



# **UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**



---

---

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PACIENTE CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2, CARDIOPATA Y HEMATOMA SUBDURAL.”**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**SELENE DE JESUS RAMOS CRUZ**

ASESORA:

**MTRA. ADELA MARTÍNEZ PERRY**

**Coatzacoalcos, Veracruz**

**septiembre 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo profesional a mi familia, amigos y maestros en especial a la directora, Maestra Adela Martínez Perry, y a la Maestra Yanely Baruch Martínez, quienes fueron testigos del largo camino recorrido, el cual he logrado culminar.

## **AGRADECIMIENTO**

El señor es mi fuerza y mi escudo; mi corazón en Él confía; de Él recibo ayuda. Mi corazón salta de alegría, y con cánticos le daré gracias  
*(Salmo 28:7)*

Agradezco a Dios por haberme sustentado en el proceso de mi preparación profesional, por ser mi fortaleza, por darme unos padres maravillosos, quienes me enseñaron a jamás rendirme y a luchar para obtener la recompensa, agradezco a mi hermano, que con su sacrificio me dio la oportunidad de poder hacer este sueño realidad, agradezco a mi esposo por soñar conmigo, por ser mi apoyo incondicional, por impulsarme a querer obtener más allá de lo que imaginamos.

# ÍNDICE

1. Introducción .....	1
2. Fisiopatología .....	2
Tratamiento .....	3
Prevención .....	5
3. Historia clínica .....	5
4. Valoración de enfermería .....	6
5. Intervenciones de enfermería .....	7
Razonamiento diagnóstico 1 .....	8
Plan de cuidados 1 .....	9
Razonamiento diagnóstico 2 .....	11
Plan de cuidados 2 .....	12
Razonamiento diagnóstico 3 .....	14
Plan de cuidados 3 .....	15
6. Evolución .....	17
7. Conclusión .....	17
8. Recomendaciones .....	18
9. Referencias bibliográficas .....	20

# 1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) y la cardiopatía isquémica constituyen una epidemia global, representando una gran carga para la salud pública. El número de diabéticos crece de forma alarmante; estimándose que afecta a más de 422 millones de personas en todo el mundo. Para el año 2035 se proyecta 592 millones de diabéticos. La DM es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglicemia, producto de defectos en la producción, secreción y/o acción de la insulina. Se subclasifican en: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), diabetes gestacional (DMG) y otros tipos específicos. Los pacientes con DM2 suponen la mayor proporción de personas que padecen esta patología.

Estudios epidemiológicos han mostrado de manera consistente que individuos con DM2 tienen el doble de riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, en comparación con individuos sanos. Aunque se observa una asociación consistente entre el control glicémico y la enfermedad cardiovascular, el efecto del control glicémico estricto parece no reducir el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

Asimismo los hematomas subdurales (HSD), crónicos son colecciones de lenta y sostenida progresión ubicadas entre la duramadre y la aracnoides, que se originan de una hemorragia subdural traumática seguida de un proceso de hiperfibrinólisis o licuefacción del coágulo y degradación de los restos hemáticos de manera que se activa una respuesta inflamatoria que condiciona la formación de membranas ricamente vascularizadas, lo que lleva a una acumulación de plasma y resangrados dentro de la cavidad neoformada, cuyo rico contenido proteico ejerce, a su vez, un mecanismo de presión oncótica. Esta colección ejerce una presión sobre el cerebro que finalmente vence la tolerancia individual de cada paciente, y condiciona el inicio de las manifestaciones clínicas. En la mayoría de los casos existe el antecedente de un traumatismo ocurrido mínimo tres semanas antes. Aunque en algunos casos no se documenta dicho antecedente.

## 2. FISIOPATOLOGÍA

La diabetes mellitus es un proceso crónico que cursa con elevación permanente de los niveles de azúcar en la sangre. Muchas enfermedades o circunstancias intercurrentes, es decir, que ocurren simultáneamente en un paciente diagnosticado de diabetes mellitas pueden llevar a su descompensación. Las más comunes son las infecciones, los traumatismos, los factores estresantes, etc.

Por otro lado, una patología común en el servicio de neurocirugía es el hematoma subdural crónico que afecta principalmente a pacientes varones de edad avanzada. Es una acumulación de sangre que se localizan el espacio subdural que puede ocurrir espontáneamente o ser el resultado de una lesión en la cabeza u otras patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, alcoholismo o factores externos como un trauma craneal y consumo de antiagregantes plaquetarios. Como factores intrínsecos: la edad, alteraciones al caminar y movilidad, problemas del equilibrio, mal estado de salud, trastornos emocionales y efectos de las medicinas. Los factores extrínsecos como: ambientes desconocidos, el uso de calzado inadecuado y poca iluminación. Se informó que la incidencia general de hematoma subdural crónico varía de 1,72 a 20,6/ 100.000 personas por año, con una incidencia significativamente mayor en los adultos mayores. Se ha observado una tendencia hacia un aumento en la incidencia, que puede atribuirse al envejecimiento de la población en general como resultado de un aumento en la esperanza de vida.

El HSD se caracteriza por una acumulación de sangre o hemoderivados en el espacio entre la duramadre y la capa aracnoidea o de la piamadre del cerebro. Puede producirse espontáneamente o a consecuencia de un traumatismo craneal u otras patologías.

Un HSD se clasifica como agudo, crónico o subagudo según el momento de aparición y las imágenes del cerebro. La morbimortalidad asociada con el HSD aumenta con la edad y el consumo de anticoagulantes, así como con el tratamiento antiplaquetario.

El HSD crónico en adultos, generalmente se desarrolla de 2 a 3 semanas después del suceso causal y, a menudo, tiene mal pronóstico. Dado que el diagnóstico y el tratamiento inmediatos son fundamentales para prevenir la discapacidad o la muerte.

Asimismo, en la patogenia de los eventos cardiovasculares, se ha evidenciado que los factores de riesgo poseen un efecto independiente y no sinérgico. Sin embargo, se ha postulado que las personas con DM2 son propensas a las consecuencias asociadas a la disfunción endotelial. Esto implicaría un efecto potenciador entre DM2 y disfunción endotelial en la génesis y desarrollo de la cardiopatía isquémica.

## **TRATAMIENTO**

Pacientes con antecedente de TCE, presencia de hematoma subdural laminar y neurológicamente íntegros o asintomáticos se deberá tener un seguimiento tomográfico cada 4 semanas o antes si inicia con sintomatología.

Se recomienda el uso de anticonvulsivantes en aquellos pacientes que debutaron con crisis convulsivas o con antecedente de epilepsia previa

Se recomienda el uso de Fenitoína a dosis de impregnación de 15 a 20 mg/kg dosis y de mantenimiento de 5 a 7 mg/kg dosis cada 8 horas por un tiempo mínimo de 6 meses en aquellos pacientes que debutaron con crisis o que no son epilépticos.

**El esquema de antibióticos recomendado para profilaxis en procedimientos neuroquirúrgicos limpios es:** Cefalotina 1gramo IV cada 8 horas por tres dosis iniciando la primera dosis en la inducción de la anestesia.

**Procedimientos neuroquirúrgicos limpios contaminados:** Cefalotina 1gramo IV cada 8 horas más metronidazol 500 mg cada 8 horas. La duración del protocolo de tratamiento debe ser en promedio de 5 días

Para el manejo del dolor en el postoperatorio la primera opción de tratamiento son los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siempre que no exista contraindicación para su uso. En los adultos mayores puede combinarse con paracetamol.

En pacientes con patología concurrente renal, hepática o hematológica que contraindique el uso de AINES se pueden utilizar derivados opiáceos como el tramadol o dextropoxifeno. En este tipo de patología no se deben usar los esteroides ni orales ni intravenosos.

Los criterios para el tratamiento quirúrgico del hematoma subdural crónico son:

- ✓ Paciente con hematoma subdural crónico (HSC) con repercusiones clínicas o sintomático
- ✓ Tomografía con colección subdural mayor de 1 cm
- ✓ Desplazamiento de las estructuras de la línea media mayor a 10 mm

Se recomienda la craneotomía mínima en aquellos pacientes que presentan hematomas que no tengan múltiples tabiques ni consolidación, en sujetos con patología agregada que contraindique un procedimiento anestésico general

La craneotomía convencional se recomienda en pacientes que presentan hematomas que no tengan múltiples tabiques ni consolidación y que puedan ser sometidos a un procedimiento anestésico general. La craneotomía es el procedimiento de elección en el manejo quirúrgico inicial de los hematomas subdurales crónicos multitabicados y/o consolidados con realización de membranectomía y escisión de tabiques. La craneotomía debe considerarse el tratamiento de última elección en el caso de recurrencias



## PREVENCIÓN

La detección temprana y el manejo adecuado y oportuno del paciente con hematoma subdural crónico minimizan considerablemente el riesgo de secuelas neurológicas y la mortalidad.

### 3. HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: M.E.J.M

EDAD: 84 Años

FECHA: 03 de junio de 2022

#### **Valoración preoperatoria Cardiovascular**

Masculino de 84 años, enviado a la valoración cardiovascular previa a cirugía, con Diagnóstico de Hematoma Subdural.

**AHF.** Carga genética para cardiopatía isquémica

**APNP.** Radica en Villahermosa, Tabasco, Tabaquismo previo.

Alergias negadas a medicamentos, Transfusiones negativo.

**APP.** Quirúrgicos negados, Diabetes Mellitus tipo 2 Diagnosticada hace 10 años, con tratamiento con Metformina y Glimepiridina. HTAS Negado. Dislipidemias sin tratamiento, Cardiopatía Isquémica detectado hace 1 año sin seguimiento.

**PEEA.** Se encuentra sin angina, disnea de esfuerzos, en CF II, mareos frecuentes en los últimos meses, no síncope, se le detectó Hematoma subdural derecho, hace 5 días, se envía a valoración cardiovascular previa a cirugía.

**EF.** TA 140/80

**PESO.** 62 kg.

FC. 70 x'

RsCs sin rítmicos sin soplos, CsPs sin crépitos, abdomen sin megalias, peristalsis normal, extremidades sin edema.

**EKG.** Ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 60 LPM, PR 180 MSEG, QTC 458 MSEG, Eje eléctrico QRS 7 Grados, Necrosis inferior.

**LAB.** HB 12.8, HTC 41, Plaquetas 210 MIL, Leucos 5800, Glicemia 153, Creatinina 1.1, Urea 36, Ácido úrico 4.5, Colesterol 213, TG 132, PFH Normales, Electrolitos séricos normales, Prueba de función tiroidea normales, sin tiempos de coagulación, Grupo y RH.

**TELE DE TORAX.** Sin hipertensión venocapilar pulmonar, Cardiomegalia GII  
**ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO.** Diámetros Ventriculares conservados, FEVI conservada del 55%, Infarto Posteroinferior, Insuficiencia Mitral Leve con efecto COANDA, Presión pulmonar normal, sin trombos intracavitarios.

#### **4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

Masculino de 84 años de edad, con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 controlada, Cardiopatía isquémica, IAM Posteroinferior, con FEVI conservada, actualmente sin angina, sin datos de falla cardiaca, descompensada ni bajo gasto, no hay contraindicaciones para su cirugía.

Riesgo quirúrgico intermedio de complicaciones cardiovasculares (GOLDMAN MODIF. II) Evitar sobrecarga hídrica e hipoxemia, uso de cristaloides para evitar hipotensión en caso necesario. Captopril solo en caso de HTA reactiva, Insulina rápida de acuerdo a glicemia capilar, sedación preoperatoria para evitar Hipertensión reactiva, monitorización continua.

TA: 140/90

FC:80x´

FR:22x´

T: 36.4°

SPO2: 97%

Glicemia capilar: 153 mg/dl

## **5.INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

## RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 1

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Masculino.  Diabético  84 años.  Usa bastón  Usa lentes  Peso: 62 kg  T/A: 140/90  FC: 70 x´  Hematoma subdural derecho	Paciente Diabético  84 años  T/A: 140/90  Lesión cerebral.	Diagnóstico de riesgo	<p style="text-align: center;"><b>Dominio 4:</b> Actividad/descanso</p> <p style="text-align: center;"><b>Clase 4:</b> Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p>	Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral  (00201)	Lesión cerebral (Hematoma subdural)	No aplica	Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral R/C Lesión cerebral.

## PLAN DE CUIDADOS 1

### NANDA / NOC

NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
3	Neurocirugía	Cirugía	PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 4 Actividad/descanso CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares			RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)</b>  Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral R/C Lesión cerebral.			<b>DOMINIO:</b> II Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> E Cardiopulmonar  <b>RESULTADO:</b> <b>0406</b> perfusión tisular cerebral	<b>041601.</b> Presión arterial sistólica  <b>041602.</b> Presión arterial diastólica  <b>041604.</b> Saturación de oxígeno  <b>041612.</b> Agitación  <b>041617.</b> Nivel de conciencia disminuido	1- Grave.  2- Sustancial.  3- Moderado.  4- Leve.  5- Ninguno	Mantener en 4

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
<b>CAMPO: 2 Fisiológico complejo</b>	<b>CLASE: I Control Neurológico</b>	<b>Guía de práctica clínica:</b> Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en Pacientes Mayores de 18 Años de Edad.
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 2550 Mejora de la perfusión cerebral</b> Intervenciones para optimizar la función neurológica		
<b>ACTIVIDADES:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido.</li> <li>2. Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (0,1 5 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.</li> <li>3. Administrar fármacos analgésicos, si procede.</li> <li>4. Vigilar el estado neurológico.</li> <li>5. Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades de cuidado.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los criterios considerados para el manejo conservador del paciente con hematoma subdural crónico son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad mayor de 70 años</li> <li>Minimental <math>\leq 21</math></li> <li>Atrofia cerebral</li> <li>Ausencia de datos de hipertensión intracraneana</li> <li>Pacientes asintomáticos.</li> </ul> </li> <li>2. Los pacientes que tengan más de 50 años de edad y con enfermedades crónicas asociadas, se deberá solicitar exámenes de laboratorio y gabinete tales como: tele de tórax, ECG en reposo, BH, QS de 12 elementos, pruebas cruzadas, tiempos de coagulación, valoración preoperatoria por medicina interna o cardiología o terapia intensiva de así permitirlo su estado neurológico.</li> <li>3. El sistema de gradación neurológica más comúnmente utilizado para los hematomas subdurales crónicos es la descrita por Markwalder: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Grado 0:</b> paciente neurológicamente normal</li> <li><b>Grado 1:</b> paciente alerta y orientado, síntomas mínimos, leve cefalea; ausencia o mínimos síntomas neurológicos focales, asimetría en los reflejos</li> <li><b>Grado 2:</b> somnoliento o desorientado, con déficit neurológico variable y hemiparesia leve</li> <li><b>Grado 3:</b> paciente estuporoso, pero responde apropiadamente a los estímulos nociceptivos; signos focales severos, puede haber hemiplegia</li> <li><b>Grado 4:</b> Paciente comatoso, ausencia de respuesta motora al estímulo doloroso o con postura de descerebración o decorticación.</li> </ul> </li> </ol>

## RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 2

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Edad: 84 años  Diabetes Mellitus  Peso: 62 kg  T/A: 140/90  FC: 70 x´  Glucosa inestable  Glicemia capilar: 153 mg/dl  Masculino.  Hematoma subdural derecho	Diabetes Mellitus Glicemia capilar 153 mg/dl	Diagnóstico de riesgo	<b>Dominio: 2</b> Nutrición  <b>Clase: 4</b> Metabolismo	Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable (00179)	Condición asociada: Diabetes Mellitus	No aplica	Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable R/C Enfermedad (Diabetes Mellitus)

## PLAN DE CUIDADOS 2

NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
3	Neurocirugía	Cirugía	PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 4 Metabolismo			RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)</b>  Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable R/C Enfermedad (Diabetes Mellitus)			<b>DOMINIO:</b> II Salud Fisiológica  <b>CLASE:</b> AA Respuesta terapéutica  <b>RESULTADO:</b> 2300. Nivel de glucemia	<b>230001.</b> Concentración sanguínea de glucosa  <b>230004.</b> Hemoglobina glucosilada  <b>230007.</b> Glucosa en orina  <b>230008.</b> Cetonas en orina	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	Mantener en 4



**CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)**

<p><b>CAMPO: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática</p>	<p><b>CLASE: G</b> Control de electrolitos y acido-base</p>	<p><b>Guía de práctica clínica:</b> Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención</p>
<p><b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 2120 Manejo de la hiperglucemia</b> Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.</p>		
<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.</li> <li>2. Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.</li> <li>3. Administrar insulina, según prescripción.</li> <li>4. Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado.</li> <li>5. Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación), si procede.</li> <li>6. Mantener una vía IV, si lo requiere el caso.</li> <li>7. Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.</li> <li>8. Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/ o antidiabéticos orales; control de la ingesta de líquidos; reemplazo de los hidratos de carbono, y citando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, si procede.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se deberá de tomar en cuenta como meta de control metabólico HbA1c Se recomienda mantener un nivel alto de actividad física para disminuir el riesgo de mortalidad en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.</li> <li>2. Se recomienda que los pacientes adultos con DM 2 recién diagnosticada se apeguen a la dieta mediterránea.</li> <li>3. Al iniciar con insulina se debe tomar en cuenta que pueden presentar datos de hipoglucemia, por esto es importante explicarle al paciente como identificar los síntomas de una hipoglucemia.</li> <li>4. En aquellos pacientes portadores de DM tipo 2 con un estricto control de hipertensión arterial, ayudará a prevenir la progresión de una nefropatía diabética, el utilizar IECA o ARA II, aunque también pueden agregarse otros antihipertensivos, cuando el paciente mantenga metas de presión sistólica entre 130-139 mmHg, y presión diastólica &lt; 80 mmHg.</li> <li>5. Es importante realizar pruebas de laboratorio como examen general de orina en pacientes que cuenten con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, para evaluar el estado renal del paciente y realizar las medidas de nefroprotección para que no progrese a una falla renal.</li> </ol>

### RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 3

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Masculino.  Diabético  84 años.  Usa bastón  Usa lentes  Peso: 62 kg  T/A: 140/90  FC: 70 x´  Hematoma subdural derecho	Paciente Diabético  84 años  T/A: 140/90  Lesión cerebral.	Diagnóstico de riesgo	<p style="text-align: center;"><b>Dominio 11:</b> Seguridad/Protección</p> <p><b>Clase 2:</b> Lesión física</p>	Riesgo de caída de adulto  (00303)	Individuos > 60 años (edad 84 años)  Enfermedades vasculares  Dispositivos de asistencia para caminar  Lesión mayor (hematoma subdural)	No aplica	Riesgo de caída de adulto R/C adulto de 84 años de edad, enfermedad vascular, uso de bastón y lesión mayor.

### PLAN DE CUIDADOS 3

NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
3	Neurocirugía	Cirugía	PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA			RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)</b></p> <p>Riesgo de caída de adulto R/C adulto de 84 años de edad, enfermedad vascular, uso de bastón y lesión mayor.</p>			<p><b>DOMINIO:</b> IV Conocimiento y conducta de salud</p> <p><b>CLASE:</b> T Control de riesgo</p> <p><b>RESULTADO:</b> <b>1939</b> Control de riesgo: caídas</p>	<p><b>193902.</b> Identifica los factores de riesgo para evitar caídas</p> <p><b>193904.</b> Reconoce las posibles consecuencias de las caídas.</p> <p><b>193909.</b> Utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caídas.</p> <p><b>193927.</b> Solicita la asistencia necesaria en la deambulación para reducir el riesgo de caídas</p> <p><b>193928.</b> Toma precauciones cuando ingiere medicamentos que aumentan el riesgo de caídas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Mantener en 4</p>

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
<b>CAMPO: 4 SEGURIDAD</b> Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.	<b>CLASE: V CONTROL DE RIESGOS</b>	<b>Guía de práctica clínica:</b> Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Prevención de caídas 6490</b> Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.		
<b>ACTIVIDADES:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</li> <li>2. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</li> <li>3. Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).</li> <li>4. Ayudar a la deambulación de la persona inestable.</li> <li>5. Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.</li> <li>6. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.</li> <li>7. Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del paciente.</li> <li>8. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> <li>9. Responde r a la luz de llamada inmediatamente.</li> <li>10. Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar determinación de la escala de: índice de independencia en las actividades de la vida diaria (Katz), preguntas sobre actividad instrumental de la vida diaria (Lawton y Brody), valoración de movilidad y equilibrio (Tinetti), valoración funcional (Tast de Pfeiffer), Valoración de deterioro cognitivo.</li> <li>• Se ha postulado que la ocurrencia clínica de fragilidad después de un evento agudo estresante (ejemplo un infarto cerebral o un ingreso hospitalario), se relaciona con una disfunción de la red fisiológica que mantiene la homeostasis biológica.</li> <li>• Es importante identificar y según algunos autores diferenciar, la sarcopenia y la dinapenia (disminución de la fuerza) en el paciente frágil, ya que representa un deterioro del estado de salud con un costo personal elevado por presentar: trastornos de la movilidad, mayor riesgo de caídas y fracturas, deterioro de la capacidad para realizar actividades cotidianas, discapacidad, pérdida de independencia, incremento de la mortalidad.</li> <li>• Como medida de protección al paciente es importante considerar el uso de barandales en las camas y sujeciones gentiles de pies y manos, así como vigilancia estrecha, sobre todo en los pacientes que presentan alteraciones conductuales.</li> </ul>

## **6. EVOLUCIÓN**

La tasa de recurrencia postquirúrgica de la hemorragia subdural postraumática es de 9.2 a 26.5%. (Nagaguchi H, et al 2001) Los factores de riesgo que incrementan la tasa de recurrencia postquirúrgica son la edad avanzada, alcoholismo, atrofia cerebral, uso de anticoagulantes, presencia de hematomas bilaterales, multiplicidad de las cavidades del hematoma, epilepsia asociada.

El paciente es valorado por Cardiología, no encontrando contraindicaciones para el evento quirúrgico como tratamiento.

Se aplican intervenciones y cuidados generales de enfermería, posteriormente se realizarán los cuidados perioperatorios.

## **7. CONCLUSIÓN**

La evidencia muestra de que la frecuencia de hematoma subdural crónico traumático aumenta con la edad. La edad promedio de presentación del hematoma es de 74.5 años con un rango de 28 a 96 años. Es más frecuente en hombres en un 67%.

Otros factores de riesgo asociados a hematoma subdural crónico son:

- Crisis convulsivas
- Abuso de Alcohol
- Coagulopatías

Es importante incorporar medidas de prevención de trauma de cráneo al programa integral de educación para la salud del adulto mayor, así como incluir y promover estilos de vida saludables que prevengan enfermedades crónico degenerativas que exacerbaban las complicaciones cardiovasculares.

La morbilidad y la mortalidad en los hematomas subdurales crónicos varía del 16 y 6.5% respectivamente. El estado neurológico en el momento del diagnóstico es el

factor pronóstico más significativo. En general la morbi-mortalidad se incrementa con la edad, el pronóstico empeora en aquellos pacientes que presentan múltiples problemas médicos concomitantes.

## 8. RECOMENDACIONES

1. El reconocimiento clínico puede presentar dificultades debido a que el traumatismo muchas veces no es significativo ni para el paciente ni para sus familiares, la evolución es lenta generalmente predomina un cuadro de confusión mental que contribuye a que se pierda el antecedente y las alteraciones clínicas más frecuentes son:

- **Alteraciones de la marcha**
- **Hemiparesia**
- **Cefalea**
- **Demencia**
- **Incontinencia urinaria**
- **Alteraciones de la conciencia**
- **Vómito**
- **Convulsiones**
- **Anisocoria por herniación cerebral**
- **Afasia motora**

En algunos casos se pueden asociar dos o más síntomas.

2. **No minimizar la posibilidad diagnóstica de un hematoma subdural crónico por el grado leve del traumatismo en la población de alto riesgo, muy sutil e imperceptible tanto por el paciente como por el familiar.** Asimismo, es importante no descartar la posibilidad de esta entidad ante un hallazgo neurológico sugestivo de esta patología, aunque no exista antecedente traumático ya que por lo general los pacientes no lo recuerdan.

**3. Hacer énfasis como profesional de enfermería sobre los criterios considerados para el manejo conservador del paciente con hematoma subdural crónico, que son:**

- Edad mayor de 70 años
- Minimental  $\leq 21$
- Atrofia cerebral
- Ausencia de datos de hipertensión intracraneana
- Pacientes asintomáticos.

**4. Continuar la atención sobre los estilos de vida que nos ayudan a prevenir enfermedades crónico degenerativas.**

Se recomienda que se visiten los centros gerontológicos, asilos de adultos mayores, para capacitar a familiares, cuidadores y personal a cargo de personas con riesgo de caídas, o factores que predisponen a un evento que pueda desencadenar una lesión.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención Instituto Mexicano del Seguro Social 2010. Consultado en septiembre de 2022. Disponible en:  
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
2. Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma subdural Crónico Traumático en pacientes mayores de 18 años. Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado en octubre de 2022. Disponible en:  
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/179GER.pdf>
3. Factores predisponentes asociados a hematoma subdural crónico en adultos y adultos mayores atendidos en el servicio de neurocirugía y geriatría en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2016 – 2020. Revista de la Facultad de Medicina Humana. Vol. 22. Lima, Perú. Consultado en septiembre de 2022. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230805312022000200327&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230805312022000200327&script=sci_arttext)
4. Herman, H, T. Diagnósticos de Enfermería, Definiciones y Clasificación 2021-2023, NANDA Internacional, 12° edición, septiembre 2022. Nueva York, EUA. Elsevier.
5. M Bulechek Gloria, K Butcher Howard, Mc Closkey Dochterman Joanne, Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC, 5° edición, 2018. EUA. Elsevier.
6. Sue Moorhead, Swanson Elizabeth, Jhonson Marion. Clasificación de los Resultados de Enfermería, NOC, Clasificación de los Resultados en Salud, 6° edición, 2018. EUA. Elsevier.