



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO SOBRE:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
Y SU RELACIÓN CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Palma Caisachana, Danny Alexandra

Tutor: Lic.Mg. Herrera López José Luis

Ambato-Ecuador

Diciembre 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad del análisis de caso sobre el tema: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y SU RELACIÓN CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA”**, de Danny Alexandra Palma Caisachana, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2017

EL TUTOR

Lic.Mg. Herrera López, José Luis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Análisis de Caso **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y SU RELACIÓN CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2017

LA AUTORA

Palma Caisachana, Danny Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de graduación o paree de ello un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de investigación, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este proyecto, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre del 2017

LA AUTORA

Palma Caisachana, Danny Alexandra

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre:
**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
Y SU RELACIÓN CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA”** de Palma
Caisachana Danny Alexandra de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Diciembre del 2017

Para constancia firman.

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2da VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo se la dedico a mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida para llegar a obtener este sueño tan anhelado, por ser mi guía y brindarme su apoyo incondicional y su ayuda ya que para poder alcanzar este gran sueño, tuve que atravesar momentos muy difíciles en mi vida, a mi padre Leonidas Celestino Palma Guilindro que con su cariño, ternura y consejos me ayudó a ser un mujer de lucha y a no detenerme hasta cumplir mis sueños, a mi madre Marcia Susana Caisachana Chiluisa que con su fortaleza me ayudo a ser una mujer de bien y siempre estuvo a mi lado , a mis hermanos Cristian y Diana por siempre apoyarme en especial a mi hermana ya que ha sido mi amiga y confidente con la cual llore y reí atravesamos hermosos y malos momentos pero siempre estuvimos juntas, a mi abuelita Delia Maria Chiluisa Chauca por ser una fuente de sabiduría por cada consejo que me brindo, su comprensión y cariño motivó en mi ser una mejor persona, mi abuelito Luis Anibal Caisachana García por cada broma, ocurrencia y consejo logro sacar una sonrisa, a Marcelo Zapata por ser la persona quien transformo mi vida y supo brindarme su apoyo, amor y cariño aun en los momentos más difíciles fue la persona quien me enseñó grandes lecciones de vida como por ejemplo dejar en paz mi corazón y perdonar a todo aquel que me hizo daño antes de terminar el día, a mis tíos Washintong, Charles, Elsa y Zoila que a pesar de la distancia nunca me dejaron sola siempre estuvieron pendientes de mí y me dieron el impulso necesario para salir adelante a Elizabeth, Elena, Miguel, que desde mi infancia estuvieron siempre a mi lado dándome alegría y haciéndome parte de sus vidas, a mis primito Stiven, que a pesar de la distancia por una video llamada supo darme siempre esa voz de aliento y esa alegría para lograr mi meta, a Charly, Cristhoper y Dilan esos angelitos que me brindaron muchas sonrisas en mis momentos de tristeza que con sus locuras, besos y abrazos hicieron olvidar cada pena y preocupación, de igual manera a todos los docentes los cuales me brindaron el conocimiento necesario para desempeñarme en el ámbito profesional.

Palma Caisachana Danny Alexandra

AGRADECIMIENTO

Primeramente quiero agradecer a Dios por darme la vida y por permitirme cada día ver un nuevo amanecer, darme salud y fortaleza para seguir adelante y haberme encaminado

en esta profesión de proteger y servir a quienes necesitan de mí, a mis padres Leonidas Palma y Marcia Caisachana quienes fueron las personas que confiaron en mí y me brindaron esa voz de aliento para culminar mi carrera, a mis hermanos Cristian y Diana Palma por su cariño y alegría, a mis abuelitos por sus consejos, comprensión y alegría, a Marcelo Zapata por el apoyo incondicional y por nunca dejarme sola durante mi vida académica , a mis tíos Washintong, Charles, Elsa, Zoila, Elena, Elizabeth por siempre cuidarme, a mis amigas Jessica Criollo, Liliana Porras, Jessica Nono, Karen Loma, Diana García, Gabriela Núñez, Evelyn Balarezo por haber demostrado una amistad sincera durante nuestra vida universitaria, a mi tutor Lic Mg. José Luis Herrera López por ser la persona quien me encamino para poder lograr mi objetivo, a todas estas personas agradezco de corazón ya que fueron y serán siempre parte de mi vida siempre ocuparan un lugar muy especial en mi corazón ya que el camino fue duro y largo, pero la satisfacción de haberlo logrado es uno de los mejores placeres de la vida.

Palma Caisachana Danny Alexandra

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

PÁGINA

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA:	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FLUJOGRAMAS	xi
INTRODUCCIÓN	1
7 Objetivos:	3
7.1 General:	3
7.2 Específico:	3
8 Recopilación y descripción de las fuentes de información disponibles:	4
8.1 SERVICIO DE EMERGENCIA	4
8.2 CENTRO QUIRÚRGICO	5
8.3 INGRESO UCI 23:10	6
8.4 13 de diciembre del 2016	7
8.5 19 de diciembre del 2016	10
8.6 21 de diciembre del 2016	11
8.7 03 de enero del 2017.....	11
8.8 04 - de enero del 2017.....	13

8.9	06 de enero del 2017	14
8.10	CENTRO QUIRÚRGICO.	14
8.11	07 de enero del 2017	15
8.12	10 de enero del 2017	16
8.13	11 – de enero del 2017	17
8.14	12 de enero del 2017	18
8.15	13-18 de enero del 2017.....	19
8.16	20-26 de enero del 2017	20
8.17	Nota de alta de unidad de cuidados intensivos al servicio de Pediatría:	21
8.18	28 de Enero – 04 de Febrero	22
8.19	Plan de alta	23
8.20	INFORMACIÒN NO DISPONIBLE.....	24
9	Desarrollo	25
9.1	DESCRIPCIÒN CRONOLÒGICA:	25
9.2	DESCRIPCIÒN DE LOS FACTORES DE RIESGO:	28
9.2.1	Biològicos:	28
9.2.2	Ambientales:	28
9.2.3	Estilos de vida:.....	29
9.2.4	Sociales:	29
9.3	ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:	30
9.4	IDENTIFICACIÒN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:	30
9.4.1	INTEGRIDAD DE LA PIEL:	30
9.4.2	PROBLEMAS RESPIRATORIOS	31
9.4.3	PROBLEMAS GASTROINTESTINALES:	32
9.4.4	PROBLEMAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL	32
	CARACTERIZACIÒN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:	33
10	Conclusiones:.....	36
4.1	Objetivo general:	37
4.2	Objetivos específcos:.....	37

1	FLUJOGRAMA #1 INGRESO A LA UNIDAD HOSPITALARIA.....	38
2	FLUJOGRAMA #2 INTEGRIDAD DE LA PIEL.....	39
3	FLUJOGRAMA #3 PRATÓN RESPIRATORIO	40
4	FLUJOGRAMA #4 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	41
5	FLUJOGRAMA #5 ESTADO NUTRICIONAL.....	42
6	FLUJOGRAMA #6 EGRESO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.....	43
	5.0 Conclusiones:	44
11	Bibliografía	45
12	LINKOGRAFÍAS	47
13	CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS UTA	49
14	ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINA
Tabla #1 PROBLEMAS Y ACCIONES DE MEJORA	35
Tabla #2 FAMILIOGRAMA	50
Tabla #3 ECOMAPA	51

ÍNDICE DE FLUJOGRAMAS

CONTENIDO	PÁGINA
FLUJOGRAMA #1 INGRESO A LA UNIDAD HOSPITALARIA	38
FLUJOGRAMA#2 INTRGRIDAD DE LA PIEL.....	39
FLUJOGRAMA #3 PRATÓN RESPIRATORIO.....	40
FLUJOGRAMA #4 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL.....	41
FLUJOGRAMA #5 ESTADO NUTRICIONAL	42
FLUJOGRAMA #6 EGRESO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.....	43

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO Y SU RELACIÓN CON LAS OPORTUNIDADES DE
MEJORA”**

Autora: Palma Caisachana, Danny Alexandra.

Tutor: Lic.Mg Herrera López, José Luis.

Fecha: Septiembre del 2017

RESUMEN

El traumatismo craneoencefálico es una alteración en la función neurológica causada por una fuerza traumática externa que ocasiona un daño físico a nivel del encéfalo siendo uno de los problemas de salud pública más relevantes, que afecta anualmente a la población y representa una de las causas más importantes de morbi-mortalidad, especialmente en la población adolescente y joven. En el presente trabajo el **objetivo** principal es analizar cuáles fueron los factores que intervinieron en la causa de traumatismo craneoencefálico mediante una investigación bibliográfica e historia clínica para mejorar el estilo de vida en el paciente. La **metodología** que se manejó fue por medio de un estudio bibliográfico, descriptivo y de campo ya que se logró establecer contacto con el paciente, permitiendo identificar cuáles fueron los factores de riesgo. Los **resultados** se obtuvieron por medio de una entrevista a la madre del paciente donde se pudo identificar los problemas de salud que el paciente presentó, por esta razón se realizó una guía de cuidados intrahospitalarios para mantener una atención de calidad y brindar un mejor estilo de vida. En **conclusión** el propósito está en realizar nuevos esquemas como la elaboración de flujo gramas en los servicios hospitalarios dirigidos para el personal de enfermería el cual servirá como una guía para realizar procedimientos y cuidados especiales que el paciente necesita para su pronta recuperación. **PALABRAS CLAVES:** TRAUMATISMO, CRANEOENCEFÁLICO, ENFERMERÍA, CUIDADOS, COMPLICACIONES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSERY CAREER

TOPIC: "CARE OF NURSING IN CRANIOENCEPHALIC TRAUMATISM AND ITS RELATIONSHIP WITH IMPROVEMENT OPPORTUNITIES"

Author: Palma Caisachana, Danny Alexandra.

Tuthor: Lic. José Luis Herrera.

Date: September 2017.

ABSTRACT

Cranioencephalic trauma is an alteration in the neurological function caused by an external traumatic force that causes physical damage at the level of the encephalon being one of the most relevant public health problems that annually affects the population and represents one of the most important causes of morbidity and mortality, especially in the adolescent and young population. In the present work the main objective is to analyze which were the factors that intervened in the cause of traumatic brain injury through a bibliographical investigation and clinical history to improve the life style in the patient. The methodology was handled by means of a bibliographic, descriptive and field study since it was possible to establish contact with the patient, allowing to identify which were the risk factors. The results were obtained through an interview with the patient's mother where the patient's health problems could be identified. For this reason, an in-hospital care guide was used to maintain quality care and provide a better lifestyle. In conclusion, the purpose is to carry out new schemes such as the elaboration of flow charts in the hospital services directed to the nursing staff, which will serve as a guide to perform procedures and special care that the patient needs for a quick recovery.

KEY WORDS: TRAUMATISM, CRANIOENCEPHALIC, NURSING, CARE, COMPLICATIONS.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos Craneoencefálicos son muy comunes a nivel mundial y en países desarrollados afectando especialmente a la población joven de sexo masculino. Esta lesión es provocada con más frecuencia en accidentes de tránsito, causando lesiones graves a nivel cerebral encontrada en un 75% de víctimas.

En los Estados Unidos las muertes por Traumatismo Craneoencefálico se han elevado cerca de 1% anualmente, en la actualidad existe alrededor de 2 millones de lesiones que producen muerte y discapacidad (OMS, 2017)

En Ecuador según los últimos datos proporcionados por la OMS (2009), la tasa de mortalidad por trauma en el Ecuador es de 16,9 por cada 100.000 habitantes, siendo en su mayor parte por trauma craneoencefálico grave.

El presente estudio de caso se detectó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Ambato siendo un hospital de segundo nivel con una atención de 85% de víctimas con un 5.5% anualmente en Traumatismo Craneoencefálico. (Silva, 2014)

El presente análisis de caso clínico intenta reunir información que facilite el estudio cuyo contenido pueda aportar significativamente a los cuidados de enfermería en un paciente con traumatismo craneoencefálico y sus posibles oportunidades de mejora, de igual manera la presente investigación será un punto de partida para las futuras investigaciones.

El presente estudio de caso está enfocado en un paciente de 10 años de edad quien sufre un traumatismo craneoencefálico producido por una caída de un medio de transporte mismo en la que el menor se trasladaba de su unidad educativa al domicilio según versiones de la madre, los cuidados de enfermería en el presente caso clínico necesitan un análisis meticuloso y un estudio a fondo ya que la situación del paciente es crítica porque fue intervenido quirúrgicamente ya que presentaba un hematoma a nivel parietal temporal izquierdo es por esto que los cuidados deben ser estrictos en los aspectos biológicos y ambientales para evitar complicaciones médicas, para determinar los cuidados de enfermería es necesario realizar un análisis de la historia clínica del paciente, y la entrevista a los familiares que cuidan del mismo. El personal de enfermería cumple un papel importante dentro del rol de cuidador ya que al brindar una atención especial a este tipo de pacientes se puede evitar complicaciones y mejorar el estilo de vida.

La propuesta enfocada que será realizada para la presente investigación es la elaboración de diagramas de flujo siendo una línea de pasos a seguir que implican un proceso determinado, el cual será realizado exclusivamente para el personal de enfermería ya que servirá como una guía de secuencia para el manejo de este tipo de pacientes.

Objetivos:

7.1 General:

- Analizar los cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora.

7.2 Específico:

- Identificar los factores de riesgo que el paciente presentó durante la estancia hospitalaria.
- Determinar los puntos críticos y oportunidades de mejora en la evolución de la enfermedad.
- Elaborar flujogramas de atención de enfermería para pacientes con Traumatismo Craneoencefálico

Recopilación y descripción de las fuentes de información disponibles:

12 de Diciembre del 2016 16:11

8.1 SERVICIO DE EMERGENCIA

Paciente masculino de 10 años de edad ingresa a esta unidad de salud, inconsciente desorientado, a nivel de cabeza presencia de hematoma, pupilas midriáticas, otorragia bilateral en moderada cantidad, abdomen suave depresible a la palpación miembros inferiores sin presencia de edema Glasgow 6/15. Diagnóstico: Traumatismo Craneoencefálico Grave médico ordena realizar una tomografía simple de cráneo el estudio practicado demuestra hematomas subdurales agudos temporal derecho y fronto temporal izquierdo hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo con zonas hipodensas en su interior sugestivas de edema y coágulos, contusiones corticales frontotemporales derechas, el sistema ventricular es de configuración habitual, cerebelo y tronco del encéfalo sin patología. En las reconstrucciones con ventana ósea MPR (reconstrucción multiplanar) y 3D (visualización tridimensional) se precia trazo de fractura parieto-temporal izquierda que involucra el peñasco y el hueso cigomático celdillas mastoideas izquierdas ocupadas con restos hemáticos así como el seno esfenoidal y celdillas etmoides izquierdas hematoma subgaleal temporoparietal izquierdo enfisema subcutáneo.

Indicación médica: Nada por vía oral - Monitoreo continuo - Control de ingesta y excreta - Cabeza elevada a 30 grados - Solución salina 0,9% 1000cc + 10cc de potasio +5cc de Complejo b por hora - Ceftriaxona 10mg intravenoso cada 12 horas - Omeprazol 20 mg intravenoso cada 12 horas - Metoclopramida 4mg intravenoso cada 8 horas- Manitol 50 cc intravenosos cada 4 horas- Vitamina C intravenoso cada día.

Se recomienda cirugía para descompresión y evacuación de hematoma lado izquierdo al momento la casa de salud intenta conseguir anesthesiólogo y los quirófanos se encuentran ocupados por lo que recomiendan transferencia urgente.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales cada hora, elevar cabecera a 30 grados, administración de medicación. La unidad de salud intenta conseguir al médico anesthesiólogo para la cirugía. **Signos vitales:** Tensión arterial: 116/60 frecuencia cardiaca: 70 frecuencia respiratoria: 28 temperatura: 36.2 saturación de oxígeno: 96%.

Exámenes de laboratorio: HB: 13.90 HCTO: 58.00 LEU: 14.000 GLUC: 121.00 PCR: 12.00 Gasometría: PH: 7.46 PCO2: 24.60 CHCO3: 17.00

Análisis:

Paciente al ingreso permanece inconsciente con escala de Glasgow 6/15 , médico indica mantener con solución salina más potasio y más Complejo b podemos manifestar que la valoración más primordial en Traumatismo Craneoencefálico es la valoración de la escala de Glasgow ya que es un indicador prospectivo de la fuerza global, indicando el nivel de conciencia, permitiendo observar detenidamente la apertura ocular, respuesta verbal y la motora como menciona (Martin S. R., 2014) *además es imprescindible la administración de medicación para disminuir la presión intracraneal como menciona* (Lopez, 2009) **se añade complejo b + potasio para evitar el gasto cardíaco.** A la revisión de la historia clínica no se evidencia que el personal de enfermería realice un manejo cauteloso en el paciente como es valoración cefalocaudal del paciente, monitoreó continuo, valoración de la escala de Glasgow.

12 de diciembre del 2016

8.2 CENTRO QUIRÚRGICO

Paciente ingresa a quirófano inconsciente con Glasgow 6/15. **Pre-operatorio:** Hematoma subdural parietal temporal izquierdo **Post-operatorio:** Hematoma subdural parietal temporal izquierdo Proyectada: Craneotomía descompresiva Realizada: Craneotomía descompresiva + evacuación de hematoma. Hora de inicio: 19:35 Fin de cirugía: 23:00 Tipo de anestesia: General Dieresis: Bicornal: compromete piel gálea. Exploración y hallazgos quirúrgicos: Se observa fractura temporal izquierda que se proyecta hacia la base, craneotomía fronto-parietal temporal bilateral con la intención de descompresión craneal, se observa descuadre muy tenso y sin latido durotemia arciforme con base hacia la línea media en hemisferio izquierdo y se evacua gran hematoma subdural agudo. Procedimiento operatorio Asepsia y antisepsia, incisión descrita, craneotomía fronto-parieto temporal bilateral, durotemia arciforme de lado izquierdo y evacuación de grave hematoma subdural, hemostasia con surgicel y partes de tracción, cierre de piel con planos.

Análisis:

Paciente es intervenido quirúrgicamente con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico grave cirugía realizada craneotomía descompresiva más evacuación de hematoma como menciona (Ángel 2012) *la intervención quirúrgica realizada tiene sustento científico sirve para eliminar fragmentos óseos de la bóveda craneal con el objetivo de aumentar el área de adaptación cerebral para control absoluto de la presión intracraneal* recalcando que al realizar esta cirugía lograron evacuar hematoma para evitar una presión intracraneal y por ende la muerte del paciente. Se ha identificado que el personal de enfermería tuvo el manejo de asepsia y antisepsia necesario para este tipo de procedimiento.

8.3 INGRESO UCI 23:10

Paciente ingresa a sala de cuidados intensivos con Diagnóstico: Traumatismo Craneoencefálico grave post craneotomía descompresiva, inconsciente bajo efectos de sedoanalgesia presencia de tubo endotraqueal con apoyo de ventilador mecánico cabeza cubierta con apósito limpio, oídos presencia de tapones derecho e izquierdo limpio y seco, presencia de vía central en tórax parte superior izquierda.

Indicación médica: Monitoreo continuo –mantener cabecera elevada – vigilar herida quirúrgica- control de ingesta y excreta – aspiración de secreciones cada 4 horas- solución salina 0.9% 1000cc+ 5cc de potasio + complejo b 5 cc ceftriaxona 1gr intravenoso cada 12 horas – omezol 20 mg intravenoso cada 12 horas – metoclopramida 4mg intravenoso cada 8 horas – vitamina C 500mg intravenoso - lidocaína 1cc intravenoso previo a cada procedimiento.

Cuidados de enfermería: Monitoreo continuo, mantener cabecera elevada a 30 grados, control de ingesta y excreta, aspirar secreciones, administración de medicación prescrita, Signos vitales: Tensión arterial: 70/ 40 frecuencia cardiaca: 160 frecuencia respiratoria: 22 temperatura: 36,4 saturación de oxígeno: 97% balance hídrico: Ingesta: 2357 Balance: 9080.2 Diuresis: 1200 eliminación: 2050

Análisis:

Paciente ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI) paciente permanece bajo efectos de sedoanalgesia, inconsciente presencia de tubo endotraqueal mas ventilador mecánico, médico indica: monitoreo continuo, elevar cabecera a 30 grados, como menciona

(Lopez, 2009) *uno de los cuidados más importantes en el postoperatorio es conservar una posición alineada y con elevación de la cabeza para mejorar la función pulmonar, el control hemodinámico basado en la presión arterial la sedación es primordial en este tipo de pacientes porque puede presentar actividades convulsivas es por este motivo que se realizara un monitoreo continuo* menciona (Alvarez Ruis, 2011) **es esencial una buena limpieza de la herida y aplicar un vendaje compresivo para evitar infección.** Se puede evidenciar por medio de la historia clínica que los procedimientos fueron realizados correctamente pero no existe una vigilancia cautelosa de la herida quirúrgica por parte del personal de enfermería.

8.4 13 de diciembre del 2016

Paciente permanece bajo efectos de sedo analgesia al momento con apoyo de ventilador mecánico ojos pupilas midriáticas de 4 milímetros boca presencia de tubo endotraqueal, cabeza cubierta con apósitos limpios, oídos presencia de tapones derecho limpio y seco, izquierdo manchado de líquido hemático, nariz no presenta deformidad en tabique nasal, tórax presencia de vía central localizado en la parte superior izquierda. Paciente con pico febril de 39 grados neurológicamente en regulares condiciones.

Indicación médica: Pediasure por sonda nasogástrica a 10ml hora – Monitoreo continuo -Solución salina 80cc+fentanyl 500mg +Midazolam 50 mg intravenoso - - Metamizol 500mg intravenoso en este momento Clindamicina 200 mg intravenoso cada 6 horas -Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas -Metoclopramida intravenoso cada 8 horas -Ranitidina 25 mg intravenoso cada 12 horas -Fentanilo 10mg cada 4 horas-manitol 50 cc intravenoso cada 4 horas. Se realiza una tomografía simple de cráneo reporta: craneotomía frontoparietal bilateral. En el parénquima cerebral se evidencia restos hemáticos con burbujas de aire a nivel fronto parietal derecho y fronto parieto temporal izquierdo. Hematoma mixto epidural-intraparenquimatoso temporal izquierdo en fase subaguda temprana que mide 5.2 x 2.9 x 1.2 cm, volumen aproximado de 9.4 cc, se rodea de edema vasogénico grado II. Hemorragia subaracnoidea occipital, restos hemáticos a nivel de la cisura interhemisférica, contusión cortical subaguda temprana temporal derecha de 1.3 x 2.0 centímetros, el sistema ventricular es de configuración habitual, cerebelo y tronco del encéfalo sin patología

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales cada 2 horas, mantener cabecera elevada a 30 grados, vigilar herida quirúrgica, administración de medicación prescrita. Signos vitales: Tensión arterial: 80 / 70 frecuencia cardiaca: 15 frecuencia respiratoria: 25 temperatura 39 Saturación de oxígeno: 96%. . Balance hídrico: Ingesta: 2250 Balance: 9060.1 Diuresis: 960 Eliminación: 1090

Análisis:

Paciente al momento con apoyo de ventilador mecánico presenta pupilas midriáticas de 4 milímetros e hipertermia de 39 grados medico indica metamizol en este momento como menciona (Liriano, Olivera, & Guerra, 2006) *los pacientes neuroquirúrgicos necesitan continuamente soporte ventilatorio artificial ya que permite la oxigenación de la sangre y la eliminación de dióxido de carbono* se puede manifestar que los procedimientos realizados tienen sustento científico ya que el ventilador mecánico es utilizado para evitar aspiración en la vía aérea por la disminución del nivel de conciencia se administra metoclopramida para evitar vomito que puede ser causado por la aspiración de secreciones como menciona (Martin S. R., 2014) *es imprescindible el control la temperatura corporal puesto que puede presentarse por el daño en el sistema nerviosos central se aplica medicamento para ceder la fiebre, colocar medidas físicas como descubrir al paciente, templar el entorno mediante aire acondicionado, frías bolsas de hielo en las zonas de mayor intercambio de calor (zonas poplíteas axilas, ingles)* cabe recalcar que personal de enfermería no aplica medios físicos procedimiento que pudo haber sido realizado porque es una medida antitérmica efectiva.

13 de Diciembre del 2016

Paciente con efectos de sedo analgesia cabeza elevada apósito limpio y seco nariz presencia de sonda nasogástrica boca tubo endotraqueal cuello no adenopatías, tórax vía central, corazón no soplos, pulmones murmullo vesicular conservado, abdomen suave depresible, presencia de sonda vesical miembros inferiores no edema. Glasgow 5/15. Se valora paciente con traumatismo craneoencefálico grave y que al momento presenta pupilas midriáticas de 4 milímetros bilateral arreactivas por lo que se solicita tomografía para control cerebral se incrementa sedación.

Indicación médica: Pediasure por sonda nasogástrica 10 ml/hora -Control del signos vitales- Solución salina al 0.9% 1000 cc intravenoso - Manitol 50 mg intravenoso cada 4

horas- Clindamicina 200 mg intravenoso cada 6 horas - Ceftriaxona 1gr intravenoso cada 12 horas - Metoclopramida 4 mg intravenoso cada 8 horas - Lidocaína 2% 1cc intravenoso previa maniobra - Ranitidina 25 mg intravenoso cada 12 horas -Fentanilo 10 mg intravenoso cada 4 horas – tomografía control - Sedoanalgesia 7cc/ hora.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales cada 2 horas, aplicar medios físicos, mantener cabecera elevada, administración de medicación prescrita, vigilar herida quirúrgica. Signos vitales: Tensión arterial: 100/80 frecuencia cardiaca: 130 frecuencia respiratoria: 25 temperatura: 36.6 saturación de oxígeno: 99%. Se realiza tomografía simple de cráneo reporta: Pacientes con antecedentes post quirúrgicas con craneotomía, al momento presenta hematoma epidural temporal izquierdo de 5.7 cm por 1.0 cm con edema perilesional, múltiples contusiones hemorrágicas en la región temporal derecha, las de mayor tamaño miden 1.3cm y 1.5cm se observa otra área de contusión temporal izquierda de 2.8 cm de diámetro, área de isquemia occipital izquierda. Hemorragia subcranoidea hacia la tienda del cerebelo. Paciente al momento permanece en UCI con tubo endotraqueal más cánula oro faríngeo y ventilación mecánica con alza térmica de 39.2 axilar. Paciente bajo las mismas condiciones alza térmica de 38 C. Balance hídrico: Ingesta: 2220 Balance: 9050.2 Diuresis: 1400 Eliminación: 2010

Análisis:

Paciente continúa sedado, con Glasgow de 5/15 presenta pupilas midriáticas de 4 milímetros arreactivas a la luz, medico indica iniciar alimentación con pediasure por sonda nasogástrica, administración de ceftriaxona y clindamicina se ha llegado a consumir que la administración de pediasure por sonda nasogástrica tiene sustento científico menciona (Perel P, 2008) *es de gran importancia la utilización de sonda nasogástrica en este tipo de pacientes ya que su energía y metabolismo se encuentra acelerados la alimentación con pediasure ayudará fundamentalmente en su estado nutricional debido a que contiene los nutrientes necesarios para su recuperación evitando desnutrición en el paciente.* Se puede evidenciar que no realizan cambios de posición en el paciente siendo este un cuidado importante en este tipo de pacientes ya que evitara laceración de la piel.

8.5 19 de diciembre del 2016

Paciente no ha presentado ninguna novedad, bajo efectos de sedoanalgesia cabeza herida quirúrgica coronal, pupilas midriáticas no reactivas a la luz y a la condición, nariz sonda nasogástrica permeable boca tubo endotraqueal más cánula oro faríngeo, tórax colocación de vía central en lado izquierdo anterior, abdomen suave depresible, no edema en miembros inferiores Glasgow 6/15, paciente grave pronóstico reservado. Paciente que no ha vuelto a realizar estados febriles, no se identifica proceso infeccioso.

Indicación médica: Pediasure a 20 ml por hora - Control de signos vitales - Control de ingesta y excreta -Cabecera elevada a 30 C - Cuidados de enfermería - Solución salina 1000 cc + 20 cc de potasio+5cc de complejo b intravenoso a 60 ml/hora - Dolrad 250mg intravenoso cada 6 horas -Paracetamol 250mg intravenoso cada 6 horas - Manitol 10 cc intravenoso cada 4 horas - Clindamicina 200 mg intravenoso cada 8 horas - Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas - Metoclopramida discontinuar - Omeprazol 20 mg intravenoso cada 12 horas - Vitamina C 250 mg intravenoso cada 12 horas -Fenitoina 20 cc intravenoso 4 mg hora- Midazolam 20cc intravenoso 4 miligramos hora.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales, cuidados de vía venosa central, mantener cabecera elevada, control de ingesta y excreta, administración de medicación prescrita, vigilar herida quirúrgica, mantener higiene. **Signos vitales:** Tensión arterial: 90/50 frecuencia cardiaca: 100 Frecuencia respiratoria: 28 Temperatura: 36,5 Saturación de oxígeno: 90% Balance hídrico: Ingesta: 2850 Balance: 694.6 Diuresis: 1937 Eliminación: 2155.4

Análisis:

Paciente permanece con Glasgow 6/15 médico tratante indica canalización de vía central en tórax lado izquierdo anterior (Muñoz, 2007) menciona *Los catéteres venosos centrales se utiliza para administración de soluciones en mayor volumen, por medio de esta administración se ayudara a disminuir edema.* Podemos manifestar que lo realizado tiene sustento científico ya que el cuidado de enfermería es muy importante en este tipo de pacientes se debe utilizar mucha precaución siguiendo un protocolo aséptico para evitar una infección.

8.6 21 de diciembre del 2016

Paciente no presenta cambios, paciente con sedoanalgesia, cabeza herida quirúrgica, pupilas midriáticas, nariz sonda nasogástrica permeable, boca tubo endotraqueal, abdomen suave depresible, extremidades inferiores no edema. Paciente en malas condiciones generales al momento con 38.5 C.

Indicaciones médicas: Pediasure a 200 cc / hora - Control de signos vitales cada 4 horas - Control de ingesta y excreta - Cabecera elevada a 30 C - Solución salina 1000 cc + 200 cc de potasio + 5 cc de complejo b - Dolrad 250 mg intravenoso cada 6 horas - Clindamicina 200mg intravenoso cada 8 horas - Ceftriaxona 1g intravenoso cada 12 horas - Tramal 25mg +20cc de solución intravenosos cada 6 horas en 30 minutos paracetamol 250 mg intravenosos cada 6 horas - Bajar temperatura por medios físicos.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales cada 4 horas, control de ingesta y excreta, mantener cabecera elevada, colocar medios físicos, administración de medicación prescrita. **Signos vitales:** T/A: 90/50 FC: 130 FR: 30 T: 38.5 STO2: 97%. Balance hídrico: Ingesta: 3000 Balance: -133.4 Diuresis: 2915 Eliminación: 3133.4

Análisis:

Paciente permanece en malas condiciones sedado presenta hipertermia de 38.5 grados personal de enfermería aplica medios físicos para regular temperatura corporal. Médico tratante ordena la administración de paracetamol para ceder fiebre. (Serratos Vasquez, 2012) Menciona *que el paracetamol es un medicamento que puede tener acciones tanto centrales como periféricas.* Con la administración de paracetamol ayudara al paciente a mantener temperatura corporal dentro de los rangos normales personal de enfermería aplica medios físicos para el control de fiebre.

8.7 03 de enero del 2017

Paciente a nivel de sitio quirúrgico a nivel craneal presenta proceso infeccioso bacteriano, pupilas midriáticas, boca tubo endotraqueal, abdomen suave depresible extremidades inferiores sin edema. Paciente en iguales condiciones debido al estado neurológico en

UCI se realiza traqueotomía acoplada a ventilación mecánica, se inicia destete progresivo además se realiza gastrostomía para alimentación.

Indicación médica: Aislamiento - Control de signos vitales - Ampicilina + sulbactam - Ciprofloxacina- Gentamicina - Ipenem - Vancomicina- Albendazol. Se realiza tomografía simple de cráneo: Reporta restos hemáticos en la circunvolución parietal derecha, hematoma frontal izquierdo de 1.7 x 2.1 en relación con hematoma crónico de menor tamaño en relación a estudio previo área de encefalomalacia temporal izquierda y dilatación del sistema ventricular supra e infratentorial.

Cuidados de enfermería: Mantener en aislamiento, control de signos vitales, administración de medicación, aspirar secreciones, cuidados de traqueotomía, cuidados de gastrostomía, vigilar herida quirúrgica, brindar medidas de higiene. Signos vitales: T/A: 100/60 FC: 85 FR: 28 T: 36.6 STO2: 95%. Exámenes complementarios: PCR: 96 mg/l Leucocitos de 14.800 HGB: 9.7 HTO: 28.3 Plaquetas: 358.000 Proteínas Totales: 5.6 Albumina 2.7 Balance hídrico: Ingesta: 4035 Balance: 3650 Diuresis: 2322 Eliminación: 3546.7

Análisis:

Paciente presenta proceso infeccioso a nivel de sitio quirúrgico según el control de exámenes realizados se eleva la proteína C reactiva (PCR) con riesgo elevado a sepsis. Al valorar el estado neurológico del paciente personal médico decide realizar traqueotomía y gastrostomía para alimentación. Por lo que médico indica: aislamiento, vigilar herida quirúrgica cuidados de traqueotomía y gastrostomía (Luis, 2007) menciona *la infección de la herida quirúrgica es muy inestable y depende del procedimiento quirúrgico se debe realizar curaciones diarias y mantener en aislamiento para de esta manera evitar complicaciones utilizando medidas preventivas que permitirán reducir los niveles de contaminación de la herida utilizando medidas de asepsia y antisepsia para mejorar su estado general.* Se puede manifestar que se omitió las correctas medidas de asepsia y antisepsia en el paciente al verificar el nivel de infección que presenta el paciente, se indica aislamiento para evitar el ingreso de diferentes microorganismos por lo que se debió realizar curaciones diarias mediante un protocolo antiséptico para impedir la infección, el procedimiento de traqueotomía y gastrostomía tiene fundamento científico (Pantoja & Mora, 2006) Menciona que *la traqueotomía es un procedimiento*

que se realiza en la intubación endotraqueal puesto que previenen el daño a nivel de la faringe y ayuda en la obstrucción de la vía aérea. La gastrostomía sirve para alimentar directamente al estómago brindando un aporte energético, llamado nutrición enteral ya que de esta forma ayudara al paciente alimentarse de una manera equilibrada.

8.8 04 - de enero del 2017

Paciente que se mantiene con Glasgow de 9/15 estado neurológico estacionario que clínicamente corresponde a coma superficial, presenta secreción clara con estrías sanguinolentas muy viscosas y en escasa cantidad por traqueotomía. Presencia de úlceras por presión a nivel de omoplato codos y sacro. Cirugía plástica: Orden de cirugía 06 de enero del 2017 10 am. Con apoyo de neurocirujano. Paciente en iguales condiciones.

Indicación médica: Aislamiento - Restricción de visitas - Preparar vitafos 5 medidas en 2cc en 200 cc de agua estéril y pasar por efusión continua a 40 cc /h y suspender - Dieta de 2000 kcal fraccionada en 4 tomas, por la sonda de gastrostomía cada 6 horas aportes de 100cc, 2 horas después de suspender perfusión de vitafos. Monitorización continua- cambios de posición cada 2 horas- Ranitidina 25 mg IV QD - Metoclopramida 5mg IV c/ 12 horas - Paracetamol 250 mg por gastrostomía cada 8 horas PRN - Metamizol 250 mg IV PRN - Complejo B 5cc por sonda de gastrostomía BID - Lagrimas artificiales 1 gota en cada hoja c/4 horas - Apoyo psicoterapéutico a los padres -Indicaciones de cirugía plástica.

Cuidados de enfermería: Mantener en aislamiento, control de signos vitales, realizar cambios de posición cada 2 horas, control de ingesta y excreta, mantener asepsia y antisepsia, realizar curaciones diarias de traqueotomía, aspirar secreciones, mantener en posición semifowler, administración de medicación prescrita, brindar apoyo emocional a los padres. **Signos vitales:** T/A: 100/70 FC: 80 FR: 28 T: 36.5 STO2: 95% Balance hídrico: Ingesta: 3768 balance: 4000 diuresis: 2765 eliminación: 2675.4

Análisis:

Paciente con Glasgow 9/15 con estado neurológico de coma presenta ulcera por presión a nivel de espalda, codos y sacro por lo que medico indica realizar cambios de posición cada 2 horas, uno de los cuidados más relevantes en traumatismo craneoencefálico es el cambio de posición en el paciente ya que se encuentra inmovilizado (Brumet Rogenski, 2012) menciona que *las úlceras por presión son causadas por la inmovilidad del paciente para prevenir estas complicaciones se valora diariamente la piel del paciente, realizar cambios de posición cada 2 horas, mantener hidratación y cuidados de la piel* podemos demostrar que lo indicado tiene sustento científico porque los cambios de posición cada dos horas en el paciente ayudara a evitar que la piel se lacere, el personal de enfermería no aplico los cuidados respectivos por lo que paciente presenta estas complicaciones pudo ser evitado aplicando una higiene adecuada, hidratación de la piel y realizar cambios de posiciones desde el inicio de su estancia hospitalaria.

8.9 06 de enero del 2017

Paciente vigil Glasgow 9 / 15 pupilas isocóricas de 4mm hiporeactivas a la luz reflejo corneal con saturación al ambiente de 78% recibe oxígeno por mascarilla de traqueostoma a 1 litro por minuto con lo que mantiene oximetrías de pulso sobre 95% de traqueotomía se obtiene secreciones mucohemáticas en poca cantidad. Presión arterial: 100/70 frecuencia cardiaca: 70 frecuencia respiratoria: 22 temperatura: 36.5 Paciente baja a quirófano.

8.10 CENTRO QUIRÚRGICO.

Diagnostico pre quirúrgico: Herida con pérdida de sustancia bilateral Cirugía propuesta: Injerto de piel parcial Diéresis: Escisión tangencial de tejido de granulación en región bilateral del cuero cabelludo con tejido de granulación redundante de 3 x 5cm bilateralmente. Hallazgos: Herida en región parietal derecha de 3x 5cm de diámetro con exposición de masa encefálica, herida en región parietal izquierda de 3 x 5 cm de diámetro con exposición de masa encefálica. Complicaciones: Ninguna Procedimiento: Asepsia y antisepsia - Colocación de campos estériles -Diéresis descrita - Control de hemostasia - Obtención de injerto de piel total de dorso de muslo izquierdo - Fijación de injerto

Análisis:

Paciente desatura por lo que médico indica administrar 1 litro de oxígeno por mascarilla de traqueostomó donde se mantiene saturación de oxígeno a 95%. Paciente ingresa a quirófano para injerto de piel parcial, de esta forma se ayudó a la reconstrucción a nivel de cráneo (Carillo Quijana, 2008) Menciona *La mascarilla consiente en la salida del volumen espirado permitiendo el flujo de oxígeno al 100%*. Se manifiesta que lo indicado tiene sustento científico ya que por medio de la mascarilla se ayudó a mantener buena saturación en el paciente.

8.11 07 de enero del 2017

Paciente vigil Glasgow 9/15 pupilas isocóricas de 4mm hiporeactivas a la luz reflejo corneal presente el día de ayer se realiza procedimiento quirúrgico por cirugía plástica con injerto de piel parcial en región biparietal bilateral. Paciente después del procedimiento quirúrgico permanece acoplado de ventilación mecánica que se retira progresivamente en modo de presión positiva continua (CPAP) fracción inspirada de oxígeno (FiO₂)30% con lo que se mantiene oximetrías de pulso sobre 95% de traqueotomía se obtienen secreciones mucohemáticas en poca cantidad. Hemódicamente estable mantiene tensiones arteriales medias entre 53 y 81 mmhg, frecuencias cardíacas entre 80 y 100, presión venosa central entre 10 y 17 ml de agua, abdomen suave depresible, ruidos hidroaéreos presentes realiza una deposición no cuantificable, realiza picos febriles de 38 °C.

Indicación médica: Control de signos vitales cada 2 horas - Control de ingesta y excreta- Diuresis horaria - Posición semifowler - Aplicar medios físicos - Cuidados de la piel - Cuidados de traqueotomía - Pediasure 6 medidas en 200cc de agua pasar por gastrostomía a 80 cc / hora - Dextrosa + solución salina al 0.9% 1000+ potasio 15ml+ complejo b 5cc - Tramal 100 mg - Cefazolina 500 mg IV cada 6 horas - Ranitidina 25 mg IV cada 12 horas - Metoclopramida 5mg IV cada 8 horas - Paracetamol 250 mg - Furosemida 10 mg IV cada 12 horas, realizar cultivo mañana .

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales cada 2 horas, aplicar medios físicos, control de ingesta y excreta, realizar cambios de posición, cuidados de la piel, cuidados de traqueotomía y gastrostomía, administración de medicación indicada, brindar medidas de higiene, ayudar emocionalmente a los padres, pendiente cultivo. **Signos vitales:** Tensión arterial: 100/ 70 Frecuencia cardíaca : 85 Frecuencia respiratoria: 29

Temperatura: 38 Saturación de oxígeno: 97% Exámenes de laboratorio: Leu : 8.990 Neu: 68.7 HCTO: 35.2 Hb: 11.2 Plt:318.000 Gluc: 82.2 Balance hídrico: Ingesta: 1956 Balance: 547.6 Diuresis: 1190 Eliminación: 1408.4

Análisis:

Paciente con Glasgow de 9/15 paciente permanece con ventilación mecánica donde se retira paulatinamente manteniendo oximetrías de 95%, presenta secreción mucohemáticas en poca cantidad, paciente con signos vitales inestables por lo que presenta fiebre de 38 °C personal de enfermería aplica medios físicos para estabilizar la temperatura, médico indica realizar cultivo para verificar si el paciente presenta algún tipo de infección. Como menciona (Martin M. , 2014) *La ventilación mecánica con presión positiva puede ser colocada por una vía respiratoria artificial, como una traqueotomía o un tubo endotraqueal, conlleva a una serie de complicaciones, como neumonía.* El personal de enfermería realiza el cuidado necesario en el paciente como es mantener limpieza e higiene de la traqueotomía, ayudando de esta forma a mantener una vía aérea permeable, manteniendo una buena respiración en el paciente.

8.12 10 de enero del 2017

Paciente al momento despierto con oxígeno de 1 litro por traqueostomo, presencia de vendaje de capelina manchado de líquido serohemático en escasa cantidad, hemódicamente estable, abdomen suave depresible, no realiza deposición recibe dieta enteral 1290 cc con buena tolerancia. Resultados de cultivo Secreción faríngea y hemócultivos: reportan crecimiento de E. coli se realiza un ecocardiograma: reporta 2 vegetaciones en válvula mitral, por lo que médico confirma el diagnostico de endocarditis.

Indicaciones médicas: Control de signos vitales, Control de ingesta y excreta, Diuresis horaria, Cabecera elevada 30 posición neutra, Cuidados de piel, Solución salina 0.9% 1000cc, Potasio D/C, Imipenem 250 mg IV cada 8 horas, Amikacina 500 mg intravenoso cada día Ranitidina 20 mg vía oral cada día, Metoclopramida 5 mg intravenoso cada 8 horas, Complejo B 1 tableta por gastrostomía cada día, Metamizol 250 mg intravenoso cada 8 horas.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales, control de diuresis horaria, mantener cabecera elevada a 30 C, mantener cuidados de la piel, administración de medicación prescrita, mantener medidas de asepsia y antisepsia, hidratar la piel. **Signos vitales:** Tensión arterial: 100/60 Frecuencia cardiaca: 95 Frecuencia respiratoria: 26 Temperatura 36.4 Saturación de oxígeno: 96% Balance hídrico: Ingesta: 3022.4 Balance: 785.1 Diuresis: 2360 Eliminación: 2867

Análisis:

Por medio del cultivo realizado se diagnostica endocarditis bacteriana (Pinheiro, 2017) menciona *que al realizar el cultivo se puede identificar la presencia de bacterias circulantes en el torrente sanguíneo* podemos manifestar que lo indicado tiene sustento científico ya que se realiza prueba de cultivo para identificar esta infección bacteriana, es importante mantener un manejo adecuado por parte del personal de enfermería de vía periférica central y la administración de medicación prescrita ya que servirá para contrarrestar la infección.

8.13 11 – de enero del 2017

Paciente con diagnóstico de endocarditis bacteriana + sepsis + trauma craneoencefálico grave con secuelas neurológicas al momento caquético con rigidez muscular, craneotomía bilateral con hundimiento, presencia de colgajos de piel en zonas temporales bilaterales, piel con elasticidad disminuida, boca mucosas orales húmedas ojos pupilas isocóricas de 3milímetros de diámetro no reactivas a la luz, fosas nasales permeables , cuello simétrico presencia de traqueotomía en buen estado, pulmones murmullo vesicular conservado, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen suave depresible presencia de gastrostomía en buen estado miembros inferiores sin edema Glasgow 8/15.

Indicaciones médicas: Control de signos vitales, Control de ingesta y excreta, Diuresis horaria, Cabecera elevada 30 posición neutra, Aminoplasmal pasar 10 cc cada hora, Lipofindin 10% IV 20 cc /hora, Solución salina 0.9% 1000cc, Potasio discontinuar, Imipenem 250 mg intravenoso cada 8 horas, Amikacina 500 mg intravenoso cada día, Ranitidina 20 mg vía oral cada día , Metoclopramida 5 mg intravenoso cada 8 horas,

Complejo B 1 tableta por gastrostomía cada día , Metamizol 250 mg intravenoso cada 8 horas.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales, control de ingesta y excreta, control de diuresis horaria, mantener cabecera elevada, administración de medicación, cuidados de traqueotomía y gastrostomía, realizar cambios de posición cada 2 horas, hidratar la piel, brindar medidas de asepsia antisepsia. Exámenes de laboratorio: Leu: 3.260 Hcto: 36.8 Hb: 11.9 Glu: 100.3 Examen de imagen: normal signos vitales T/A: 120/80 FC: 78 FR: 29 T: 36.5 Balance hídrico: Ingesta: 3058.4 Balance: 828.4 Diuresis: 2050 Eliminación: 2230

Análisis:

Paciente caquético médico indica administración de alimentación parenteral ya que paciente se encuentra en estado de desnutrición teniendo fundamento científico como menciona (Moreno Villares, 2012) *consiste en ayudar al paciente a obtener un soporte nutricional adecuado aportando nutrientes al organismo utilizando un protocolo aséptico para evitar infección*. Se puede evidenciar por medio del reporte de enfermería que durante el cuidado de traqueotomía y gastrostomía, no mencionan los pasos a seguir para mantener una buen estado de dichos dispositivos.

8.14 12 de enero del 2017

Paciente despierto caquético con atrofia y rigidez muscular, presencia de traqueotomía
Paciente con secuelas neurológicas por traumatismo craneoencefálico severo Glasgow 8/15 pupilas de 3mm de diámetro arreactivas. Paciente presenta durante el día múltiples episodios de crisis convulsivas parciales en miembros superiores que duran entre 15 y 40 segundos por lo que se adiciona lamotrigina, sin embargo en horas de la noche convulsiones aumentan en frecuencia con intervalos más cortos, paciente taquicárdico por lo que se administra dosis única de Diazepam sediendo estos episodios en las últimas 13 horas. Se mantiene con traqueostomó funcionando, presenta oximetrías de pulso sobre 90% con oxígeno por mascarilla a 1 litro por minuto, abdomen suave depresible, recibe dieta por gastrostomía un total de 80cc con buena tolerancia. Presenta 2 deposiciones de consistencia blanda de aproximadamente 300cc. Paciente recibe doble esquema de

antibiótico realiza alza térmica de 38C y dos febrículas de 37.5 C que ceden con la administración de medios físicos y antipiréticos.

Indicación médica: Control de signos vitales cada 2 horas, control de ingesta y excreta, diuresis horaria, cabecera 45 C estricto, cuidados de la piel , dieta licuada por gastrostomía, pediasure 6 medida en 200cc de agua por gastrostomía cada 6 horas Solución salina 1000cc + potasio 20cc, Imipenem 500 mg IV cada 6 horas , Amikacina 300 mg IV QD, Ranitidina 20 mg IV QD, Metoclopramida 5mg IV cada 8 horas , Complejo B 1 tableta por gastrostomía Aminoplasmal IV 10cc / hora, Lipofundin IV 20CC / hora, Clonazepam 3 gotas por gastrostomía am-pm 5 gotas hora sueño .

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales, control de ingesta y excreta, control de diuresis horaria, mantener elevada cabecera a 45 C, mantener cuidados de la piel, mantener medidas de asepsia y antisepsia, cuidados de traqueotomía y gastrostomía. Control de signos vitales: T/A: 99/53 FC: 63XMIN FR: 17 X MIN T: 36.7 STO2: 99% Exámenes de laboratorio: Leu: 3940 Hcto: 34.2 Hb: 10.8 Gluc: 108.5 Balance hídrico: Ingesta: 3358.4 Balance: 1088.4 Diuresis: 1790 Eliminación 2270

Análisis:

Paciente con pupilas de 3 milímetros de diámetro, presenta durante el día múltiples episodios de crisis convulsivas parciales en miembros superiores que duran entre 15 y 40 segundos como menciona (Jeffrey, 2007) *una operación del cerebro después de una lesión cerebral desarrollara convulsiones postraumáticas tardías* la administración de medicación es esencial para poder evitar convulsión en el paciente debido a que el medicamento no cede el medico indica la administración de diazepam el cual actuara en el sistema nervioso central y ayudará a la relajación de los músculos ayudando a detener crisis convulsiva.

8.15 13-18 de enero del 2017

Paciente con secuelas neurológicas por traumatismo craneoencefálico severo. Glasgow 8/15 pupilas 3milímetros de diámetro areactivas. Presencia de traqueotomía. No convulsiones, al momento recibe oxigeno por mascarilla de traqueostomo a 1 litro por minuto con lo que mantiene oximetrías de pulso sobre 90% hemódicamente estable, presión venosa central entre 2 y 11 cm de agua. Recibe dieta por gastrostomía un total

de 300cc con buena tolerancia. Presenta una deposición de consistencia blanda aproximadamente 100cc se mantiene con doble esquema antibiótico. Radiografía tórax: Normal.

Indicación médica: Control de signos vitales 4 horas, cuidados de la piel, Pediasure 6 medidas en 300 cc de agua por gastrostomía cada 6 horas, Solución salina 1000cc+ potasio 20cc, Imipinem 500 mg IV cada 8 horas, Ranitidina 20 mg IV cada día, Metoclopramida 5mg IV cada 8 horas Complejo B 1 tableta por gastrostomía, Aminoplasmal IV 10cc / hora, Lipofundin IV 20CC / hora, Clonazepam 3 gotas por gastrostomía am- pm 5 gotas hora sueño.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales cada 4 horas, mantener cabecera elevada, administración de medicación, control de ingesta y excreta, cuidados de la piel, realizar cambios de posición cada 2 horas, brindar medidas de higiene. Control de signos vitales: Tensión arterial: 100/60 Frecuencia cardiaca: 90 Frecuencia respiratoria: 22 Temperatura: 36.6 C. Exámenes de laboratorio: Leu: 2.910 Hcto: 33.9 Hb: 10.8 Gluc: 83.6 Balance hídrico: Ingesta: 3393.4 Balance: -251.6 Diuresis: 3365 Eliminación: 3645

Análisis:

Paciente sin presencia de crisis convulsivas hemódicamente estable con buena tolerancia de alimentación enteral por gastrostomía signos vitales estables como menciona (Ponce, 2015) *Es esencial iniciar con una dieta enteral en pacientes con traumatismo craneoencefálico, de esta manera se ayudara a recuperar el estado nutricional en pacientes críticos.*

8.16 20-26 de enero del 2017

Paciente con secuelas neurológicas por traumatismo craneoencefálico severo. Glasgow: 8/15 pupilas de 3mm de diámetro arreactivas no convulsiones, al momento recibe oxígeno por mascarilla de traqueostomía a litro por minuto con lo que mantiene oximetrías de pulso a 90%, hemódicamente estable mantiene tensiones arteriales medias entre 73 y 100 frecuencias cardiacas entre 90 y 130 latidos por minuto, abdomen suave depresible ruidos hidraéreos presentes, recibe dieta por gastrostomía 800cc con buena tolerancia, presenta

una deposición de consistencia blanda de aproximadamente 10cc. **Indicaciones médicas:** Iguales indicaciones. Ecocardiograma reporta vegetaciones adheridas a la válvula mitral sin producir alteración fisiológica mitral, insuficiencia aortica discreta, insuficiencia tricúspide leve. Presión pulmonar estimada en 18mmhg.

Cuidados de enfermería: Control de signos vitales, control de ingesta y excreta, cuidados de la piel, cuidados de la vía, mantener medidas de higiene, educación a familiares sobre paciente Examen de laboratorio: Leu: 2.450 Neu: 53.6% Hcto: 35.8 Hb: 11.5 Plt: 283.000 Glu: 90.6. Balance hídrico: ingesta: 4403.4 balance: 298.4 diuresis: 3925 eliminación: 4105.

Análisis:

Paciente hemódicamente estable, con buena tolerancia de alimentación por gastrostomía personal de enfermería aplica los cuidados correspondientes para el paciente. Como menciona (Perez, 2011) *Es imprescindible obtener un control absoluto de los signos vitales en ese tipo de pacientes ya que tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones debido a la lesión que produce un traumatismo craneoencefálico.*

8.17 Nota de alta de unidad de cuidados intensivos al servicio de Pediatría:

27 de Enero del 2017

Paciente que sufre traumatismo craneoencefálico grave por lo que fue sometido a craneotomía descompresiva, posterior a lo cual permanece en la unidad de cuidados intensivos, neurológicamente estacionario con Glasgow entre 9 -10/15, por lo que se realiza traqueotomía y gastrostomía. Es dado de alta a la unidad del servicio de pediatría en condiciones estables para complementar esquema antibiótico.

Indicaciones médicas: Mantener cabecera elevada a 30 °C, administrar Pediasure en 300cc de agua por gastrostomía cada 6 horas, amikacina 300 miligramos intravenoso cada día, imipenem 500 miligramos intravenoso cada 6 horas, ranitidina 20 miligramos intravenoso cada día, complejo b 1 tapa por gastrostomía cada día, gluconato de calcio 5cc intravenoso cada día, carvedidol 6,25 miligramos por sonda nasogástrica cada día, ibuprofeno 200 miligramos por sonda nasogástrica cada 8 horas.

Cuidados de enfermería: Control y registro de signos vitales cada 6 horas, control de ingesta y excreta, mantener cabecera elevada a 30°C, cuidados de vías y abordajes, realizar cambios de posición cada 2 horas, vigilar el estado de la piel. **Signos vitales:** Tensión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 80 Frecuencia respiratoria: 18 Temperatura: 36.0 C

Análisis:

Paciente neurológicamente estacionarlo con Glasgow 9-10/15, egresa de sala de cuidados intensivos hacia el servicio de pediatría para completar esquema antibiótico, en buenas condiciones con signos vitales estables. Como menciona (Balius, 2017) *El esquema antibiótico es una de las maneras más eficaces, capaces de obstaculizar los procesos patológicos que son causadas en el cerebro del traumatizado y puede ayudar en la reparación de las lesiones sufridas*. Este procedimiento tiene similitud con lo que menciona el autor ya que se complementara el esquema antibiótico para evitar complicaciones en el paciente.

8.18 28 de Enero – 04 de Febrero

Paciente neurológicamente estacionario con Glasgow entre 10/15, pupilas de 3 milímetros de diámetro arreactivas mucosas orales húmedas, presencia de traqueotomía en buen estado permeable y funcional presencia de catéter venoso central subclavio izquierdo.

Indicaciones médicas: iguales indicaciones se añade dieta licuada de 1500 kilocalorías tres veces al día de 50 ml cada toma más pediasure tres medidas en 200cc de agua dos veces al día con buena tolerancia. Exámenes de Imagen: normal, ecocardiograma: Vegetaciones adheridas a la válvula mitral sin producir alteración fisiológica mitral. Insuficiencia aortica discreta, insuficiencia tricúspide leve.

Cuidados de enfermería: Control y registro de signos vitales cada 6 horas, mantener cabecera elevada, administración de medicación prescrita, realizar cambios de posición, mantener hidratación de la piel, vigilar vías y abordajes, educar a los familiares sobre la patología del paciente. **Signos vitales:** Tensión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 72 Frecuencia respiratoria: 18 Temperatura: 36.2 C.

Análisis:

Paciente permanece en el servicio de pediatría con Glasgow de 10/15, pupilas de 3 milímetros de diámetro arreactivas, mucosas orales húmedas, presencia de traqueotomía en buenas condiciones, permanece con mismas indicaciones se añade dieta licuada de 1500 kilocalorías tres veces al día de 50 ml cada toma más Pediasure tres medidas en 200cc de agua dos veces al día con buena tolerancia como menciona (Medina, 2014) *La dieta líquida es uno de los alimentos que se administrara a pacientes críticos aportando nutrientes ricos en proteína, fluidos y electrolitos para ayudar en la estimulación gastrointestinal, se valora la tolerancia digestiva de esta forma se puede evidenciar que la dieta llegue gradualmente a la normalidad.*

8.19 Plan de alta

04 de Febrero del 2017

Paciente de 10 años de edad que sufre accidente de traumatismo craneoencefálico severo ingresado con Glasgow de 5/15 al momento estable a febril, hidratado mucosas orales húmedas, pupilas isocóricas de 3 milímetros de diámetro, presencia de traqueotomía en buen estado permeable, abdomen suave depresible rudos hidroaereos presentes, recibe dieta por gastrostomía con buena tolerancia realiza deposición de características normales, volúmenes de diuresis elevados sin apoyo de diurético, paciente en condiciones de alta.

Indicaciones médicas: Dieta licuada de 1500 kilocalorías fraccionarle 5 veces al día de 350 miligramos cada toma por sonda de gastrostomía, pediasure 3 medidas en 200cc de agua en la colocación dos veces al día, complejo b 5cc por sonda de gastrostomía, ácido ascórbico 500 miligramos por gastrostomía, lácteol forte 1 sobre por gastrostomía cada día, clonazepan 3 gotas por gastrostomía en la mañana y 5 gotas en la noche.

Plan de alta de enfermería: Detectar signos de alarma como dolor, fiebre, acudir una casa de salud inmediatamente, cumplir con tratamiento indicado, aseo e higiene diaria en el hogar, acudir al próximo control el día señalado.

Control de signos vitales: Tensión arterial: 100/60 Frecuencia cardiaca: 80 Frecuencia respiratoria: 19 Temperatura: 36.1 C

Análisis:

Paciente con alta en buenas condiciones, neurológicamente estacionario con Glasgow 10/15 , al momento afebril, hidratado pupilas isocóricas de 3 milímetros de diámetro, presencia de traqueotomía en buen estado, abdomen suave depresible con ruidos hidroaéreos presentes, presencia de gastrostomía en buenas condiciones por la cual recibe dieta licuada con buena tolerancia médico indica , complejo b 5cc por sonda de gastrostomía, ácido ascórbico 500 miligramos por gastrostomía, lacteol forte 1 sobre por gastrostomía cada día, clonazepan tres gotas por gastrostomía en la mañana y cinco gotas en la noche. El personal de enfermería educa a los padres para el cuidado del niño en el hogar como menciona (Elizabeth, 2016) *Las personas tienen necesidades en la vida cotidiana como son seguridad, protección, estabilidad, ausencia de miedo, que sirven como una barrera para evitar situaciones de peligro.* Se puede determinar que lo mencionado tiene fundamento científico ya que el personal de enfermería al momento de enviar al paciente al hogar, tiene que orientar y educar a los padres sobre los cuidados que deben realizar, para evitar complicaciones en el paciente.

8.20 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Esta información se obtuvo por medio de una entrevista a la madre del paciente la cual supo manifestar que su hijo sufrió un accidente de tránsito, al salir de la escuela a las 12h45 de la tarde el niño subió a una camioneta de un profesor donde iban algunos compañeros del menor la camioneta ya se encontraba en movimiento en la que el menor sufre una caída del vehículo. En ese momento fue trasladado al Hospital General de Latacunga donde el personal de salud viendo en las condiciones que el niño llegó indicaron a la madre que no podían recibirlo porque no tenía el equipo necesario para ese tipo de accidentes, comprueban que el padre del niño es asegurado y transfieren al Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS) de Latacunga, pero al momento que el paciente llega el personal de salud manifiesta que no puede ser atendido porque se encuentran en mantenimiento y no hay disponibilidad de camas, el paciente es inmediatamente trasladado al Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS) Ambato donde lo reciben, por medio de una tomografía detectan traumatismo craneoencefálico grave el neurocirujano informa a los padres que necesitan intervenir quirúrgicamente pero esta casa de salud no contaba con anestesiólogo por lo que llamaron a hospital de tercer nivel Vaca Ortiz donde refiere que no hay suficientes camas

para recibir al paciente, el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS) de Ambato después de algunas horas logro conseguir anesthesiólogo inmediatamente hacen firmar el consentimiento informado en el cual explican que su hijo se encuentra entre la vida y la muerte y la cirugía puede ocasionar parálisis o afasia, la intervención que le realizaron fue craneotomía frontoparietal bilateral descompresiva la cual consto en extraer los 2 parietales de la cabeza.

Durante el cuidado postoperatorio en el paciente el personal médico omitió indicar las limpiezas quirúrgicas siendo este un indicador fundamental en pacientes post- operatorios con el paso de los días diagnosticaron un proceso infeccioso bacteriano a nivel de cráneo, es primordial que el personal de enfermería tome en cuenta este procedimiento ya que es importante vigilar la herida quirúrgica y realizar curaciones diarias para evitar infecciones, durante la estancia hospitalaria en unidad de cuidados intensivos (UCI) paciente presenta escaras a nivel de espalda codos y sacro en un paciente encamado es significativo el cuidado de cambio de posición cada 2 horas de esta manera se evitara laceración de la piel estos, cuidados serán realizado exclusivamente por el personal de enfermería por medio de tendida de cama, baño de esponja e hidratación de la piel, paciente ingresa a segunda cirugía para injerto de piel, presentando vía central durante algunos días aparece fiebre sin causa alguna por lo que se realiza un cultivo se detecta crecimiento de escherichia coli y se confirma endocarditis bacteriana, durante los cuidados de enfermería es fundamental vigilar la vía periférica central utilizando medidas de asepsia y antisepsia ya que es una fuente de ingreso para el desarrollo de microorganismos.

Desarrollo

9.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA:

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad nacido en Santo domingo, reside actualmente en la ciudad de Latacunga, el 12 de diciembre del 2016 el menor al salir de la escuela a las 12h45 sube a la camioneta de un profesor quien ofreció a los estudiantes llevarlos hacia los hogares, la camioneta se encontraba en movimiento y el niño sufre caída del vehículo en ese momento fue trasladado al Hospital Provincial General de Latacunga, al llegar a la casa de salud en malas condiciones manifiestan que no puede ser atendido ya que no cuentan con el equipo necesario para ese tipo de accidentes,

inmediatamente, se comprueba que el padre del niño es asegurado y es trasladado por sus padres al instituto ecuatoriano de seguro social (IESS) de Latacunga al momento que el menor llega manifiestan que no tienen camas disponibles para recibir al paciente, rápidamente es trasladado al instituto ecuatoriano de seguro social (IESS) de Ambato donde reciben al paciente al momento de su ingreso previa valoración inconsciente, presencia de hematoma a nivel de cabeza, pupilas midriáticas, con otorragia bilateral en moderada cantidad, Glasgow 6/15 médico diagnóstica traumatismo craneoencefálico grave, realizan una tomografía donde reporta “ hematomas subdurales agudos temporal derecho y fronto temporal izquierdo hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo con zonas hipodensas en su interior sugestivas de edema y coágulos, contusiones corticales frontotemporales derechas, el sistema ventricular es de configuración habitual, cerebelo y tronco del encéfalo sin patología” se realiza una visualización tridimensional donde se observó “ trazo de fractura parieto-temporal izquierda que involucra el peñasco y el hueso cigomático celdillas mastoideas izquierdas ocupadas con restos hemáticos así como el seno esfenoidal y celdillas etmoides izquierdas hematoma subgaleal temporoparietal izquierdo enfisema subcutáneo” al verificar la condiciones en la que el paciente se encontraba informa a los padres que el niño necesita ser intervenido quirúrgicamente pero la casa de salud no contaba con anestesiólogo, llaman al hospital de tercer nivel Vaca Ortiz para el traslado del paciente pero informan que no hay suficiente camas, finalmente al cabo de algunas horas se logra conseguir médico anestesiólogo por lo que inicia cirugía informando a los padres los riesgos y complicaciones de la intervención quirúrgica su inicio fue a las 19h35 durante el procedimiento quirúrgico neurocirujano observa “fractura temporal izquierda que se proyecta hacia la base, craneotomía fronto-parietal temporal bilateral con la intención de descompresión craneal, se observa descuadre muy tenso y sin latido durotemia arciforme con base hacia la línea media en hemisferio izquierdo y se logra evacuar gran hematoma subdural agudo” cirugía realizada craneotomía descompresiva finaliza a las 23h00.

Paciente ingresa a sala de cuidados intensivos a las 23h10 con Glasgow 6/15 paciente inconsciente bajo efectos de sedoanalgesia presencia de vía central y tubo endotraqueal con apoyo de ventilador mecánico, apósito a nivel de herida quirúrgica limpio y seco, médico indica la administración de medicamentos, y cuidados de enfermería se indicó alimentación enteral por medio de sonda nasogástrica, se realiza una tomografía simple

de cráneo la cual reporta “craneotomía frontoparietal bilateral en el parénquima cerebral se evidencia restos hemáticos con burbujas de aire a nivel fronto parietal derecho y fronto parieto temporal izquierdo”. Durante los primeros días postoperatorios paciente presenta hipertermia entre 38.5 y 39 grados centígrados se presume que el motivo de hipertermia es por la lesión causada en el cerebro por lo que se indica administración de medicación y aplicación de medios físicos para ceder la fiebre, paciente no presenta picos febriles durante algunos días, se encuentra hemódicamente estable con alimentación enteral sin novedad en iguales condiciones.

Paciente con fiebre 38.5 grados, con movimientos involuntarios previa valoración presenta infección bacteriana a nivel craneal por lo que se indican mantener en aislamiento más antibioterapia y curaciones de la herida. Debido al estado neurológico deciden realizar traqueotomía más ventilación mecánica iniciando destete progresivo previniendo así el daño a nivel de la faringe, más gastrostomía para ayudar a la alimentación, paciente se encontraba en iguales condiciones con Glasgow 9/15 pupilas midriáticas arreactivas a la luz clínicamente corresponde a un coma superficial seguidamente paciente presenta escaras a nivel espalda, codos y sacro por lo que se indica realizar cambios de posición cada dos horas y cuidados de la piel. Consecuentemente ingresa a segunda cirugía para reconstrucción realizando injerto de piel, paciente desatura por lo que colocan mascarilla por traqueotomía a 1 litro se mantiene saturación a 95%.

Después de la cirugía con apoyo de ventilador mecánico que se retira paulatinamente manteniendo buena saturación, presenta hipertermia de 38.5 grados centígrados por lo que indica aplicación de medios físicos previa medicación, paciente permanece despierto, con oxígeno a 1 litro por traqueostomo presenta vendaje de capelina anchado de líquido serohemático en mínima cantidad, se realiza un cultivo el cual reporta “crecimiento de E. coli se realiza un ecocardiograma: reporta 2 vegetaciones en válvula mitral” la cual confirma endocarditis bacteriana.

Paciente despierto con pupilas isocóricas caquético presenta rigidez muscular, mas traqueotomía en buenas condiciones inician alimentación parenteral para ayudar al soporte nutricional, presenta crisis convulsivas por lo que se administra Diazepam de esta manera las convulsiones ceden, presenta picos febriles los cuales ceden a previa medicación más la aplicación de medios físicos, paciente estable no presenta convulsiones realiza deposición, se ejecuta un ecocardiograma el cual reporta

“vegetaciones adheridas a la válvula mitral sin producir alteración fisiológica mitral” deciden enviar al paciente al servicio de pediatría para previo control recibe dieta licuada por gastrostomía con buena tolerancia al cabo de siete días deciden dar alta al paciente el cual se encontraba estable. En la actualidad el paciente se encuentra en su hogar, con traqueotomía y gastrostomía en buenas condiciones.

9.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

9.2.1 Biológicos:

Los factores biológicos son muy importantes dentro de la vida de las personas ya que ayudaran a mantener un estilo de vida saludable. Como menciona (Gonzales Perez, 2002) *es esencial desarrollar una mejor sociedad y una vida más sana orientando principales cuidados en nuestra vida diaria como principal atención en el medio laboral, vivienda e higiene*, teniendo fundamento científico nos demuestra que debemos mantener una buena higiene porque de esta manera evitaremos el ingreso de virus y bacterias en el organismo. Durante la estancia hospitalaria post- operatoria el paciente presento proceso infeccioso bacteriano a nivel de cráneo y endocarditis bacteriana como menciona (Nepamucen Cruz & Juan, 2012) *se debe a la actividad de diferentes microorganismos patógenos como virus y bacterias causantes de enfermedades infecciosas que penetran en el organismo, se origina por heridas o por bajas defensas inmunitarias cultivado sitios donde se desarrollara la infección provocando nuevas patologías*. Para evitar la propagación de la infección es de vital importancia mantener al paciente en aislamiento, manteniendo una buena higiene utilizando medidas asépticas en cada procedimiento a realizarse debido a su estado el paciente esta propenso a desarrollar infección.

9.2.2 Ambientales:

Los factores ambientales son esenciales dentro de la vida humana ya que es el medio que permite tener un ambiente sano o contaminado. Como menciona (Vargas, 2005) *El clima es de gran importancia ya que existen diferentes cambios climáticos como puede ser las olas de calor provocando climas cálidos o secos puede generar enfermedades, las temperaturas extremas de calor o frio están relacionadas a la mortalidad*. Mediante fundamento científico se demuestra que los factores ambientales son de gran importancia dentro de la salud ya que permite mantener un ambiente sano libre de enfermedades. Paciente presento episodios de hipertermia durante la hospitalización que evidentemente

fue causado por el post-operatorio y por el proceso infeccioso que el paciente presentó durante la estancia hospitalaria.

Como menciona (Jmaes Water, 2016) *la hipertermia es la temperatura corporal por encima del rango normal su causa es por exceso de calor, puede interactuar en procesos infecciosos y no infecciosos, deben ser reguladas por mecanismos termolíticos* es importante tener un ambiente saludable manteniendo una temperatura corporal dentro de los rangos normales como aplicar medios físicos, e hidratar al paciente para de esta manera regular la temperatura.

9.2.3 Estilos de vida:

Es significativo mantener un estilo de vida saludable puesto que se evitara desarrollar enfermedades, como menciona (Calleja, 2011) *tener malos hábitos, como mala alimentación y sedentarismo puede generar nuevas patologías*. Al tener fundamento científico podemos indicar que es de vital importancia tener un estilo de vida sano como realizar ejercicio y mantener una dieta equilibrada para minimizar enfermedades. El paciente presenta gastrostomía para mantener una dieta equilibrada rica en nutrientes y proteínas ya que debido a la lesión que el presenta se encuentra con defensas bajas de esta manera impediremos desnutrición, presentó escaras por falta de cambios de posición, es primordial mantener al paciente en movimiento para evitar rigidez y lacerar la piel, se debe conservar la piel limpia y seca aplicando cremas para hidratar el cuerpo de esta forma se evitara complicaciones.

9.2.4 Sociales:

Dentro de la vida diaria es de gran importancia mantener una vida social activa menciona (Sandin, 2002) *Los factores sociales es el entorno en que las personas viven incluyendo el sistema de salud tomando en cuenta la distribución del dinero y recursos a nivel mundial*. Teniendo fundamento científico podemos manifestar que el nivel social es principal dentro de la vida de las personas evitando así desarrollar depresión y autoestima bajo, el paciente presenta muchos riesgos a nivel social ya que son de bajos recursos económicos y no tienen un trabajo estable el padre es chef y vende pasteles, la madre no puede trabajar debido a que tienen que cuidar a sus cuatro hijos al momento que el niño sufrió el accidente no tenía el medio de transporte adecuado para ir a la escuela, el optaba por subir en camionetas para llegar a la escuela y regresar a su hogar, hubo falta de

atención por parte de los padres porque no tuvieron las precauciones para el cuidado del niño, los padres del menor han pedido ayuda para sobrellevar la enfermedad de su hijo por medio de comunicadoras sociales y medios de comunicación es de vital importancia mantener un estado emocional en la familia del paciente, educando acerca de la enfermedad respetando así creencias religiosas y alentando a los padres para que puedan sobrellevar la enfermedad de su hijo.

9.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

El menor fue trasladado en el balde de la camioneta ya que no existió facilidad y una oportuna respuesta por los organismos de atención ciudadana, en el mencionado caso no existió la colaboración de una ambulancia por tal motivo las personas presentes en el accidente del menor tuvieron que solicitar a la persona que conducía el vehículo para trasladar al menor al hospital e ingresa al Hospital Provincial General de Latacunga a la 13h00 al llegar el menor tuvo inconvenientes porque no hubo atención oportuna, después de algunos minutos informan que no puede ser atendido por falta de equipos necesarios, y que el niño es asegurado, inmediatamente fue llevado por sus padres al Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IEES) de Latacunga, durante el traslado los padres no encontraban vehículo para el transporte del menor hacia el hospital finalmente llegan en un taxi a la 13h10 donde manifiestan que el hospital se encuentra en mantenimiento y no tienen camas disponibles, la casa de salud llama al Instituto ecuatoriano (IESS) de Ambato donde informan que pueden recibir al paciente pero el trasladado no pudo ser inmediato ya que no había ambulancia disponible, al cabo de dos horas llega la ambulancia pero este transporte no contaba con oxígeno, el paciente consigue llegar al hospital a las 16h10 fue atendido inmediatamente.

9.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

9.4.1 INTEGRIDAD DE LA PIEL:

Uno de los problemas primordiales que el paciente presenta durante la estancia hospitalaria es la presencia de úlceras por presión estadio I, se mantiene hidratación cada hora, se puede identificar que el riesgo en estos pacientes es mayor por la dependencia que mantiene, ya que se origina por varias causas como la inmovilidad, y deshidratación de la piel, el personal de enfermería realiza cambios de posición cada dos horas y

mantiene una higiene diaria valorando la piel, la cual se encontró pálida y con elasticidad disminuida como menciona (García, 2013) “ *El personal de enfermería, debe realizar una valoración exhaustiva de la piel valorando ampollas, eritema y enrojecimiento, se debe realizar un aseo diario aplicando agua tibia y jabón neutro aclarando la piel, secar cuidadosamente manteniendo una piel limpia y seca , cambios de posición frecuentes, para brindar una adecuada circulación impidiendo rigidez, se mantendrá una hidratación adecuada de la piel aplicando cremas y masajeando las zonas afectadas, se pondrá principal atención a la ropa del paciente evitando arrugas y pliegues si el paciente requiere el uso de pañal se cambiara frecuentemente para evitar la humedad si no se realiza este tipo de procedimientos puede causar complicaciones como la necrosis*”.

9.4.2 PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Al analizar la historia clínica paciente ingresa con Glasgow de 5/15 por lo cual se realiza craneotomía descompresiva bilateral con importante compromiso neurológico paciente ha permanecido acoplado a ventilación mecánica bajo sedoanalgesia por varias ocasiones debido a que no se logra destete se realiza traqueotomía, durante los días de evolución paciente neurológicamente estacionario con Glasgow 10 T -/15 es valorado cada 6 horas, con pupilas de 3 milímetros de diámetro areactivas, recibe oxígeno por traqueostoma a 1 litro por minuto por lo que mantiene oximetrías de pulso sobre el 90%, hemódicamente estable, presión venosa central se encuentra entre 27 y 28.5 centímetros de agua, se realiza los cuidados respectivos de la traqueotomía dentro de los procedimientos que se realizo fue aspiración de secreciones diarias, limpieza y desinfección del dispositivo utilizando medidas asépticas. Según menciona (Olivares, 2013) “*Existen varios factores que influyen en la aplicación de traqueotomía dentro de estos tenemos la edad ya que en niños el destete es inmediato y si existe una intubación prolongada puede causar daños en la laringe. La traqueotomía necesitan cuidados especiales es imprescindible realizar aspiración de secreciones para ayudar a respirar adecuadamente evitando complicaciones como la asfixia, mantener una vía aérea permeable por medio de una valoración exhaustiva de la respiración, es esencial proteger el dispositivo por medio de una limpieza diaria generando medidas asépticas por medio de estos cuidados se lograra proteger la piel y mucosas evitando dificultades como una infección*”.

9.4.3 PROBLEMAS GASTROINTESTINALES:

Mediante el análisis de la historia clínica se puede observar que paciente presenta abdomen suave, depresible ruidos hidroaereos presentes se coloca gastrostomía para iniciar dieta y mantener un estado nutricional adecuado, el personal de enfermería realiza los cuidados respectivos en la gastrostomía como mantener higiene realizando limpiezas diarias a nivel de gastrostomía, verificar que el dispositivo no se adhiera a la piel, durante los primeros días se administra Pediasure 6 medidas en 300 cc de agua por gastrostomía cada 6 horas, debido que el paciente no tiene la facilidad para digerir los alimentos por vía oral, al pasar los días paciente recibe un total de 390cc por dieta licuada y 300cc de Pediasure con buena tolerancia realiza una deposición de consistencia blanda. Según (Elena, 2016) menciona *“Dentro, de los cuidados de enfermería se debe realizar cambios posturales para evitar bronco aspiración debido al reflujo gástrico, girar la sonda para evitar que se adhiera en la piel, se debe aplicar medidas asépticas, utilizando una higiene adecuada a nivel del dispositivo para evitar infección, existen varias complicaciones una de ellas es la náusea y el vómito no se debe utilizar dietas extensas en lactosa, otra complicación es el estreñimiento, para evitar esta complicación es indispensable la administración de líquidos en cantidades adecuadas”* Según (Lucrecia, 2016) menciona *“Los suplementos nutricionales pediátricos son utilizadas como suplemento en la alimentación y como forma de nutrición completa en determinadas situaciones para favorecer y regular el tránsito intestinal. Su administración se puede hacer por vía oral o a través de sonda. Se recomienda empezar por 2 a 5 gramos por cada 100 ml de fórmula, comprobando que tenga buena tolerancia, su administración depende de la edad y de la capacidad en la que sea absorbida en el intestino”*.

9.4.4 PROBLEMAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL

Otro problema que podemos mencionar es la caquexia que presenta el menor durante la estancia hospitalaria, con un índice de masa corporal de 12.7 ya que debido al estado del paciente desencadena una desnutrición extrema, provocando pérdida de peso producido por el cambio metabólico que causo la lesión. Es esencial mantener una alimentación rica en nutrientes para estabilizar al paciente proporcionando energía y estabilidad nutricional, deciden administrar alimentación parenteral, el personal de enfermería realiza este procedimiento mediante protocolo de asepsia y antisepsia como menciona (Gonzales,

2013) *“El personal de enfermería debe identificar prematuramente los signos de desnutrición que presenta el paciente como es el peso corporal durante la estancia hospitalaria; manifestar los ingresos de alimentos diarios y conocer acerca de la implantación y cuidados de las vías de acceso para la administración de diferentes nutrientes; en pacientes caquéticos se administrara alimentación parenteral ya que es un procedimiento que consiste en administrar nutrientes en el organismo, esta técnica depende del correcto manejo de un protocolo previamente establecido, utilizando las medidas de asepsia y antisepsia para evitar complicación.”*

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Tabla #1 PROBLEMAS Y ACCIONES DE MEJORA

PROBLEMAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> • ESCARAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la integridad de la piel optima 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cambios de posición cada dos horas • Evitar pliegues en la ropa y sabanas del paciente • Mantener una higiene adecuada • Mantener piel limpia y seca • Hidratar la piel, aplicando cremas y masajeando la piel para evitar rigidez
<ul style="list-style-type: none"> • TRAQUEOTOMIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar complicaciones en el intercambio gaseoso 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar curaciones diarias. • Mantener higiene adecuada • Aplicar medidas asépticas. • Realizar aspiración de secreciones

<ul style="list-style-type: none"> • GASTROSTOMIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar complicaciones a causa de la presencia de gastrostomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una buen higiene • Realizar curaciones diarias. • Girar el dispositivo para evitar que se adhiera a la piel • Colocar al paciente en posición semifowler • Administrar alimentación mediante medidas asépticas
<ul style="list-style-type: none"> • CAQUEXIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un estado nutricional adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un cuidado exhaustivo en los cambios de posición del paciente • Administrar alimentación bajo protocolo aséptico. • Vigilar signos de deshidratación

Elaborado por: Danny Palma (2017)
Fuente: Recopilación elaborada por el autor

Conclusiones:

- Se pudo identificar los diferentes factores de riesgo que causaron distintas complicaciones dentro de la vida del paciente, entre estos encontramos los factores biológicos se identificó la infección nosocomial que el paciente presentó durante la estancia hospitalaria, ambientales se identificó el clima y los cambios de temperatura, estilos de vida se encontró la desnutrición y sociales encontramos bajos recursos económicos de la familia del paciente.
- Se logró establecer diferentes puntos críticos en el paciente para brindar oportunidades de mejora que permitan progresar con la salud, dentro de ellos tenemos: integridad de la piel, problemas respiratorios, problemas gastrointestinales, estado nutricional.
- Por medio de los flujogramas realizados se ayuda a identificar al personal de enfermería cuales son los problemas más relevantes en traumatismo craneoencefálico grave, brindando conocimientos por medio de los pasos a seguir en este tipo de pacientes.

4.0 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

Presentación:

Los presentes diagramas de flujo-hospitalarios se realiza para el cuidado de pacientes con Traumatismo Craneoencefálico, se implanta con la finalidad de ofrecer al paciente una mejor calidad de vida, mediante los cuidados de enfermería que sean realizados, para ayudar a su pronta recuperación, brindando un apoyo a nivel emocional tanto del paciente como de la familia, durante la etapa hospitalaria, ya que representa un grave estado de salud causado por este tipo de lesiones, para mejorar y brindar un cuidado exhaustivo en estos pacientes críticos se ha establecido lo siguiente.

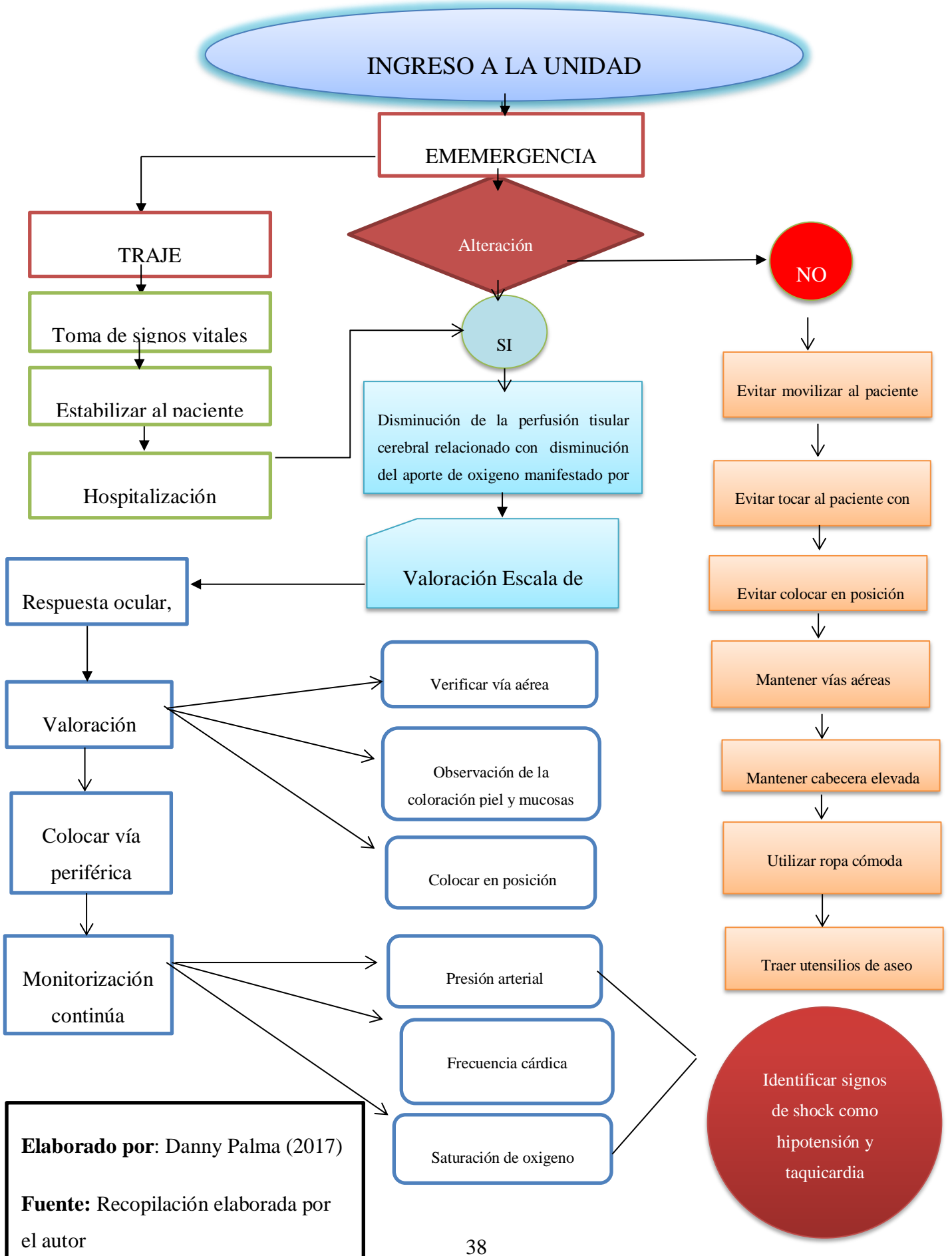
4.1 Objetivo general:

- Implementar flujogramas enfocado exclusivamente para el personal de enfermería, de esta manera se ayudara al personal de salud con una orientación específica para el cuidado en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

4.2 Objetivos específicos:

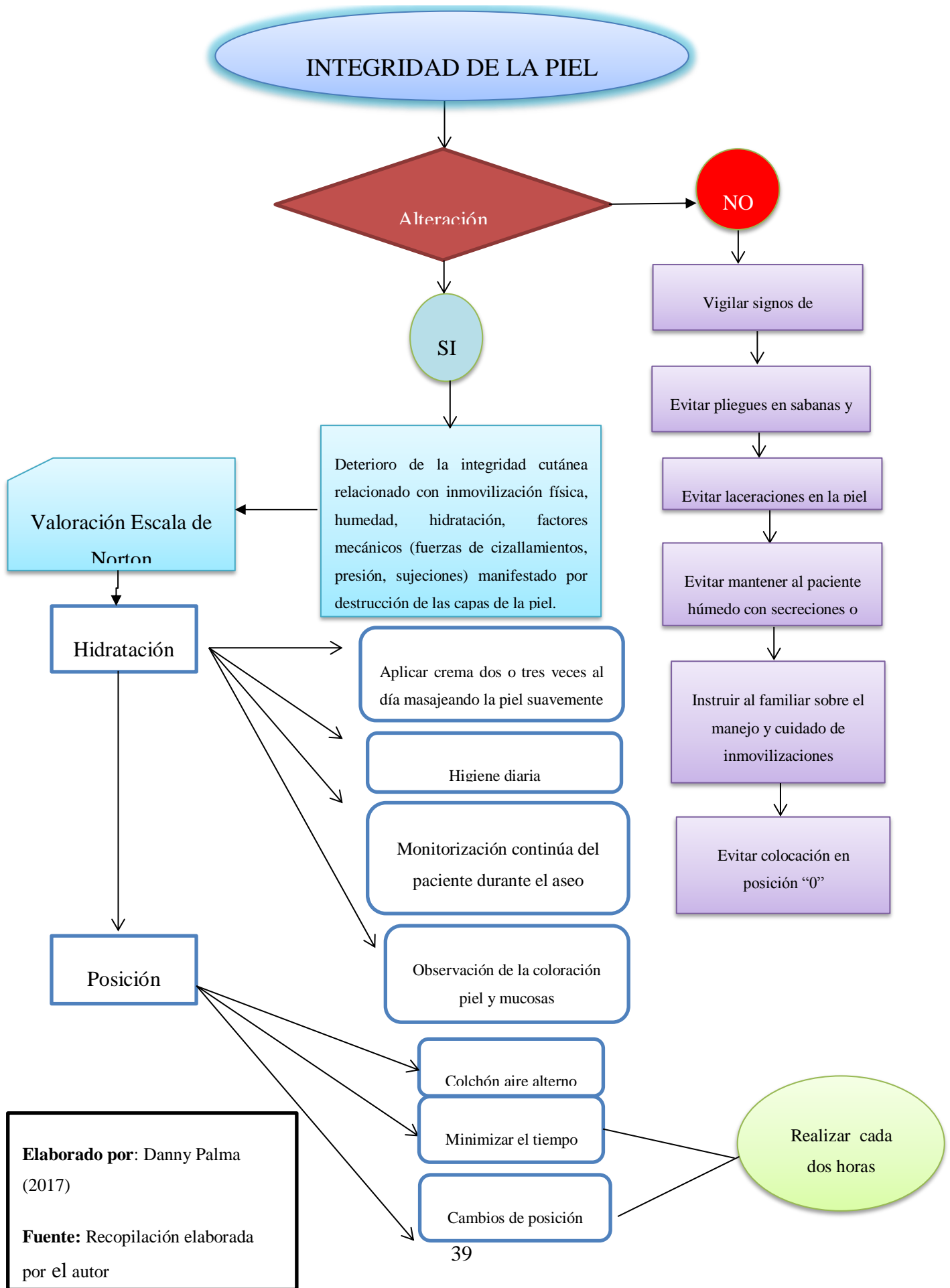
- Determinar actividades que permitan la intervención oportuna de enfermería.
- Ordenar de forma secuencial los cuidados que se debe realizar en pacientes con traumatismo craneoencefálico, de esta manera se lograra brindar una atención de calidad y calidez.

**FLUJOGRAMA #1 INGRESO A LA UNIDAD
HOSPITALARIA**



Elaborado por: Danny Palma (2017)
Fuente: Recopilación elaborada por el autor

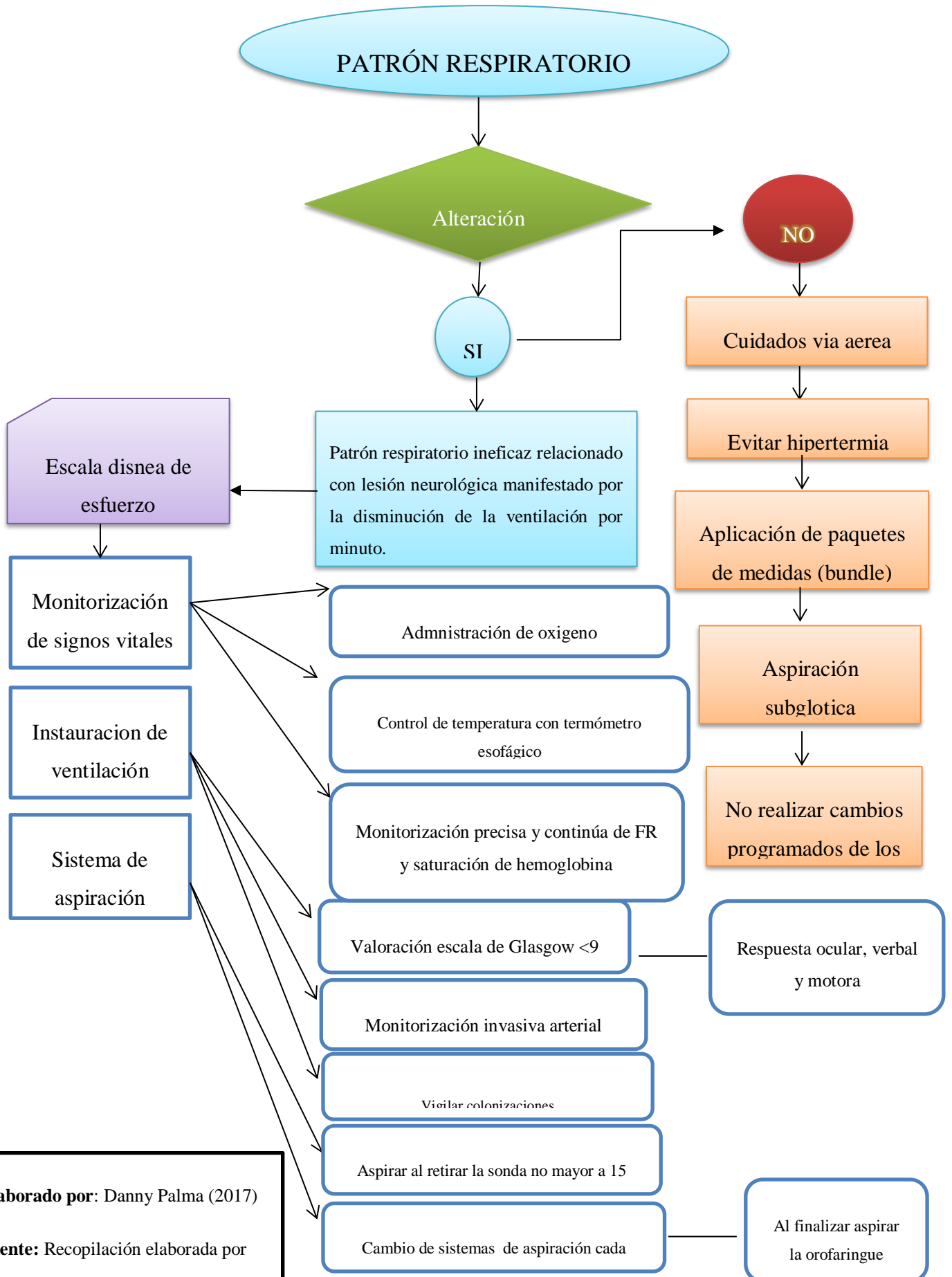
FLUJOGRAMA #2 INTEGRIDAD DE LA PIEL



Elaborado por: Danny Palma (2017)

Fuente: Recopilación elaborada por el autor

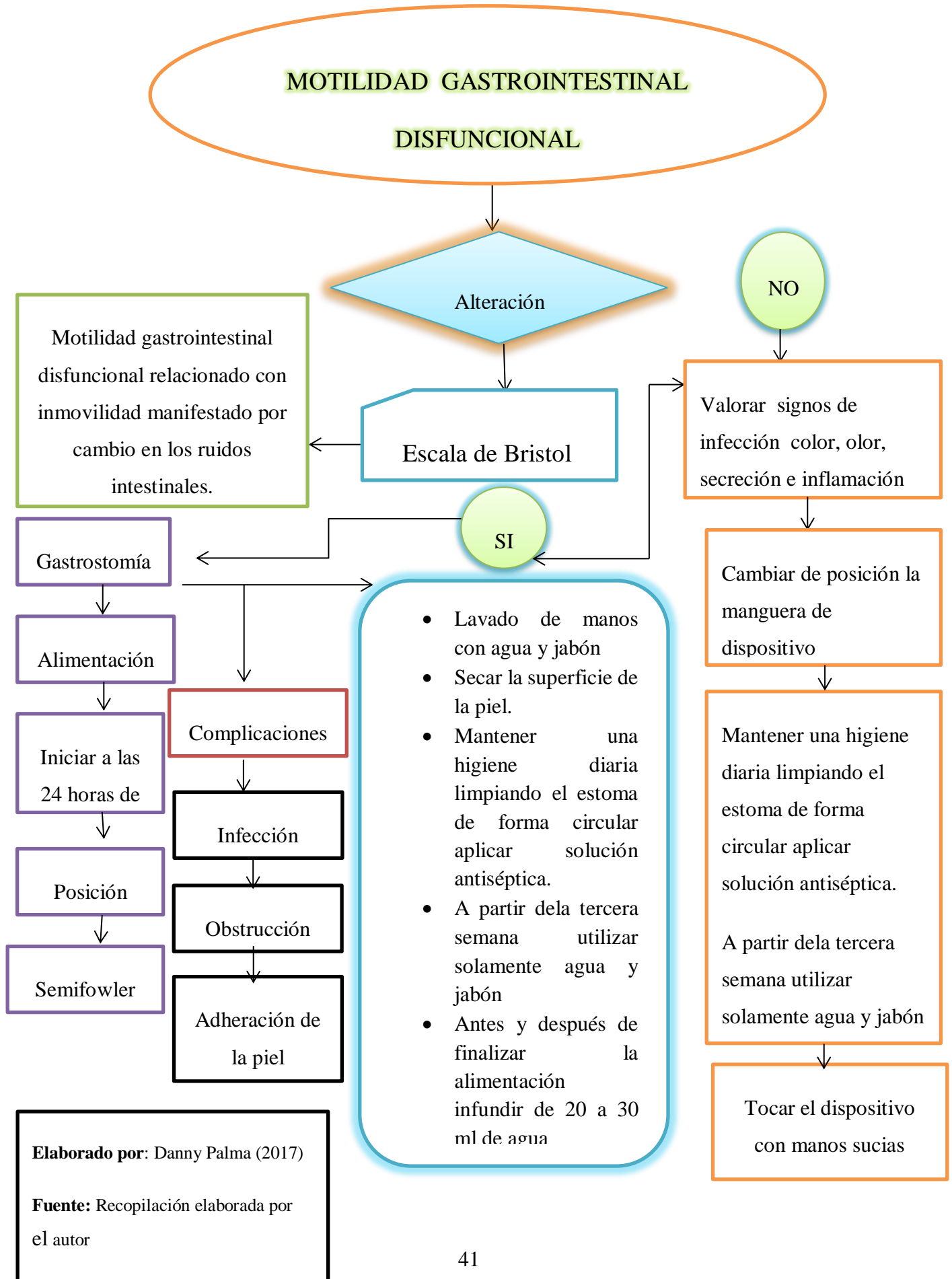
FLUJOGRAMA #3 PRATÓN RESPIRATORIO



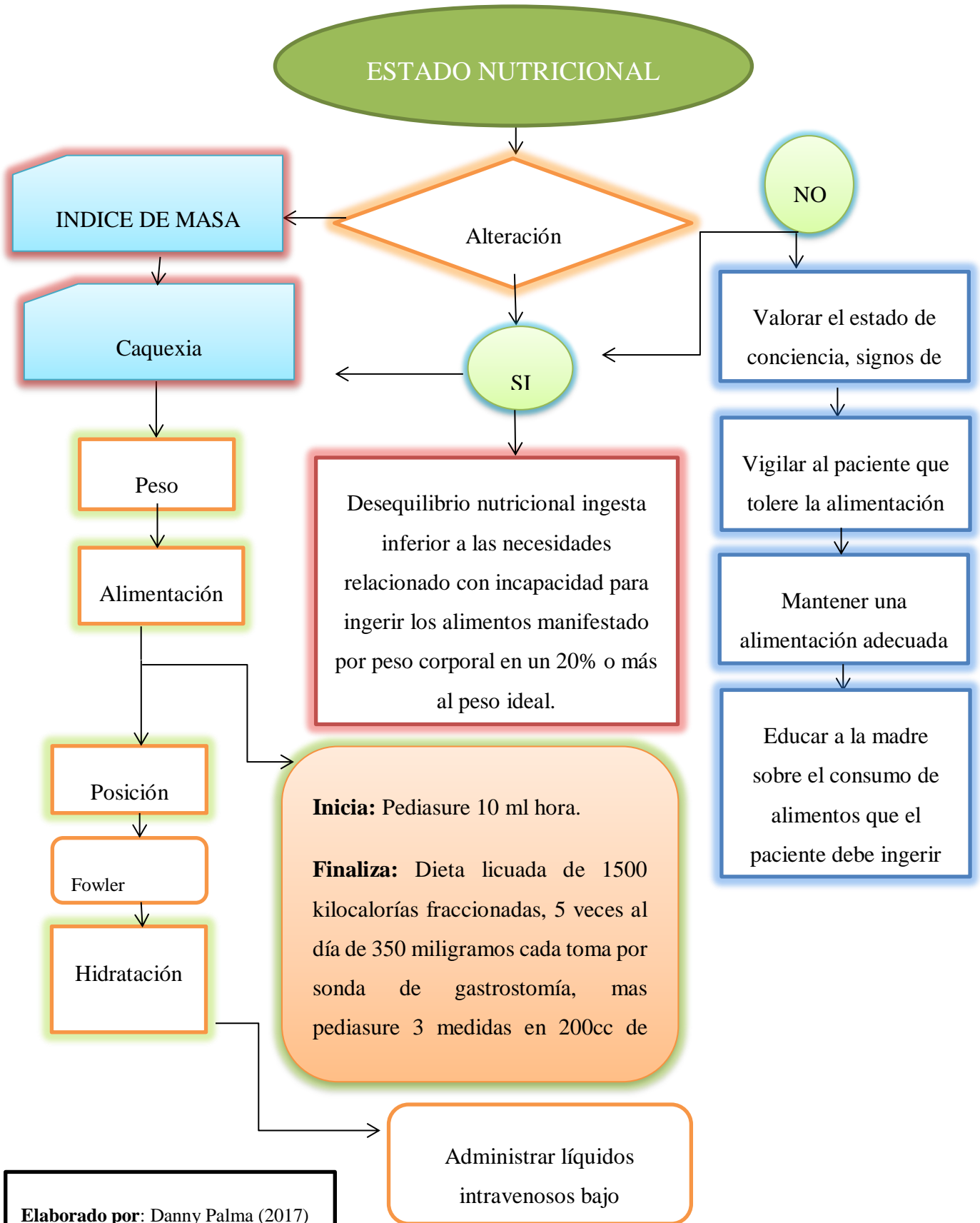
Elaborado por: Danny Palma (2017)

Fuente: Recopilación elaborada por el autor

**FLUJOGRAMA #4 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL
DISFUNCIONAL**



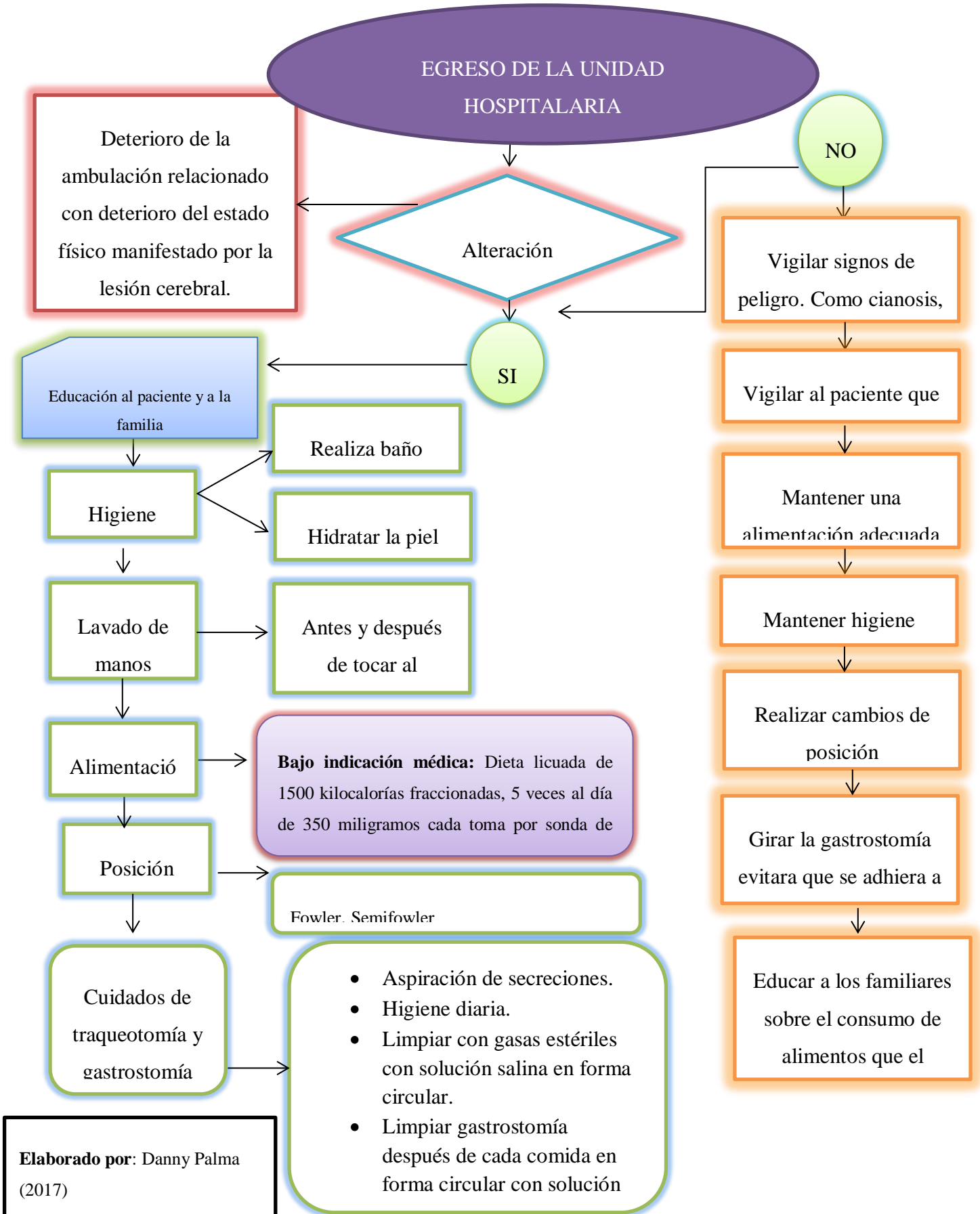
FLUJOGRAMA #5 ESTADO NUTRICIONAL



Elaborado por: Danny Palma (2017)
Fuente: Recopilación elaborada por el autor

FLUJOGRAMA #6 EGRESO DE LA UNIDAD

HOSPITALARIA



Elaborado por: Danny Palma (2017)
Fuente: Recopilación elaborada por el autor

5.0 Conclusiones:

- Mediante los flujogramas realizados se lograra ayudar al personal de enfermería para que puedan obtener una atención primordial en pacientes con traumatismo craneoencefálico, de esta manera se podrá disminuir las complicaciones en este tipo de pacientes
- Mediante los cuidados realizados se lograra disminuir las complicaciones en un traumatismo craneoencefálico, contribuyendo con un cuidado exhaustivo en este tipo de pacientes, para obtener un manejo absoluto mejorando el estilo de vida del paciente.
- Por medio de los flujogramas realizados se puede determinar los cuidados que el personal de enfermería debe brindar al paciente, ofreciendo un cuidado ordenado en el cual permitirá seguir los pasos necesarios que este tipo de pacientes requiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez Ruis, F. (2011). neurocirugia. *scielo*, 17-18.
- Balius, R. (2017). Traumatisms craneoencefalico. *Catedra de patologia quirurgica II de la universidad de Barcelona*, 12.
- Brumet Rogenski, N. M. (2012). Incidencia d elas ulceras por presion . *Latido am enfermagem*, 6-7.
- Calleja, J. (2011). Estilo de vida y salud. *Eroski Consumer*.
- Carillo Quijana, A. (2008). Oxigenoterapia. *Prevención y Rehabilitación en Patología Respiratoria*, 18-20.
- Elena, R. (2016). Cuidados de enfermería en el manejo de la gastrostomía endoscópica . *Universidad de Valladolid* .
- Elizabeth, V. (2016). Seguridad de los pcientes . *Salud Uninorte Baranquilla*, 113-114.
- Garcia, F. (2013). Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. *Rincon Cientifico*, 85-88.
- Gonzales Perez, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Scielo*.
- Gonzales, M. (2013). Estado del conocimiento del personal de enfermería sobre temas de nutrición clínica . *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 44-49.
- Jeffrey, E. (2007). convulsion despues de una lesion cerebral traumatica. *Lesion cerebral traumatica*, 2-4.
- Jmaes Water, E. (2016). Bases fisiopatológicas y consecuencias de la fiebre. *Intra med*.
- Liriano, M., Olivera, P., & Guerra, R. (2006). Manejo ventilatorio en paciente con trauma craneoencefalico grave. *Medica Electronica*, 35-38.
- Lopez, A. (2009). Actualizacions en el manejo d etraumatismo craneoencefalico grave. *Medicina Intensiva*, 19.

- Lucrecia, S. (2016). Suplementos Nutricionales. *Manual Practica de Nutrición Pediátrica*, 222-240.
- Luis, D. S. (2007). Infección de la herida quirúrgica. *Cubana Medicina Militar* , 5.
- Martin, M. (2014). Aplicación de la ventilación. *Nursing*, 24-25.
- Martin, S. R. (2014). Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico. *Universidad Publica de Navarra* , 22-23.
- Martin, S. R. (2014). Recomendaciones en cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico . *Universidad publica de Navarra*, 1-14-18.
- Medina, A. (2014). administración enteral. *Avances de cuidados intensivos pediátricos*, 122-123.
- Moreno Villares, J. M. (2012). Protocolos diagnósticos terapéuticos gastroenterología y nutrición pediátrica. *nutrición parenteral*, 394-395.
- Muñoz, L. A. (2007). Catéteres venosos centrales en nutrición parenteral total rol de la enfermera especializada . *revista peruana*, 132-133.
- Nepamucén Cruz, P., & Juan, Y. M. (2012). Patogenia de la infección bacteriana. *Microbiología y Parasitología*.
- Olivares, L. (2013). Traqueostomías Percutáneas en UCI: Implicancias en el equipo de enfermería. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 147-150.
- Pantoja, H., & Mora, S. (2006). traqueotomía y gastrostomía cuidados e indicaciones. *SEORL*, 10-11.
- Perel P, Y. T. (2008). Apoyo nutricional para pacientes con trauma craneal. *Cochrane*, 10.
- Perez, A. (2011). Revisión sobre el manejo del trauma craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes. *Revista Médica Electrónica*, 230-233.
- Pinheiro, P. (2017). endocarditis bacteriana . *Md.Saude*, 6-7.

- Ponce, G. (2015). Impacto de la nutrición enteral temprana en pacientes con . *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6-11.
- Sandin, B. (2002). Estres y factores sociales . *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 142-147.
- Serratos Vasquez, M. C. (2012). Mnejo de dolor en paciente con trauma. *Mexicana en Anestesiología*, 123.
- Vargas, M. (2005). La contaminación ambiental como factor determinante de la salud . *Scielo*.

LINKOGRAFÍAS

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Gobierno de Aragón. Estrategia de mejora de la calidad de los cuidados: Protocolos de Cuidados de Enfermería basados en la Evidencia. 2009. Available from: <http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=1431>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica 2ª Edición. 2002. Available from: http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf

Protocolos Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2012. Available from: <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/protocolos.htm>

Rioja Salud. Gobierno de La Rioja. Guantes de Uso Sanitario. Recomendaciones. Available from: <http://www.riojasalud.es/rrhhfiles/rrhh/g>

Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. 2010 Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf

Vaqué J, EPINE GT. Estudio EPINE y Encuesta Puntual de Prevalencia en los Hospitales de Agudos de Europa (EPPS). 2013 (Versión 1.1, 19 de Junio de 2013). Available from: <http://www.sempsph.com/es/documentos-sempsph/infeccion-relacionadaasistencia-sanitaria>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS UTA

E. EBRARY: by World Health Organization Staff (2002). El Cid Editor. Organización Mundial de la Salud Web. Recuperado: el 22 de Marzo del 2016 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10062370>.

SCOPUS: G. Alonso, O.García; Consideraciones acerca de la conceptualización del maltrato infantil | SCOPUS |: 2012; 18(Supl 2); |en línea| disponible en: http://https://www.scopus.com/record/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/rev/t-10.html

SPRINGER: Takeshi, F. (2014, Junio). Assessment and management of severe malnutrition in children. (I.J. Surgery, Ed.) Spriger. ISSN: 0972 – 2068. Retrieved from ink.springer.com/article/10.1007/s12262-014-1121-7

PROQUEST: Carrillo, P. (1998). Crece desnutrición infantil. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/376896643/E03D86F1C74E4B47PQ/6?accountid=36765>

PROQUEST: BY Oka, Christine. (2012). Infectious Diseases of Poverty. Instruction Specialist, Northeastern University Libraries. Recuperado: 22 de Marzo 2016. Disponible en: <http://www.proquest.com/blog/mfl/2012/Infectious-DiseasesofPoverty.html>.

Tabla #1 FAMILIOGRAMA

FAMILIOGRAMA

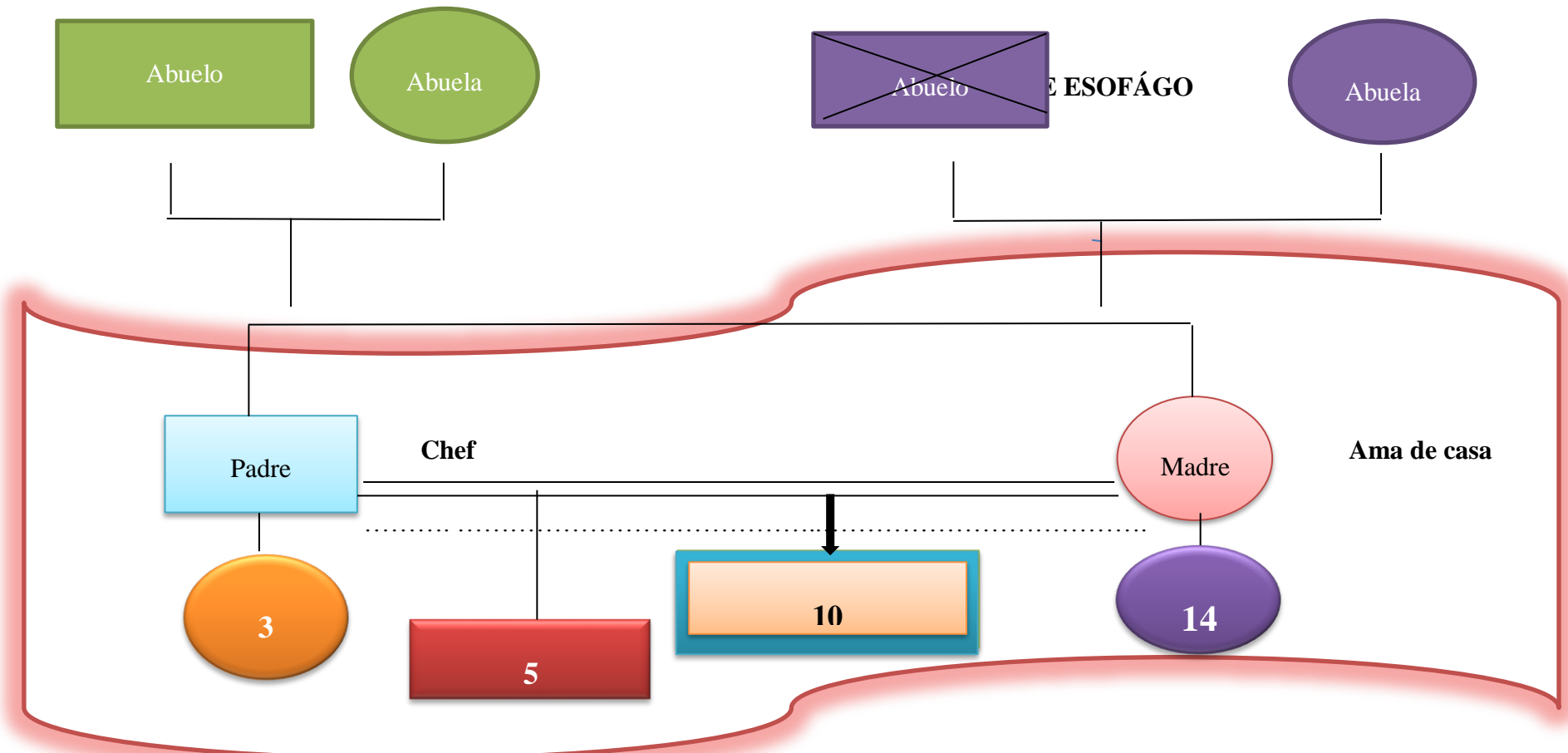


Tabla #2 ECOMAPA

