



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

DIMENSION PRACTICO DEL

EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCION

DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIATURA DE ENFERMERIA

TEMA DEL CASO CLINICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO

AUTORA

MARIA DE LOURDES ACOSTA LOPEZ

TUTORA

MSG. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ

BABAHOYO – LOS RIOS- ECUADOR



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**LIC. ALBA CECILIA OVACO RODRIGUEZ MSC
DELEGADOA POR LA DECANA**

**LIC. BETTHY MAZACON ROCA MSC.
DELEGADA POR LA COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**

**Q.F. MARIANA MORENO MARUN. MSC
DELEGADA POR EL CIDE**

**ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL DELA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, LIC. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ MSC. en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): **"TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO"**, elaborado por el estudiante egresado: **ACOSTA LOPEZ MARIA DE LOURDES**, de la Carrera de ENFERMERIA de la Escuela de ENFERMERIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

LIC. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ MSC.
C.I. 120142285-2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico
(Dimensión Práctica) titulado:

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Babahoyo, 18 de septiembre de 2018

Autora


Acosta López María de Lourdes
C.I. 120631584-6

Urkund Analysis Result

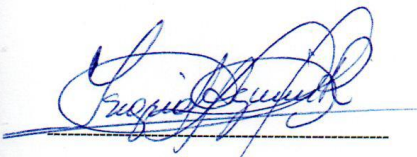
Analysed Document: PRESENTACION DE URKUND.docx (D41524809)
Submitted: 9/17/2018 6:43:00 PM
Submitted By: mhinojosa@utb.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

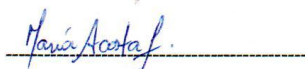
CC-NEIVA-CRISTINA-TARIRA-AVILES-2018.docx (D41460829)

Instances where selected sources appear:

3



Tutora
Lic. Ingrid Aguirre Rodríguez MSC.
C.I. 120142285-2



Estudiante
María Acosta López
C.I. 120631584-6

INDICE GENERAL

Resumen	iii
Abstract.....	iv
TEMA DEL CASO CLINICO.....	v
INTRODUCCION	vi
I. MARCO TEORICO	1
1.1 Justificación	12
1.2 Objetivos.....	12
1.2.1 General:.....	12
1.2.2 Específicos:	12
1.3 Datos Generales	13
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	13
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual	13
2.3 Examen Físico	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	16
2.5 Formulación De Diagnostico presuntivo y diferencial.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	17
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	19
2.8 Seguimiento.....	21
2.9 Observaciones	22
CONCLUSIÓN	23
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	24
ANEXOS	25
Anexo N° 1: Solicitud de la propuesta del caso clínico.....	
Anexo N° 2: Solicitud De Aprobacion De Tutora.....	
Anexo N° 3: Registro De Tutoria Del Caso Clínico.....	
Anexo N° 4: Solicitud De Aprobación De Tutora.....	
Anexo N° 5: Registro De Tutoría Del Caso Clínico	
Anexo N° 6:Solicitud De Entrega De Los Tres Anillados	

Resumen

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. Entre de las enfermedades neurológicas el traumatismo craneoencefálico se ubica en el rango más alto porque se dan con más continuidad como en gravedad. clasificación de los tce: Según la integridad de las cubiertas craneales: cerrados, abiertos, leve, moderado y grave. PUPILAS: dentro del examen físico también se realiza la medición pupilar, lo normal es de 2 a 5 milímetros, esta valoración se caracteriza por observar la reactividad o respuesta a reflejos ante estímulos con luz, las alteraciones son: la midriasis que es la pupila superior de 5 milímetros, la miosis es lo contrario a la midriasis se presenta por la medición inferior de 2 milímetros y por último la anisocoria que es la asimetría de varias pupilas. Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente de 21 años de edad con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico moderado. que aporten a la solución de disminución de problemas de la salud detectados. Ejecutar las actividades de enfermería planificadas.

PALABRAS CLAVES: traumatismo cráneo encefálico

Abstract

Are alterations that cause damage to the brain that are generated by blows against objects that many of the cases fail to break the skin, this will cause a deficit in consciousness, cognitive, perceptual malfunction and daily activities such as talking and walking. Among the neurological diseases, the traumatic brain injury is located in the highest range because they occur with more continuity as in severity. classification: According to the integrity of the cranial covers: closed, open, mild, moderate and severe. PUPILS: within the physical examination pupil measurement is also performed, the standard is 2 to 5 millimeters, this assessment is characterized by the reactivity or response to reflexes before stimuli with light, the alterations are: the mydriasis that is the upper pupil of 5 millimeters, the miosis is the opposite of mydriasis is presented by the lower measurement of 2 millimeters and finally the anisocoria which is the asymmetry of several pupils. To develop the process of nursing care in a patient of 21 years of age with a diagnosis of moderate head trauma. that contribute to the solution of decrease of health problems detected. Execute the planned nursing activities.

KEYWORDS: head injury

TEMA DEL CASO CLINICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO

INTRODUCCION

El profesional de enfermería es importante en el momento aplicar el proceso de atención de enfermería en el cual permite satisfacer y resolver problemas de salud que perjudiquen al ser humano, familia y comunidad, en el cual es un método conformado por pasos relacionado entre sí.

Este trabajo se realizó con el fin de poner en práctica el proceso de atención de enfermería en paciente de 21 años de edad, que ingresa inconsciente más edema en ojo izquierdo más quemosis y herida fronto parietal izquierda con estigmas de trauma craneoencefálico.

Los exámenes complementarios indican: gasometría pH 7.30, PO 79.30, HCO₃ 12.2, SPO₂ 93.6%tomografía de cráneo se evidencia contusión hemorrágica temporal.

Aquellos resultados se utilizaron para elaborar diagnósticos de enfermería para luego planificar y ejecutar las actividades para obtener buen resultado que favorezcan el estado de salud del paciente.

I. MARCO TEORICO

Son alteraciones que provocan daño al cerebro que se generan por golpes contra objetos que muchos de los casos no alcanza 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 (Losada, s.f.).

En traumatismo craneoencefálico moderado más o menos del 10% de las personas que ingresan a emergencias sufren por traumatismo craneoencefálico moderado ya sea por accidentes automovilísticos como laborales.

Estos pacientes a pesar de sufrir traumas es suficiente para que sigas órdenes fáciles, pueden pasar regularmente confundidos y poseer disminución neurológica focal como es la hiperparesia. En un porcentaje del 10 al 20% de aquellas personas se descompensan y entran al coma (Losada, s.f.).

A estos pacientes se los maneja como pacientes con traumatismo craneoencefálico grave y algunas veces no es necesario intubar, pero deben tratarse con medidas de bioseguridad y precaución y sin embargo deben tratar con todas las precauciones para preservar el aparato respiratorio (Losada, s.f.).

A todos los pacientes que manifiestan traumatismo craneoencefálico moderado se adquirirá una tomografía de cráneo computarizada. En los pacientes que logran mejoría y la Tomografía de cráneo de control no muestra daño tributario de tratamiento quirúrgico se procederá a realizar el egreso del paciente en posteriores días (Losada, s.f.)

En caso si el paciente se deteriora, se adoptarán los principios de manejo establecidos para pacientes con trauma craneoencefálico grave (Losada, s.f.).

FISIOPATOLOGIA

Entre de las enfermedades neurológicas el traumatismo craneoencefálico se ubica en el rango más alto porque se dan con más continuidad como en gravedad. El proceso básico del trauma es simple y a la vez complejo; simple porque no existe problema para establecer el diagnóstico etiológico y complejo por la incertidumbre de la patogénesis del trastorno cerebral inmediato y de los efectos tardíos que pueden complicar la lesión. Mientras en el traumatismo craneoencefálico coexisten dos métodos que se dividen en: lesión primaria esta se da por la provocación de una lesión mecánica como por ejemplo una pedrada y en las lesiones secundarias es la secuela de problemas locales como por ejemplo los hematomas, que se presentan en el momento del impacto pero presentan manifestaciones tardías (Losada, s.f.).

Lesión primaria: se muestra al momento del trauma bien por la fuerza de translación, rotación o aceleración angular (Losada, s.f.).

- Laceraciones del cuero cabelludo
- Fractura de cráneo
- Contusión y laceración cerebral
- Lesión axonal difusa
- Lesiones vasculares
- Daño en el tronco cerebral
- Hemorragia intracraneal

Lesiones secundarias: son latentemente alterables ya que el tejido nervioso primordialmente destruido es extremadamente asequible a ellas (Losada, s.f.).

- Hipoxia
- Daño cerebral isquémico
- Hidrocefalia
- Enfermedad neurológica progresiva
- Presión intracraneal elevada
- infección (Losada, s.f.)

LESIONES FOCALES HEMORRAGICAS INTRACRANEALES:

- **Hematoma subdural:** recopilación de sangre localizada por debajo de la duramadre que es una de las capas que rodean al cerebro. De vez en cuando existen casos el sangrado es de origen venoso y se desarrolla lentamente. Se vigilara constantemente estos hematomas porque ocasiona problemas a medida que da el agrandamiento de tamaño (Valencia).
- **Hematoma epidural:** acumulación de sangre sobre la duramadre, aquí en cambio se orinan de la arteria y su desarrollo será mucho más rápido que el venoso. El usuario puede no mostrar síntomas después de un traumatismo pero después de algunas horas desembocan una serie de signos y síntomas de alerta ejemplo nauseas, vómitos y confusión, seguidos de otros síntomas locales como dilatación en las pupilas y hemiparesia. Esta clase de hematomas es necesario una intervención neuroquirúrgica (Valencia).
- **Hemorragia subaracnoidea:** acumulación de sangre en el espacio subaracnoideo (Valencia).
- **Contusión cerebral:** se refiere a daños presentes en zonas concretas del parénquima cerebral por disrupción del tejido, de los vasos sanguíneos, por isquemia o edema (Valencia).

LESIONE AXONAL DIFUSAS:

EDEMA CEREBRAL.

El edema cerebral se lo define como la acumulación de líquido cefalorraquídeo u otra clase de líquido como sangre ubicada en el espacio intersticial o intracelular esto llegaría a provocar la elevación de la presión intracraneal (Villavelazquez G. , 2013).

Puede presentarse cualquier tipo de edema: en el edema vasogenico se da por la interrupción de la barrera hematoencefalica. Dado en el evento traumático presenta emancipación de varias sustancias tales como acido glutámico, seritonina e histamina, estos posteriormente trastornaran el sistema de trasferencia endotelial la cual permite la expulsión de líquidos y solutos a los espacios intersticiales (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiologia en Nerocirugia, 2013).

Edema citotóxico: en esta clase de edema existe un cambio en la absorción de la membrana celular y que prevalece en los astrocitos, en la cual provocara liberación de líquido del espacio intersticial hasta el interior de las células. Existe una mala actividad de la bomba de sodio y potasio. De esta forma tolera la retención de líquido y provocara la edematizacion (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiologia en Nerocirugia, 2013).

HIPERTENSION INTRACRANEAL

Contusiones con el resultado de una masa que causará la compresión cerebral, que solo puede ser compensada por el mínima cantidad de volumen del líquido cefalorraquídeo, en aquellos pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado provocaran efectos e incrementarán la presión intracraneal (Villavelazquez G. , 2013).

Se comprende que en regiones periféricas, contusiones y hematomas postraumáticas se suscitara una disminución de flujo sanguíneo cerebral, en estos lugares se contemplan el incremento de tasa metabólica que a su vez habrá mayor uso de la glicemia, si esto no se mejora apropiadamente su resultado será el edema de astrositos peri lesiionales. De nuevo esta anomalía terminara provocando un incremento de la presión intracraneal (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiologia en Nerocirugia, 2013).

LESIONES CEREBRALES SECUNDARIAS DE CAUSA SISTEMICA

Estas lesiones cerebrales secundarias tiende a extender de características indirectas el traumatismo, el origen es el mismo cerebro en el que anticipadamente lo refiere, entre otras procedencias sistémicas las lesiones cerebrales secundarias provocadas por dicho traumatismo cerebral (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

Hipoxia: es ocasionada por deficiencia de oxígeno, el impedimento de entrada de aire tanto en vías áreas superiores como inferiores, bronco aspiraciones, enfermedades respiratorias, en cual cambia a una acumulación o una expulsión excesiva de CO₂, todo aquello es perjudicial para el cerebro (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

Hipotensión arterial: principalmente la hipertensión gravídica muchos de los casos es originado en choques hipovolémicos o mala circulación sanguínea y aquello no permitirá autorregular el flujo sanguíneo, esto causara una caída enorme de la presión perfusión cerebral (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

Hipercapnia: se origina por una exuberancia del dióxido de carbono (CO₂), que ocasionara una elevación de diámetro del vaso sanguíneo, también modificación en la circulación de sangre que llegaría al cerebro y elevación de la presión intracraneal. La hipocapnia es un déficit de dióxido de carbono, posteriormente provoca vasoconstricción y el resultado será una isquemia cerebral (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

Hiperglucemia: en la isquemia cerebral el incremento de la glucosa hará que empeore esta alteración. En la hipoglucemia como en la hiperglucemia se estima ser negativas para el paciente, ya que estas elevaran la morbimortalidad, tal vez la producción de radicales libres hará aumentar el edema cerebral la liberación de los aminoácidos excitatorios y acidosis cerebral que conllevara al mal

funcionamiento del cerebro (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

La hiponatremia: posteriormente del trauma, se considera hiponatremia a un aumento de hormona diurética y provocan detención de agua, que frecuentemente se observan en trastornos intracraneales también en traumatismos craneoencefálicos (Villavelazquez G. , 2013).

VALORACION INTEGRAL

Para medir la gravedad de daño cerebral, la escala de medición de la conciencia es el más apto para aquello. Las alteraciones de la conciencia como estupor, obnubilación y el coma son estados que muestran los grados de perturbación de la conciencia, es el que muestra daños en varias magnitudes en los hemisferios cerebrales o también en el filtro reticular del cerebro. Será necesario obtener un exploración sistemática que detalle a los nervios craneanos para evaluar por medio de ellos las estructuras intracraneanas, que a través de las maniobras posturales muchas veces no pueden ser explícitas (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Dentro de los objetivos de reanimación primaria para prevenir que aparezcan el daño secundario están las siguientes medidas

- Se debe ejecutar las medidas determinadas para aquellos pacientes con antecedentes de hernia cerebral (Villavelazquez G. , 2013).
- Antes de un procedimiento quirúrgico urgente, primeramente se debe dar un diagnóstico ante daños en espacios que lo necesiten y si no es necesario se dará una terapia médica ante diagnósticos como hematomas

contusiones y hemorragias de cualquier tipo o fracturas óseas (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013).

Cuando no es necesario proceso quirúrgico, se tratará con medicación como los barbitúricos, diuréticos osmóticos y de asa que contribuyan a la absorción los líquidos del cuerpo que son agua, cloro y sodio, también los cuidados ante una disminución de la temperatura corporal, hiperventilación, sedación. En cambio dentro del procedimiento neuroquirúrgica se halla ventriculostomía con drenaje terapéutico, descartaría tumores por último la craniectomía descompresiva, luego se vigilara constantemente la modificación cardiaca y respiratoria del paciente. (Villavelazquez & Garcia Gonzalez, Anestesiología en Neurocirugía, 2013)

CLASIFICACION DE LOS TCE.

Según la integridad de las cubiertas craneales

- **Cerrado:** algunas de las cubiertas (cuero cabelludo, hueso, duramadre) está íntegra y no existe continuidad entre la masa cerebral y el exterior. La mayoría de los traumas son cerrados (Valencia).
- **Abierto:** como las armas de fuego u objeto penetrantes que causa disrupción de las cubiertas cerebrales, que es siempre obligatorio reparar (Valencia)

Según la severidad del daño cerebral, el grado de disfunción neurológico se mide con la escala de coma de Glasgow.

Leve: la evaluación en la escala de Glasgow es de 14 a 15. En esta escala son mínimas las manifestaciones presentadas por pacientes con traumatismo craneoencefálico tales como inconciencia mínima de media hora, cefalea, amnesia y obnubilación. En varios de los casos los pacientes presentan problemas de concentración y hasta falta de memoria, pero llegan a su pronta recuperación su estado neurológico (Valencia).

Moderado: Se determina al paciente con traumatismo craneoencefálico moderado en estado de letargo o estupor, la escala de Glasgow es de 9 a 13, aquellos requieren hospitalización y hasta tratamiento neuroquirúrgica, en estos pacientes se evidencian anormalidades en tomografías o resonancias. También se evidencia un desequilibrio nervioso después de un traumatismo leve o moderado que se caracteriza por dolor de cabeza, mareo, fatiga esto desencadena a aquello llamado síndrome de posconmoción cerebral (Valencia).

Grave: en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave la puntuación de la escala de Glasgow es de 3 a 8, aquí aquellos pacientes se encuentran en estado de coma, se caracterizan por no seguir órdenes y sin apertura ocular, en si sufren un daño neurológico significativo, casi siempre en los exámenes imagenológicos son anormales con presencia de fractura de cráneo o hemorragias intracraneales; estos pacientes necesitaran tratamiento neuroquirúrgica y requerir ingreso a la unidad de cuidados intensivos para posterior mejoramiento se realizara cuidados como monitorización de presión intracraneal, ventilación mecánica y medidas estrictas de bioseguridad (Valencia).

ESCALA DE GLASGOW		
APERTURA OCULAR	ESPONTANEA	4
	RESPUES AL DOLOR	3
	ESTIMULO DOLOROSO	2
	SIN RESPUESTA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADO	5
	DESORIENTADO	4
	PALABRAS INUSUALES	3
	SONIDOS INCOMPREENSIBLES	2
	SIN RESPUESTA	1
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE A ORDENES	6
	LOCALIZA ESTIMULOS DE DOLOR	5
	RETRAJE EN RESPUESTA AL DOLOR	4
	FLEXION ANORMAL	3
	EXTENCION ANORMAL	2
	SIN RESPUESTA	1

PUPILAS: dentro del examen físico también se realiza la medición pupilar, lo normal es de 2 a 5 milímetros, esta valoración se caracteriza por observar la reactividad o respuesta a reflejos ante estímulos con luz, las alteraciones son: la midriasis que es la pupila superior de 5 milímetros, la miosis es lo contrario a la midriasis se presenta por la medición inferior de 2 milímetros y por último la anisocoría que es la asimetría de varias pupilas (Muñana-Rodríguez).

Causas

Las causas más comunes de traumatismo craneal aparecen:

- Los accidentes laborales, en el hogar, al aire libre o al practicar deportes
- Las caídas
- La agresión física
- Los accidentes de tránsito (Gilibert, s.f.).

La mayoría de estas lesiones son menores por que el cráneo protege el cerebro.

Algunas lesiones son tan graves que requieren hospitalización. (Gilibert, s.f.).

Signos Y Síntomas

- ❖ El edema cerebral expande el volumen del encéfalo.
- ❖ El edema comprime el tejido encefálico en la región y causa disfunción neurológica dependiente del sitio específico.
- ❖ Laceraciones del cuero cabelludo, fracturas o depresiones en el cráneo y equimosis en la cara pueden ser indicio de una lesión encefálica traumática.
- ❖ Es probable que por la nariz o los oídos gotee sangre o líquido cefalorraquídeo.
- ❖ La equimosis suborbitaria (ojos de mapache) o en la apófisis mastoideas (signo de Battle) es un signo de fractura basilar de cráneo.

1. Anormalidades anatómicas.

- ❖ En la conmoción simple, el nivel de conciencia puede estar levemente afectado.
- ❖ El coma podría ser breve, como en la conmoción clásica, o prolongado, como en la lesión axonal difusa.

2. Nivel de conciencia

- ❖ Pupilas de tamaño desigual; una o ambas no logran reaccionar a la luz.
- ❖ Ausencia de reflejo corneal.
- ❖ Movimientos asimétricos del rostro.
- ❖ Habla farfullante.
- ❖ Trastornos del reflejo nauseoso y de la tos.

3. Disfunción de pares craneales.

- ❖ Hemiparesia o hemiplejía.
- ❖ Postura anormal.

4. Disfunción motora.

1.1 Justificación

Las acciones de enfermería en este estudio de caso se dan con el fin de reconocer los problemas de salud que afectan al paciente, con la ayuda de datos recolectados a través de la anamnesis y exploración física, con la cual permitirá aplicar y brindar intervenciones necesarias de acuerdo al diagnóstico del paciente para obtener resultados positivos.

1.2 Objetivos

1.2.1 General:

- ✚ Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente de 21 años de edad con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico moderado.

1.2.2 Específicos:

- ✚ Aplicar el proceso de atención de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente.
- ✚ Valorar al paciente aplicando métodos y técnicas de recolección de datos.
- ✚ Elaborar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a problemas de salud del paciente.
- ✚ Planificar acciones de enfermería que aporten a la solución de disminución de problemas de la salud detectados.
- ✚ Ejecutar las actividades de enfermería planificadas.
- ✚ Evaluar al paciente con el fin de obtener los resultados deseados.

1.3 Datos Generales

Nombres y apellidos: NN

estado civil: casado

Historia clínica N°: 1723765705

sexo: masculino

Edad: 21 años

ocupación: estudiante

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Ingresa por emergencia del Hospital Eugenio Espejo en horas de la media noche joven más o menos 21 años en estado de inconsciencia, con herida fronto parietal izquierda acompañado por personal de ECU911, explican que fue encontrado en la vía pública con estigmas de trauma craneoencefálico, al momento se realiza tomografía de cráneo ya valorado por neurocirugía y evidencian contusión hemorrágica temporal, edema en ojo izquierdo más quemosis.

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

Historia clínica del paciente

Antecedentes personales: no refiere

Antecedentes familiares: madre hipertensa

Signos vitales

Presión arterial: 108/70

Saturación de oxígeno: 90%

T °: 36.8

FR: 25

2.3 Examen Físico

Piel: presenta pálida

Cabeza: con presencia de craneotomía de lado derecho con apósitos limpios y secos

Cara: pálida

Ojos: conjuntivas hidratadas, pupilas en isocóricas hipo reactivas a la luz, pupila izquierda 3mm y pupila derecha 2mm, ojo izquierda edema severo que limita la apertura ocular más quemosis.

Nariz: restos hemáticos en fosas nasales

Orejas: simétricas, sin presencia de secreciones a nivel del conducto auditivo

Boca: restos hemáticos en cavidad bucal y secreciones mucoides.

Cuello: presencia de traqueostomo con apoyo de oxígeno por Venturi a 5litros FIO₂ 28%

Tórax: simétrico, corazón rítmico no soplos, pulmones se evidencia sonidos crepitantes, presencia de laceraciones propias del accidente.

Abdomen: suave, depresible no respuesta al dolor, yeyunostomía permeable y funcionando.

Extremidades superiores: íntegras, hemiparesia braquiocrural, izquierda 1/5.

Extremidades inferiores: íntegras

Genitales: masculinos no quemosis con sonda vesical, orina claras.

Glasgow: 7T/15 O1-V1T-M5

Patrones Funcionales

Percepción y control de salud: Padre refiere conocer el estado de salud de su hijo por medio de la comunicación obtenida con el personal de salud.

Patrón nutricional – metabólico: paciente mantiene dieta artesanal por sonda de yeyunostomía.

Patrón actividad - ejercicio: se mantiene paciente por su estado de conciencia reposo en cama, familiar ayuda en el cambio postural cada dos horas.

Patrón eliminación: paciente elimina diuresis por sonda vesical y realiza defecación de características blandas y pastosas en pañal.

Patrón reposo- sueño: el paciente por su estado de salud permanece sedado.

Patrón autopercepción – auto concepto: por su estado de salud paciente está en la incapacidad de transmitir emociones o expresiones faciales.

Patrón tolerancia – estrés: en su condición el paciente persiste de una respuesta desadaptada ante un conocimiento traumático o abrumador.

Patrón valores – creencias: padre refiere que el paciente es de religión católica y por lo cual le pone en habitación música cristiana.

Patrón sexualidad – reproducción: no refiere por su estado de salud.

Patrón rol relaciones: en el estado de inconciencia que permanece el paciente no se encuentra en condiciones para manifestar ninguna clase de funciones psicosociales y espirituales.

Patrones Disfuncionales

- ACTIVIDAD EJERCICIO
- AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO
- ROL RELACION

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

PARAMETROS	VALORES PACIENTE	RANGO
GLOBULOS BLANCOS	13.430k/ul	4000 - 11000
NEUTROFILOS	76.1%	50.00-70.00
HEMOGLOBINA	10.7%	12.0 – 16.0
HEMATOCRITOS	32.3%	40.0-54.0
PLAQUETAS	516.000k/ul	150000 - 450000
UREA	28.7mg/dl	10.00 – 50.00
GLUCOSA	98mg/dl	70.00 – 110.00
CREATININA	0.69mg/dl	0.60-1.40
POTACIO	4.22meq/l	3.5-5.5
CLORO	100.1meq/l	90.-100
SODIO	141.6meq/l	135-145

- **Tomografía Simple De Senos Paranasales**

Existe un leve engrosamiento prácticamente en todos los senos proyectados al estudio, que provocan taponamiento de los complejos de drenaje osteomeatales especialmente en el lado izquierdo.

La celdilla mastoideas bien neumatizadas.

Las orbitas y su contenido de aspecto normal.

- **Radiografía De Tórax Se Descarta Neumonía**

Realce normal para glándulas tiroideas

El corazón y los grandes vasos de aspecto normal.

Mínimo derrame pleural basal posterior izquierdo.

2.5 Formulación De Diagnostico presuntivo y diferencial.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Traumatismo craneoencefálico

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Traumatismo craneoencefálico moderado Marshall III

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

Al analizar el cuadro clínico con el que ingreso el paciente a la casa de salud se logró una detección mediante una tomografía de cráneo en el que se pudo identificar el edema cerebral, el mismo que llevo al traumatismo craneoencefálico, logrando de esta manera identificar los factores de riesgo basándose en los signos y síntomas del mismo; por lo cual neurocirugía refirió realizar una craneotomía. Para mejoría de su intercambio gaseoso indico realizar traqueotomía y yeyunostomia para lograr una nutrición eficaz en el paciente.

NANDA:
NOC
NIC

DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA (T.Hearther Herdman, 2012-2014)

M
E
T
A
S

R/C: fatiga de los músculos respiratorios (T.Hearther Herdman, 2012-2014)

Dominio: 2 SALUD FISIOLÓGICA (Masson, 1997)

Clase: 2 E cardiopulmonar (Masson, 1997)

Etiqueta: estado respiratorio 0415 (Masson, 1997)

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

Campo: 2 fisiológico (Bulechek, 1992)

Clase: 2 control respiratorio (Bulechek, 1992)

Etiqueta: 3160 aspiración de las vías aéreas (Bulechek, 1992)

E/P: acumulación de secreciones y taquipnea (T.Hearther Herdman, 2012-2014)

PUNTUACION DIANA

INDICADORES	1	2	3	4	5
041501 frecuencia respiratoria				x	
041508 saturación de oxígeno			x		
041520 acumulación de esputo			x		

ACTIVIDADES

1. Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
2. Informar al familiar sobre la aspiración
3. Disponer de medidas de bioseguridad
4. Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal
5. Hiperoxigenar con oxígeno si lo es necesario
6. Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal (Bulechek, 1992).

Tratamiento

➤ General

Monitorización continua

Canalización de vía periférica para administración de medicación

Cambio postural cada 2 horas

Dieta líquida

Educación al familiar en cuanto a la enfermedad del paciente

➤ Medicación

Enoxaparina 6.000UI solución inyectable cada día

Cloruro de potación 40meq + solución salina 0.9% pasar intravenosa
40ml/h

Diclofenaco 75mg por razones necesarias.

Tramadol 50mg cada 8 horas

Meropenem 2gr intravenoso cada 8horas

Vancomicina 1gr intravenoso cada 12 horas

Tobramicina 2 gotas en ojo izquierdo cada 6horas

Lagrimas artificiales 1gota en cada ojo cada 2 horas

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

Los traumatismos craneoencefálicos casi siempre se proporcionan por el impacto violento contra objetos inanimados y estos producen una destrucción en las funciones cerebrales, presentado signos clínicos como desconciertos (Mapfre).

Las complicaciones se dará de acuerdo al lugar del trauma y el nivel de riesgo que presente el paciente, las posibles consecuencias serán desde incapacidad motriz hasta cognitivas (Mapfre).

Valores Por Necesidades (Henderson)

1. **Necesidades de respiración:** el paciente presenta hipoxemia saturando 90% por lo que se administra oxigenoterapia a dos litros.
2. **Necesidad de movimiento:** se encuentra encamado su estado de salud no le permite realizar actividad.
3. **Necesidad de comer y beber:** el paciente no puede beber nada por via oral pero se alimenta por la yeyunostomía.
4. **Necesidad de eliminación:** respecto a la función renal, paciente elimina orina por sonda vesical, y defecaciones en pañal.
5. **Necesidad dormir y descansar:** el paciente por su estado patológico se mantiene sedado.
6. **Necesidad de vestirse y desvestirse:** por cuestión de protocolos de la institución el paciente se mantiene en bata, por su estado de salud no puede realizarlo por sí solo.
7. **Necesidad de mantener temperatura corporal:** no presenta altas térmicas.
8. **Necesidad de estar limpio y proteger sus tegumentos:** se realiza hace en cama por su estado de salud.
9. **Necesidad de evitar los peligros:** esta necesidad no se ve afectada por lo que las barandas de las camas se las mantiene arriba.
10. **Necesidad de comunicar:** el paciente por su estado de salud, se encuentra incapaz de mantener comunicación.
11. **Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:** por familiar que manifiesta ser cristiano.

12. **Necesidad de trabajar y sentirse realizado:** el paciente por su estado de salud le implica realizar actividades diarias.

13. **Necesidad de participar en actividades recreativas:** su estado de salud no le permite ser realizar ninguna clase de actividades.

14. **Necesidad de aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad:** en esta necesidad el paciente no está en posibilidades por su diagnóstico.

2.8 Seguimiento.

Fecha de ingreso 1 diciembre del 2017

Ingresa a la unidad hospitalaria paciente de 21 años de edad con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico moderado, mediante el cual el paciente presenta una situación de inconciencia.

Fecha 5 de diciembre del 2017

Se describe el post quirúrgico de craneotomía dándole los cuidados de enfermería:

- Monitorización hemodinámica continua para control de constantes vitales.
- Control estricto de líquidos.
- Valoración continúa del nivel de conciencia mediante escala de Glasgow.
- Mantener al paciente normo térmico.
- Posición del paciente, cabecera de la cama incorporada entre 30 y 40° y cabeza en posición neutra evitando rotaciones, hiperextensiones o hiperflexiones para facilitar un correcto drenaje.

Fecha 10 de diciembre del 2017

Lo recibo al paciente en habitación individual y ya realizada traqueotomía, se realiza curación de vía periférica, aspiración de secreciones y administración de medicación prescrita.

Fecha 17 de diciembre del 2017

Se realiza los cuidados generales, cambio de vía periférica, administración de medicamento previo prescripción médica, se administra dieta por yeyunostomía.

Fecha 21 de diciembre del 2017

Monitorización de signos vitales, administración de medicación, cambios posturales cada 2 horas, aspiración de secreciones, curación de vía periférica.

2.9 Observaciones

Se realiza conversatorio a familiares del paciente sobre traumatismo craneoencefálico, las medidas de bioseguridad que deben de aprender y lavado de manos antes y después de estar en contacto con paciente, ya que su estado es de sumo cuidado.

CONCLUSIÓN

- ✚ La atención de enfermería durante la hospitalización del paciente busca determinar las necesidades alteradas, mediante la aplicación de los planes de cuidados estandarizados, que se basan en la evidencia y experiencia del profesional de enfermería, orientando los cuidados a seguir en el paciente.
- ✚ Por esta razón, la intención de enfermería nos resulta útil, para brindar mejores cuidados cada día más, no solo preocupándonos de la enfermedad, si no que viendo a nuestro paciente de una perspectiva biopsicosocial.
- ✚ Cabe resaltar que para obtener resultados positivos en la aplicación de este proceso, son puntos clave la interacción del paciente con el familiar y poder elaborar un buen plan de cuidado de enfermería que contribuya a solucionar el problema de salud del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

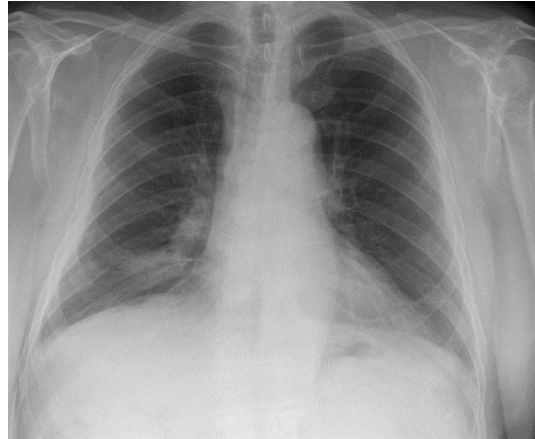
Losada, A. L. (s.f.). *trauma craneoencefalico aspectos epidemiologicos y fisiopatologicos*.
Obtenido de <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/40/54>

Mapfre, F. (s.f.). *traumatismo craneoencefalico basado en la evidencia*. Obtenido de
<http://www.traumatismocraneoencefalico.com/>

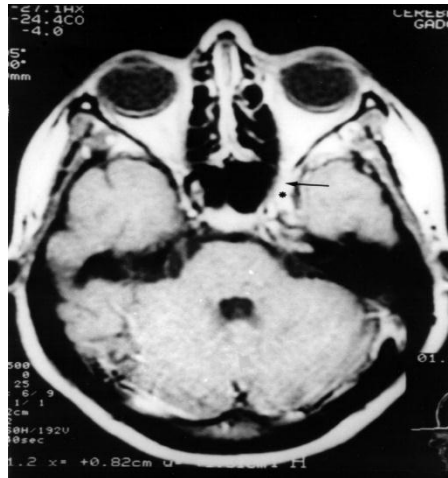
Valencia, H. N. (s.f.). *vithasneurorhb*. Obtenido de <https://www.neurorhb.com/traumatismo-craneoencefalico/>

Villavelazquez, D. M., & Garcia Gonzalez, A. (s.f.). *Anestesiologia en Nerocirugia*. Obtenido de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf>

ANEXOS



RADIOGRAFIA DE TORAX



TOMOGRFIA SIMPLE DE SENOS PARA NASALES

Impresa: INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Afiliado: (05) SEGURO GENERAL
 Fecha de nacimiento: 11/01/1996 Edad actual: 21 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Casado(s)
 Ocupación: TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
 Dirección: LA ARMENIA CALLE CARMELA DE POLY Barrio: CONOCOTO
 Departamento: PICHINCHA Municipio: QUITO
 Teléfono:

A. PACIENTE ADULTO JOVEN POSTORANECTOMIA DE COMPRESIVA POR TRAUMA CRANIOENCEFALICO SEVERO Y FISTULA CAROTIDOCAVITARIA PARCIALMENTE EMBOLIZADA. EN SU PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION EN EL PISO DE NEUROQUIRURGIA POSTERIOR A 18 DIAS DE ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA. AL MOMENTO SIN DEFICITO NEUROLOGICO O HEMODINAMICO SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. CON INFECCION EN SECRECION TRAGUEAL CON PSEUDOMONA AERUGINOSA SE DECIDE PASAR A SALA DE AISLAMIENTO Y REINDICACIONES

Evolucion realizada por: KLEVER EDUARDO BORNOZA PICO Fecha: 05/12/17 12:30:11

RECOMENDACIONES

RECOMENDACION POR DEFINIR?

INDICACIONES

- A. NEUROQUIRURGIA CAMA 25
- B. TRAUMA CRANEO ENCEFALICO SEVERO
- C. DE CUERPO
- A. NO CONDICIONAS
- N. MONITOREO CONTINUO
- A. SEMIOWLES
- N. CUIDADOS HABITUALES
- N. CONTROL DE VASOS ACCESOS, TUBO TORACICO, TRAQEOSTOMIA Y YEYUNOSTOMIA
- N. MEDICACION DE PRODUCCION TUBO TORACICO
- N. ASPIRACION DE SECRECIONES POR RAZONES NECESARIAS
- D. DIETA ANTIBIOTICA POR YEYUNOSTOMIA SEGUN INDICACION DE CIRUGIA GENERAL
- E. DICHAS CUIDADOS
- E. ENOXAPARINA 60 MG SUBCUTANEO CADA DIA
- M. TRAMADOL 50 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS
- N. PARACETAMOL 1 GRAMOS POR YEYUNOSTOMIA CADA 8 HORAS
- M. LAGRIMAS ARTIFICIALES 1 GOTTA EN CADA OJO CADA 2 HORAS
- N. NEBULIZACION CON BRISQVIR DE IPRAZOPROLOL 2 CC + NAZETILOSTERINA 10CC CADA 8 HRS.
- E. TOMOGRAFIA DE CRANEO SI EXISTE NEURODETERIORO
- L. -
- C. NOVEDADES
- ORDENES DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- O. MOVIER CON PRECAUCION MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
- O. SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
1.00	1.00	AMPOLLA ENOXAPARINA 6.000 UI SOLUCION INYECTABLE ESUBCUTANEA		24 Horas	CONTINUAR
2.00	1.00	UNIDAD SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION PARA INFUSION/INTRAVENOSA		12 Horas	CONTINUAR
2.00	2.00	AMPOLLA POTASIO CLORURO 2 MEG/ML SOLUCION PARA INTRAVENOSA	Dosis Unica		CONTINUAR
8.00	2.00	AMPOLLA TRAMADOL 50 MG/ML AMPOLLA X 2 ML SOLUCION/INTRAVENOSA		8 Horas	CONTINUAR

Formulario Simg cada 8 horas

7.2.0 "HOSVITAL"

Usuario: 171694668 PAZELA BOLLA CHANCHOCCHA

Anexo N° 1: Solicitud de la propuesta del caso clínico



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 5 de julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por este medio, yo, **ACOSTA LOPEZ MARIA DE LOURDES**, con cedula de identidad **120631584-6**, egresada de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **"TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO"**, el mismo que fue aprobado por mi Docente Tutora: **LIC. INGRID AGRUIRRE RODRIGUEZ MGS**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,


ACOSTA LOPEZ MARIA DE LOURDES

C.I. 120631584-6



Recibido
6-7-18
Reabido
6-7-18

Anexo N° 2: Solicitud De Aprobacion De Tutora



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, LIC INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ , en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (Componente Práctico): "**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO** ", elaborado por el estudiante egresado: **ACOSTA LOPEZ MARIA DE LOURDES** de la Carrera de **ENFERMERIA** de la Escuela de **ENFERMERIA** , en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.


En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de Julio del año 2018

LIC INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ MGS
CI: 120142285-2


DOCENTE - TUTORA



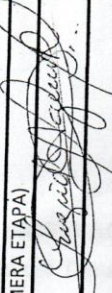
Anexo N° 3: Registro De Tutoria Del Caso Clínico



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE ENFERMERIA



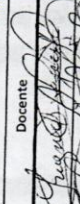
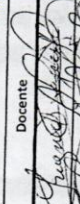
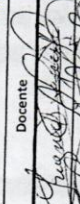
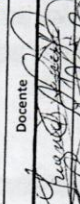
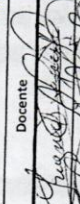
REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)
FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 5 Julio 2018


NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Lic. Ingrid Aguirre Rodríguez FIRMA: 

TEMA DEL CASO CLINICO: Traumatismo Cráneo Encefálico

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Mapio de Laredes Acosta López

CARRERA: Enfermería

Pag. N°.	Estudiante	FIRMAN		Porcentaje de Avance	Tipo de tutoria		Tema tratado	Fecha de Tutorias	Horas de Tutorias
		Docente			Presencial	Virtual			
	<u>Mapio Acosta L.</u>			<u>20%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Revisión Historia Clínica</u>	<u>29/06/2018</u>	<u>1h</u>
	<u>Mapio Acosta L.</u>			<u>20%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Revisión de Examen Complementarios</u>	<u>30/06/2018</u>	<u>1h</u>
	<u>Mapio Acosta L.</u>			<u>20%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Revisión Propuesta</u>	<u>2/07/2018</u>	<u>1h</u>
	<u>Mapio Acosta L.</u>			<u>20%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Revisión Datos Generales, Motivo de Consulta</u>	<u>3/07/2018</u>	<u>1h</u>
	<u>Mapio Acosta L.</u>			<u>20%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Revisión Examen Físico</u>	<u>4/07/2018</u>	<u>1h</u>



LIC. MARIANITA MUÑOZ G. MSc.
COORDINADORA DE TITULACIÓN

6-7-18
Revisado

Anexo N° 4: Solicitud De Aprobación De Tutora



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, LIC. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ MSC. en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (Componente Práctico): "TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO", elaborado por el estudiante egresado: ACOSTA LOPEZ MARIA DE LOURDES, de la Carrera de ENFERMERIA de la Escuela de ENFERMERIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.


En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

LIC. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ MSC.
C.I. 120142285-2




20-9-18
Deubido

Anexo N° 5: Registro De Tutoría Del Caso Clínico

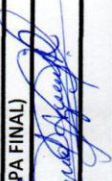


UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE ENFERMERÍA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 19/09/2018

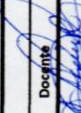
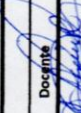
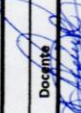
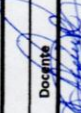
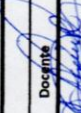
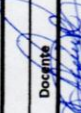
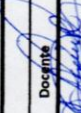
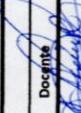
REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (ETAPA FINAL)


NOMBRE DE LA DOCENTE TUTORA: Ingrid Aguirre Robles FIRMA: 

TEMA DEL PROYECTO: TRAUMATISMO CARDIOVASCULAR MODERADO

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: Maria de Lourdes Acosta Lopez

CARRERA: ENFERMERIA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	Estudiante	Pag. N°
			Presencial	Virtual					
1h	30/07/18	Análisis del desarrollo del caso clínico		x	10%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	27/07/18	Desarrollo de justificación y Marco Teórico		x	10%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	3/08/18	Revisión de Teorías y guías		x	10%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	17/08/18	Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería		x	10%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	30/08/18	Restauración del Proceso de Atención de Enfermería		x	10%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	14/09/18	Recepción de trabajo pasado por urkund		x	10%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	17/09/18	Restauración de marca Teórico		x	30%			<u>Maria Acosta</u>	
1h	18/09/18	Aprobación del URKUND.	x		30%			<u>Maria Acosta</u>	
					100%				



LIC. MARILÚ HINOJOSA SUERRERO, MSC
COORDINADORA DE TITULACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo N° 6: Solicitud De Entrega De Los Tres Anillados



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE OPTOMETRÍA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 18 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, yo, **Acosta López María de Lourdes**, con cédula de ciudadanía **120631584-6**, egresada de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente


Acosta López María de Lourdes
C.I. 120631584-6