

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TEC MODERADO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL EL CARMEN HUANCAYO, 2021

Para optar : El Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autor : Bachiller Nathaly Lizbeth Contreras Nuñez

Asesor : Dra. Isabel Margarita Párraga Melo

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o institución de investigación: Hospital Regional Docente Materno
Infantil el Carmen

HUANCAYO – PERÚ 2022

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a todas las personas que me han acompañado en el proceso de mi formación académica por el impulso y motivación para lograr mis metas.

A mis familiares que perdieron la batalla contra el covid 19 y hoy son ángeles en el cielo.

A mi sobrino ahijado Kenneth que me ha enseñado lo bonito de la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por ser mi fortaleza en este camino.

A mis padres por el apoyo brindado durante la etapa universitaria.

Agradezco a mi asesor por su comprensión y dedicación para lograr concluir el trabajo.

Agradezco a mis hermanas y sobrino, a mis amigos y compañeros que son las personas que estuvieron a mi lado en todo momento que me motivaron para seguir esforzándome día a día.

Contenido

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
II. INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
DIAGNOSTICO DE LA SALUD GENERAL	9
OBJETIVOS:	9
III. MARCO TEORICO	10
ESTUDIO LOCAL:	10
ESTUDIO NACIONAL:	10
ESTUDIO INTERNACIONAL:	11
BASES TEORICAS	12
□ TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	12
□ TEORIAS DE ENFERMERIA	17
IV. CONTENIDO	19
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	20
HISTORIA CLÍNICA	20
VI. DISCUSION	36
VII. CONCLUSIONES	37
VIII. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	39
ANEXOS	41

RESUMEN

El traumatismo craneoencefálico (TEC) es provocado por una impresión brusca frente a un área, produciendo contusiones, daños somáticos o desperfectos funcionales de la cavidad craneana. El diagnóstico y previsión se someterá a la complejidad de la conmoción de las estructuras cerebrales lesionadas. Para ello se utiliza y se valora el resultado obtenido de la Escala de Coma Glasgow, el traumatismo craneoencefálico se catalogará en grave, moderado o leve. La mortalidad obedece básicamente de la lesión primaria y secundaria del traumatismo, incluso del régimen terapéutico, de los recursos materiales y humanos sanitarios. (1)

Es de suma importancia ejecutar una valoración adecuada luego de un traumatismo para fijar y apreciar la dimensión de la lesión y permitir afrontar de forma pertinente la terapéutica conveniente y eficaz.

El presente trabajo contiene los resultados del proceso de atención de enfermería realizado en un paciente pediátrico 12 años con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico moderado con el propósito de aplicar el proceso de atención de enfermería describiendo su importancia para una atención integral del paciente con traumatismo craneoencefálico moderado del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2021, encaminadas a mejorar la condición de salud del niño y disminuir el riesgo de las complicaciones, para obtener resultados favorables para el paciente.

De acuerdo a los resultados se diagnosticó lo siguiente: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de confusión aguda, riesgo de desequilibrio electrolítico, riesgo de sangrado, dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea y disconfort, con base del NANDA 2018-2020; tomar en consideración las necesidades del niño se trazaron y aplicaron intervenciones con el soporte del NOC (Clasificación de resultados de enfermería) y con el NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería).

Palabras clave: Proceso enfermero, Traumatismo craneoencefálico

ABSTRACT

Head injury (CBI) is caused by a sudden impression in front of an area, producing bruises, somatic damage or functional damage to the cranial cavity. Diagnosis and forecasting will be subjected to the complexity of the shock of the injured brain structures. To do this, the result obtained from the Glasgow Coma Scale is used and assessed, the head injury will be classified as severe, moderate or mild. Mortality is basically due to the primary and secondary injury of the trauma, including the therapeutic regimen, material and human health resources. (1)

It is of the utmost importance to carry out an adequate assessment after a trauma to establish and appreciate the dimension of the injury and allow it to be adapted to the appropriate, convenient and effective way.

The present work contains the results of the nursing care process carried out in a 12-year-old pediatric patient with a diagnosis of moderate traumatic brain injury with the purpose of applying the nursing care process, describing its importance for comprehensive care of the patient with moderate traumatic brain injury. pediatric service of the El Carmen Huancayo Maternal and Child Regional Teaching Hospital 2021, aimed at improving the child's health condition and reducing the risk of complications, to obtain favorable results for the patient. According to the results, the following was diagnosed: risk of ineffective brain tissue perfusion, risk of acute confusion, risk of electrolyte imbalance, risk of bleeding, acute pain, deterioration of skin structure and discomfort, based on NANDA 2018-2020; taking into consideration the needs of the child, intervention was outlined and applied with the support of the NOC (Nursing Outcomes Classification) and with the NIC (Nursing Intervention Classification).

Key words: Nursing process, Head trauma.

II. INTRODUCCIÓN

Para desarrollar este trabajo se puntualiza la aplicación del método científico como herramienta de cuidados adaptado a un caso clínico real que afirma la práctica asistencial propia de enfermería de una forma racional, lógica y sistemática; para el alcance de los objetivos, dirigido a un paciente con traumatismo craneoencefálico en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo.

Las personas afectadas con daños cerebrales traumáticos se hallan asociados a elevadas tasas de morbilidad y considerables costos personales y colectivos, no sólo por la excelsa incidencia de decesos que suscitan, salvo por la cantidad de personas que permanecen con alguna secuela, debido a los pacientes con este tipo de diagnóstico demandan atención eficiente, especial y humanizada. (2)

El desarrollo del caso clínico fue ejecutado con el Proceso Enfermero como un sistema científico y herramienta de trabajo, con el objetivo de aplicar el proceso de atención de enfermería describiendo su importancia para una atención integral del paciente con traumatismo craneoencefálico moderado del servicio de pediatría del hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo, 2021.

Siendo desarrollado con el marco teórico con antecedentes de estudios locales, nacionales e internacionales; bases teóricas relacionado al traumatismo encéfalo craneano; proceso enfermero, teoría de enfermería; luego con la presentación del caso clínico y emplear los cuidados e intervenciones de Enfermería y SOAPIE justificado en evidencias. Seguido tenemos la discusión, conclusiones y recomendaciones, para luego concluir con la bibliografía correspondiente y anexos.

La base empleada es la Taxonomía NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma edición y NOC 5ta edición para lograr con el proceso enfermero.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los traumatismos cerebrales constituyen de manera importante a los casos neurológicos persistentes que afectan considerablemente a individuos considerablemente jóvenes, las personas que padecen lesiones craneales requieren mucho interés y un régimen adecuado por parte del profesional de enfermería. (3)

Con lo ya mencionado se insiste a la repercusión de la atención inicial de todo el equipo de salud para una previsión del estado del individuo que lleva una lesión craneoencefálica y prevenir agravamiento o secuelas definitivas. Para los profesionales de enfermería es de gran interés el enfoque del método científico, que es un procedimiento de trabajo sistemático, consistente de forma dinámica, que promueve brindar cuidados, determinar y satisfacer necesidades para poder solventar los problemas de salud que perjudican a la persona en vínculo con la familia y sociedad, ofreciendo cuidados específicos a una manera holística con calidad y calidez.

DIAGNOSTICO DE LA SALUD GENERAL

- Traumatismo craneoencefálico moderado
- Descartar edema cerebral

OBJETIVOS:

OBJEIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería describiendo su importancia para una atención integral del paciente con traumatismo craneoencefálico moderado del servicio de pediatría del hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los problemas reales y potenciales del paciente con traumatismo craneoencefálico moderado del servicio de pediatría del hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2021.
- Planificar las intervenciones de enfermería en base a la priorización de las necesidades encontradas.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería programadas para lograr una atención adecuada del paciente con traumatismo craneoencefálico moderado, y evaluar los resultados de acuerdo con las intervenciones realizadas.

III. MARCO TEORICO

ESTUDIO LOCAL:

Baldeón V, Canahualpa A, Lope K. (2017) Junín, Perú. Realizaron un estudio titulado efectividad de una guía rápida de cuidados enfermeros del paciente con traumatismo encéfalo craneano en la prevención de complicaciones en la unidad shock trauma del Hospital II Essalud - Alberto Hurtado Abadía, La Oroya, con el objetivo de determinar la efectividad de la aplicación de una guía rápida de cuidados enfermeros en pacientes con TEC y la prevención de complicaciones Hospital II Essalud La Oroya, 2016. Material y método: La investigación es de tipo cuantitativo, prospectivo. Según el análisis y alcance de los resultados es observacional y analítico porque se busca la relación de las variables y la causa. La población en estudio estuvo constituida por un total de 27 enfermeras. Para la recolección de datos se utiliza la técnica de observación, como instrumento una lista de chequeo para los cuidados de enfermería con pacientes con traumatismo encéfalo craneano en la unidad. Resultados: Se determina que el personal de Enfermería en su desempeño, necesita de estas guías de cuidados de enfermería, para brindar atención continua desde la atención inicial hasta la recuperación del paciente. Una de las debilidades para no tener secuencia es la inexistencia de una guía de atención, la ausencia de guías y protocolos incrementan el riesgo de complicaciones y muerte de pacientes con traumatismo encéfalo moderado - grave, porque no existe sustento en la atención. (4)

ESTUDIO NACIONAL:

Ramirez CH. (2017) Lima, Perú. Realizó un estudio titulado cuidados de Enfermería en Pacientes con Traumatismo Encefalo Craneano en el Hospital Barranca con la finalidad de aplicar el proceso del cuidado de enfermería en un usuario que ingresó inicialmente a la Unidad de Shock Trauma del Hospital de Barranca, con un diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico severo complicado con hemorragia subaranoidea. Para la realización de este estudio de caso clínico, se aplicaron las cinco etapas del proceso del cuidado de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En la parte de la valoración se aplicaron dos técnicas: en primer lugar un instrumento de recolección de datos (Entrevista/ datos subjetivos aportados por la PNP) y en segundo lugar, se

realizó un examen físico (datos subjetivos). Dichos datos se utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería luego de detectados los problemas presentes y los posibles problemas, para de esta manera poder planificar y ejecutar las actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado del usuario; conclusión: La importancia que tiene el cuidado enfermero en pacientes de áreas críticas, es de suma importancia puesto que evitará presentar las complicaciones y disminuir las secuelas que pueda tener un paciente que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico, bajo esa premisa se insta al profesional de enfermería a especializarse, logrando de ese modo una atención eficaz, efectiva, oportuna y de calidad. (5)

ESTUDIO INTERNACIONAL:

Palma D. (2017) Ambato, Ecuador. Realizó un estudio titulado cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora, con el objetivo de 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. Material y método: Es un estudio bibliográfico, descriptivo y de campo, los datos obtenidos fueron por medio de una entrevista donde se pudo identificar los problemas de salud, a través de una guía de cuidados intrahospitalarios para mantener una atención de calidad y brindar un mejor estilo de vida. Conclusiones: Mediante los flujogramas realizados se lograra ayudar al personal de enfermería para que puedan obtener una atención primordial en pacientes con traumatismo craneoencefálico y 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. (6)

BASES TEORICAS

➤ **TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO**

Es un estado clínico en el cual se halla el cambio de fuerza física que perjudica al contenido de la bóveda craneal, con desperfecto sensible motriz, con la particularidad vital de la acumulación de líquidos en las células cerebrales que elementalmente implica a una fuerza intra-craneana acreciente, como resultado puede manifestarse desconcierto, desperfecto sensorial, náuseas, cefalea profunda, vómitos fulminantes y presentarse convulsiones.

La anormalidad de la lesión cerebral donde se presenta como un agravio cerebral es resultado de las fases determinadas que se obtienen en la lesión craneoencefálica, naciendo provoca una contusión espontánea por fuerza de un cuerpo exterior, causando aceleramiento posteriormente desacelerar , luego tanto efecto del inicio originando una inflamación en el cerebro, en ocasiones aumento del flujo sanguíneo cerebral consecutivo al suceso, que procede el incremento de la presión intracraneana, en conclusión se halla un episodio clínico establecido por la dimensión, el daño, el régimen terapéutico, evaluación y manejo reconocerá de cuan comprometido esté.

La complejidad del traumatismo encéfalo-craneano, dependerá de la rigidez de la lesión y los efectos que pueda provenir del daño, la difusión y la complicación, puede involucrar áreas sensitivas, motoras, cognitivas o conductuales, que arriban a incapacidad de las competencias comunicacionales y colectivas o sociales, cambios en el lenguaje, memoria, razonamiento, cabe mencionar el sistema nervioso completo y el daño del manejo de los reflejos. (7)

• **FISIOPATOLOGIA**

De la cuestión biomecánica, en el origen de los daños surgidos de los traumatismos craneoencefálicos influyen las fuerzas atónicas y fuerzas activas. Los dos tipos de fuerzas conllevan a alteraciones y desplazamientos de diferentes partes cerebrales. Generalmente se superpone una resistencia encima de una masa, se llega a deformar y estimula de forma naturalmente distributivo a la zona del impacto y a la fuerza impactada, circunstanciando

una sucesión de respuestas físicas y funcionales. Al dispositivo de colisión, las alteraciones de fricción coligados (lesiones cerebrales, fisuras, fracturas, traumatismos, etc.), se incorporan los fenómenos de aceleramiento y disminución de actividad, los desplazamientos cervicales donde se originan un orden determinado de daños. (8)

El perjuicio primario, es la afección directa provocada por la conmoción de la impresión o por el mecanismo de aceleramiento/disminución, efecto del agravio primario, exponiendo hemorragias, inflamación cerebral, coagulación y otras series fisiopatológicas secundarias (hematomas intracraneanos, epidural o subdural, edema, déficit de oxígeno y/o síncope, aumento de neurocitotoxinas y reacciones biológicas, neuroinfecciones, el incremento de la hipertensión endocraneal; el acontecimiento de la condición clínica se agrave hasta puede acontecer al deceso. (9)

Tener conciencia de los procesos patológicos de las lesiones craneoencefalico, instruye al personal de salud entender a catalogar, disponer el régimen terapéutico y el plan de cuidados de acuerdo a la complejidad, que contempla los signos anormales incluso llegar al uso de mezclas hipertónicas y neuroprotección farmacológica, de la consideración médica esporádicamente se encuentra el daño constituido con la acumulación de líquidos en espacios intra o extracelulares del cerebro, hematomas subdurales inclinándose por la aplicación quirúrgica, con el propósito de extender una oportuna interpretación y tratamiento en estos tipos de pacientes.(10)

- **SINTOMATOLOGIA**

- Manifestaciones leves**

- Desperfecto de la conciencia (sueño, letargia, comatoso, estupor, etc.)
 - Delirio
 - Cefalea
 - Amnesia temporal
 - Náuseas y vómitos
 - Escotomas

- Síntomas graves**

- Desorientación
 - Convulsiones por incremento de la presión intracraneana

- Hipotonía
- Compromiso de sensorio permanente
- Amnesia
- Vómitos fulminantes
- Anisocoria
- Movimiento oculares no dirigidos
- Trastornos en la marcha. (11)

- **DIAGNOSTICO**

1. Evaluación rápida inicial del traumatismo
2. Examen neurológico y determinación de la escala de coma Glasgow
3. Tomografía

- **ESCALA DE COMA GLASGOW**

- La observación de la condición cognitiva es esencial, emplea la escala de coma de Glasgow, para obtener una valoración de los mismos examinando la respuesta: ocular, motora y verbal que dirige la condición comprometida sensorial, la calificación limite figura 15 puntos que representa el cuadro de conciencia completa, entretanto la estima mínima será 3 la cual indica un aspecto de coma. La destreza de la labor hospitalaria señala que los profesionales de enfermería tenemos que ejecutar una evaluación neurológica íntegra, compromete la estimación de la escala de coma de Glasgow y la valoración pupilar en el que se registrará la apreciación pupilar al estímulo lumínico y la dimensión de las pupilas, la dilatación de la pupila orienta una hipoxia cerebral, la contracción pupilar significa una intoxicación de cualquiera, la anisocoria nos muestra el impacto de masa con la reducción de la línea media por hematoma cerebral (8).
- Para la aplicación y análisis de la escala de coma de Glasgow, el daño craneoencefálico logra residir su calificación en grave, moderado y leve. La lesión leve sostiene una valoración de 14 a 15, los individuos se hallan despiertos o propensión del sueño, en muchas ocasiones el paciente puede indicar que hubo inconciencia temporal; expresar cefalea, síncope, emesis,

perdida de la memoria, y su aplicación es la observación esencialmente y el manejo de analgésicos, ciertos pacientes pueden evolucionar de modo perjudicial a una lesión craneoencefálica moderada; el daño craneoencefálico moderado con una estima de 9 a 13 puntos, determinado por inconciencia más de 5 minutos con daño histológico y la acumulación de líquidos cerebrales se evidencia con imágenes médicas, se encontrará ciertas expresiones que logran evidenciar, emesis, vómito, dolor de cabeza, desconcierto, hipotonía o hiperestesia en los miembros se vuelvan con alteración psicomotriz, impedimento en la visión o el habla, etc. Permanecen en sala de observación, ciertos pacientes llegan a hospitalizarse para resolver un comportamiento quirúrgico o una duración prolongada en vigilancia para la terapéutica del edema cerebral en la parte aguda del agravio cerebral. Y la lesión craneoencefálica grave con resultado de 3 a 8 es particularmente denominado como estado de coma, determinado por inconciencia o coma superior a 30 minutos con daño histológico de tumefacción, edema y desgarro de la masa cerebral, en ocasiones existe la probabilidad de roturas de huesos craneales, equimosis periorbitaria, pérdida de la sustancia gris, el estado clínico es dramático, que puede aparecer convulsiones o fallecer, es de orden la neuroprotección, la sedo analgesia y de base la asistencia ventilatoria, el comportamiento quirúrgico es elemental en una craneotomía descompresiva, la inspección neurológica es seguramente de porte considerable a apreciar y de notable valor predictivo, preciso a que la rigidez y curso del deterioro del nivel de conciencia, es la señal neurológica aislada más significativa en la precisión de los cambios de la actividad cerebral. (12)

- **TRATAMIENTO**

Para los daños leves, alta y vigilancia en el hogar.

Para los daños moderados y graves, priorizar la ventilación, oxigenación y perfusión cerebral; evitar las complicaciones (aumento de la presión intracraneal, convulsiones, hematomas) y recuperación.

Los daños no craneanos complejos, que pueden resultar en los accidentes de tráfico o las caídas, ordenan un manejo terapéutico concurrente. (8)

➤ **PROCESO ENFERMERO**

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una expresión que se adapta en un método de actuaciones peculiares del profesional de enfermería para la atención de la salud de la persona, familia y comunidad, conlleva disponer el método científico para el reconocimiento de las exigencias. El (PAE) lo componen cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo sistema, sus fases son continuas y se vinculan entre sí. Sin embargo el estudio o análisis del trayecto se hace de manera individual, tiene una naturaleza metódica, ya que poniendo la destreza, ninguno es extraño a los demás, por lo opuesto se vinculan de forma espontánea, su actuación admite la plenitud de la atención, mejorar las inquietudes y necesidades que el paciente presenta para el cuidado de su salud. Es un método comprensivo, adaptable y aplicable en todas las circunstancias en el proceso de privación de la salud o en el sustento de la misma. Brinda una orientación predeterminada, táctico y estructurado de la práctica, comprende el reconocimiento de signos y síntomas para incorporar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la gestión de los cuidados, así como la apreciación de los resultados. (13)

➤ **CUIDADOS DE ENFERMERIA**

La enfermería se basa en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa finalidad se orientan el vigor y trabajos que se desarrollan para consideración de los individuos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. El ambiente de atención se da en

la vida diaria, que es ahí en donde se desenvuelven las labores cotidianas de las personas. En cuanto, los cuidados así mismo se da en el ámbito hospitalario, pero no es ese el único ambiente en donde florece la sustancia de la enfermería. Se puede afirmar que la enfermería es "una" disciplina que se ocupa en diferentes lugares y escenarios, sin descuidar la esencia que la representa: el cuidado. (14)

➤ **TEORIAS DE ENFERMERIA**

• **VIRGINIA HENDERSON**

El profesional de enfermería ejecuta diversas labores en el ámbito hospitalario para solventar las necesidades insaciables de los pacientes. Se desarrolla el modelo de cuidados de Virginia Henderson, donde precisa las catorce necesidades básicas de las personas. Por otro lado Henderson en su teoría ratifica que las necesidades son habituales a todas las personas, sin embargo cada cultura y cada persona las manifiesta de manera distinta, y modifican de aspecto firme ante el propio análisis que cada ser humano efectúa de las necesidades. Las catorce necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson que componen los principios del cuidado enfermero son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del cuerpo.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Vestir adecuadamente.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y proteger la piel.
9. Evitar peligros ambientales.
10. Comunicarse.
11. Profesar su religión.
12. Trabajar.
13. Participar en actividades recreativas.

14. Adquirir conocimientos. (15)

- **SOR CALLISTA ROY**

Según Roy, la adaptación se refiere “al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la competencia de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. El ser humano se relaciona con el ambiente, consigo mismo y con los demás, recibe de los permanentes estímulos, ante los cuales reacciona dando unas respuestas que pueden ser efectivas o inefectivas. Las respuestas adaptativas o efectivas, promueven las metas de adaptación y la integridad del sistema humano. Permiten resolver la situación para lograr adaptarse o recuperar la salud. Las respuestas inefectivas, por otro lado, son aquellas que no promueven la integridad, ni contribuyen a las metas de adaptación y de integración de las personas con el mundo.

Roy describe el modelo “sobre todo como un modelo de sistemas, no obstante también contiene niveles de análisis de interacción”. El trabajo más reciente, denominado modelo de adaptación de Roy para el siglo XXI, toma en consideración el tiempo de transición, la transformación y la visión espiritual. El modelo de Callista Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada; son los estímulos que pueden llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).
Procesamiento; hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).
Salida; se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas

ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan la retroacción del sistema.

Modelo de Callista Roy, los define de la siguiente manera: Enfermería, la define como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. Roy identifica las actividades de la enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. El papel de la enfermera es promover las respuestas de adaptación en relación con las cuatro modalidades de adaptación denominadas fisiológica- física, autoconcepto, identidad de grupo, desempeño de funciones e interdependencia. Persona, según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. “Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad, es el foco principal de la enfermería; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia). Salud, “la salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno”. El entorno, según Roy, es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales”. “Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse”. (16)

IV. CONTENIDO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO DEL SERVICIO DE

**PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL
CARMEN HUANCAYO, 2021.**

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

I. VALORACION:

1 RECOLECCION DE DATOS:

Apellidos y Nombres	ORTIZ ANGUIS, Fabricio
Edad	12 años 3 meses
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	10/04/2009
Lugar de nacimiento	Huancayo
Lugar de procedencia	Azapampa
Dirección	Jr. Los Angeles s/n
Fecha de ingreso	24/07/2021 6:00 pm
Persona responsable	ORTIZ ROMERO, Rody 44902845

2. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de enfermedad	4 Horas
Signos y síntomas principales	Somnolencia, dolor y vómitos

3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito	Disminuido
Orina	No Alterado
Deposiciones	No Alterado
Sueño	Incrementado
Sed	Disminuido

4. ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

Enfermedades anteriores	Niega
--------------------------------	-------

Hospitalizaciones anteriores	A los 3 años de edad por intoxicación
Alergias	Niega
Transfusión sanguínea	Niega

ANTECEDENTES DE LOS FAMILIARES:

Enfermedades anteriores de la madre	Niega
Enfermedades anteriores del padre	Niega
Hospitalizaciones anteriores de padres	Niega
Otras enfermedades infectocontagiosas	Niega

5. EXAMEN FISICO GENERAL:

Temperatura: 36.8 ° C	FC: 92x'
Respiración: 27x'	PA: 102/60 mm Hg
Peso: 40 kg	Talla: 140 cm
IMC: 20.4081	Saturación Oxígeno: 97%

6. EXAMEN FISICO REGIONAL:

Cabeza	Hematoma en región parietooccipital izquierda, doloroso a la palpación, lesión abrasiva en región frontal y punta nasal.
Ojos	Pupilas isocóricas
Oídos	Conservado
Fosas nasales	Presenta sangrado
Cavidad oral	Sin alteraciones
Cuello	Sin alteraciones
Aparato respiratorio:	
Inspección	No tiraje, expansión torácica aumentada, FR.
Palpación	27 a 32 x'.
Percusión	Conservado
	Normal

Auscultación	Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
Aparato cardiovascular: Inspección Palpación Percusión Auscultación	Pulso presente Se palpan pulso periférico No soplos, ruidos cardiacos rítmicos
Abdomen: Inspección Palpación Percusión Auscultación	Plano, sin lesiones Blando depresible, no doloroso. No alterado Con presencia de ruidos hidroaereos normales
Ano y recto:	No evaluado
Extremidades	Conservado
Sistema nervioso:	Glasgow 9/15 ; somnoliento, confuso y desorientado

7. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

<p>Traumatismo craneoencefálico moderado Descartar edema cerebral</p>

8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- Tomografía cerebral
- Hemograma completo
- Glucosa, urea y creatinina.
- Descarte covid 19
- Interconsulta con cirugía pediátrica

- Interconsulta con neurocirugía

9. TRATAMIENTO MEDICO:

1. Nada por vía oral
2. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma + balance hídrico estricto
3. Cl Na 9% 1000cc XXV gotas por minuto
4. Manitol 125 cc endovenoso C/ 4 horas
5. Dimenhidrinato 50 mg endovenoso C/ 8 horas
6. Cabecera a 30 °
7. Oxigenoterapia si la sato2 es de 88 a 94 %
8. Sulfadiazida de plata vía tópica c/ horas

10. CASO CLINICO

Paciente pediátrico 12 años de edad sexo masculino de iniciales F.O.A. procedente de Jr. Los Ángeles s/n distrito de Azapampa Huancayo. Ingresa al servicio de emergencia pediátrica acompañado de su padre; con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico moderado y descartar edema cerebral. Paciente somnoliento, confuso y desorientado; con escala de coma Glasgow 9/15, se encuentra ventilando espontáneamente, presenta un hematoma en region parieto occipital izquierdo doloroso a la palpacion y una lesion abrasiva en la region frontal y en punta nasal, pupilas isocoricas reactivas, presenta sangrado nasal leve y 1 vomito aproximadamente de 60cc.

Padre del menor refiere que vive solo con su menor hijo y que sufrió una caída de más o menos 2.5 metros de altura, produciendo sangrado por fosas nasales, y que perdió el conocimiento por algunos segundos, por lo que fue traído al hospital.

A la evaluación médica continua somnoliento con Glasgow 9/15, somnoliento, confuso y desorientado y solo manifiesta dolor, con funciones vitales: FC: 92x' FR: 27x' SATO2: 97% T°: 36.8 C° P/A: 102/60 mm Hg Por órdenes medicas se le indica una tomografía cerebral, exámenes de laboratorio hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen de orina y descarte de covid 19. Paciente pasa a hospitalización del servicio de pediatría a las 6 pm con indicaciones médicas e interconsultas con cirugía pediátrica y neurocirugía. A las 11pm pasa interconsultas con los especialistas y ordenan pasar al paciente a unidad de cuidados intermedios para mayor vigilancia. Paciente continúa con indicaciones médicas con evolución favorable, se muestra temeroso y sollozando.

11. VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN DOMINIOS:

DOMINIO 2: NUTRICION Clase5:Hidrtación	Presenta 1 vomito aproximadamente de 60 cc.
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO Clase 4 Respuestas cardiovasculares y pulmonares	Paciente presenta hematoma en región parieto occipital izquierdo.
DOMINIO 5:PERCEPCIÓN COGNICIÓN Clase 4. Cognición	Paciente somnoliento, confuso y desorientado, con escala de coma Glasgow 9/15.
DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento	Paciente se muestra temeroso sollozando.
DOMINIO 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física	Sangrado por fosas nasales Lesion abrasiva en la region frontal y en punta nasal
DOMINIO 12: Confort Clase 1. Confort físico	Dolor de cabeza

12. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS ENCONTRADOS:

1	<p>DOMINIO2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p> <p>Código. 00195</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos.</p>
----------	---

2	<p>DOMINIO 4: Actividad y Reposo.</p> <p>Clase 4 : respuestas cardiovasculares / pulmonares</p> <p>Código: 00201</p> <p>Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c traumatismo.</p>
3	<p>DOMINIO 5:PERCEPCIÓN COGNICIÓN</p> <p>Clase 4. Cognición</p> <p>Código: 00173</p> <p>Riesgo de confusión aguda r/c alteración de la conciencia.</p>
4	<p>DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento procesos de gestión del estrés del entorno</p> <p>Código: 00214</p> <p>Discomfort r/c hospitalización e/v paciente se muestra temeroso, sollozando.</p> <p>.</p>
5	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>Clase 2: Lesion física.</p> <p>Código: 00206</p> <p>Riesgo de sangrado r/c traumatismo.</p>
6	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>Clase 2: Lesion física.</p> <p>Código :00046</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la piel e/v lesión abrasiva en región parieto occipital y en punta nasal.</p>
7	<p>DOMINIO 12: CONFORT</p>

(17)

Clase1: Confort físico. Código: 00132 Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/v llanto, facies de dolor.

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y Noc 5ta Edición. (17)(18)(19)

13. PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS:

1	Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/v llanto, facies de dolor.	Prioridad Alta
2	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c traumatismo	Prioridad Alta
3	Riesgo de confusión aguda r/c alteración de la conciencia.	Prioridad Alta
4	Riesgo de sangrado r/c traumatismo.	Prioridad Alta
5	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos.	Prioridad Alta
6	Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la piel e/v lesión abrasiva en región parietooccipital y en punta nasal.	Prioridad Media
7	Disconfort r/c cambios en el entorno e/v paciente se muestra temeroso y sollozando.	Prioridad Media

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y Noc 5ta Edición. (17)(18)(19)

13. FUNDAMENTO CIENTIFICO

Nº	DIAGNOSTICO ENFERMERO	FUNDAMENTO CIENTIFICO
1	Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/v llanto, facies de dolor.	El dolor impide que las personas hagan actividades que disfrutan. Puede impedir que hablen y pasen tiempo con los demás. Puede afectar el estado de ánimo y la capacidad para pensar. Además, el dolor puede

		causar dificultades para comer y dormir, aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y puede afectar la recuperación de manera negativa.
2	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c traumatismo	Puede manifestar alteraciones del estado neurológico, déficit del nivel de conciencia, cambios en las pupilas, alteración de los signos vitales vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.
3	Riesgo de confusión aguda r/c alteración de la conciencia.	Pueden aparecer alteraciones de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción, variaciones en el conocimiento, actividad psicomotriz y cambios globales transitorios del ciclo sueño/vigilia.
4	Riesgo de sangrado r/c traumatismo.	Cuando el sangrado es constante ocurre la disminución del volumen de sangre, que puede alterar la frecuencia cardíaca ocasionando taquicardias, hipotensión, alteración en la respiración, palidez, piel fría y húmeda, debilidad.
5	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos.	Con la pérdida de líquidos corporales se pierde electrolitos importantes que pueden causar desequilibrio en las funciones orgánicas, que contribuyen a deshidratación, debilidad. Las reacciones nerviosas del cuerpo y la función muscular dependen del intercambio correcto de estos electrolitos dentro y fuera de las células.
6	Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la piel e/v lesión abrasiva en región parietooccipital y en punta nasal.	Una herida es el efecto producido por un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte de nuestro organismo, superando la resistencia de los tejidos. Si no se realiza prácticas adecuadas para mantener la integridad de la piel puede afectar en la cicatrización, llevar a la contaminación e infección, alterar las funciones vitales y producir irritación, dolor.
7	Disconfort r/c cambios en el entorno e/v paciente se muestra temeroso, sollozando.	Puede afectar en la tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, afectando la comodidad, el sueño, bienestar y calidad de vida.

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y Noc 5ta Edición. (17)(18)(19)

V. PLAN DE CUIDADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Paciente: F.O.A.	PLAN DE CUIDADOS.																																																							
Valoración	Diagnóstico Enfermero	Resultados Encontrados NOC	Intervenciones NIC																																																					
Paciente refiere “me duele la cabeza” Llanto, facies de dolor	<p>DOMINIO 12: Confort</p> <p>CLASE 1 :</p> Confort físico <p>Código: (00132).</p> <p>Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/v llanto, facies de dolor.</p>	<p>DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase: Q Conducta de salud</p> <p>Código: 1605 Control del Dolor.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicadores</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">Escala</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(160501) Reconoce factores causales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(160502) Reconoce el comienzo del dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> <tr> <td>(160511) Refiere dolor controlado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </tbody> </table> <p>Escala</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Nunca Demostrado</th> <th style="text-align: center;">Raramente Demostrado</th> <th style="text-align: center;">A veces Demostrado</th> <th style="text-align: center;">Frecuentemente Demostrado</th> <th style="text-align: center;">Siempre Demostrado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mantener en una puntuación diana de 4 a 5</p>	Indicadores	Escala						1	2	3	4	5	(160501) Reconoce factores causales				x		(160502) Reconoce el comienzo del dolor				x		(160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada					x	(160511) Refiere dolor controlado				x		(160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario					x	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado	1	2	3	4	5	<p>Dominio 1: Fisiológico: Básico.</p> <p>Clase I: Fomento de la Comodidad Física. 1410 –Manejo del Dolor: Agudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. -Administrar analgésicos de forma horaria. -Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad. - Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. 	
Indicadores	Escala																																																							
	1	2	3	4	5																																																			
(160501) Reconoce factores causales				x																																																				
(160502) Reconoce el comienzo del dolor				x																																																				
(160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada					x																																																			
(160511) Refiere dolor controlado				x																																																				
(160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario					x																																																			
Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado																																																				
1	2	3	4	5																																																				

Paciente: E.S.P.G **PLAN DE CUIDADOS.**

Valoración	Diagnóstico Enfermero	Resultados Encontrados NOC	Intervenciones NIC
------------	-----------------------	----------------------------	--------------------

Paciente somnoliento, confuso y desorientado, con escala de coma Glasgow 9/15.	DOMINIO 5: Percepción / Cognición CLASE 4 : Cognición Código: (00173). Riesgo de confusión aguda r/c alteración de la conciencia.	DOMINIO II: Salud Fisiológica Clase: J Neurocognitiva Código: 0912 Estado Neurológico: Conciencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores</th> <th colspan="5">Escalas</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(091201) Abre los ojos a estímulos externos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(091202) Orientación cognitiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(091204) Obedece ordenes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(091203) Comunicación apropiada a la situación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(091206) Atiende a estímulos ambientales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </tbody> </table> Escala <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th>Gravemente comprometido</th> <th>Sustancialmente comprometido</th> <th>Moderadamente comprometido</th> <th>Levemente comprometido</th> <th>No comprometido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> Mantener en una puntuación diana de 4 a 5	Indicadores	Escalas					1	2	3	4	5	(091201) Abre los ojos a estímulos externos				x		(091202) Orientación cognitiva				x		(091204) Obedece ordenes				x		(091203) Comunicación apropiada a la situación				x		(091206) Atiende a estímulos ambientales					x	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	1	2	3	4	5	Dominio 2: Fisiológico: complejo. Clase I: Control Neurológico. 2620 –Monitorización Neurológica. - Vigilar el nivel de conciencia -Comprobar el nivel de orientación. -Vigilar tendencias en la Escala de Coma de Glasgow. -Vigilar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. - Monitorizar los signos vitales (temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial) -Observar si el paciente refiere cefalea. -Comprobar la respuesta a los estímulos (verbal, táctil, etc.)
Indicadores	Escalas																																																					
	1	2	3	4	5																																																	
(091201) Abre los ojos a estímulos externos				x																																																		
(091202) Orientación cognitiva				x																																																		
(091204) Obedece ordenes				x																																																		
(091203) Comunicación apropiada a la situación				x																																																		
(091206) Atiende a estímulos ambientales					x																																																	
Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido																																																		
1	2	3	4	5																																																		

Paciente: F.O.A.

PLAN DE CUIDADOS.

Valoración

Diagnóstico Enfermero

Resultados Encontrados NOC

Intervenciones NIC

Paciente presenta un hematoma en región temporo occipital .

DOMINIO 4:
Actividad/ reposo
CLASE 4 :
Perfusión tisular

Código: (00201).

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c traumatismo.

DOMINIO II:

Salud fisiológica.

Clase: E

Cardiopulmonar

Código: 0406

Perfusión tisular cerebral

Indicadores	Escala				
	1	2	3	4	5
(040603) Cefalea				x	
(040605) Inquietud					x
(040609) vómitos				x	
(040611) Sincope					x
(040619) Nivel de conciencia disminuido				x	

Escala

Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido.	Levemente comprometido	No comprometido
1	2	3	4	5

Mantener en una puntuación diana de 4 a 5

Dominio 2:

Fisiológico: complejo.

Clase I: Control Neurológico.

2550 –Mejora de la Perfusión Cerebral.

- Monitorizar el estado neurológico.
- Monitorizar la presión arterial media.
- Administrar analgésicos según corresponda.
- Monitorizar entradas y salidas.
- Evitar la flexión de cuello.
- Administrar manitol en bajas dosis según lo prescrito.

Paciente: E.S.P.G	PLAN DE CUIDADOS.																																															
Valoración	Diagnóstico Enfermero	Resultados Encontrados NOC					Intervenciones NIC																																									
Paciente presenta sangrado por fosas nasales.	<p>DOMINIO 11: Seguridad / Protección</p> <p>CLASE 2: Lesión Física</p> <p>Código: (00206).</p> <p>Riesgo de sangrado r/c traumatismo.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica</p> <p>Clase: E Cardiopulmonar.</p> <p>Código: 0413 Severidad de la pérdida de sangre.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores</th> <th colspan="5">Escalas</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(041301) Pérdida sanguínea visible</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(041312) Pérdida de calor corporal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>(041313) Palidez de piel y mucosas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>(041315) Disminución de la cognición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Escala</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gravemente comprometido</th> <th>Sustancialmente comprometido</th> <th>Moderadamente comprometido</th> <th>Levemente comprometido</th> <th>No comprometido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mantener en una puntuación diana de 4 a 5</p>	Indicadores	Escalas					1	2	3	4	5	(041301) Pérdida sanguínea visible				x		(041312) Pérdida de calor corporal					x	(041313) Palidez de piel y mucosas					x	(041315) Disminución de la cognición				x		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	1	2	3	4	5	<p>Dominio 2: Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase N: Control de la perfusión tisular.</p> <p>4024 –Disminución de la hemorragia: Nasal.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar la causa de la hemorragia. -Monitorizar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. -Mantener la vía aérea permeable. -Monitorizar los signos vitales según corresponda. -Colocar al paciente en posición semi-fowler según corresponda.
Indicadores	Escalas																																															
	1	2	3	4	5																																											
(041301) Pérdida sanguínea visible				x																																												
(041312) Pérdida de calor corporal					x																																											
(041313) Palidez de piel y mucosas					x																																											
(041315) Disminución de la cognición				x																																												
Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido																																												
1	2	3	4	5																																												

Paciente: E.S.P.G

PLAN DE CUIDADOS.

Valoración

Diagnóstico Enfermero

Resultados Encontrados NOC

Intervenciones NIC

Paciente presenta 1 vomito aproximadamente de 60 cc.

DOMINIO 2:
Nutrición

CLASE 5: Hidratación incorporación y absorción de líquidos y electrolitos.

Código: (00195).

Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos.

DOMINIO II:
Salud Fisiológica

Clase: G
Líquidos y electrolitos.

Código: 0601
Equilibrio Hídrico.

Indicadores	Escalas				
	1	2	3	4	5
(060107) Entradas y salidas diarias equilibradas				x	
(060109) Peso corporal estable					x
(060116) Hidratación cutánea				x	
(060117) Humedad de membranas mucosas				x	

Escala

Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
1	2	3	4	5

Mantener en una puntuación diana de 4 a 5

Dominio 2:

Fisiológico: Complejo.

Clase G: Control de Electrolitos y acidobasico.

2080 –Manejo de líquidos / electrolitos.

- Vigilar los signos vitales según corresponda.
- Administrar líquidos si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral.
- Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- Proceder a la restricción de líquidos si es oportuno.
- Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente.
- Observar si existe la perdida de líquidos (vómitos)

Paciente: F.O.A.	PLAN DE CUIDADOS.																																																							
Valoración	Diagnóstico Enfermero	Resultados Encontrados NOC			Intervenciones NIC																																																			
Paciente presente una lesión abrasiva en región parieto occipital y en punta nasal.	<p>DOMINIO 11: seguridad/ protección</p> <p>CLASE 2 : Lesión física</p> <p>Código: (00046).</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la piel E/V lesión abrasiva en región parietooccipital y en punta nasal.</p>	<p>DOMINIO II: Salud fisiológica.</p> <p>Clase: L Integridad tisular</p> <p>Código: 1101 Integridad tisular: piel y membranas.</p> <table border="1" data-bbox="656 595 1317 943"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores</th> <th colspan="5">Escalas</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(110101) Temperatura de la piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>(110102) Sensibilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(110111) Perfusión tisular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(110113) Integridad de la piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(110115) Lesiones cutáneas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Escala</p> <table border="1" data-bbox="604 1034 1346 1125"> <thead> <tr> <th>Gravemente comprometido</th> <th>Sustancialmente comprometido.</th> <th>Moderadamente comprometido.</th> <th>Levemente comprometido</th> <th>No comprometido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mantener en una puntuación diana de 4 a 5</p>			Indicadores	Escalas					1	2	3	4	5	(110101) Temperatura de la piel					x	(110102) Sensibilidad				x		(110111) Perfusión tisular				x		(110113) Integridad de la piel				x		(110115) Lesiones cutáneas				x		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido.	Levemente comprometido	No comprometido	1	2	3	4	5	<p>Dominio 2: Fisiológico: complejo.</p> <p>Clase I: Control de la piel/heridas. 3660 -Cuidados de la herida.</p> <p>-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</p> <p>-Documentar la localización el tamaño y el aspecto de la herida.</p> <p>-Limpiar con solución salina fisiológica.</p> <p>-Aplica una crema adecuada en la piel/ lesión según corresponda.</p> <p>-Enseñar al paciente y la familia los procedimientos de cuidados de cuidado de la herida.</p>
Indicadores	Escalas																																																							
	1	2	3	4	5																																																			
(110101) Temperatura de la piel					x																																																			
(110102) Sensibilidad				x																																																				
(110111) Perfusión tisular				x																																																				
(110113) Integridad de la piel				x																																																				
(110115) Lesiones cutáneas				x																																																				
Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido.	Levemente comprometido	No comprometido																																																				
1	2	3	4	5																																																				

Paciente: E.S.P.G	PLAN DE CUIDADOS.																																																					
Valoración	Diagnóstico Enfermero	Resultados Encontrados NOC			Intervenciones NIC																																																	
Paciente se muestra temeroso y sollozando.	<p>DOMINIO 12: Confort</p> <p>CLASE 2 : Confort del entorno</p> <p>Código: (00214).</p> <p>Disconfort R/C cambios en el entorno E/V paciente se muestra temeroso y sollozando.</p>	<p>DOMINIO III: Salud psicosocial</p> <p>Clase: N Adaptación psicosocial</p> <p>Código: 1301 Adaptación del niño a la hospitalización</p> <table border="1" data-bbox="595 587 1256 1106"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores</th> <th colspan="5">Escala</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(130113) Reconocimiento de la necesidad de hospitalización</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(130123) Pregunta sobre el tratamiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(130127) Mantiene el control</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(130118) Cooperación en los procedimientos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>(130109) Responde a las medidas de comodidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Escala</p> <table border="1" data-bbox="618 1182 1368 1273"> <thead> <tr> <th>Nunca Demostrado</th> <th>Raramente Demostrado</th> <th>A veces Demostrado</th> <th>Frecuentemente Demostrado</th> <th>Siempre Demostrado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mantener en una puntuación diana de 4 a 5</p>	Indicadores	Escala					1	2	3	4	5	(130113) Reconocimiento de la necesidad de hospitalización				x		(130123) Pregunta sobre el tratamiento				x		(130127) Mantiene el control				x		(130118) Cooperación en los procedimientos					x	(130109) Responde a las medidas de comodidad				x		Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado	1	2	3	4	5	<p>Dominio 4: Seguridad</p> <p>Clase V: Control de Riesgos. 6480 –Manejo Ambiental.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Crear un ambiente seguro para el paciente. - Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de la conducta. - Eliminar los factores de peligro del ambiente. - Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. -Proporcionar un cama y entorno limpios y cómodo. -Disminuir estímulos ambientales según corresponda.
Indicadores	Escala																																																					
	1	2	3	4	5																																																	
(130113) Reconocimiento de la necesidad de hospitalización				x																																																		
(130123) Pregunta sobre el tratamiento				x																																																		
(130127) Mantiene el control				x																																																		
(130118) Cooperación en los procedimientos					x																																																	
(130109) Responde a las medidas de comodidad				x																																																		
Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado																																																		
1	2	3	4	5																																																		

VI. DISCUSION

Con la utilización del Proceso de Atención de Enfermería en un niño de 12 años se puede reconocer que su desarrollo fue útil para lograr un pensamiento crítico, así valorar los aspectos físico, biológico, psicológico, emocional y espiritual del paciente aun enfrentado los riesgos posibles por esta pandemia.

De acuerdo con el estudio “Cuidados de Enfermería en Pacientes con Traumatismo Encefalo Craneano en el Hospital Barranca” comparto y valoro sus conclusiones al expresar lo siguiente: La trascendencia que tiene el cuidado enfermero en pacientes de áreas críticas, es de mucha importancia puesto que impide exponer las complicaciones y reducir las secuelas que pueda tener un paciente que ha sufrido una lesión craneoencefálica.(5) ya que si se presta cuidados oportunos se logra cumplir con el objetivo principal de este estudio y así el profesional de Enfermería brindar cuidados eficaces, efectivos, oportunos y de calidad como lo cita Ramirez Ch. en su estudio.

Durante la ejecución del caso clínico, el paciente se fue mejorando progresivamente, se optó por incluir la participación de los familiares (el padre) para que tenga conocimiento de los cuidados que deberían tener en casa cuando se le diera de alta.

De esa manera se llega a especificar que el plan de cuidados fue favorecedor en todo momento del progreso del paciente, recuperando el estado de salud-enfermedad; la aplicación científica de las intervenciones de enfermería fue un poco tediosa ya que hoy en día varía mucho con las nuevas actualizaciones del NANDA, NIC y NOC; pero no imposible de realizar ya que como profesionales de la salud estamos expuestos al cambio para mejorar nuestra atención de enfermería y que se brinde cuidados de calidad y calidez.

VII. CONCLUSIONES

- La aplicación del proceso de atención de enfermería realizado en el hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo, en el ejercicio diario como método científico para la dirección y régimen de los cuidados es básico y de gran importancia para el desarrollo de una atención integral.
- El proceso de atención de enfermería realizado en el hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo, impulsa la eficacia de la atención de enfermería, orientándonos al análisis e identificación de los problemas reales y potenciales que promueve el pensamiento crítico.
- La presentación del caso clínico ha tenido sus altibajos ya que con las nuevas actualizaciones del NANDA, NIC y NOC requiere de más compromiso para poder formular el proceso de atención de enfermería, pero ello no ha sido impedimento de poder planificar las intervenciones de Enfermería en base a la priorización de necesidades.
- La ejecución de las intervenciones programadas nos permite evaluar nuestras atenciones para lograr que brindemos una atención adecuada y cuidados de calidad.
- Ante la coyuntura de esta pandemia existe interferencia en establecer una relación terapéutica que dificulta la comunicación paciente familiares y profesionales.

VIII. RECOMENDACIONES

- Como profesionales de Enfermería debemos realizar adecuadamente y de manera eficaz el proceso de atención de Enfermería para brindar una atención integral a los pacientes.
- Los profesionales de la salud debemos identificar inmediatamente los problemas que aquejan a nuestros pacientes para poder formular nuestras actividades y actuar de manera oportuna y correcta, con atenciones de calidad y calidez que caracteriza nuestra profesión sin dejar de ser indolentes al dolor de sus pacientes.
- Las casas de estudio universitario deben reforzar con actualizaciones sus métodos para desarrollar más efectivamente los procesos de atención de enfermería para incluirlo diariamente en la labor profesional.
- A los profesionales de Enfermería que llevan laborando mucho tiempo en los servicios de pediatría y otros servicios del Hospital El Carmen deben de experimentar cambios respecto a las teorías y nuevas actualizaciones para el desarrollo del proceso enfermero.
- Mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes hospitalizados, sensibilizarlos con los cuidados necesarios frente a los tiempos de pandemia.
- Al equipo multidisciplinario que labora en los servicios del hospital mejorar la comunicación entre profesionales y realizar sus coordinaciones oportunas para mejorar la calidad de atención de los pacientes.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Perez C, Gimenez F, Jorquera S. Plan de cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza 2020: pág. 1
2. Ramirez Ch. Cuidados de Enfermería en Pacientes con Traumatismo Encefalo Craneano Hospital Barranca, Universidad Inca Garcilaso de la Vega Lima- Perú 2017; pág. 3
3. Ramirez Ch. Cuidados de Enfermería en Pacientes con Traumatismo Encefalo Craneano Hospital Barranca, Universidad Inca Garcilaso de la Vega Lima- Perú 2017; pág. 5
4. Baldeón V, Canahualpa A, Lope K. Efectividad de una guía rápida de cuidados enfermeros en el paciente con TEC y la prevención de complicaciones en shock trauma ESSALUD II- La Oroya. Perú; 2017.
5. Ramirez Ch. Cuidados de Enfermería en Pacientes con Traumatismo Encefalo Craneano Hospital Barranca, Universidad Inca Garcilaso de la Vega Lima- Perú 2017.
6. Palma D. Cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora. Ecuador; 2017
7. Luque M, Boscá A. Traumatismo craneoencefálico. España; 2012.
8. Poca A. Actualizaciones sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento en los traumatismos craneoencefálicos. Argentina; 2011
9. Guzmán F. Fisiopatología del trauma craneoencefálico [en línea]. Colombia; 2008.
10. Vílchez P. Cuidados De Enfermería En Pacientes Con Traumatismo Encéfalo Craneano, Servicio De Emergencia, Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2018
11. Barrios G. Asistencia del traumatizado en el escenario de la injuria por unidades móviles musicalizadas: una experiencia nacional. Paciente Crítico. Uruguay; 2014
12. Benítez L, Ramírez F. Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos. México; 2007.
13. Gayosso E, Sánchez C.. BOLETIN CIENTIFICO EDUCACION Y SALUD Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Volumen 1. Número 1. Diciembre 2013.

14. Lagoueyte M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015.
15. García M.: El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1ra. Ed. México, 2012.
16. Yarasca K. Grado de adherencia al registro de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería del modelo de sor Callista Roy en el servicio de emergencia pediátrica de un hospital nacional. Lima, Perú 2017: Pág. 17 – 22
17. Heather H., Shigemi K. Diagnósticos Enfermeros, Definición y Clasificación. Undécima Edición. Editorial ELSEIVER. 2018.
18. Bulechek G, Howard B, Joanne D, Cheryl W. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Séptima edición. Editorial ELSEIVER. 2019.
19. Moorhead S, Johnson M, Meriean M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería. Quinta Edición. Editorial ELSEIVER. 2014.
















ANEXOS

ESCALA DE COMA GLASGOW

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
						
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
						
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
						
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

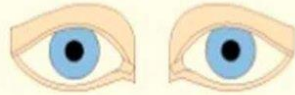
Se divide en tres grupos puntuables de manera independiente que evalúan la apertura de ojos sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 y la mínima 3. Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8¹.

Reflejo Pupilar



Isocoria

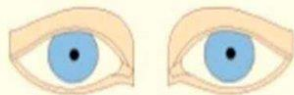
Pupilas de igual tamaño



Normales de 2 mm de diámetro

Miosis

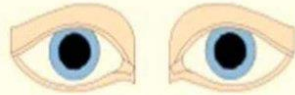
Contracción excesiva de las pupilas



Intoxicación por insecticida y drogas.

Midriasis

Dilatación excesiva de las pupilas

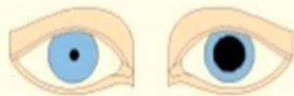


Falta de oxígeno

Intoxicación por alcohol industrial

Anisocoria

Pupilas de tamaño desiguales.

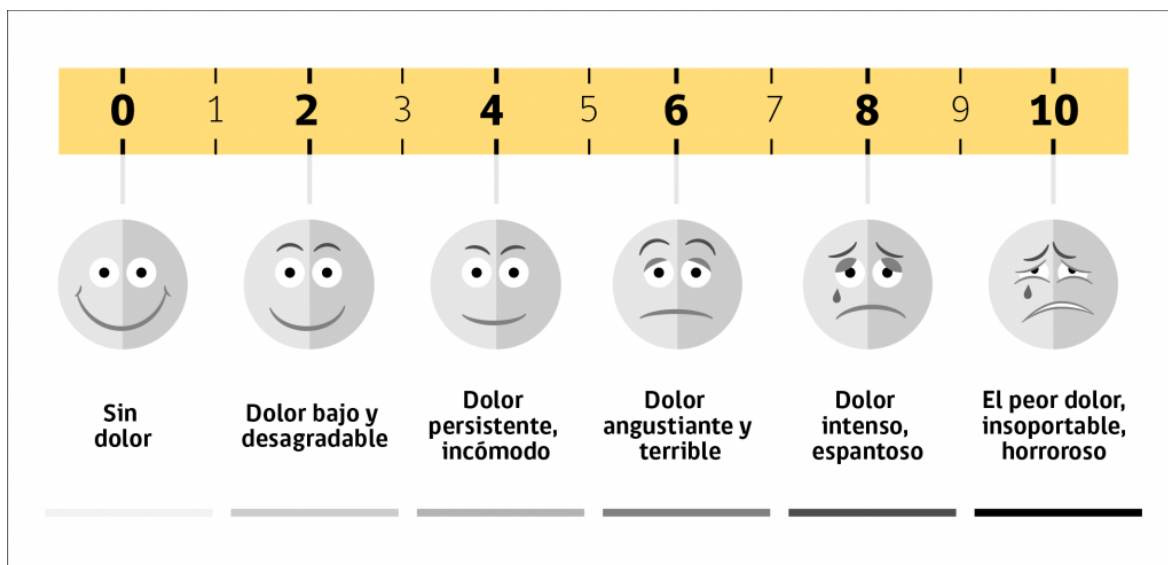


Daño cerebral

TCE o ECV

Dr. Alex Velasco

EVALUACION DEL DOLOR



SOAPIE

S: Paciente refiere “me duele la cabeza” “me quiero ir a mi casa” padre del menor refiere que sufrió una caída de aproximadamente 2.5 metros.

O: Paciente pediátrico sexo masculino Paciente somnoliento, confuso y desorientado; con escala de coma Glasgow 9/15 ventilando espontaneamente presenta herida en región temporocipital y punta nasal. Pupilas isocóricas reactivas, piel y mucosas semihidratadas, cuello simétrico sin presencia de adenopatías, tórax simétrico con presencia de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, abdomen blando poco doloroso a la palpación, genitourinario adecuado sin lesión; miembros superiores e inferiores con tono muscular conservado.

A: Dolor Agudo r/c agente lesivo físico (traumatismo) e/v llanto y fascies de dolor.

P: Paciente disminuirá progresivamente el dolor con cuidados del equipo multidisciplinario.

I: - Control de signos vitales

-Cuidados de Enfermería

-Administración de analgésicos

-Brindar comodidad y confort

-Vigilar los factores desencadenantes del dolor.

E: Paciente en su unidad ventilando espontaneamente con una vía periférica permeable refiere disminución de dolor, queda en observación.

S: Paciente sollozando refiere “me duele la cabeza”

O: Paciente pediátrico sexo masculino Paciente somnoliento, confuso y desorientado; con escala de coma Glasgow 9/15 ventilando espontaneamente presenta herida en región temporocipital y punta nasal. Pupilas isocóricas reactivas, piel y mucosas semihidratadas, cuello simétrico sin presencia de adenopatías, tórax simétrico con presencia de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, abdomen blando poco doloroso a la palpación, genitourinario adecuado sin lesión; presenta vía periférica permeable, miembros superiores e inferiores con tono muscular conservado.

A: Riesgo de confusión aguda r/c Alteración de la conciencia.

P: Paciente no presentará signos y síntomas de confusión aguda con cuidados oportunos de Enfermería y el equipo multidisciplinario.

I: -nControl de signos vitales

-Cuidados de Enfermería

- Vigilar el nivel de conciencia

-Comprobar el nivel de orientación.

-Vigilar tendencias en la Escala de Coma de Glasgow.

-Brindar comodidad y confort

E: Paciente en su unidad ventilando espontaneamente con una vía periférica permeable se encuentra orientado.

