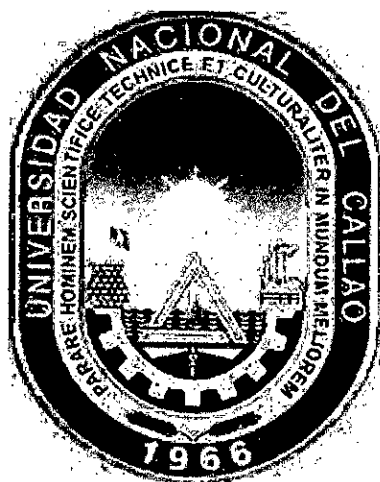


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL SANTA ROSA PIURA II 2, 2012- 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

MAYRA SOLEDAD CHU RIVERA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mayra Soledad Chu Rivera'.

Callao, 2017

PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 182 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1639-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional

ÌNDICE

	Págs.:
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁ	4
1.2 OBJETIVO	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 FASES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	30
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	40

INTRODUCCION

El traumatismo craneoencefálico (TEC) Es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de un traumatismo que ocasione un daño físico en el encéfalo, el TEC representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad en la gente joven , sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas. El manejo se enfoca a minimizar el daño secundario optimizando la perfusión y oxigenación cerebral.

El presente informe de experiencia laboral de las intervenciones de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico tiene el propósito de informar y mejorar el accionar del personal de enfermería que labora en el área de emergencia para actuar con destreza y habilidades en el manejo del paciente con TEC.

En los últimos años hemos asistido a un creciente interés por el estudio del manejo de este tipo de pacientes para mejorar la calidad de atención y enfermería realice profesionalmente su desempeño. La literatura sobre el tema se ha centrado básicamente en aspectos como identificación de nivel de conocimientos prácticos y teóricos sobre el manejo de pacientes con TEC.

Para la elaboración del presente informe se utilizó la técnica como la observación, la entrevista, y el análisis documentado de los datos estadísticos los mismos que han permitido abordar la problemática de la práctica de enfermería en el manejo del paciente con TEC.

Finalmente se concluye que el profesional de enfermería que trabaja en el área de emergencia debe conocer las intervenciones de enfermería en caso de pacientes con TEC , contribuyendo de esa manera, a actuar de manera correcta y oportuna, con el objetivo de salvar la vida de la víctima y asegurar su recuperación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Dado el incremento de accidentes y el alto índice de pacientes con TEC. A nivel del país según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), se encuentra a los accidentes de transporte terrestre como cuarta causa de mortalidad general, según la OMS (organización Mundial de la Salud) Cada año se pierden casi 1,3 millones de vidas a consecuencia de los accidentes de tránsito. Entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad, en la cual juega un rol muy importante las intervenciones de enfermería.

Enfermería es una profesión compleja que abarca, la atención autónoma y colaborativa a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no. El cual comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la atención directa a enfermos.

El profesional de enfermería debe poseer conocimientos, actitudes y habilidades específicas relacionadas con la atención de los usuarios en diferentes patologías, debido a que el cuidador de la persona enferma maneje cuidados específicos y avanzados, que permita al usuario recuperar funciones corporales.

El trauma cráneo encefálico representa un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. Dentro de este grupo de trauma, el

“Trauma Cráneo Encefálico grave” (TEC) constituye la primera entidad como causa de mortalidad.

El TEC constituye una amenaza para el hombre desde que éste apareció en la tierra, pero hoy en la era de la cibernética y los viajes al cosmos, continúa siendo un reto científico de primer orden y su tratamiento constituye uno de los principales desafíos terapéuticos para el equipo de salud.

En los últimos años hemos asistido a un creciente interés por el estudio del manejo de este tipo de pacientes para mejorar la calidad de atención y enfermería realice profesionalmente su desempeño. La literatura sobre el tema se ha centrado básicamente en aspectos como identificación de nivel de conocimientos prácticos y teóricos sobre el manejo de pacientes con TEC ya que la incidencia es alta en nuestro servicio de emergencia. (1)

1.2 Objetivo general:

Describir las intervenciones de enfermería en pacientes con trauma encefálico atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa – Piura , 2012 – 2015

1.3 Justificación

El propósito de este trabajo de experiencia laboral permitirá valorar los criterios de actuación en las intervenciones de enfermería en caso de pacientes con traumatismo craneoencefálico lo cual contribuirá a mejorar la calidad de atención brindada por parte del personal de enfermería, evitando

complicaciones y secuelas irremediables lo que beneficiara además de la recuperación óptima del paciente en la reducción de los gastos económicos y biopsicosociales en el paciente y su familia.

Por este motivo es importante identificar la aplicación de proceso de atención de enfermería (PAE) y alimentar los conocimientos del personal de salud que se encuentra frente al cuidado de pacientes con traumatismo.

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad basados en la capacidad y los deseos de cuidar que debe tener la enfermera, fundamentando en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo el paciente y su respuesta a esta.

Es de interés para los profesionales de enfermería, porque les permitirá recordar acciones que se debe seguir en el manejo de pacientes con TEC, tomando en cuenta su condición y necesidades.

El Hospital De La Amistad Perú Corea-II.2-Santa Rosa, cuenta con el servicio de Hospitalización y UCI que atiende dentro de los casos más críticos a pacientes con Trauma Cráneoencefálico; el profesional de enfermería tiene un papel preponderante en la atención y recuperación del paciente.

Es necesario conocer el día a día en la atención y cuidados ya que los traumatismos cerebrales constituyen una causa importante de minusvalía neurológica persistente que afecta con mayor frecuencia a personas

relativamente jóvenes, que pueden sobrevivir con diferentes grados de incapacidad durante muchos años; por tanto, los usuarios con dichos traumatismos requieren de mucha atención y tratamiento adecuados por parte del personal de enfermería.

El Trauma Cráneo Encefálico grave ocupa un importante papel en la morbilidad y mortalidad siendo uno de cada diez pacientes admitidos en esta unidad, y situándose siempre entre una de las tres primeras causas de muerte en el Servicio.

Dentro de las principales funciones de enfermería esta la asistencial dirigida principalmente a apoyo al paciente en la conservación de la salud y le ayuda a incrementar la misma, se encarga de asistir en la recuperación de los procesos patológicos atendiendo las necesidades básicas y aplicando los cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes.

Antecedentes nacionales:

1.- Quiroz Liz, Trujillo 2016 en estudio Nivel de conocimiento y cuidado inicial que brinda la enfermera al paciente con traumatismo craneoencefálico Hospital Regional Docente de Trujillo 2015, objetivo general : determinar el nivel de conocimiento y calidad de cuidados iniciales que brinda la enfermera al adulto con traumatismo craneoencefálico del servicio de emergencia del hospital belén de Trujillo 2016. La muestra estuvo constituida por 25 enfermeras, la recolección de datos se realizó utilizando cuestionarios, el primero sobre el nivel de conocimiento de la enfermera sobre el traumatismo craneoencefálico y el segundo sobre calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 56 % de enfermeras presento nivel de conocimiento medio el 36% nivel alto y el 8% nivel bajo; así mismo en relación con la calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto, el 56% fue adecuado y el 44% inadecuado Concluyéndose que no existe relación entre nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial. (2)

Antecedentes internacionales:

2.- Bustos, Cortez en su trabajo MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA, DURANTE EL

PERIODO MARZO –JULIO Tulcán ecuador DEL 2012, Tuvo como Objetivo general: Determinar el manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio, los Objetivos específicos fueron Identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el manejo del paciente con TEC que ingresa al Servicio, Identificar las acciones que realiza el personal de enfermería y Socializar esta investigación al personal de enfermería que labora en dicho hospital.

Dentro de los resultados se encontró que la mayoría del personal no ha recibido capacitaciones de TEC, como consecuencia de esto se evidencia el bajo nivel de conocimientos en el manejo de enfermería en paciente con dicha patología las CONCLUSIONES fueron Se logró determinar el inadecuado manejo del personal de enfermería en el paciente con TEC que ingresa al servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza. (3)

3.- Gil Cámara María Da Paz Y Rodríguez Yennis Carolina (marzo, 2013) En su tesis titulada Conocimiento de las enfermeras en el cuidado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo conectados a ventilación mecánica tiene como objetivo, comparar el conocimiento que poseen el personal de enfermería de cuidado directo de la Emergencia de Adultos de la Ciudad Hospitalaria en la cual permite concluir que aplicar programas educativos sería beneficioso para reafirmar y ampliar los conocimientos del personal de enfermería de cuidado directo y adaptarlos hacia las nuevas tendencias y tecnologías. Esta investigación directo las cuales representan el 50% de la

población total, el diseño de la investigación corresponde al tipo cuasi-experimental de un solo grupo pre y post-test. (4)

4.- Crespo, Ana Lucía; Yugsi, Luis Rafael marzo (2013). Julio 2011 a Julio 2012. Quito. Proyecto previo a la obtención del Título de Especialista en Enfermería en Trauma y Emergencias. EL objetivo de este trabajo es capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con Trauma Cráneo Encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería.

Por lo que se ha planteado la siguiente hipótesis "El nivel de conocimientos de las enfermeras/os influye en la atención inicial de enfermería de los pacientes que ingresan con Trauma Cráneo Encefálico grave". El estudio es descriptivo, analítico porque permitió valorar el nivel de conocimientos de las enfermeras/os, es transversal porque se realizó de Julio 2011 a Julio 2012 en el área de shock trauma del servicio de emergencia. Se tomó una muestra de 70 pacientes que presentaron TEC grave. Para obtener los datos se realizó encuesta y guía de observación al personal de enfermería. En los resultados se obtuvieron que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes. (5)

5.- Blanca Mercedes, Diana, Cuenca (2013) cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del hospital "Vicente Corral Moscoso" Cuenca 2013. Tuvo como objetivo general: Determinar el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes que presentan traumatismo craneoencefálico en el área de cirugía del hospital vicente corral Moscoso en el periodo Mayo – Julio del año 2013.

El método de investigación utilizado fue descriptivo que nos permite llegar a conocer las acciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades y procesos aplicados por el personal profesional de enfermería , y el método trasversal que nos sirvió para medir la prevalencia y la exposición del TEC en dicha área de salud. Según datos obtenidos en la presente investigación y de acuerdo al grado de eficiencia y eficacia, el proceso de atención de enfermería se encuentra en un nivel medio puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería el PAE de forma incorrecta y sin fundamento científico. (6)

2.2. Marco conceptual.

Traumatismo craneoencefálico

Definición:

Se denomina traumatismo craneoencefálico (TEC) a todo impacto violento recibido en la región craneal y facial. Es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia, siendo la mayoría de ellos leves.

El TEC puede definirse como cualquier lesión física, con o sin pérdida del conocimiento. (7)

Epidemiología

Las causas varían según la edad, sexo, los factores culturales y laborales, entre otras, y al no haber el uso de los términos mediante los que se clasifican, sobre todo en la descripción del cómo y dónde sucedió, estas son realmente innumerables. Con lo cual nuestra investigación se ha basado en la

clasificación del TEC mediante la aplicación de la escala de Glasgow, cuya escala mide la alteración del nivel de conciencia de dichos pacientes, además el personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia utiliza la escala para la clasificación del TEC.

Clasificación:

Desde el punto de vista clínico puede clasificarse en:

- 1.- TEC sin fractura craneal: Es el tipo de TEC,, más frecuente , siendo generalmente de carácter banal , sobre todo si no se acompaña de pérdida de conciencia transitoria ,ni de las alteraciones neurológicas en la exploración inicial.
- 2.- TEC con fractura craneal asociada, que a su vez puede ser:
 - ❖ Fractura lineal: se debe a una deformación elástica del cráneo, representa el 80% de las fracturas craneales, no requieren tratamiento específico, aunque debe alertar al clínico respecto a la intensidad del traumatismo craneal.
 - ❖ Fractura con hundimiento. Existe una depresión de un fragmento óseo del grosor del cráneo. Puede ser:
 - Simple o cerrada: cuando el cuero cabelludo que cubre la fractura permanece intacto.
 - Compuesta o abierta: cuando el cuero cabelludo esta lacerado. representa el 80% de las fracturas con hundimiento. Según su causa y aspecto se dividen en perforante, penetrantes,

asociadas con fracturas lineales o conminutas. Pueden asociarse a laceración de la duramadre, que constituye una parte de entrada para las infecciones que requieren un rápido desbridamiento y elevación quirúrgica.

Desde el punto de vista patológico, pueden existir tres tipos fundamentales de lesiones cerebrales:

- 1.- **Concusión o conmoción cerebral:** se caracteriza clínicamente por una breve pérdida de conciencia, con un corto periodo de amnesia seguida de una recuperación rápida y total, sin ningún signo neurológico focal. No hay lesión estructural macroscópica del cerebro, tan solo se produce lesiones por estiramiento de los tractos axonales de la sustancia blanca con pérdida reversible de su función, causante de la pérdida de la conciencia transitoria.
- 2.- **contusión cerebral:** El contacto entre la superficie cerebral y el interior del cráneo da lugar a contusiones, sobre todo en los polos frontales y temporales, que abarcan desde una simple magulladura en una pequeña área cortical, hasta lesiones extensas, a menudo hemorrágicas, de gran parte de la superficie cerebral con daño en la sustancia blanca y en el mesencéfalo. Clínicamente se traduce por alteración de la conciencia, desde confusión, inquietud, y delirio, a grados variables de coma.
- 3.- **Lesión Cerebral Difusa:** Lesión difusa de la sustancia blanca. Desde el punto de vista pronóstico y basándose en criterio clinicorradiológicos pueden clasificarse los TEC de alto riesgo, moderado y alto riesgo. (8)

VALORACION DEL PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO

a) Valoración inicial

Se debe realizar tras la reanimación, antes de administrar sedantes y se utiliza para:

- Definir la gravedad del paciente
- Predecir el resultado
- Determinar la monitorización necesaria
- Orientar en el tratamiento
- Valoraciones posteriores
- Detectar de forma precoz la disminución del nivel de conciencia y poder tomar actitud terapéutica.

Factores que pueden interferir en la aplicación de la escala de Glasgow

❖ A nivel ocular

- Edema periorbitario
- Traumatismo ocular
- Lesión de nervios oculares
- Dolor

❖ Respuesta verbal

- Tubo endotraqueal y traqueotomía
- Traumatismo facial
- Lengua edematosa
- Mutismo

- Afasia
 - Problemas de lenguaje o idioma
 - Demencia
 - Problemas psiquiátricos
 - Déficit mental
 - Medicación
 - Abuso de drogas.
- ❖ Respuesta motora
- Lesión medular
 - Lesión de nervios periféricos
 - Lesión en extremidades con inmovilización
 - Dolor

b) Valoración a nivel pupilar

La actividad pupilar, además de estar controlada por la cantidad de energía lumínica, está influenciada por el tono acomodativo del ojo y por factores como el humor y el estado de alerta. En definitiva, hay una gran cantidad de factores químicos, físicos y psíquicos que determinan la forma, el tamaño y los movimientos de la pupila.

Se observará el tamaño, igualdad y reactividad. Debe realizarse en un ambiente con luz, evitando que un foco de luz ilumine más una que otra parte del cuerpo, dirigiendo una linterna o foco potente desde el ángulo externo del

ojo hacia el interno alternativamente y luego manteniendo ambos abiertos y dirigiendo la luz hacia el medio, comprobando la igualdad del tamaño.

Otros datos importantes para completar la exploración son: la fontanela abombada, depresión palpable o crepitación en el cráneo, el signo de Battle (equimosis por detrás del pabellón auricular externo) o del Mapache (ojos negros) Y la presencia de rinorrea u otorrea de LCR que indicarían la presencia de fractura de la base del cráneo. Los reflejos pupilares dependen de la acción del sistema nervioso autónomo y de la integridad de las vías nerviosas, comprenderemos que la exploración de la pupila adquiere especial importancia no sólo para el estudio de alteraciones oculares, sino también para analizar múltiples anomalías del sistema nervioso central y periférico. (9)

Se debe considerar que existen factores que alteran la valoración como son:

- Los opiáceos dan lugar a pupilas puntiformes en las que es muy difícil valorar el reflejo motor.
- La midriasis puede estar dada por la administración de la atropina, un episodio anòxico, hipotensión grave, hipotermia, coma barbitúrico, retirada de opiáceos, etc.
- El reflejo corneal, mediado por el V y VII par craneal, confirma la muerte cerebral, no aporta otro tipo de información importante como para realizarlo de manera rutinaria, además corremos el riesgo de lesionar la córnea si se realiza de forma continua.

Para la clasificación del trauma craneoencefálico se ha tomado en cuenta la alteración de conciencia mediante la escala de Glasgow

a) El TEC leve (13 a 15 puntos)

Se define como TCE leve, donde el sujeto que ha presentado una lesión puede o no haber sufrido una pérdida de conciencia de menos de 5 minutos y que presenta una amnesia postraumática. El este traumatismo leve pueden tener una herida del cuero cabelludo o un hematoma subgaleal pero no una fractura de la base o de la bóveda craneal.

Los estudios que se han realizado en pacientes con TCE leve sugieren que muchos de ellos presentan una recuperación rápida y que pueden volver a realizar las actividades cotidianas, mientras que otro grupo de pacientes continúan con problemas.

En esta lista de secuelas figuran los problemas cognitivos, neuroconductuales y emocionales a lo largo del tiempo, lo que dificulta su adaptación al medio sociolaboral. Y eso no es todo. □ También son frecuentes el déficit en atención, función ejecutiva, verbal, memoria, razonamiento y resolución de problemas e identificación en el procesamiento de la información □.

En el TEC leve existen lesiones leves difusas en distintas partes del cerebro: los lóbulos frontales y temporales, el cuerpo caloso y el fórnix.

- ❖ Signos y síntomas del TCE leve
 - Cefaleas
 - Vértigos
 - Nausea - vomito no persistentes

- Hipersensibilidad a los ruidos
- Hipersensibilidad a la luz
- Tinnitus

❖ Tratamiento del TEC leve

La gran mayoría de pacientes con TEC leve, tienen una recuperación favorable y necesitan estar en observación, ya una cantidad pequeña de estos pacientes sufren un deterioro neurológico posterior, debido a hipertensión intracraneal (HIC) por edema, o por la presencia de una masa expansiva intracraneal.

Por lo ya mencionado anteriormente es importante tener al paciente en el hospital en observación unas 6 horas, valorando su estado fisiológico cada hora y todo se encuentra dentro de los parámetros normales y el paciente no presenta sintomatología, se le envía a su hogar, previo a una educación a los familiares sobre signos de alarma, para el regreso del paciente, transcurrido el periodo de 72 horas y el paciente se encuentra asintomático, podrá regresar a su vida rutinaria.

Existe una entidad conocida como síndrome postraumático o posconmocional que es una complicación terrible de los TEC leves. Gronwall (2004) plantea “algunos pacientes que han sufrido un trauma craneal leve continúan quejándose de síntomas durante semanas o meses, que pueden ser suficientemente severos como para causar incapacidad laboral”.

b) TEC moderado

Se incluyen en este grupo a los pacientes con TEC que presentan una puntuación en la escala de Glasgow entre 9 y 12 puntos, alteración de la conciencia o amnesia por más de 5 minutos, cefalea progresiva, intoxicación por alcohol o drogas, historia poco convincente o no realizable, convulsiones postraumáticas, traumatismo múltiple, traumatismo facial severo con ausencia de hallazgos de TEC grave.

Este grupo de pacientes debe permanecer en observación hospitalaria al menos 24 horas, en las cuales se valorará la indicación de TAC (tomografía axial computarizada), pudiendo reducirse las horas de estancia si todas las evaluaciones son normales, y no tuviese lesiones asociadas. En el caso de que exista sintomatología neurológica evidente y/o TAC patológico, la conducta dependerá del cuadro o las lesiones encontradas, pudiendo variar desde la observación y tratamiento médico hasta intervención quirúrgica.

c) Trauma craneoencefálico severo

Se incluyen aquellos pacientes que presentan Glasgow menor o igual a 8 puntos, descenso en la puntuación de Glasgow de 2 o más puntos, disminución del nivel de conciencia no debido a alcohol, drogas, trastornos metabólicos, signos neurológicos de focalidad, fractura deprimida o herida penetrante en cráneo. El manejo inicial comprende priorizar el ABCDE (A=vía aérea control de la columna cervical, B= respiración ventilación, C=circulación con control de

hemorragias, D= déficit neurológico). Tan pronto como lo permitan las funciones vitales se realizará una TAC.

Clasificación del trauma craneoencefálico en pacientes pediátricos.

El examen del sistema motor para evaluar tanto la función del SNC como del cordón espinal varía con la edad y el nivel de conciencia.

- TEC leve, si la puntuación es de 13 a 15.
- TEC moderado, si la puntuación es de 9 a 12.
- TEC grave, si la puntuación es de 3 a 8.

- TCE Leve

No hay unanimidad a la hora de definir el traumatismo leve y se clasifican en esta categoría, según diversos autores, niños con GCS de 15, de 14-15 o de 13-15.

Puede considerarse que los pacientes con un traumatismo leve se encontrarán:

- Asintomático
 - Cefalea leve
 - ó más episodios de vómito
 - Irritabilidad
- TEC Moderado.- GCS entre 9 y 12
 - Puede manifestar:
 - Irritabilidad

- Letargia progresiva
- Cefalea progresiva
- Vómito en proyectil en más de 3 ocasiones
- Amnesia postraumática
- Trauma múltiple
- Serias lesiones faciales
- Signos de fracturas basales
- Posible herida penetrante o fractura hundida
- Sospecha de abuso infantil.

- **TEC Grave.-**

Glasgow de 8 o menos sin otra causa como convulsiones, disminución de la perfusión cerebral, factores metabólicos.

Signos neurológicos de focalización

- Fractura hundida palpable
- Herida penetrante.

COMPLICACIONES DEL TEC

Las complicaciones agudas más importantes de un TEC, es la hemorragia intracraneal. Según su localización puede ser meníngea o intraparenquimatosa.

1.- HEMORRAGIA MENINGEA:

Hematoma extradural o epidura: Es una colección de sangre entre el cráneo y la duramadre , cuya causa más frecuente es la lesión traumática de la arteria meníngica media. En la mayoría de los casos existe fractura craneal, lineal o con hundimiento. Es una autentica emergencia quirúrgica.

Clínicamente se debe sospechar ante todo paciente que ha sufrido un TEC con o sin breve pérdida de conciencia y que tras un periodo de 1 a 24 horas (periodo lucido) entra en estado de coma, pudiendo haber dilatación pupilar del lado lesionado y hemiparesia contralateral. Tras el intervalo lucido (12% de los casos) aparece cefalea, agitación, vómitos , vértigos, confusión, ausencia de respuesta a estímulos y en ocasiones, crisis convulsivas. Estos síntomas suelen ser progresivos y deben alertar al clínico ante la posibilidad de una complicación del traumatismo craneal. El diagnostico se realiza mediante TAC CEREBRAL.

2.- HEMATOMA SUBDURAL:

La colección de sangre se localiza por debajo de la duramadre. Es más frecuente en ancianos, alcohólicos, e hipertensos. Suele ser de origen venoso, por ello su desarrollo es más lento que el del hematoma epidural.

Se clasifica en agudo, subagudo y crónico.

3.- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA:

La hemorragia subaracnoidea traumática se acompaña a menudo de un hematoma subdural concomitante o de una contusión cerebral. Clínicamente se expresa con cefalea, inquietud, febrícula, rigidez de nuca y otros signos

meníngicos. El diagnóstico se realiza mediante TAC y si es normal mediante la demostración de un LCR hemorrágico. (10)

ACCIONES INICIALES DE ENFERMERIA:

Hay que alentar al paciente y familia sobre los signos y síntomas que hacen imperativo el regreso al hospital. Instruya al paciente y familia que será necesario que una persona responsable permanezca al lado del paciente durante las primeras 24 horas que siguen a la lesión, con el propósito de observar y monitorizar lo siguiente:

- Cambios pupilares notorios (anisocoria)
- Visión borrosa
- Confusión
- Letargo intenso o una somnolencia inusual
- Vómitos, cefalea, disartria, trastorno de la marcha
- Debilidad notoria de un brazo o pierna

Conviene despertar al paciente cada 2 horas para evaluar y asegurar que alcanza un nivel normal de alerta. (11)

CRITERIOS DE INGRESO A HOSPITALIZACION

Requieren ingreso hospitalario todos los pacientes con un TEC de riesgo moderado o alto, es decir cuando se acompañe de una de las siguientes características.

- Pérdida de la conciencia inicial o amnesia

- Dificultad en la valoración neurológica por ingesta de alcohol, drogas o cualquier otra sustancia que deprima el estado de conciencia.
- Fractura craneal
- Confusión, agitación o cualquier alteración del estado de conciencia en el momento de exploración.
- Crisis convulsiva postraumática
- Cualquier déficit neurológico
- Lesión intracraneal

Los pacientes con todas estas características ingresan al área de observación del servicio de urgencias durante 24 horas con el objetivo de vigilar la aparición de las complicaciones. Los demás pacientes ingresaran al servicio de neurocirugía o al área de cuidados intensivos, según su gravedad. (12)

TRATAMIENTO:

Es conocido el empeoramiento del pronóstico vital y funcional de los pacientes con TEC, grave debido a un control inadecuado del homeostasis sistémica, definido por MILLER como lesión cerebral secundaria, por ello el tratamiento inicial debe ir dirigido a la prevención, la detección precoz y el tratamiento enérgico de estas alteraciones sistémicas.

Los objetivos terapéuticos generales en la atención al paciente con TEC grave son:

- Pao₂>100mmHg o saO₂>95%
- Pao₂ entre 30-35mmhg
- Presión arterial media >90mmhg

- Osmoralidad plasmática >300mosmol/kg
- Normogluceemia
- Hemoglobina >10/dl
- Normocoagulabilidad (tiempo de protombina >80%)

TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

- Reposo absoluto con la cabecera de la cama elevada en un ángulo de 30%
- Prevención y tratamiento de la hipoxemia
- Dieta líquida o triturada, si tolera.
- Control del estado de conciencia, tamaño y reacción pupilar, presión arterial y diuresis cada 8 horas.
- Canalización de una vía venosa periférica
- Tratamiento de la hipotensión arterial
- Administración de analgésicos como metamizol
- Para el tratamiento de la agitación el fármaco de elección es el haloperidol
- Tratamiento de las crisis convulsivas
- Monitorización de la PIC
- La profilaxis antibiótica solo está indicada en pacientes con TEC , cuando exista perdida de LCR, fractura de base de cráneo, o fractura con hundimiento compuesto. (13)

BASE TEORICA:

Teoría del cuidado, sabiduría y ética en la práctica de la enfermería Patricia Benner (1984)

Benner estudio la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Una de las primeras distinciones teóricas que Benner estableció fue la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico. Afirio que el desarrollo de conocimiento en una disciplina practica "consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de la disciplina.

Considera que "la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas provoca que la teoría enfermera carezca de singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta". SABER PRACTICO Consiste en una adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico. SABER TEORICO Sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre los diferentes sucesos. Benner sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o desarrollarse antes que las formulas científicas. La práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. Incorpora la noción de excelencia; estudiando la práctica, las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos.

(14)

Se consideró dicha teoría porque en calidad de enfermera, la razón de ser es el cuidado, siendo nuestra función ver al individuo como un todo buscando armonía y equilibrio, abordando una realidad con un modelo de cuidado de enfermería, buscando una aplicación del cuidado integral. En la práctica diaria como enfermera se realizan funciones que dan lugar a acciones autónomas, ágiles, responsables, eficaces y eficientes, siendo muy importante los conocimientos y así mismo reflejarlos en la atención de cada paciente, caracterizándonos como profesionales líderes de un servicio.

2.3 Definición de términos:

1.- TEC

Se define al Traumatismo Craneoencefálico (TEC) como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. En el trauma craneal hay repercusión neurológica con disminución de la conciencia, síntomas focales neurológicos y amnesia postraumática. (15)

2.- INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

Es una acción autónoma basada en el fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnostico de enfermería.

3.- ESCALA DE GLASGOW:

Es un método adecuado para iniciar la valoración neurológica al examinar sus tres componentes: apertura de los ojos, respuesta verbal, respuesta motora. El

medico puede examinar simultáneamente otros aspectos de la misma. Así cuando se interroga al paciente con preguntas simples, se puede determinar no solo el nivel de conciencia, sino también la apertura de los ojos y la respuesta motora; si se puede responder verbalmente, el medico obtendrá información sobre el padecimiento actual y antecedentes de importancia. (16)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la ejecución del presente informe de experiencia laboral se realizó la recolección de datos de los registros de atención diaria pacientes del hospital Santa Rosa -Piura, historia clínica y Modulo Perfiles Epidemiológicos, dicho trabajo fue coordinado con jefatura del servicio de emergencia, admisión y epidemiología.

3.2. Experiencia profesional.

Mi desempeño laboral profesional en el Hospital Santa Rosa ubicado geográficamente en el departamento de Piura, Distrito Dieciséis de Octubre, en el área de emergencia; se inicia hace aproximadamente 9 años, desempeñándome profesionalmente como enfermera en la función asistencial. Durante mi desempeño profesional, tuve la oportunidad de laborar en las diferentes áreas del servicio, Trauma shock , Unidad de cuidados Intensivos, rotación de tres meses por área, asumiendo responsabilidades en el campo laboral contando con una serie de herramientas que configuraron mi perfil profesional como conocimientos, habilidades, formación académica y la experiencia laboral adquirida Durante mis 9 años de trabajo , donde pude diferenciar la calidad de atención que se brinda al paciente causándome impacto negativo la atención que se le brinda al paciente con traumatismo craneoencefálico.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe trauma craneoencefalico

La experiencia laboral y el método científico nos permiten elaborar un plan de cuidados basado en evidencias, las que nos conducirán a mejores resultados en la recuperación del paciente.

Los enfermeros que trabajamos en las áreas de emergencia tenemos que brindar una atención oportuna y eficaz al paciente con traumatismo Craneal, incrementando el índice de sobrevivencia del paciente, y la experiencia en el servicio da las destrezas y habilidades para poder actuar en cada uno de los casos que se nos presentan.

Es importante la capacitación continua del profesional de enfermería que labora en el servicio de emergencia y la elaboración de protocolos de atención de enfermería en pacientes con TEC.

a) Área Asistencial

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias, brindando atención con calidad y calidez humana.

b) Área Administrativa:

- Participar en reuniones del servicio, así mismo en la elaboración de protocolos de atención de enfermería para el manejo de pacientes con TEC.
- Coordinación con el área de logística para la entrega de insumos.

c) Área docencia:

- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes.
- Realizar estudios de investigación.

Innovaciones – Aportes

- Se logró involucrar la participación del personal asistencial en el servicio
- Se realizó proceso de atención de enfermería con diagnósticos principales en la atención de paciente con trauma craneoencefálico.
- Participación en curso de enfermería sobre manejo del paciente con trauma craneoencefálico.

Limitaciones para el desempeño profesional

- Insumos insuficientes para la atención de pacientes en el área de emergencia.
- Personal asistencial insuficiente, y aumento en la demanda de pacientes en el servicio de emergencia.
- Familiares poco colaboradores, dificulta la participación en el cuidado del paciente.
- Bajo grado de instrucción de familiares y cuidadores en cuanto a medidas de protección y asepsia.

IV. RESULTADOS

Los resultados obtenidos al realizar este informe pueden ilustrarse en las gráficas citadas a continuación, cabe indicar que los datos recogidos fueron tomados de los archivos de Registro de Atención Diaria a Pacientes 2012 – 2015 y de los Anuarios (2012 al 2015) del área Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea II – 2 Santa Rosa. Así también se recalca que las acciones realizadas con estos pacientes fueron detallados en la sección anterior y difieren según sea el caso de TEC.

El siguiente gráfico describe los casos ocurridos durante el período de estudio.

GRAFICO 4.1

CASOS ATENDIDOS DURANTE EL PERÍODO 2012 – 2015.



Fuente: Archivo de Registro de Atención Diaria a Pacientes 2012 – 2015 y Anuarios (2012 al 2015) del área Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea II – 2 Santa Rosa.

Se observa del gráfico 1, que la mayoría de casos atendidos son de varones (91%), además que los casos atendidos han ido en aumento, se infiere que este hecho ocurre puesto que el servicio de UCI ha sido implementado desde el año 2013.

GRÁFICO 4.2
DEFUNCIONES Y ALTAS ATENDIDAS

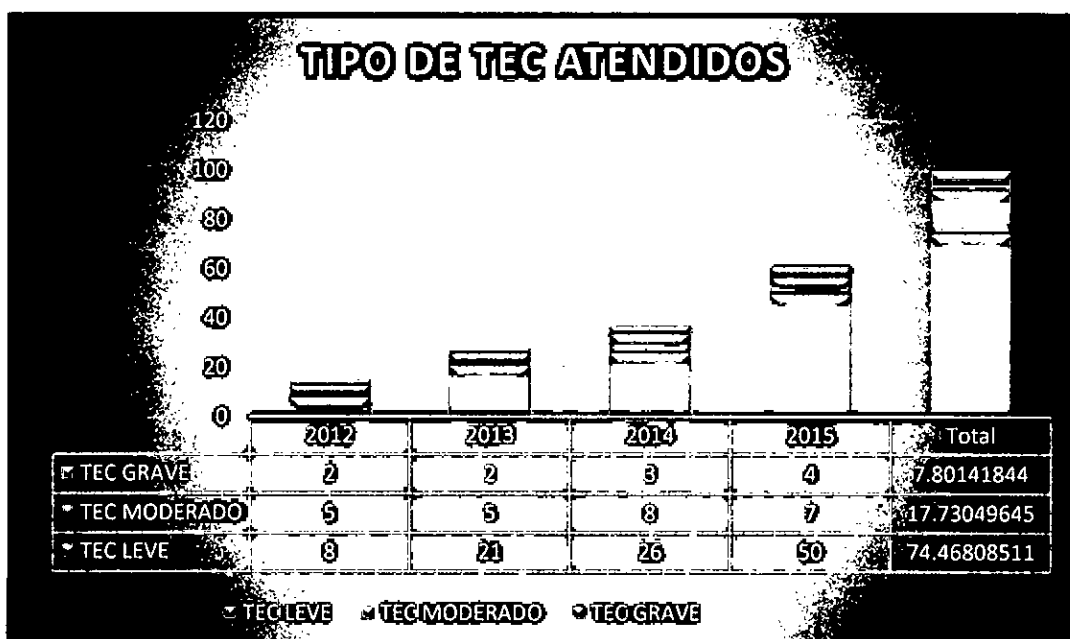


Fuente: Archivo de Registro de Atención Diaria a Pacientes 2012 – 2015 y Anuarios (2012 al 2015) del área Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea II – 2 Santa Rosa.

Se infiere del gráfico 2 que, los casos atendidos fueron en aumento, así también las defunciones al año 2015; representando las defunciones un porcentaje del 8% de los casos y 92 % de los casos fueron dados de alta.

Se indica que en los archivos de registro diario del Servicio de UCI se encontró que los casos de TEC grave en su mayoría terminan en defunción.

GRÁFICO 3
TIPO DE TEC ATENDIDOS



Fuente: Archivo de Registro de Atención Diaria a Pacientes 2012 – 2015 y Anuarios (2012 al 2015) del área Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea II – 2 Santa Rosa.

Se muestra del gráfico 3 que, los casos de TEC grave representan la minoría de casos atendidos en el período de estudios (8%); TEC moderado (18%) y la mayoría de casos los de TEC leve (74%)

V. CONCLUSIONES

Después de la satisfactoria culminación del presente informe, se ha llegado a la conclusión que,

- a) Las intervenciones de Enfermería constituyen una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana en el servicio de UCI del Hospital Santa Rosa, puesto que el profesional interactúa con el paciente para conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario para su recuperación pronta y eficiente, ya que los traumatismos craneoencefálicos constituyen un relevante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto socio-sanitario que generan.
- b) El conocimiento teórico y práctico es fundamental en los cuidados que realiza el profesional de enfermería en el paciente con traumatismo craneoencefálico (TECG) para un buen manejo de las intervenciones, la prevención y disminución de complicaciones.
- c) Existen limitaciones en el cuidado eficiente al paciente por no contar con equipos y materiales necesarios ya que cuando se les solicita a los familiares los medicamentos, no cuentan con los medios económicos suficientes y este es un riesgo desde las barreras de bioseguridad del profesional de enfermería; así también por la demanda de pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda que para una mejor intervención de enfermería en los cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico es necesario mantener un elevado grado de interacción con el paciente y familiar del mismo para lograr una evolución favorable y restablecer la salud.
- b) Se recomienda que se realice la coordinación con el área logística del nosocomio y la jefatura de enfermería y de UCI para que los materiales y equipos sean entregados a tiempo cuando el stock requiera ser abastecido, para evitar riesgo laboral del profesional de enfermería y del paciente.
- c) Se sugiere la frecuente capacitación del profesional encargado del área, para tener un mejor servicio al paciente en estudio.
- d) Elaborar protocolos de atención de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- e) Se sugiere el aumento de número de personal asistencial de enfermería en el servicio de emergencia, insumos y equipos necesarios para la atención del paciente con TEC.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guerrero BV/. Manejo de enfermería en pacientes con trauma craneoencefalico atendidos en el servicio de trauma shock. Trabajo de investigacion. Tulcan:, Ecuador; 2012.
2. Liz Q. En su estudio nivel de conocimientos y cuidado inicial que brinda la enfermera al paciente con traumatismo craneoencefalico Hospital Docente de Trujillo 2015. Trabajo de investigacion. Trujillo, La Libertad ; 2015.
3. Cortez B. En su trabajo manejo de enfermería en pacientes con trauma craneoencefalico atendido en el servicio de emergencia. Trabajo de investigacion. Tulcan, Ecuador ; 2012.
4. Rodriguez MDPGG/C. Tesis titulada conocimientos de las enfermeras en el cuidado de los pacientes con traumatismo craneoencefalico severo conectados a ventilacion mecanica. Revista Medica Electronica. 2013
5. Crespo Al, Lr. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugeni. Quito: servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo , Ecuador ; 2013.
6. Diana BM/. Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefalico del area de cirugia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Trabajo de investigacion. Cuenca, Ecuador; 2013.

7. Murillo J. Medicina de urgencias y emergencias, guias diagnosticos y protocolos de actuacion. Tercera edicion ed. España; 2009.
8. Murillo J. Traumatismo craneoencefalico. In Murillo J. Medicina de urgencias y emergencias. Tercera Edicion Ed. España; 2009. P. 747.
9. Guerrero C. Manejo de enfermeria en pacientes con trauma craneoencefalico. Investigacion. Tulcan, Ecuador ; 2012.
10. Perez M. Medicina de urgencias y emergencias. Tercera edicion ed. España; 2009.
11. Kidd P Traumatismo craneoencefalico. In Kidd P. Urgencias en enfermeria. España: Oceano ; 2001. P. 569.
12. Lizarde G Traumatismo craneoencefalico. In Lizarde. Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Primera edicion ed. Mexico; 2007. P.544.
13. Perez J. Mm. Traumatismo craneoencefalico. In guia diagnosticas y protocolos de actuacion. España; 2009. P. 753.
14. Enfermeria mamdtd:
[Http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/teoria-del-cuidado-sabiduria-y-etica-en.html](http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/teoria-del-cuidado-sabiduria-y-etica-en.html). [online].; 2013 [cited 2017 marzo 2017]
15. Gamal.<http://salud.discapnet.es/castellano/salud/discapacidades/desarrollo%20motor/traumatismo%20craneoencefalico/paginas/trauma.aspx>. [online]. [cited 2017 abril 18].
16. Lezar de G. Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos. Primera ed. Mexico; 2007.

17. F. Murillo Cabezas, M^a A Muñoz Sánchez. Traumatismo craneoencefálico. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Samiuc. 1999.
Richard J. Moulton, Lawrence H. Pitts. Lesión de la cabeza e hipertensión intracraneal. Cuidados intensivos. Hall, Schmidt y Wood. Segunda edición. Nov. 2000.
18. James e. Burgess. Critical care of patients with traumatic brain injury. Intensive care medicine. Fourth edition. Irwin and rippe's. 1998.
19. M. A. Muñoz Sánchez, P. Navarrete Navarro. Soporte vital avanzado en trauma. Plan nacional de resucitación cardiopulmonar, sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias. (A. Hernando Lorenzo, M. Rodríguez Serra, J.A. Sánchez-Izquierdo Riera). (Semicyuc) Ed. Masson. 2000.
20. S. Yus Teruel y M. Cidoncha Gallego. Traumatismo craneoencefálico (Tce). Manual de Medicina Intensiva. 2^a Edición. (J.C. Montejo, A. García de Lorenzo, C. Ortiz leyba, A. Bonet. Ed. Harcourt. 2^a edición. 2000.

ANEXOS

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EM PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 4 Actividad y reposo Clase 4 Respuestas cardiovascular es /pulmonares	00030 Deterioro del intercambio de gases r/c ventilación perfusión m/p gasometría arterial anormal, disnea	Paciente mejorara estado respiratorio	MANEJO DE LA VIA AEREA - Mantener una vía aérea permeable. - Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/ perfusión. - Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de la zona de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños. - Iniciar y mantener el suplemento de oxígeno. - Administrar medicación adecuada para aliviar el dolor y disminuir la hiperventilación. - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Eliminar secreciones de vía aérea. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría y gases arteriales) - Identificar al paciente que requiera de manera real / potencial la intubación de la vía aérea.	(0415)Estado respiratorio

DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 4 Actividad y reposo Clase 4 Respuestas cardiovascular es /pulmonares	00029 Disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la contractibilidad e/p tos , disnea	Mejorar gasto cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades) - Registrar disritmias cardíacas. - Control de funciones vitales. - Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca - Balance hídrico estricto - Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea - Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. - Controlar la eficacia de la medicación - Evaluar los edemas y los pulsos periféricos - Controlar el estado neurológico - Administrar tratamiento prescrit. 	0400 Efectividad de la bomba cardiaca.

DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 4 Actividad y reposo Clase 4 Respuestas cardiovasculares /pulmonares	00201 perfusión tisular cerebral : ineficaz R/C aumento del volumen sanguíneo intracraneal	Mantener circulación cerebral	2540 Manejo del edema cerebral <ul style="list-style-type: none"> • Seguir de cerca el estado neurológico y compararlo con valores guía • Monitorizar los signos vitales • Monitorizar niveles de PaO₂ PCO₂ pH y bicarbonato • Suministrar sedación. Observar los cambios del paciente en las respuestas a los estímulos <ul style="list-style-type: none"> • Colocar la cama con el cabecero levantado a 30° o más • Evitar el uso del PEEP • Administrar agentes bloqueadores neuromusculares, según proceda • Restringir la administración de líquidos • Evitar la administración de líquidos hipotónicos iv. 	0406 Perfusión tisular cerebral

DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 12: confort Clase1 Confort físico	00132 Dolor agudo R/C agente lesivo físico e/p gestos	Aliviar dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes - Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. -reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - seleccionar una estrategia de alivio al mismo - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor si procede. -Administrar medicamentos prescritos. 	2102 nivel del dolor

DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 11 Seguridad/ Protección Clase 6 termorregulaci ón	00008 Termorregulación ineficaz R/C traumatismo	Mantener termorregula ción	<ul style="list-style-type: none"> - comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. - Observar el color y la temperatura de la piel. - Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración. - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. 	Regulación de la temperatura

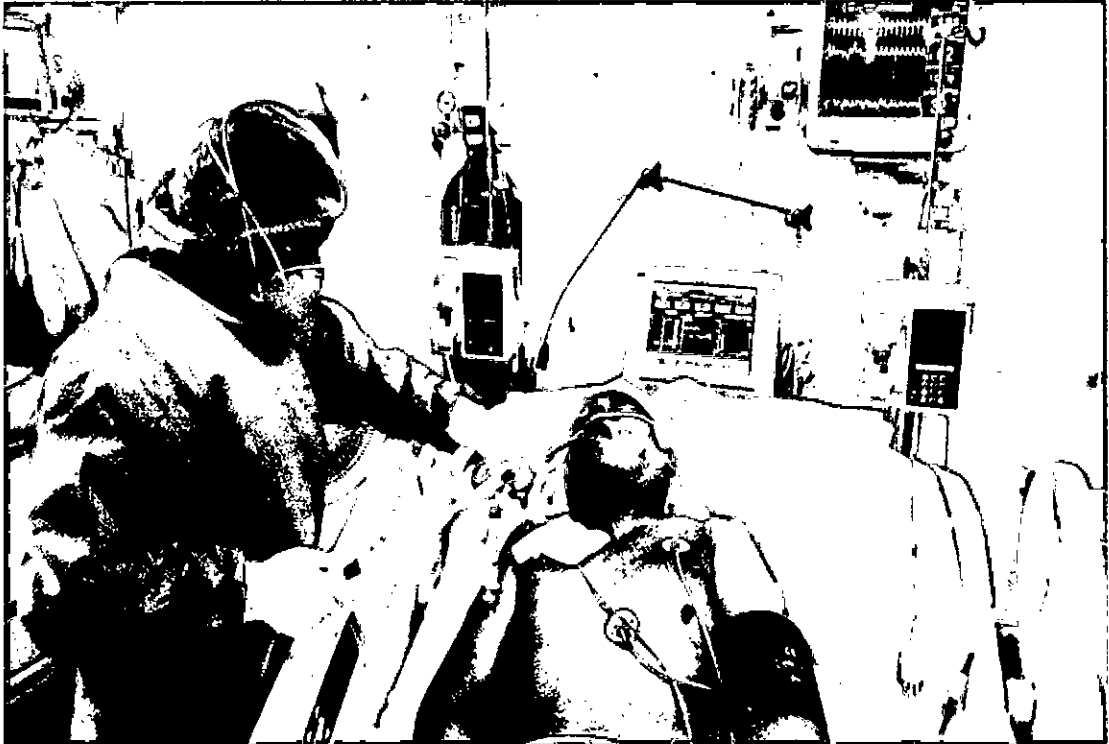
DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 4 Actividad / reposo Clase 2 Actividad – ejercicio	00085 Deterioro de la movilidad física R/C traumatismo craneal	Mejorar la actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda al autocuidado Cambio de posición Cuidados del paciente encamado - Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito Fomento del ejercicio Fomento de ejercicios: extensión Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión Manejo de energía Terapia de ejercicios: control muscular Terapia de ejercicios: equilibrio Terapia de ejercicios: movilidad articular 	Movimiento articular activo

DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE 2 : LESIÓN FÍSICA	00035 Riesgo de lesión: convulsión F/R Patología	Disminuir el riesgo de lesión.	-Revisar antecedentes médicos -Determinar la disponibilidad y calidad de recursos -Identificar riesgo biológico, ambiental y conductual. -Aplicar las actividades de reducción de riesgo -Proporcionar una cama de baja altura si resulta posible. -Explicarle al paciente las medicaciones y efectos secundarios. -Mantener un dispositivo de aspiración en la cama. -Vigilar el régimen del fármaco. -Orientar al paciente que avise si presenta síntomas prodrómicos.	1913 Severidad de la lesión.

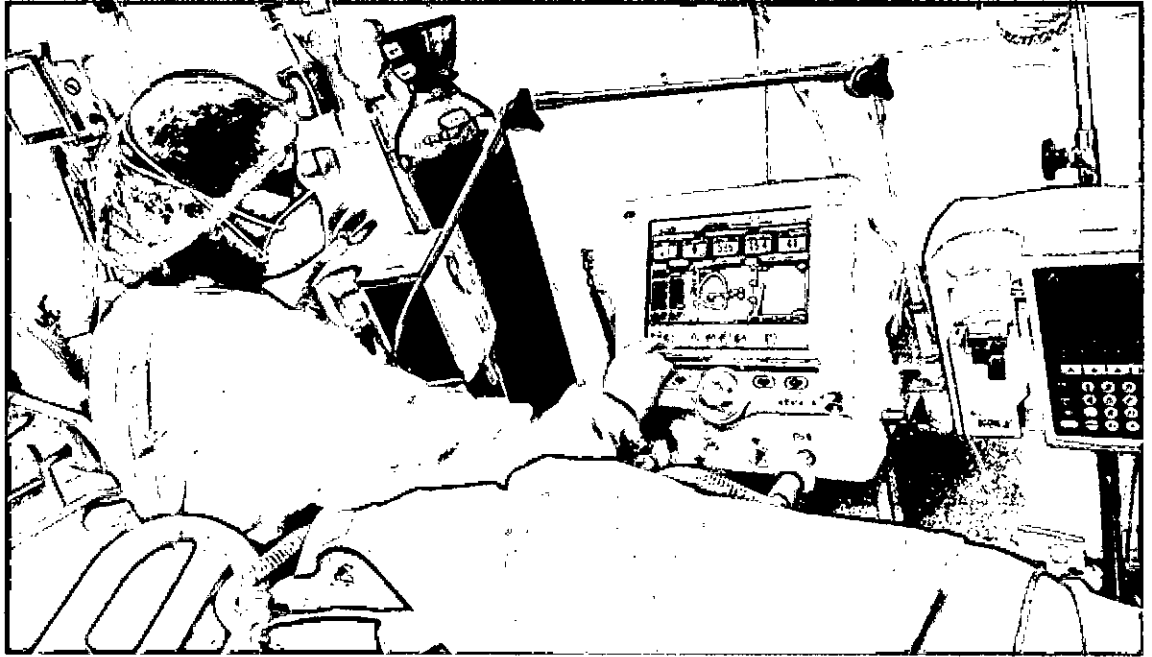
DOMINIO	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	RESULTADO
Dominio 11 seguridad / protección Clase 1 Infección	00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (sonda nasogástrica, catéter venoso central, sonda Foley)	Disminuir el riesgo de infección.	- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados con el paciente. - Inspeccionar el sitio de incisión en busca de signos de infección. -Tomar nota de las características de cualquier drenaje. -Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter. - Cambiar los sistemas, apósitos y tapones según protocolo del centro. -Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.	6540 control de infección.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

ASPIRACION DE SECRECIONES EN PACIENTES CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO



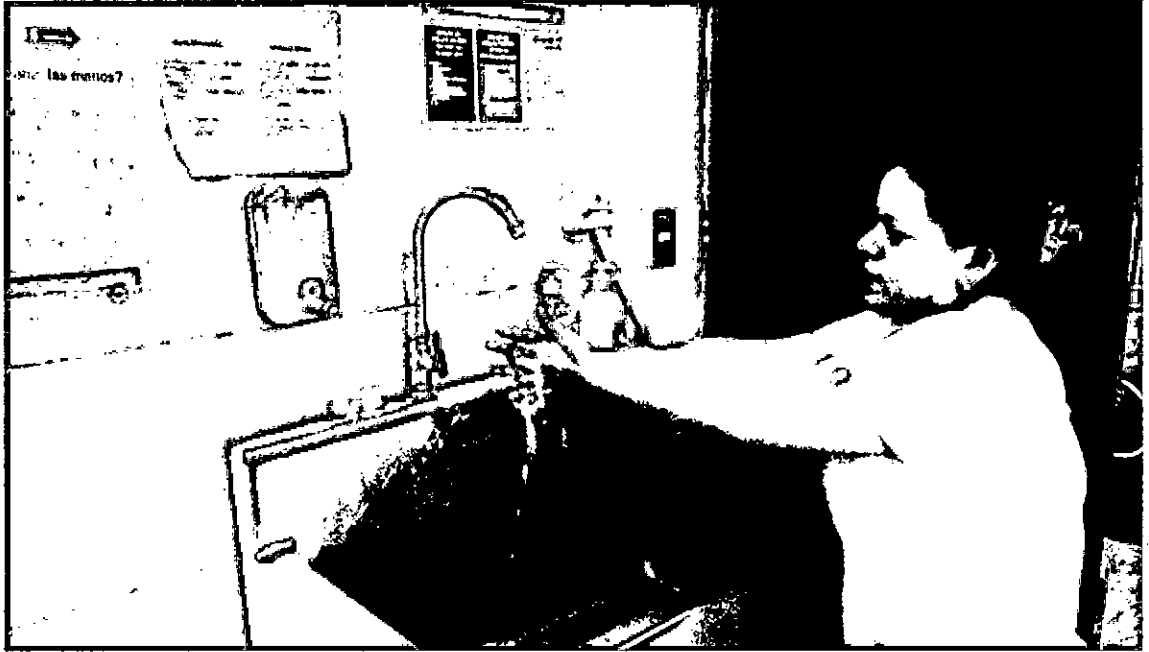




VALORACION NEUROLOGICA: ESCALA DE GLAGOW



LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE LA ATENCION A PACIENTE



HOJA DE MONITOREO UTILIZADA EN EMERGENCIA PARA EL MONITOREO DEL PACIENTE

