com/es/especialidad/traumatismo-craneoencefalico>

Gonzalez,M. (2020). *Traumatismo craneal*. Obtenido de Servicio de Urgencias de Pediatría Hospital Universitario Cruces. Vizcaya: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_traumatismo_craneal.pdf

Guzmán, L. (2008) Fisiopatología del Traumatismo craneoencefálico. Recuperado el 18 de marzo del 2020 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39s3/v39s3a11.pdf>

Sylva,L y Gracia,M.(2014). Manifestaciones Clínicas del Traumatismo Craneoencefálico. Recuperado el 18 de Marzo del 2020 en: <https://www.pediatruiintegral.es/publicacion-2014-05/traumatismos-craneoencefalicos/>

OMS.(2009).Epidemiología del Traumatismo Craneoencefálico en Ecuador.

Recuperado el 18 de Marzo del 2020 en:

http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/540/html_166#:~:text=El%20trauma%20craneoencef%C3%A1lico%20causa%20la,pa%C3%ADses%20en%20v%C3%ADa%20de%20desarrollo

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO
SERVICIO DE PEDIATRÍA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: **569875**

Fecha: **15/12/2020** Hora: **14:00**

APELLIDO PATERNO: **Ramos** APELLIDO MATERNO: **Lomas** NOMBRES: **Christofer Leonardo** Edad: **12 AÑOS**

TIPO DE ATENCIÓN: ambulatoria hospitalización

Diagnóstico principal (CIE-10): **S OCA (traumatismo intracraneal)**

1. Tipo y nombre del procedimiento recomendado: Ingreso a Hospitalización de Pediatría
2. ¿En qué consiste?: La admisión al Servicio Hospitalario de Pediatría, consiste en el ingreso de pacientes que por diferentes situaciones de salud, requieren un manejo integral de: servicios, procedimientos y protocolos de la salud para diagnóstico y tratamiento. La admisión puede ser realizada a través del servicio de urgencias o por consulta externa
3. ¿Cómo se realiza?: Durante su estancia hospitalaria, los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, proporcionan según su ámbito, los servicios: hospitalarios que requiere el paciente, incluyendo, cuidados de enfermería, exámenes de laboratorio y geneses, procedimientos diagnósticos, terapéuticos, terapia respiratoria, administración de medicamentos, creación de vía periférica, así como tratamientos ordenados por médico tratante y/o médico de otra especialidad que fue consultado. En cuanto a la obtención de muestras biológicas, el tipo, cantidad y frecuencia están determinadas por la patología y condición clínica del paciente.
4. Gráfico de la intervención:
 5. Duración estimada de la intervención: La duración de la estancia hospitalaria está condicionada por la patología y condición clínica del paciente que son objeto del ingreso hospitalario.
 6. Beneficios del procedimiento: El propósito del ingreso hospitalario, es el manejo integral del paciente diagnosticado de alguna patología, que requiere un adecuado diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
7. Riesgos frecuentes (poco graves):
 - Asociados con caídas, que pueden acompañarse de traumas (como fracturas o golpes, lesiones de la piel con sangrado o no).
 - Asociados con la colocación de la vía de acceso vascular (colocación de un dispositivo flexible a nivel de una vena para el paso de los medicamentos requeridos por el paciente):
 - Flebitis (inflamación de la vena).
 - Riesgo accidental de vía periférica.
8. Riesgos poco frecuentes (graves):
 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud:
 - Infecciones respiratorias como gripes, amigdalitis, faringitis, neumonía, etc.
 - Infección de una herida quirúrgica (uso de una droga), en el caso que el ingreso sea por una enfermedad que requiera cirugía.
 - Reacciones adversas a medicamentos.
9. De existir, escriba los riesgos específicos relacionados con el paciente (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.):
10. Alternativas al procedimiento: Ninguna
11. Descripción del manejo posterior al procedimiento: Una vez ingresado el paciente al Servicio de Pediatría requiere:
 - Cuidado permanente de uno de los padres o un tutor mayor de edad.
 - La información de la enfermedad y el seguimiento será dado al familiar que se encuentre con el paciente en el pase de visita.
 - mañana, en el caso de cambiar de cuidador deben comunicarse las novedades.
 - Cuidado de la vía periférica de manera permanente.



H. GENERAL SAN FRANCISCO

EF1791417 VISUALIZAR REGISTRO MEDICO IRME90 20/12/17

Paciente.: **C 1728697762** RAMOS LOMAS CHRISTOFER LEONARDO QPADEV0096 11:10:41

Género: **M MASCULINO** F. Nac 2008/03/04 H. C.: **569875**

Dependenc.: **2119100000** 1107 PEDIATRIA GENERAL (HO) Edad: **12 Años 9 Meses**

Médico...: **MP1791470** 17165622 JIMENEZ CORDOVA SOFIA NATA F: **2020/12/15 13:59**

MOTIVO DE CONSULTA

Formularios Historia Clínica

005 EVOLUCION PRESCRIP.MED. (HO)

005 EVOLUCION

NOTA DE INGRESO A HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA

FECHA DE INGRESO: 15/12/2020

FECHA DE NACIMIENTO: 2008/03/04

NOMBRE: RAMOS LOMAS CHRISTOFER LEONARDO

HISTORIA CLINICA: 569875

CEDULA: 1728697762

EDAD: 12 AÑOS 9 MESES

FECHA DE INGRESO A URGENCIAS PEDIATRICAS: 15 DE DICIEMBRE DEL 2020

FECHA DE INGRESO A HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA: 15 DE DICIEMBRE DEL 2020

Más...

F3=Salir F5=Refrescar F6=Examen Físico F7=Antecedentes

F9=Anterior F10=Siguiete F14=Spool F21=Imprimir