



**UNIVERSIDAD  
DE  
SOTAVENTO A.C.**



---

---

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“Plan de Cuidados de Enfermería a paciente con secuelas de Traumatismo  
Cráneo Encefálico / Fractura de columna L1 y L4”.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**DACIA ZELIBEHT GARCIA ACOSTA**

ASESORA  
**LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY**

**Coatzacoalcos, Veracruz.**

**OCTUBRE 2021.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Contenido

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO.....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
FISIOPATOLOGÍA .....	6
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD .....	9
HISTORIA CLÍNICA .....	12
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA .....	14
Patrones Alterados .....	15
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA .....	16
Evolución .....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22

## **DEDICATORIA**

Dedico de manera especial a la forjadora de mi camino, a quien ha sido mi mano derecha durante todo este tiempo, por echarme una mano siempre que la necesité. Ella fue el principal cimiento de la construcción de mi vida laboral. Es cierto, no ha sido nada fácil, sin embargo gracias a su ayuda, esto ha sido un tanto menos complicado, madre.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi principal agradecimiento es para Dios, por bendecirme en la vida, a él, quien me dio la fe, la salud y la esperanza; por ser mi apoyo y fortaleza en este camino que estoy culminando.

Gracias a mis padres, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; todos mis logros se los debo a ustedes. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Gracias a la Universidad de Sotavento A.C, por brindarme la oportunidad de ser parte de ella y darme las armas para mi preparación como Licenciada en Enfermería. Agradezco mucho por la ayuda a mis maestros y compañeros por compartir y transmitirme todos sus conocimientos.

# INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es cualquier lesión estructural o funcional del cráneo y/o su contenido secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. Es una patología frecuente en los países industrializados.

Continúa siendo un problema de salud a nivel mundial con alta incidencia de mortalidad y morbilidad en pacientes de edad productiva. En México, el TCE es la cuarta causa de muerte, que corresponde a muertes violentas y accidentes, con mortalidad de 38.8 por 100 mil habitantes. En relación con hombres y mujeres, es mayor el del varón en 3:1, afecta principalmente a la población de 15 a 45 años.

Las causas más comunes de este problema son los accidentes de tráfico con un 75% aproximadamente, afectando más a los jóvenes menores de 25 años, motociclistas y personas que manejan en estado de ebriedad, estando incluidas las lesiones de los ocupantes del vehículo, peatones y ciclistas.

Las caídas son la segunda causa más frecuente de traumatismo; es aquí donde se incluyen a las personas de mayor edad que suelen lesionarse como resultado de caídas. Gran porcentaje de sobrevivientes a esta entidad tendrán secuelas incapacitantes.

La mortalidad de los pacientes con trauma craneoencefálico grave es muy elevada si no se cumplen métodos de tratamientos intensivos para controlar la elevación postraumática de la presión intracraneal, la hipoxia o isquemia cerebral y otras complicaciones.

De lo anterior emana la importancia de su apropiado diagnóstico y tratamiento. El manejo del TCE es un proceso dinámico que inicia desde el período pre hospitalario en la escena del accidente, se continúa en urgencias y/o quirófano, posteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y finalmente en

rehabilitación. Por la magnitud y la complejidad de esta afección, en especial cuando está aunada a otra lesión traumática, es de suma importancia la atención multidisciplinaria.

Se considera con un traumatismo craneoencefálico grave a todo paciente que presente al menos uno de los siguientes elementos clínicos y radiológicos:

- Escala de coma Glasgow (ECG) menor de 9 puntos.
- Deterioro del nivel de conciencia con uno de los siguientes datos clínicos: anisocoria, defecto motor neurológico central y bradicardia e hipertensión arterial.
- Convulsiones postraumáticas prolongadas o estado epiléptico.
- Trauma penetrante craneal con escala de Glasgow menor de 13.

Los signos clínicos que hacen sospechar el estado de choque pueden ser difíciles de apreciar en los estadios iniciales del trauma, debido a mecanismos compensatorios.

# FISIOPATOLOGÍA

Los nutrientes principales del cerebro son el oxígeno y la glucosa. El cerebro es el tejido con menor tolerancia a la isquemia, con un consumo de oxígeno de 20% del total corporal, utilizando 60% sólo para formar ATP, con una tasa metabólica (consumo de oxígeno) entre 3 ml y 5 ml, O<sub>2</sub>/100 g tejido/minuto ( $\pm$  50 ml/min en adultos de consumo de O<sub>2</sub>).

Una oclusión del flujo mayor a 10 seg disminuye la PaO<sub>2</sub> rápidamente a 30 mmHg llevando el paciente a inconciencia, y a los 15 seg tiene alteraciones en electroencefalograma (EEG), luego entre 3 y 8 minutos se agotan las reservas de ATP iniciando una lesión neuronal irreversible entre los 10 y 30 min siguientes. El consumo de glucosa es de 5 mg/100g/min, con 90% de metabolismo aerobio.

En condiciones de trauma secundario a estrés y descarga catecolaminérgica, el nivel estará con frecuencia elevado por lo cual no es necesario aplicar soluciones dextrosadas. Algunos estudios han demostrado que estas soluciones aumentan el edema cerebral, causan alteración en la regulación osmótica, aumentando el área de isquemia y la morbimortalidad del paciente.

El flujo sanguíneo cerebral (FSC) normal es de 55 ml/ 100 g/min (750 ml/min), demorándose en promedio una partícula 7 segundos desde la carótida interna hasta la yugular interna. Si el FSC está entre 25 y 40 ml/100 g/min habrá disminución de la conciencia y menores de 10 ml/100 g/min habrá muerte celular.

Parte de este flujo sanguíneo cerebral está dado por la presión de perfusión cerebral (PPC), la cual es la diferencia entre la presión arterial media y la presión intracraneana. La presión de perfusión cerebral normal está entre 60-70 mmHg.

**Lesión primaria.** Es el daño directo causado por el impacto del trauma o por los mecanismos de aceleración-desaceleración. Incluye contusión cortical, laceración

cerebral, fractura de cráneo, lesión axonal, contusión del tallo, desgarro dural o venoso, etc.

**Lesión secundaria.** Se desarrolla como consecuencia de la injuria primaria, desarrollando sangrados, edemas, hiperemia, trombosis y otros procesos fisiopatológicos secundarios. Incluye hematoma intracraneano, epidural o subdural, edema cerebral, hipoxia y/o hipoperfusión cerebral, elevación de neurocitotoxinas y radicales libres, neuroinfección y aumento de la hipertensión endocraneana.

**Lesión terciaria.** Es la expresión tardía de los daños progresivos o no ocasionados por la lesión primaria y secundaria con necrosis, apoptosis y/o anoikis (muerte celular programada por desconexión), que produce eventos de neurodegeneración y encefalomalasia, entre otros.

**Deterioro retardado.** De los pacientes que inicialmente tuvieron TCE y no manifestaron síntomas o signos de lesión cerebral, 15% pueden presentar después en minutos u horas un deterioro neurológico causado por lesiones que pueden ser fatales si no se detectan a tiempo conocidas como “habla y deteriora” o “habla y muere”.

Por esta razón es que todo individuo con TCE (no importando el grado) se debe observar durante 24 horas como mínimo, o hasta que esté resuelto su síndrome de base, así como también todo paciente que tenga criterios para tomársele una escanografía cerebral y se le realice en las primeras 6 horas (escanografía temprana) se debe repetir si presenta síntomas o signos neurológicos y/o antes de darle salida.



## **CLASIFICACIÓN:**

A la hora de clasificar se utiliza entre otros sistemas de puntuación de la gravedad del paciente, la escala de Coma de Glasgow (GCS), dicha escala analiza el nivel de conciencia con unos ítems que puntúan del 3 al 15 la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora de la persona. Según el resultado, Generalli diferenció en tres tipos, leve, moderado y grave, en los que además se evidencia una clínica del paciente más exacerbada según la gravedad.

En el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve (14-15) no se produce pérdida de conciencia o ésta es de minutos de duración, no hay deterioro de las funciones neurológicas a largo plazo y algunos de los síntomas presentes son dolor de cabeza, náuseas, mareo o incluso problemas de atención o concentración por una afectación cognitiva momentánea.

En el traumatismo craneoencefálico (TCE) moderado (9-13) puede encontrarse al paciente incluso en estado estuporoso, con una complicación de los síntomas presentes en el leve, tales como vómitos, agitación, incoordinación o cefalea que no cede.

En el traumatismo craneoencefálico (TCE) grave (3-8) existe una alteración de las funciones neurológicas, estado comatoso, en el que si la víctima está inconsciente o sin reflejos protectores de la vía aérea está indicada la intubación endotraqueal.

**HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD**

**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

PERIODO PRE PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO				
<p><b>Definición:</b> Se denomina traumatismo encéfalo–craneano (TEC) a cualquier impacto súbito o golpe en la cabeza que afecta el cuero cabelludo, la bóveda craneana o su contenido, con pérdida de conciencia o sin ella.</p> <p><b>Agente:</b> Accidentes de tráfico, caídas, golpes.</p> <p><b>Huésped:</b> Niños y adultos de cualquier sexo, raza y situación económica.</p> <p><b>Ambiente:</b> En todo el mundo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida momentánea de la conciencia</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Letargo</li> <li>• Vómitos en proyectil</li> <li>• Fuga de LCR</li> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Amnesia variable</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Hemiplejía</li> <li>• Edema cerebral</li> <li>• Midriasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematoma epidural agudo</li> <li>• Hematoma subdural agudo y crónico.</li> <li>• Tardías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningitis</li> <li>• Aumento de la PIC.</li> <li>• Hidrocefalia</li> <li>• Hipopituitarismo</li> <li>• Arritmias cardíacas</li> <li>• Ulceras por estrés</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado vegetativo crónico</li> <li>• Epilepsias.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Hemiplejía</li> <li>• Contracturas.</li> <li>• Ceguera traumática aguda.</li> <li>• Anosmia.</li> <li>• Hemiparesia y afasia.</li> <li>• Por medicación</li> <li>• Híper-catabolismo</li> </ul>	<p>La mortalidad por TEC se estima en 10 por cada 100.000 habitantes; a diferencia de los adultos.</p>	
		<b>Signos y síntomas</b>	<b>Defecto o daño</b>	<b>Incapacidad</b>	<b>Edo. Crónico</b>	<b>Muerte</b>
		<p><b>CAMBIO TISULARES:</b> Lesión primaria: acción directa del traumatismo. Contusión, laceración, contragolpe y conmoción cerebral, focos corticales de necrosis, hemorragia y, a veces, edema intenso en la región, se conserva integridad de la duramadre. Lesión secundaria: Pérdida de la autorregulación de la circulación cerebral y la permeabilización de la barrera hematocefalica.</p>				
<p>PREVENCIÓN PRIMARIA OBJETIVOS: MANTENER Y MEJORAR LA SALUD</p>		<p>PREVENCIÓN SECUNDARIA OBJETIVOS: ATENDER, LIMITAR Y CONTROLAR LA ENFERMEDAD. EVITAR LA MUERTE</p>		<p>PREVENCIÓN TERCIARIA OBJETIVO: REFUNCIONALIZAR. VITALIZAR</p>		
<b>Promoción de la salud</b>	<b>Protección específica</b>	<b>Diagnostico precoz y tratamiento oportuno</b>		<b>Limitación del daño</b>		<b>Rehabilitación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sobre prevención de accidentes.</li> <li>• Educación a través de medios de comunicación masivos.</li> <li>• Educación sobre el uso de medidas de seguridad a la población en general.</li> <li>• Mejorar condiciones de las carreteras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de spots que concienticen a la población en general sobre la importancia de:</li> <li>• El uso del cinturón de seguridad al manejar.</li> <li>• El uso de sillas de seguridad para niños menores de 7 años.</li> <li>• Uso de aditamentos de protección y el consumo responsable de sustancias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de aditamentos de protección y el consumo responsable de sustancias alcohólicas.</li> <li>• Evaluación neurológica.</li> <li>• Evaluación del grado de coma. (escala de Glasgow.</li> <li>• TAC, Rx de cráneo.</li> <li>• Gasometría arterialTX: * Estabilización cardio-respiratoria * Sedación y analgesia</li> <li>• Reducción de la PIC.</li> <li>• Reparaciones quirúrgicas. Atender las fracturas craneales.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparación.</li> <li>• Coma inducido.</li> <li>• Descompresión cerebral.</li> <li>• Alimentación balanceada (blanda y aumentarla hasta llegar a dieta ligera)</li> <li>• Inmovilización.</li> <li>• Corregir la hipovolemia.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Readiestramiento cognoscitivo.</li> <li>• Reintegración social.</li> <li>• Crear conciencia en la familia.</li> <li>• Lograr que el enfermo y la familia acepte tratamiento por el tiempo que sea necesario.</li> <li>• Integrarlo a un grupo de Terapia física.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar el significado de los señalamientos de tránsito.</li> </ul>	alcohólicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos ( anti- convulsivos, antagonistas de la histamina, antibióticos, antiácidos, diuréticos, ...) Manitol, Furosemida.</li> </ul>		
<b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b>		<b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b>		<b>PREVENCIÓN Terciaria</b>
Conducta preventiva por el huésped sano		Conducta preventiva por el huésped enfermo		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen estilo de vida, alimentación, ejercicio e higiene.</li> <li>• Participar eficazmente en programas de promoción a la salud y adoptar hábitos saludables.</li> <li>• Recibir adecuadamente información para el aprendizaje y cambio significativo.</li> <li>• Consultar en forma regular a profesional.</li> <li>• Buscar información y adoptar hábitos protectores.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta periódica.</li> <li>• Percibir signos y síntomas.</li> <li>• Buscar ayuda competente.</li> <li>• Adoptar el papel de enfermo.</li> <li>• Ajustarse al sistema de atención.</li> <li>• Prevenir complicaciones y secuelas.</li> <li>• Cooperar con nuevos tratamientos.</li> <li>• Recapacitarse</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación máxima de la funcionalidad</li> <li>• Adaptarse a una nueva identidad.</li> <li>• Utilización máxima de las capacidades del individuo para su pronta recuperación.</li> </ul>
Conducta preventiva por el equipo de salud		Conducta preventiva por el equipo de salud		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover por cualquier vía el ambiente saludable y la salud del individuo y la comunidad.</li> <li>• Transmitir e informar por canales adecuados, para facilitar aprendizaje significativo.</li> <li>• Ofrecer medios accesibles para adopción de medidas de protección</li> <li>• Realizar estudios al paciente para ver su estado de salud.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr de la paciente información suficiente y confiable.</li> <li>• Cordialidad y confianza.</li> <li>• Programación participativa.</li> <li>• Actuación profesional íntegra, firme e inequívoca sin ser dominante, vacilante o pasivo</li> <li>• Apoyo psicosocial.</li> <li>• Facilitar recuperación-</li> <li>• Respalda a crear nueva identidad al paciente y familia</li> <li>• Capacitar pacientes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar asistencia a sus citas médicas.</li> <li>• Verificar su control farmacológico.</li> <li>• Realizar estudios para ver su evolución.</li> </ul>
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel

# HISTORIA CLÍNICA

**Nombre del Paciente:** A.V. J.C.

**Sexo:** Masculino.

**Edad:** 59 Años.

**Diagnóstico:** Secuelas de TCE Severo/ FX. Columna L1 L4.

**Lugar de origen:** Coatzacoalcos, Veracruz

**Lugar de residencia:** Coatzacoalcos, Veracruz

**Escolaridad:** Primaria

**Ocupación:** Obrero

**Estado civil:** Casado

**Religión:** Católica

**Hemotipo:** O +

Se realizó interrogatorio indirecto a la hija del paciente la cual nos otorga los siguientes antecedentes de interés:

## **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Refiere ambos padres finados, con antecedentes de DM2 y HAS, desconoce causa de muerte de sus padres. Refiere 2 hermanos con DM2 y HAS.

## **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

Habita en casa propia elaborada con materiales perdurables, con todos los servicios básicos de urbanización, luz, agua, drenaje, así como refiere baño intradomiciliario y patio donde habita un perro. Paciente refiere que los hábitos higiénicos dietéticos da 3 comidas al día en buena calidad y cantidad con predominio de pollo y carne, baño diario con posterior cambio de ropa, así como cepillado de dientes tres veces al día posterior a cada alimento. Reporta alcoholismo crónico desde su adolescencia y tabaquismo desde la adolescencia con una cajetilla diaria, suspendidos ambos hace 7 años.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:**

Tiene antecedentes de HAS de larga evolución tratada con nifedipino y metoprolol, niega alergias y cirugías previas, niega DM2.

**TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

**Soluciones:** Sol. Mixta 1000 cc pp/24 hrs + 20 mEq de KCL.

**Medicamentos:**

- Omeprazol 40 mg i.v c/ 24 hrs.
- DFH 125 mg i.v c/ 8 hrs
- Cefotaxima 1 G i.v c/ 8 hrs.
- Ketorolaco 30 mg i.v c/ 8 hrs.
- Hipromelosa 2 gotas c/ 6 hrs.

**Medidas generales.**

- SV C/ 6 Hrs cuidados de paciente neurológico.
- Aspiración de secreciones.
- Movilizar en bloques, tiene Fx L1 Y L4.
- Monitorización continúa.
- Vigilar estado neurológico y patrón respiratorio.
- Disminuir Dopamina hasta suspender.

**Cánula:** Jackson.

**Dieta:** Por Gastrostomía en quintos licuada, 1600 kcal

**SIGNOS VITALES:**

Tensión Arterial: 152-45 mmHg

Frecuencia Cardiaca: 61 por minuto.

Frecuencia Respiratoria: 23 por minuto.

Temperatura Corporal: 36°C

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se trata de un paciente masculino de 59 años de edad que es remitida al Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital X después de sufrir un accidente de tráfico. Se desconoce la cinemática del trauma, se infiere que sufre un TCE severo posterior a la caída de la motocicleta que por el traumatismo con el que cursa se considera no portaba casco y que conducía a una velocidad mayor a 30 km/h.

Ante el hallazgo de una puntuación de 5 en la escala de Glasgow se decidió intubación e inicio de ventilación mecánica.

En el momento de la llegada al hospital se realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal urgente donde se apreciaron pequeños focos hemorrágicos subcorticales en región frontal izquierda, parietal izquierda y tronco. Se descubrieron también hematomas faciales, FX. En columna L1 L4, ausencia de volet costal, abdomen blando con hematoma subcostal izquierdo y diversos hematomas en las extremidades superiores e inferiores. Los resultados de laboratorio reportaron: anemia y leucocitosis. La gasometría reportó acidosis respiratoria compensada, hemodinámicamente con tendencia a la hipotensión, se mantiene en sedación por TCE y probable edema cerebral.

Inicialmente se mantuvo sedación y ventilación mecánica, procediéndose a la comprobación del neumotórax izquierdo y su drenado con catéter pleural. Al día siguiente se procedió a la aplicación de una nueva TAC craneal que mostró contusión hemorrágica petequiral en tubérculo cuadrigémimo derecho y atrofia cortical discreta. Se estabiliza y se maneja con buprenorfina, cefotaxima, ranitidina, fenitoína e infusión de propofol. Es sometido a cirugía 24 horas después, en la que se encuentra hemoperitoneo, trauma esplénico grado III. Se decide manejo no operatorio y esperar respuesta en estancia hospitalaria con reposo absoluto, antibioticoterapia, monitoreo de SV y hemoglobina.

## Patrones Alterados

1. **Promoción de la salud:** N/A
2. **NUTRICIÓN:** Actualmente por su problema de salud se encuentra con restricción de alimentos sólidos, por lo que requirió una Gastrostomía y recibe alimentación en quintos licuada, 1600 kcal.
3. **Eliminación:** Paciente por su patología presenta control de ingesta y eliminación, tiene colocado una sonda vesical (Foley) a derivación con poca cantidad de orina drenada durante el turno, con aspecto amarillo turbio concentrado.  
Asociado a su falta de motilidad su patrón de eliminación esta alterado. Además, no control sus esfínteres correctamente razón por la que se le coloca pañal.
4. **ACTIVIDAD/REPOSO:** Paciente sin movilidad voluntaria, solo es movilidad asistida y en bloque.
5. **Percepción/cognición:** Ahora paciente permanece con deterioro de conciencia, somnoliento, con respuesta disminuida a estímulos sensoriales.
6. **Autopercepción:** Su condición de salud limita su estado de vigilia, sus reacciones a algunos estímulos, y no puede comunicarse de manera coherente y comprensiva.
7. **Rol/relaciones:** Familiares manifiestan dar los cuidados necesarios a paciente.
8. **Sexualidad:** N/A
9. **Afrontamiento/tolerancia al estrés:** N/A
10. **Principios vitales:** N/A
11. **SEGURIDAD/PROTECCIÓN:** Lesiones cutáneas y en mucosas, peligro continuo de lesiones e infecciones.
12. **Confort:** No es percibido por el paciente, pero se propicia por parte de familiares y equipo de salud.



## **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

<b>NIVEL:</b> 2	<b>ESPECIALIDAD:</b> Cirugía General	<b>SERVICIO:</b> Sector Privado	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INDEPENDIENTE</b> <b>TITULO: Sec de TCE Severo/ FX. Columna L1 L4.</b>			
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>			<b>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>			
<b>DOMINIO: 2 Nutrición. CLASE: 1 Ingesta.</b>  <b>ED:</b> Deterioro de la deglución (00103) <b>Relacionado con</b> Problemas neurológicos: Traumatismo craneal. <b>Manifestado por</b> Deterioro de la fase esofágica: Presencia evidente de dificultad en la deglución. Deterioro de la fase oral: cierre incompleto de la boca, falta de masticación, incapacidad de la lengua para formar el bolo.			<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>PUNTUACIONES DEL RESULTADO</b>
			<b>DOMINIO: 02</b> Salud fisiológica. <b>CLASE: K</b> Nutrición. <b>RESULTADO:</b> Estado de la deglución: Fase Oral. (1012)	<b>101201</b> Mantiene la comida en la boca. <b>101203</b> Formación del bolo alimentario. <b>1012045</b> Capacidad de masticación. <b>101209</b> Cierre de los labios.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	GLOBAL: 5 DIANA: MANTENER: 2 AUMENTAR: 3
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>						
<b>CAMPO: 02 Fisiológico: Complejo. - CLASE: K Control respiratorio.</b>						
<b>INTERVENCION: Precauciones para evitar la aspiración. (3200)</b>						
<b>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, reflejo de gases y capacidad deglutiva.</li> <li>• Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.</li> <li>• Mantener el dispositivo traqueal inflado.</li> <li>• Mantener el equipo de aspiración disponible.</li> <li>• Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.</li> <li>• Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación.</li> <li>• Evitar la alimentación, si los residuos son abundantes.</li> <li>• Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.</li> <li>• Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.</li> </ul>			<b>ACTIVIDADES INTERPENDIENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar el estado pulmonar.</li> <li>• Mantener una vía aérea.</li> </ul>			
<b>ELABORO:</b> DACIA ZELIEBEHT GARCIA ACOSTA.			<b>FECHA DE ELABORACION:</b> SEPTIEMBRE 2019.			

<b>NIVEL:</b> 2	<b>ESPECIALIDAD:</b> Cirugía General	<b>SERVICIO:</b> Sector Privado	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INDEPENDIENTE</b> <b>TÍTULO: Sec de TCE Severo/ FX. Columna L1 L4.</b>		
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>		<b>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>			
<b>DOMINIO: 4 Actividad/ Reposo.</b> <b>CLASE: 2 Actividad/ Ejercicio.</b> <b>ED: Riesgo de síndrome de desuso (00040) Relacionado con Parálisis.</b>		<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>PUNTUACIONES DEL RESULTADO</b>
		<b>DOMINIO: 02</b> Salud fisiológica. <b>CLASE: J-</b> Neurocognitiva. <b>RESULTADO:</b> Estado neurológico: Función sensitiva/motora medular (0914)	<b>091401</b> Movimiento de cabeza y hombro. <b>091402</b> Función autónoma. <b>091405</b> Fuerza del movimiento de la extremidad. <b>091410</b> Estiramiento la parte inferior del cuerpo.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	<b>GLOBAL: 5</b> <b>DIANA:</b> <b>MANTENER: 2</b> <b>AUMENTAR: 3</b>
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>					
<b>CAMPO: 01</b> Fisiológico: Básico. <b>CLASE: C</b> Control de inmovilidad.					
<b>INTERVENCION: Cuidados del paciente encamado (0740)</b>					
<b>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.</li> <li>Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.</li> <li>Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.</li> <li>Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.</li> <li>Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.</li> <li>Utilizar dispositivos en la cama (p. ej., borreguito) que protejan al paciente.</li> <li>Subir las barandillas.</li> <li>Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel.</li> <li>Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.</li> <li>Vigilar el estado de la piel.</li> <li>Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y / o activos.</li> <li>Ayudar con las medidas de higiene (p. ej., uso de desodorante o perfume).</li> <li>Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.</li> <li>Monitorizar el estado pulmonar.</li> </ul>				<b>ACTIVIDADES INTERPENDIENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar con las actividades de la vida diaria.</li> <li>Observar si se produce estreñimiento.</li> <li>Controlar la función urinaria.</li> </ul>	
<b>ELABORO:</b> DACIA ZELIBEHT GARCIA ACOSTA				<b>FECHA DE ELABORACION:</b> SEPTIEMBRE 2019	

<b>NIVEL:</b> 2	<b>ESPECIALIDAD:</b> CX General	<b>SERVICIO:</b> Sector Privado	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INDEPENDIENTE</b> <b>TITULO: Sec de TCE Severo/ FX. Columna L1 L4.</b>			
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</b>			<b>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>			
<b>DOMINIO: 11- Seguridad/ Protección.</b>  <b>CLASE: 2- Lesión física.</b>  <b>ED:</b> Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) <b>Relacionado con</b> Obstrucción de las vías aéreas: Mucosidad excesiva <b>Manifestado por:</b> Cambios en la frecuencia respiratoria, Cambios en el ritmo respiratorio, Excesiva cantidad de esputo y tos inefectiva.			<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>PUNTUACIONES DEL RESULTADO</b>
			<b>DOMINIO: 2</b> Salud fisiológica. <b>CLASE:</b> Cardiopulmonar (E). <b>RESULTADO:</b> Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	041004 Frecuencia respiratoria. 04105 Ritmo respiratorio. 041012 Capacidad de eliminar secreciones.  041019 Tos. 041020 Acumulación de esputos.	1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.  1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.	GLOBAL: 6 DIANA: MANTENER: 2 AUMENTAR: 3  GLOBAL: 4 DIANA: MANTENER: 2 AUMENTAR: 3
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>						
<b>CAMPO: 02 Fisiológico: complejo. CLASE: K Control respiratorio.</b>						
<b>INTERVENCION: Manejo de las vías aéreas (3140).</b>			<b>INTERVENCION: Aspiración de las vías aéreas (3160)</b>			
<b>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.</li> <li>Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.</li> <li>Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>Enseñar a toser de manera efectiva.</li> <li>Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal.</li> <li>Administrar broncodilatadores, si procede.</li> <li>Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.</li> </ul>			<b>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la necesidad de la aspiración oral y / o traqueal.</li> <li>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</li> <li>Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.</li> <li>Aspirar la nasofaringe con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración.</li> <li>Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara.</li> <li>Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal.</li> <li>Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.</li> <li>Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.</li> <li>Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.</li> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</li> </ul>	<p>tubo endotraqueal, tubo de traqueotomía o vía aérea del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80 a 100 mmHg para los adultos).</li> <li>• Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO<sub>2</sub> y SvO<sub>2</sub>) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.</li> <li>• Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.</li> <li>• Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimentara bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o de saturación.</li> <li>• Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.</li> <li>• Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</li> <li>• Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad.</li> </ul>
<p><b>ELABORO:</b> DACIA ZELIBEHT GARCIA ACOSTA</p>	<p><b>FECHA DE ELABORACION:</b> SEPTIEMBRE 2019</p>

## **Evolución**

El familiar del paciente ha recibido orientación sobre su estado de salud actual, y se mantiene en constante observación, el tratamiento a seguir por el médico responsable es el tratamiento farmacológico para mantener el dolor y preservar la vida. Actualmente el paciente se mantiene sedado a la espera de su pronta recuperación y tolerancia respiración espontánea para ser extubado y consecuentemente retirar la sedación, por el momento se maneja el dolor de la paciente por medio de farmacoterapia, apoyo ventilatorio, cambios posturales y movilización en bloque.

El tratamiento tiene como objetivo prevenir la aparición de lesiones cerebrales secundarias producidas por un hematoma intracraneal, isquemia, presión intracraneal elevada con herniación tensorial o amígdala e infección.

En la ejecución se realizaron acciones de enfermería para la mejoría de la paciente, como son: administración de medicamentos, cuidados a sonda nasogástrica (SNG), sonda Foley, cuidados para prevenir úlceras por presión, monitorización hemodinámica, aspiración de secreciones por tubo endotraqueal-boca, control de líquidos y glucemias, entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo-Esper R., Meza-Márquez J.M., *Trauma craneoencefálico*, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 38. Supl. 3 Octubre-Diciembre 2015 pp S433-S434 URL:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma2015/cmas153h.pdf>
2. Tirado Soler M., Argote Pena Y., Delgado Ravelo R., *Comportamiento del Traumatismos Craneoencefálicos. Estudio de 5 Años*. URL:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/123\\_comportamiento\\_del\\_traumatismos\\_craneoencefalicos\\_estudio\\_de\\_5\\_anos.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/123_comportamiento_del_traumatismos_craneoencefalicos_estudio_de_5_anos.pdf)
3. González Villavelázquez M.L., García González A., *Trauma craneoencefálico*, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013 pp S186-S193. URL:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf>
4. Guzmán F., *Fisiopatología del trauma craneoencefálico*. Vol. 39 N° 3 (Supl 3), 2018 (Julio-Septiembre)  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39s3/v39s3a11.pdf>
5. NANDA Internacional 2015- 2017; Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación.
6. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Medición de Resultados en Salud; 5ta Edición
7. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); 6ta Edición.