



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA
CRANEOENCEFÁLICO GRAVE + NEUMONÍA.”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

Autora: Hidalgo Navarrete, Alexandra Elizabeth

Tutor: Lcda. Calero Lozada, Gloria Teresa

Ambato – Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE + NEUMONÍA.”**, de Alexandra Elizabeth Hidalgo Navarrete, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre de 2015

LA TUTORA

Lcda. Calero Lozada, Gloria Teresa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE + NEUMONÍA.”**, como también los contenidos, ideas, objetivos y futura aplicación del tema de investigación son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Octubre de 2015

LA AUTORA

Hidalgo Navarrete, Alexandra Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

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

Ambato, Octubre del 2015.

LA AUTORA

Hidalgo Navarrete, Alexandra Elizabeth

APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: Investigación **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE + NEUMONÍA.”**, de Hidalgo Navarrete Alexandra Elizabeth, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre de 2015.

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por acompañarme y guiarme por un buen camino, por darme la fortaleza para seguir siempre adelante superando todas las dificultades que se han presentado, en segundo lugar a mi madre Lilia Navarrete quien ha sido un pilar fundamental en mi vida, quien ha velado por mi bienestar en todo momento. A mis hermanos Diego y Santiago por estar siempre presentes y apoyándome cada día. Y por último pero no menos importante a todas las personas que me dieron palabras de fortaleza para seguir adelante para poder cumplir con esta meta.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi tutora Licda. Gloria Calero por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito. También agradezco a mis profesores quienes durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena para mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida estudiantil a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí vida, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xvi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES	4

3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE	4
3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	18
VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	19
IV. DESARROLLO	23
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	23
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	24
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	25
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	26
PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW	26
4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	28
4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	32
V. CONCLUSIONES.....	48
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
BIBLIOGRAFÍA	49
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA	50
VII. ANEXOS.....	51
Anexo 1.....	51
EXÁMENES DE LABORATORIO	51

Anexo 2.....	62
CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"	62
Anexo 3.....	63
TEST DE BARTHEL.....	63
Anexo 4.....	65
ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO	65
Anexo 5.....	67
ENCUESTA.....	67
Anexo 6.....	77
FAMILIOGRAMA	77
Anexo 7.....	78
ECOMAPA.....	78
Anexo 8.....	79
FOTOS.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Puntos críticos del paciente	27
Tabla N° 2: Oportunidades de mejora	31
Tabla N° 3: Plan de cuidados de Enfermería Plan de cuidados de Enfermería.....	34
Tabla N° 4: Plan de cuidados de Enfermería Plan de cuidados de Enfermería.....	37
Tabla N° 5: Plan de cuidados de Enfermería	39
Tabla N° 6: Plan de cuidados de Enfermería	43
Tabla N° 7: Plan de cuidados de Enfermería	45
Tabla N° 8: Plan de cuidados de Enfermería	47
Tabla N° 9: Exámenes de laboratorio	51
Tabla N° 10: Exámenes de laboratorio	52
Tabla N° 11: Exámenes de laboratorio	53
Tabla N° 12: Exámenes de laboratorio	54
Tabla N° 13: Exámenes de laboratorio	55
Tabla N° 14: Exámenes de laboratorio	55
Tabla N° 15: Exámenes de laboratorio	56
Tabla N° 16: Exámenes de laboratorio	56
Tabla N° 17: Exámenes de laboratorio	57
Tabla N° 18: Exámenes de laboratorio	58

Tabla N° 19: Exámenes de laboratorio	58
Tabla N° 20: Exámenes de laboratorio	59
Tabla N° 21: Exámenes de laboratorio	60
Tabla N° 22: Exámenes de laboratorio	60
Tabla N° 23: Exámenes de laboratorio	61
Tabla N° 24: Cuestionario conozca su salud nutricional	62
Tabla N° 25: Test de Barthel.....	64
Tabla N° 26: Índice de gravedad del insomnio	66
Tabla N° 27: Entrevista Estructurada	67
Tabla N° 28: Entrevista Estructurada	68
Tabla N° 29: Entrevista Estructurada	69
Tabla N° 30: Entrevista Estructurada	70
Tabla N° 31: Entrevista Estructurada	70
Tabla N° 32: Entrevista Estructurada	71
Tabla N° 33: Entrevista Estructurada	71
Tabla N° 34: Entrevista Estructurada	72
Tabla N° 35: Entrevista Estructurada	73
Tabla N° 36: Entrevista Estructurada	74
Tabla N° 37: Entrevista Estructurada	75

Tabla N° 38: Entrevista Estructurada75

Tabla N° 39: Entrevista Estructurada76

Tabla N° 40: Entrevista Estructurada76

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA
CRANEOENCEFÁLICO GRAVE + NEUMONÍA.”**

Autor: Hidalgo Navarrete, Alexandra Elizabeth

Tutor: Lcda. Calero Lozada, Gloria Teresa

Fecha: Octubre de 2015

RESUMEN

La siguiente investigación se efectúa debido a que el traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología frecuente, la misma que constituye una de las principales causas de muerte. Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de traumatismo craneal cerrado, estando incluidas las lesiones de los ocupantes del vehículo, peatones, motociclistas y ciclistas. Las caídas son la segunda causa más frecuente de traumatismo. El objetivo de la atención urgente al TCE, independientemente de su gravedad, es evitar lesiones cerebrales secundarias e identificar anomalías intracraneales que precisen cirugía urgente. Los costos sociales y económicos de la lesión craneal son enormes. Los traumatismos graves representan una mortalidad elevada y los pacientes que sobreviven a TCE graves y moderados pueden presentar secuelas incapacitantes permanentes. (María del Mar Luque Fernández, 2010).

Así como también la neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la infección que con mayor frecuencia condiciona el ingreso de un paciente en el hospital. A pesar de los avances en el tratamiento antimicrobiano y en el conocimiento de los agentes etiológicos, las neumonías siguen siendo una causa

frecuente de fallecimiento en la población general, siendo la sexta causa de muerte y la primera dentro de las etiologías infecciosas. (A. Méndez Echevarría).

El presente análisis se realizó con el propósito de identificar el gran impacto social y económico, y que estas influyen en las actividades que realiza la enfermera como sus familiares para satisfacer las necesidades del paciente; los cuidados van encaminados a mantener una buena calidad de vida, a través de la promoción de la higiene, una óptima alimentación, rehabilitación musculo esquelética, fisioterapia respiratoria, vestimenta y en general todas las medidas que hacen la vida más satisfactoria.

PALABRAS CLAVES: TRAUMA_CRANEOENCEFÁLICO, NEUMONÍA. PARÉNQUIMA_PULMONAR, LESIONES_CEREBRALES, ANTIMICROBIANO

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

**"NURSING INTERVENTION IN SEVERE BRAIN TRAUMA +
PNEUMONIA."**

Author: Hidalgo Navarrete, Alexandra Elizabeth

Tutor: Lcda. Calero Lozada, Gloria Teresa

Date: October 2015

SUMMARY

The following research is performed due to traumatic brain injury (TBI) is a common condition, it constitutes one of the main causes of death. Traffic accidents are the most frequent cause of closed head injury, injuries to vehicle occupants, pedestrians, motorcyclists and cyclists being included. Falls are the second most common cause of trauma. The aim of urgent attention to TEC, regardless of severity, is to prevent secondary brain damage and identify intracranial abnormalities requiring emergency surgery. The social and economic costs are enormous head injury. The serious injuries represent a high mortality and patients who survive severe and moderate TBI may have permanent disabling sequelae. (María del Mar Fernández Luque, 2010).

As well as pneumonia is an acute inflammatory process of the lung parenchyma of infectious origin. The community-acquired pneumonia (CAP) is an infection that most often affects the income of a patient in the hospital. Despite advances in antimicrobial therapy and knowledge of the etiologic agents, pneumonia remains a common cause of death in the general population and is the sixth leading cause of death and the first in infectious etiologies. (A. Mendez Echevarria).

This analysis was performed with the purpose of identifying the great social and economic impact, and that these influence the activities of the nurse and their

families to meet the needs of the patient; care are aimed at maintaining a good quality of life, through the promotion of hygiene, optimal nutrition, musculoskeletal rehabilitation, respiratory therapy, clothing and generally all measures that make life more satisfying.

KEYWORDS: HEAD_TRAUMA, PNEUMONIA_PULMONARY
PARENCHYMA, BRAIN_INJURIES, ANTIMICROBIANO

I. INTRODUCCIÓN

La lesión cefálica es un concepto amplio de clasificación que incluye a la lesión de la piel cabelluda, el cráneo o el cerebro. Una lesión cefálica puede conducir al desarrollo de alteraciones diversas, desde la concusión leve hasta el coma y la muerte; la variante más grave se conoce como lesión cerebral traumática (LCT). Las causas más frecuentes de LCT son las caídas (28%), los accidentes automovilísticos (20%), los golpes con objetos (19%) y los ataques (11%). Los varones tienen una probabilidad dos veces mayor que las mujeres de sufrir una LCT. Los adultos mayores poseen tasa de hospitalización y muerte más elevadas relacionada con LCT, y los afroamericanos también muestran tasas altas de mortalidad (Langlois, et al, 2006).

El presente trabajo tiene la finalidad de analizar las acciones de enfermería adecuadas para el mejoramiento de la calidad de vida de paciente con trauma craneoencefálico más neumonía porque se considera que el Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático que utiliza el personal de enfermería para brindar cuidados humanistas y eficientes, centrándose en el logro de resultados y apoyándose en un modelo científico, el cual permite que el personal examine sus acciones y planee de mejor manera las mismas. (Franklin, 2008).

El objetivo de la atención urgente al TCE, independientemente de su gravedad, es evitar lesiones cerebrales secundarias e identificar anomalías intracraneales que precisen cirugía urgente. El diagnóstico, tratamiento y pronóstico de este tipo de lesiones se ha visto modificado, en los últimos años en base a la introducción de nuevas técnicas, como la monitorización de la presión intracraneal (PIC), la tomografía axial computarizada (TAC) y a un mayor énfasis sobre el concepto de lesión secundaria dirigido, principalmente, a su prevención y tratamiento. Según esto, parece evidente que un manejo precoz del TCE llevaría a un descenso tanto de la mortalidad como de las secuelas derivadas de esta patología. Los costos sociales y económicos de la lesión craneal son enormes. Los traumatismos graves representan una mortalidad elevada y los pacientes que sobreviven a TCE graves y moderados pueden presentar secuelas incapacitantes permanentes. Los efectos persistentes de la

anomalía craneal sobre la personalidad y el estado mental pueden ser devastadores para el sujeto y su familia. (María del Mar Luque Fernández 2010).

Este caso trata de un paciente de 64 años de edad, que su problema de salud empieza desde hace 8 meses cuando sin causa aparente sufre una caída de su propia altura donde presenta un trauma craneoencefálico grave por lo que es llevado al Hospital Provincial Docente Ambato, el médico que lo atiende le realiza exámenes de laboratorio, una TAC de cráneo, RX del tórax los cuales dan como resultado: tiene un hematoma intraparenquimatoso parietoccipital derecho y una neumonía. Por los resultados obtenidos el médico le realiza una craneotomía donde le detectan que el paciente tiene un tumor por lo que le realizan una exéresis del tumor y pasa hospitalizado varios días que por su mejoría le dan el alta, en su domicilio continúa recibiendo el tratamiento adecuado para su pronta recuperación.

El propósito de este análisis, es determinar factores de riesgo que inciden en una recuperación óptima del paciente con trauma craneoencefálico grave + neumonía y establecer estrategias para minimizar las complicaciones en su estado de salud, en el cual el personal de enfermería se encarga de realizar las actividades adecuadas para mejorar la calidad de vida.

Por esta razón se cuenta con todas las herramientas y materiales necesarios para dar lugar al proceso de investigación, de igual manera se cuenta con el apoyo del personal apto para realizar dicha investigación.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la intervención de enfermería en Trauma Craneoencefálico grave + Neumonía para mejorar la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad.
- Facilitar una mejor atención directa y completa, manteniendo una vigilancia estricta de la salud en base a los fundamentales problemas y necesidades del usuario.
- Elaborar un plan de cuidados individualizado según la NANDA, NIC y NOC para mejorar su estilo de vida.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

Dentro de la información que se pudo obtener de la historia clínica que se encuentra en el Hospital Provincial Docente Ambato se encontró notas de evolución, prescripción médica, exámenes de laboratorio, interconsultas médicas, informes de enfermería que se redacta a continuación.

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES MÉDICAS

Emergencia

20/12/2014

Paciente de 64 años, al momento estuporoso, en malas condiciones generales, caquéxico, responde a estímulos dolorosos, Glasgow (apertura ocular: 3, respuesta verbal: 3, respuesta motora: 3), resultado: 9/15, ojos anisocóricas, fotoreactivas, corazón: ruidos cardiacos arrítmicos (RsCsAs), taquicárdico. Tórax: Movimientos disminuidos, estertores crepitante bilateral en todo el campo pulmonar. Abdomen: suave, depresible, no doloroso. Extremidades: no edema.

Según prescripciones médicas se realizó el pase a cuarto crítico, con las indicaciones de NPO, cabecera a 30°, control de signos vitales + Glasgow, control de ingesta y eliminación, oxígeno por mascarilla a 6 litros por minuto, dextrosa en agua 5% 1000cc pasar 200cc en bolo posterior mantener con solución salina 0.9% 1000cc cada 8 horas, ranitidina 50mg intravenoso (IV) stat, manitol 150cc IV cada 4 horas, colocar sonda nasogástrica, sonda vesical, realizar cultivo de esputo, EMO, gasometría , evaluación por neurocirugía, valoración por unidad de cuidados intensivos (UCI), tomografía computarizada de la cabeza (TAC) cerebral, fenitoina 250mg IV cada día (QD) disuelto en S.S 0.9%, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido ascórbico 1g IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1g stat luego 500mg IV cada 8 horas.

Medicina interna en emergencia

21/12/214

Paciente de 64 años que reside en Patate con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus tipo 2 hace más o menos 1 año con tratamiento vía oral (no recuerda medicación) toma una tableta cada 12 horas según familiar refiere.

Motivo de consulta: disminución del nivel de conciencia.

Refiere familiar que hace 9 hora acude al Hospital Básico Pelileo con el paciente quien presenta caída sobre su propia altura sin causa aparente ocasionándole un trauma a nivel del cráneo posteriormente presenta pérdida de conocimiento. Es referido a esta casa de salud.

Paciente al momento en malas condiciones generales, no responde al llamado verbal. Responde al estímulo doloroso. Cabeza normocefálica, pupilas midriáticas 6mm con reacción al estímulo doloroso. Boca: Mucosas orales semihúmedas. Orofaringeo: eritematoso. Nariz presencia de sonda nasogástrica. Cuello: movimientos conservados. Pulmones: se ausculta estertores crepitantes a nivel de bases pulmonares. Corazón: ruidos cardiacos hipofonéticos. Abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación. Región genitourinario: presencia de sonda vesical. Extremidades: no edema.

Glicemia capilar: 87mg/dl. Presión arterial (TA): 130/70. Frecuencia cardiaca (FC): 68x'. Saturación de oxígeno (SO₂): 98%. Temperatura (T): 38°C. Glasgow: 9/15.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, cabecera a 30°, control de signos vitales cada 4 horas, monitorización continua, control de ingesta y eliminación, glicemias cada 2 horas no corregir con insulina rápida., oxígeno por mascarilla a 6 litros por minuto, dextrosa en agua 5% 1000cc + 1 ampolla de soletrol de sodio (sol NA) IV cada 12 horas, omeprazol 40mg IV QD, ceftriaxona 1g IV cada 12 horas, N-acetil cisteína 300mg IV cada 8 horas, fenitoina 250mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV stat >/- de 180/110, indicaciones de cirugía , realizar TAC cerebral, Radiografía (RX) de tórax, EMO, gasometría,

cultivo + antibiograma de esputo, ácido ascórbico 1g IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1g stat luego 500mg IV cada 8 horas.

Nota posquirúrgica

Diagnóstico pre-operatorio: hematoma intraparenquimatosa.

Diagnóstico post-operatorio: tumor cerebral hemorrágico.

Cirugía proyectada: craneotomía +evacuación de hematoma.

Cirugía realizada: craneotomía + exéresis de tumor.

Hallazgos: tumor cerebral de consistencia firme de +/- 5cm.

Complicaciones: ninguna.

Sangrado: 500cc.

Anestesia: general.

Glicemia capilar: 105mg/dl TA: 120/70 FC: 87x'.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, control de ingesta y eliminación, glicemias cada 2 horas, dextrosa en agua 5% 1000cc + 1 ampolla de sol NA10cc + sulfato de magnesio 10cc + cloruro de potasio IV cada 8 horas, manitol 120cc IV cada 4 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1amp IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas.

Neurocirugía

22/12/2014

Paciente al momento dormido bajo los efectos de midazolam. Glasgow 9/15.
Glicemia: 187mg/dl.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, glicemias cada 2 horas y anotar, solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, manitol 120cc IV cada 4 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, dextrosa al 5% 100ml cada 8 horas IV, gasometría, biometría hemática, Química sanguínea, Electrolitos, Tiempo de protrombina (TP), Tiempo de tromboplastina parcial (TTP), TAC simple de cráneo de control.

23/12/2014

Paciente despierto no responde a estímulos verbales. Paciente caquéctico, hidratado. Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz. Mucosas orales semihúmedas, paciente con boca abierta. Corazón rítmico ruidos hipofonéticos, abdomen depresible no doloroso sugestivo, extremidades no edema. Paciente en regular estado general. Glasgow 10/15.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, glicemias cada 2 horas y anotar, solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, manitol 120cc IV cada 4 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, dextrosa al 5% 100ml cada 8 horas IV.

25/12/2014

Hija de la paciente refiere que su padre ha descansado por la noche en ocasiones irritable.

Paciente consiente, desorientado, álgico con TA: 130/70, FR: 20, Glasgow: 11/15, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz, boca abierta, corazón rítmico, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades no edema. Paciente en regulares condiciones.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, glicemias cada 2 horas y anotar, solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, manitol 120cc IV cada 4 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1 ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas.

26/12/2014

Paciente no responde al interrogativo, somnoliento, desorientado.

Paciente somnoliento desorientado, álgico, TA: 130/70, FC: 70x', frecuencia respiratoria (FR): 20x', Glasgow: 11/15, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz, boca abierta, abdomen no doloroso, extremidades no edema.

Paciente en malas condiciones generales.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, glicemias cada 2 horas y anotar, solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, manitol 120cc IV cada 4 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8

horas, ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas.

27/12/2014

Paciente no responde a estímulos verbales, somnoliento, TA: 130/70, FR: 19x', FC: 90x', Glasgow: 13/15 pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz, boca abierta, abdomen no doloroso, extremidades no edema. Paciente hemodinámicamente estable.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, glicemias cada 2 horas y anotar, solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, nutrición enteral 3 veces al día, colocar sonda nasogástrica, nutricalcin 20ml/hora, manitol discontinuar.

28/12/2014

Paciente no responde a estímulos verbales, despierto, desorientado, caquético, mucosas orales secas, corazón rítmico, abdomen no doloroso, extremidades no edema. Paciente en iguales condiciones. Valoración por UCI para nutrición enteral.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de nutricalcin 20ml/hora discontinuar, monitorización continua de signos vitales, cabecera 30°, glicemias cada 2 horas y anotar, solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas,

ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, furosemida 20mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 1amp IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, nutrición enteral 3 veces al día, colocar sonda nasogástrica, glucerna 20ml/hora, interconsulta UCI.

29/12/2014

Paciente en iguales condiciones familiar refiere que ayer deglute posteriormente ya no tiene reflejo de deglución.

Paciente despierto afebril, deshidratado, Glasgow: 9/15, mucosas orales secas, tórax movimientos disminuido se ausculta roncus. Abdomen no doloroso.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de nutrición enteral 40cc/hora e incrementar 20cc cada 6 horas, medir residuo cada 4 horas, sonda nasogástrica (SNG), solución salina al 0.9% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + sulfato de Magnesio 10cc pasar cada 8 horas, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas, heparina fraccionada o de bajo peso molecular (HBPM) 0.4ml subcutánea (SC) QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesqueléticas, realizar BH, QS, electrolitos, gasometría.

30/12/2014

Paciente en iguales condiciones. Paciente despierto afebril, deshidratado, Glasgow: 9/15, mucosas orales secas, tórax movimientos disminuido se ausculta roncus. Abdomen no doloroso.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de nutrición para diabéticos (glucerna) 1500cc cada 24 horas dividido en 6 tomas de 250cc por SNG, agua libre por SNG 60cc/hora, control de signos vitales más saturación de oxígeno, cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, dextrosa en agua al 5% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + cloruro de sodio 10cc pasar 125ml/hora, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, ácido tranexámico 1 ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesquelética, BH, QS, electrolitos.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas, HBPM 0.4ml SC QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, sulfato de magnesio 10cc IV QD.

31/12/1014

Familiar del paciente refiere que se encuentra en iguales condiciones además que se retira la sonda nasogástrica.

Paciente no responde a estímulos verbales, nariz con cánula nasal para oxígeno, boca abierta mucosas orales secas, tórax: leves rales a la auscultación, abdomen doloroso a la palpación, extremidades no edema.

Paciente en iguales condiciones generales.

Según prescripciones médicas de fisioterapia paciente esta con las indicaciones de percusión + tapotaje delicada, estimulación de tos.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de nutrición para diabéticos (glucerna) 1500cc/24horas dividido en 6 tomas de 250cc por SNG, agua libre por SNG 60cc/hora, control de signos vitales más saturación de oxígeno, cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, dextrosa en agua al 5% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + cloruro de sodio 10cc pasar 125ml/hora, betametasona 8mg IV cada 8

horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesqueléticas, BH, QS, electrolitos.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas, HBPM 0.4ml SC QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, sulfato de magnesio 10cc IV QD.

01/01/2015

Familiar del paciente refiere que se encuentra en iguales condiciones.

TA: 80/50, FC: 74x', FR: 18x', paciente no responde a estímulos verbales recibe apoyo de oxígeno a 3 litros por cánula nasal con SatO2 93%, boca mucosas orales secas, leves estertores a la auscultación, abdomen no doloroso, extremidades no edemas.

Paciente en mal estado general.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de nutrición para diabéticos (glucerna) 1500cc/24 horas dividido en 6 tomas de 250cc por SNG, agua libre por SNG 60cc/hora, control de signos vitales más saturación de oxígeno, cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, dextrosa en agua al 5% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + cloruro de sodio 10cc pasar 125ml/hora, betametasona 8mg IV cada 8 horas, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, ácido tranexámico 1ampolla IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesqueléticas.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas,

HBPM 0.4ml SC QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, sulfato de magnesio 10cc IV QD.

02/01/2015 – 03/01/2015 – 04/01/2015

Familiar refiere que paciente se encuentra en igual estado. Paciente despierto, desorientado, respuesta motora leve, Glasgow: 11/15, TA: 90/60, FC: 70x', FR: 14x', mucosas secas, cardiopulmonar normal, abdomen no doloroso a la palpación, extremidades no edemas.

Paciente en malas condiciones generales.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de nutrición para diabéticos (glucerna) 1500cc/24horas dividido en 6 tomas de 250cc por SNG , agua libre por SNG 60cc/h, control de signos vitales más saturación de oxígeno, cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, dextrosa en agua al 5% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + cloruro de sodio 10cc pasar 125ml/hora, betametasona 8mg IV cada 8 horas discontinuar, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas discontinuar, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, ceftriaxona 2g IV cada 12 horas discontinuar, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, ácido tranexámico 1amp IV cada 8 horas discontinuar, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesqueléticas, nistatina suspensión cada 4 horas, BH, QS, electrolitos.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas, HBPM 0.4ml SC QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, sulfato de magnesio 10cc IV QD.

05/01/2015 – 06/01/2015

Paciente en iguales condiciones, familiar refiere que vomita por una ocasión en la mañana al querer rechazar SNG.

Paciente dormido no responde a estímulos verbales, nariz con SNG, boca mucosas orales secas, respiración bucal, tórax no ruidos sobreañadidos, abdomen blando no doloroso, extremidades no edemas.

Paciente con evolución estacionaria con nutrición enteral (glucerna) para diabéticos.

Según prescripciones médicas del servicio de fisioterapia paciente esta con las indicaciones de percusión + tapotaje, estimulación de tos.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de dieta blanda líquida, nutrición para diabéticos (glucerna) 1500cc/24 horas dividido en 6 tomas de 250cc por SNG, agua libre por SNG 60cc/hora, control de signos vitales más saturación de oxígeno, cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, dextrosa en agua al 5% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + cloruro de sodio 10cc pasar 125ml/hora, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesqueléticas, nistatina suspensión cada 4 horas.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas, HBPM 0.4ml SC QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, sulfato de magnesio 10cc IV QD.

07/01/2015

Familiar refiere que su padre presenta dolor abdominal.

Paciente afásico, semihidratado, mucosas orales secas, Campo pulmonar: movimientos disminuidos en campo pulmonar derecho, reflejos del tallo cerebral presentes. Paciente hemodinámicamente estable, escala de Glasgow: 15/15. Paciente en condiciones generales buenas, con nutrición enteral.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de dieta blanda licuada, nutrición para diabéticos (glucerna) 1500cc/24h dividido en 6 tomas de

250cc por SNG, agua libre por SNG 60cc/h, control de signos vitales más saturación de oxígeno, cabecera 30°, glicemias cada 4 horas, dextrosa en agua al 5% 1000cc + cloruro de potasio 10cc + cloruro de sodio 10cc pasar 125ml/hora, omeprazol 40mg IV cada 12 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, fenitoina 125mg IV cada 8 horas, vitamina C 1g IV cada 12 horas, complejo B 10cc IV cada 12 horas, fisioterapia respiratoria, rehabilitación musculoesqueléticas, nistatina suspensión cada 4 horas.

Según prescripciones médicas del servicio de UCI paciente esta con las indicaciones de nimodipino 60mg cada 8 horas por SNG, somazina 500mg IV cada 8 horas, HBPM 0.4ml SC QD, gluconato de calcio 10ml cada 12 horas IV, sulfato de magnesio 10cc IV QD.

Nota de ingreso

30/05/2015

Esposa refiere que paciente presenta caída de su propia altura impactándose con superficie dura y luego vomita en proyectil por 5 ocasiones por lo que es trasladado al Subcentro de Salud de Patate y referido a esta casa de salud.

Antecedentes patológicos personales: Diabetes mellitus tipo 2.

Antecedentes quirúrgicos: Tumor cerebral hace +/- 4 meses.

Paciente obnubilado, inquieto, Glasgow: 13/15. Pupilas isocóricas fotoreactivas. Cabeza normocefálica se palpa a nivel de zona de herida quirúrgica anterior a nivel de región parietoccipital lesión fluctuante con desprendimiento de flog óseo. Abdomen suave, depresible, no doloroso.

TAC cerebral:

- Hidroma subdural derecha crónico.
- Fractura temporoccipital derecho.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, control de signos vitales, control de Glasgow cada 4 horas y anotar, control de ingesta y eliminación, solución salina al 0.9% 1000cc + 10cc soletrol potasio + 5cc complejo B cada 8 horas IV, ciprofloxacino 200mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, fenitoina 250mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 500mg IV cada 12 horas, ácido ascórbico 1g IV QD, N-acetil cisteína 300mg IV cada 12 horas.

31/05/2015

Paciente hipoactivo, álgico, consciente, desorientado, mucosas orales semihúmedas, abdomen depresible no doloroso, extremidades presenta edema a nivel de pies ++/+++.

Paciente en regular condición.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de NPO, control de signos vitales, control de Glasgow cada 4 horas y anotar, control de ingesta y eliminación, solución salina al 0.9% 1000cc + 10cc soletrol K + 5cc complejo B cada 8 horas IV, ciprofloxacino 200mg IV cada 12 horas, tramadol 100mg IV cada 8 horas, metoclopramida 10mg IV cada 8 horas, fenitoina 250mg IV cada 12 horas, ácido tranexámico 500mg IV cada 12 horas, ácido ascórbico 1g IV QD, N-acetil cisteína 300mg IV cada 12 horas, omeprazol 40mg IV QD.

Neurocirugía

01/06/2015

Paciente operado de tumor cerebral hace 5 meses, que hace 3 días sufrió caída de la cama y desde entonces presenta dificultad para la marcha y hablar.

Ahora se encuentra consciente pero difásico. Glasgow: 14/15 no déficit motor, reflejo ni sensitivo, reflejos del tallo cerebral presentes, pupilas isocóricas y fotoreactivas.

Cabeza: se palpa a nivel de zona de herida quirúrgica anterior a nivel de región parietoccipital, lesión fluctuante con desprendimiento de flog óseo.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de dieta hiperprotéica, sentar fuera de la cama, control de signos vitales, hidratación: Solución salina al 0.9% 1000cc + 10cc soletrol K + 10cc Gluconato de Calcio + 10cc sulfato de Magnesio cada 8 horas IV acetazolamide 500mg VO cada 8 horas, dexametasona 8mg IV cada 8 horas, N-acetil cisteína 300mg cada 8 horas, complejo B 10cc cada 8 horas IV, ácido ascórbico 1g IV cada 12 horas, amoxicilina + ácido clavulánico 1gr IV cada 8 horas, fisioterapia respiratoria, fisioterapia física, RX estándar de tórax, BH, QS, TP, TTP, prueba serológica para la sífilis (VDRL), VIH.

02/06/2015 – 03/06/2015

Paciente refiere disminución de la tos productiva, se encuentra un poco más tranquilo.

Paciente consciente, pero difásico, Glasgow 14/15, no déficit motor, reflejo ni sensitivo, reflejos del tallo cerebral presentes, pupilas isocóricas y fotoreactivas.

Cabeza: se palpa a nivel de zona de herida quirúrgica anterior a nivel de región parietoccipital, lesión fluctuante con desprendimiento de flog óseo.

Paciente en mismas condiciones.

Según prescripciones médicas del servicio de fisioterapia paciente esta con las indicaciones de percusión + tapotaje, estimulación de la tos.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de dieta hiperprotéica, sentar fuera de la cama, control de signos vitales, hidratación: Solución salina al 0.9% 1000cc + 10cc soletrol K + 10cc Gluconato de Calcio + 10cc sulfato de Magnesio cada 8 horas IV, acetazolamide 500mg VO cada 8 horas, dexametasona 8mg IV cada 8 horas, N-acetil cisteína 300mg cada 8 horas, complejo B 10cc cada 8 horas IV, ácido ascórbico 1g IV cada 12 horas, amoxicilina + ácido

clavulánico 1gr IV cada 8 horas, fisioterapia respiratoria, fisioterapia física, RX estándar de tórax.

04/06/2015

Paciente refiere náusea llega al vómito por 1 ocasión de color negro.

Paciente consciente, Glasgow 14/15, no déficit motor, reflejo ni sensitivo, reflejos del tallo cerebral presentes, pupilas isocóricas y fotoreactivas.

Cabeza: se palpa a nivel de zona de herida quirúrgica anterior a nivel de región parietoccipital, lesión fluctuante con desprendimiento de flog óseo.

Paciente en mismas condiciones.

Según prescripciones médicas del servicio de fisioterapia paciente esta con las indicaciones de percusión + tapotaje, estimulación de la tos, ejercicios respiratorios.

Según prescripciones médicas paciente esta con las indicaciones de dieta hiperprotéica e hipercarbonada, control de glucosa cada 6 horas, sentar fuera de la cama, control de signos vitales, hidratación: Solución salina al 0.9% 1000cc + 10cc soletrol K + 10cc Gluconato de Calcio + 10cc sulfato de Magnesio cada 8 horas IV, acetazolamida 500mg VO cada 8 horas, dexametasona 8mg IV cada 8 horas, N-acetil cisteína 300mg cada 8 horas, ácido ascórbico 1g IV cada 12 horas, amoxicilina + ácido clavulánico 1gr IV cada 8 horas, fisioterapia respiratoria, fisioterapia física, se decide ALTA.

3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Se realiza una entrevista estructurada la cual está basada en las Necesidades de Virginia Henderson y la priorización de los problemas se basó en la pirámide de Maslow y debido al estado crítico del paciente dicha entrevista la realizó su hija.

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Hija del paciente refiere que en ocasiones se agita cuando esta acostado en su cama por lo que el paciente se pone inquieto y ansioso, debido a esto no realiza ninguna actividad.

El paciente al momento presenta una frecuencia respiratoria de 17X', saturación de oxígeno de 90%, sus vías aéreas permeables semihúmedas.

También presenta tos productiva continuamente, eliminando esputo de color verde.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Paciente come 4 veces en el día, consume con mayor frecuencia papillas de frutas, coladas, verduras, 2 vasos de agua diarios, no sigue una dieta específica, debido a su estado de salud no puede alimentarse solo, en los últimos 5 meses ha ido perdiendo peso, también consume la glucerna, lo cual nos indica un Riesgo nutricional alto con una puntuación de 10 en el test de “Conozca su salud nutricional” (**Anexo 2**).

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Paciente sufre de estreñimiento constantemente, sus heces son de color café, duras y de mal olor, debido a su estado de salud utiliza pañal, sufre de incontinencia urinaria por lo que durante el día y la noche le cambian de pañal varias veces, también sufre constantemente de flatulencias, paciente no suda pero en ocasiones su cuerpo se pone muy frío y en ocasiones muy caliente. Presenta un abdomen distendido, doloroso a la palpación por lo que indica la hija que le dan agua con bicarbonato, con una dependencia grave con una puntuación de 25 en el test de Barthel (**Anexo 3**).

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Paciente no realiza ningún tipo de actividad o ejercicio físico debido a su estado delicado de salud, necesita de ayuda de su esposa e hijos para movilizarse de un lugar a otro, en los 3 últimos meses ya no se moviliza ya que su estado de salud ha ido empeorándose, por lo que permanece mucho tiempo acostado en su cama y en ocasiones sentado en una silla de madera adecuada para él.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente normalmente duerme de 4 a 5 horas durante la noche, le dificultad conciliar el sueño por lo que en ocasiones grita por varias ocasiones durante la noche, no toma ningún medicamento para conciliar el sueño. El paciente pasa despierto durante todo el día y pasa muy cansado. Presenta puntuación 26 (Insomnio grave) en el test de Índice de gravedad del insomnio (**Anexo 4**).

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Paciente no puede vestirse ni desvestirse solo debido a la disminución de movilidad de su cuerpo y la lesión cerebral que presenta, la esposa e hijos le ayudan en la vestimenta. Desde que sufrió el accidente el paciente necesita ayuda para vestirse.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMETES NORMALES ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

El paciente se adapta fácilmente a los diferentes cambios climáticos, cuando hace frío lo tienen bien arropado, y cuando hace calor lo mantienen con ropa ligera y en su hogar hace calor. Paciente de 64 años con una temperatura de 36.5°C.

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Paciente se baña 3 veces a la semana con la ayuda de su esposa e hijo, le bañan en una tina ya que no puede permanecer de pie y no tienen ducha, se lava los dientes 3 veces al día, le cortan las uñas cada semana, le realizan cambios de postura cada 1 o 2 horas. Paciente presenta piel seca, cabello largo, halitosis, úlceras por presión, herida infectada a nivel de la cabeza. Familiares le aplican la crema lubriderm para hidratarle la piel.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

A paciente se le ve intranquilo, desesperado, preocupado, al principio los familiares pensaban que el paciente sí se iba a recuperar, pero ahora en el estado que se encuentra el paciente están esperando que fallezca y descansa en paz, con mucha frecuencia cambia su estado de ánimo. Su esposa e hijos le realizan la terapia respiratoria y musculoesquelética ocasionalmente.

Ha estado por 2 ocasiones hospitalizado y cuenta con el apoyo de toda su familia, pero no cuenta con todos los servicios básicos de acuerdo al ecomapa.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

Paciente se comunica con sus familiares hablando y a través de mímicas ya que casi no se le entiende lo que habla desde hace 5 meses se le dificulta comunicarse con los demás. El paciente tiene una buena comunicación con toda su familia y vecinos. Los problemas los afronta junto con toda su familia, cuando estaba hospitalizado si le explicaron acerca de la enfermedad y el tratamiento que debe seguir en su domicilio.

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Paciente es católico, para él era muy importante la religión y los valores, acudía cada 15 días a la iglesia, no le tiene miedo a la muerte, y es devoto del Señor del Terremoto.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

El paciente no trabaja ni tampoco realiza ninguna actividad desde que sufrió el accidente, él era agricultor, no realiza ninguna actividad en el hogar, familiares le observan triste, impotente debido que no puede trabajar debido a que él trabajaba duro para sacar adelante a toda su familia y darles una mejor vida a sus 3 hijos.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

El paciente no realiza ninguna actividad durante la semana y fines de semana debido a su estado de salud, antes solía salir de paseo 1 vez al año. Familiares lo sacan al patio de su casa para que vea a los vecinos y el paisaje para que se relaje y se distraiga.

14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Paciente solo termino la primaria, muy poco sabe leer y escribir, conoce acerca de su enfermedad, los familiares son los que toman las decisiones acerca de su enfermedad y siguen el tratamiento adecuadamente.

IV. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente de 64 años de edad, de estado civil casado, agricultor, reside en el cantón Patate, caserío Mundug.

Antecedentes patológicos personales: Diabetes mellitus tipo 2 hace 5 años.

Antecedentes quirúrgicos: Craneotomía hace 8 meses. Alergia ninguna. Antecedentes patológicos familiares: su madre murió de cáncer de útero. El comienzo del problema de salud es desde hace 8 meses cuando sin causa aparente sufre una caída de su propia altura donde presenta un trauma craneoencefálico grave por lo que es llevado al Hospital Provincial Docente Ambato, el médico que lo atiende le realiza exámenes de laboratorio, una TAC de cráneo, RX del tórax los cuales dan como resultado: tiene un hematoma intraparenquimatosa parietoccipital derecho y una neumonía.

Por los resultados obtenidos el médico le realiza una craneotomía donde le detectan que el paciente tiene un tumor por lo que le realizan una exéresis del tumor y pasa hospitalizado con las siguientes indicaciones: NPO, mantener la cabecera a 30°, CSV + Glasgow, control de I/E, oxígeno por mascarilla a 6lts por minuto, dextrosa en agua 5% 1000cc pasar 200cc en bolo posterior mantener con solución salina 0.9% 1000cc c/8h, manitol 150cc IV c/4h, betametasona 8mg IV c/8h, omeprazol 40mg IV c/12h, sonda nasogástrica, sonda vesical, fenitoina 250mg IV QD disuelto en S.S 0.9%, furosemida 20mg IV c/12h, ácido ascórbico 1g IV c/12h, ácido tranexámico 1g stat luego 500mg IV c/8h, tramadol 100mg IV c/8h, ketorolaco 60mg IV c/8h, ceftriaxona 2g IV c/12h, fenitoina 125mg IV c/8h, complejo B 10cc IV c/12h poco a poco se iba recuperando por lo que luego realizaba terapia respiratoria como la percusión + tapotaje, estimulación a la tos y recibía la siguiente medicación: N-acetil cisteína 300mg c/8h, Amoxicilina + ácido clavulánico 1gr IV c/8h por su mejoría le dieron el alta.

Después de 5 meses el paciente sufre nuevamente una caída de su propia altura impactándose en superficie dura y desde entonces presenta dificultad para la marcha y para hablar, también se palpa a nivel de zona de herida quirúrgica anterior a nivel de región parietoccipital lesión fluctuante con desprendimiento de flog óseo por lo que es hospitalizado nuevamente, el médico que le atiende le realiza exámenes de laboratorio, TAC de cráneo, los cuales dan como resultado: hidroma subdural derecha crónico y una fractura temporoccipital derecho y pasa hospitalizado con las siguientes indicaciones: dieta hiperprotéica, sentar fuera de la cama, CSV, hidratación: Solución salina al 0.9% 1000cc + 10cc soletrol K + 10cc Gluconato de Ca + 10cc sulfato de Mg c/8h IV, acetazolamide 500mg VO c/8h, dexametasona 8mg IV c/8h, N-acetil cisteína 300mg c/8h, complejo B 10cc c/8h IV, ácido ascórbico 1g IV c/12h, amoxicilina + ácido clavulánico 1gr IV c/8h, fisioterapia respiratoria, fisioterapia física, RX estándar de tórax por su pronta recuperación le dieron el alta.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que contribuyeron a que se produzca el trauma fue que el paciente fue detectado con diabetes mellitus tipo 2 hace aproximadamente 5 años, y no le dio mucha importancia por lo que siguió con sus actividades normales en el campo, no se alimentaba bien, no tomaba la medicación y no se hacía controlar la enfermedad.

Al llegar al domicilio del paciente se observó que en las condiciones que viven no son las adecuadas para que evolucione favorablemente con su tratamiento.

El paciente se encuentra en un estado de salud físico deteriorado por la enfermedad que presenta, ya que la patología que padece obliga a que el paciente tenga un estilo de vida sedentaria y lejos de la sociedad por las limitaciones físicas que posee además de que requiere una dependencia total de otra persona para poder desplazarse de un lugar a otro.

El entorno que rodea al paciente no es el adecuado ya que no es capaz de realizar ninguna actividad por sus propios medios, y corre el riesgo de sufrir caídas nuevamente ya que su vivienda se encuentra ubicada en una pendiente muy lejos de

la calle principal del caserío y no cuenta con un acceso inmediato una casa de salud, transporte, farmacias, escuelas, colegios, retén policial, en conclusión no cuenta con servicios básicos.

El paciente por la enfermedad que padece impide que pueda realizar cualquier actividad por lo que necesita ayuda en todo momento, pero como tiene el apoyo de toda su familia siempre pasa acompañado y no le falta nada.

Los cuidados de enfermería juegan un papel muy importante en la recuperación del trauma craneoencefálico y la neumonía ya que deben ayudar al paciente y familia a evaluar las necesidades básicas del paciente y cuidados necesarios para el mejoramiento óptimo del mismo.

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

El paciente debido a su estado delicado de salud ha ido perdido la movilidad física por lo que no puede realizar ninguna actividad por sí mismo y se encuentra postrado en una cama, vive con su esposa e hijos, paciente tiene una situación económica baja, no cuenta con ningún bono del gobierno, ni tampoco con todos los servicios básicos.

La distancia que existe entre el centro de salud y su domicilio es de gran magnitud y no cuentan con servicio de transporte público, ni tampoco particular por lo que se les hace complicado acercarse a sus controles médicos.

Debido a la lejanía y al estado de salud del paciente del centro de salud le realizan visitas domiciliarias cada 15 días para brindarle la atención necesaria, le realizan tapotaje, ejercicios pasivos, cambios de posición, curación de la herida a nivel de la cabeza, y lo principal van educando a la familia los cuidados que deben tener con el paciente.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW	
Necesidades fisiológicas	<p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Riesgo nutricional alto (anexo 2)✓ Falta de apetito✓ Bajo peso✓ Mucosas orales semihúmedas <p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Estreñimiento✓ Resequedad de la piel✓ Tos productiva(esputo color verde)✓ Herida nivel de la cabeza aproximadamente 12 cm de largo, con signos de infección presentando calor local, eritematoso, dolor, edema y secreción purulenta✓ Déficit del proceso de cicatrización <p>Descanso</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Dificultad para conciliar el sueño.✓ Insomnio grave (anexo 4)✓ Ansiedad✓ Irritabilidad <p>Higiene</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Halitosis✓ Herida infectada a nivel de la cabeza✓ Falta de higiene

<p>Necesidades de seguridad</p>	<p>Seguridad física</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la movilidad ✓ Riesgo de presentar caídas ✓ Úlceras de presión ✓ No se moviliza solo <p>Seguridad de Empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajos recursos económicos ✓ No trabaja
<p>Necesidades de afiliación o sociales</p>	<p>Amistad y afecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad ✓ Intranquilidad
<p>Necesidades de reconocimiento</p>	<p>Auto reconocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Religiosa
<p>Necesidad de autorrealización</p>	<p>Aceptación de los hechos, resolución de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de interés por la salud ✓ Falta de educación

Tabla N° 1: Puntos críticos del paciente

Autor: Investigadora

Fuente: Entrevista

4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNOSTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con la incapacidad para ingerir los alimentos manifestado por falta de apetito, bajo peso	Nutrición	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar al usuario que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo que ha comido y bebido.• Ayudar al paciente a aprender el tamaño normal de las porciones a servir.• Recomendar al paciente que ingiera un desayuno sano cada mañana.• Enseñar a la familia cómo elegir los alimentos más sanos según las etiquetas de los productos alimentarios.• Recomendar al paciente la ingesta de frutas y verduras al día.• Evaluar la ingesta habitual de fibra• Recomendar al paciente que limite el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos a un 30%; aumentar el consumo de aceites de oliva.• Valorar la ingesta de líquidos• Observar los factores socioeconómicos que influyen en la elección de la comida

<p>Estreñimiento relacionado con la inmovilidad manifestado por heces duras, distensión abdominal</p>	<p>Eliminación e intercambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a la esposa que lleve un diario de los hábitos intestinales, incluyendo la hora del día, consistencia, cantidad, frecuencia de la deposición. • Identificar la dieta que es ingerida por el paciente. • Revisar la medicación que está tomando el paciente. • Hacer hincapié para que el paciente ingiera frutas fresca, legumbres, verduras y cereales integrales. • Añadir fibra a la dieta gradualmente con incremento de la ingesta de líquidos • Aconsejar una ingesta de líquidos de 6 a 8 vasos de líquidos diarios. • Explicar la importancia de la ingesta adecuada de fibra, la ingesta de líquidos, actividad y el establecimiento de rutinas de eliminación fecal para lograr heces blandas y formadas.
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso infeccioso e inflamatorio manifestado por tos productiva</p>	<p>Eliminación e intercambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en posición semi fowler al paciente • Controlar signos vitales • Educar ejercicios respiratorios • Mantener limpias las fosas nasales • Realizar terapia respiratoria • Mantener tranquilo al paciente

<p>Trastorno del sueño relacionado insomnio moderado manifestado por cansancio, irritabilidad, gritos, ansiedad.</p>	<p>Actividad/Reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de ansiedad. Si el usuario está ansioso utilizar técnicas de relajación. • Proporcionar medidas de tranquilidad para que la mente descanse antes de acostarse para que pueda dormir. • Proporcionar masajes en la espalda antes de acostarse • Colocar al paciente en una posición cómoda para dormir. • Mantener tranquilo el entorno. • Motivar al usuario a escuchar música suave para conciliar el sueño.
<p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la disminución de la movilidad manifestado por úlceras de presión</p>	<p>Seguridad y Protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. • Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. • Desbridar la úlcera, si es necesario. • Limpiar la úlcera con la solución salina, con movimientos circulares, desde el centro. • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. • Aplicar ungüentos, si procede. • Aplicar vendajes, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. • Asegurar una ingesta dietética adecuada.

<p>Déficit de auto cuidado: alimentación relacionada con el deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad de alimentarse</p>	<p>Déficit de auto cuidado: alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la incapacidad para alimentarse independientemente. • Antes de alimentarle, al paciente con TCE ponerle en posición semifowler • Dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada. • Proporcionar al paciente un entorno agradable y tranquilo para comer sin distracciones. • Proporcionarle alimento 5 o 6 veces al día
<p>Cansancio del rol del cuidador relacionado por responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, manifestado por falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.</p>	<p>Rol/Relaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Admitir las dificultades del rol del cuidador. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.

Tabla N° 2: Oportunidades de mejora

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CÓDIGO DE DX: 00002 Desequilibrio nutricional.			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Actividades de ingerir, asimilar y metabolizar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía. Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con la incapacidad para ingerir los alimentos manifestado por falta de apetito, bajo peso			Eliminación intestinal (0501)	100902 Ingestión proteica	1: Nada Inadecuado	2	5
				100903 Ingestión de grasas	2. Ligeramente adecuado	2	5
				100904 Ingestión de hidratos de carbono	3. Moderadamente adecuado	2	5
				100910 Ingestión de fibra	4. Sustancialmente adecuado	2	5
			Clase: Eliminación		5. Completamente adecuado	2	5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	D: Apoyo Nutricional
INTERVENCIONES INDEPENDIENTE			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar al usuario que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo que ha comido y bebido. • Ayudar al paciente a aprender el tamaño normal de las porciones a servir. • Recomendar al paciente que ingiera un desayuno sano cada mañana. • Enseñar a la familia cómo elegir los alimentos más sanos según las etiquetas de los productos alimentarios. 		<ul style="list-style-type: none"> • Un diario de comida ayuda al paciente y enfermera a analizar el patrón alimenticio con el fin de promover la autoeficiencia y autocontrol en su alimentación. (Mossavar- Rahmani et al, 2004). • Medir la comida alerta al paciente de los tamaños normales de las porciones que usualmente debe de ingerir. (Kral t al, 2004). • Un estudio demostró que las personas que no desayunan tienen más probabilidades de cenar en exceso (Castro, 2004). • La etiqueta estándar de los alimentos simplifica la búsqueda de información. Grasas y azúcares contribuyen en último lugar a una dieta sana y en el primero a una ingesta excesiva de calorías. Los usuarios deben ingerir alimentos que no contengan más del 30% de grasas (Kris- Etherton et al, 2004). 	

<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar al paciente la ingesta de frutas y verduras al día. • Evaluar la ingesta habitual de fibra. • Recomendar al paciente que limite el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos a un 30%; aumentar el consumo de aceites de oliva. • Valorar la ingesta de líquidos • Observar los factores socioeconómicos que influyen en la elección de la comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto las frutas como verduras son fuentes de son fuentes excelentes de vitaminas y minerales, también ayudan a prevenir enfermedades cardíacas, ictus, hipertensión, colesterol alto, diabetes y algunos tipos de cáncer (Jiang, 2004). • El aumento de la cantidad de fibra en la dieta se asocia a menor peso corporal (Slavin, 2005). • La ingesta de grasas saturadas y ácidos grasos aumentan el nivel de lipoproteínas de baja densidad (LDL), que predisponen a la arteriosclerosis. Los ácidos grasos también bajan las lipoproteínas de alta densidad (HDL), que se cree que protegen de las enfermedades cardíacas y diabetes (Whitney, 2003). • Los ancianos están predispuestos a un volumen deficitario de líquidos debido a menos cantidad de líquido corporal, menos sensación de sed y menos capacidad de concentrar la orina (Walton et al, 2002). • La economía y la accesibilidad limita son uno de los factores potenciales para no tener una buena alimentación sin embargo no es un obstáculo parase obtener una dieta equilibrada (Bennet, 2000).
---	---

Tabla N° 3: Plan de cuidados de Enfermería Plan de cuidados de Enfermería

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función Gastrointestinal CÓDIGO DE DX: 00011 Estreñimiento.			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/ o incompleta de heces excesivamente duras y secas. Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con la inmovilidad manifestado por heces duras, distensión abdominal			Eliminación intestinal (0501)	050101 Patrón de eliminación.	1: Gravemente comprometido.	3	4
			Dominio: Salud Fisiológica	(050102) Control de movimientos Intestinales.	2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido.	3	4
			Clase: Eliminación	050112 Facilidad de eliminación de las heces.	4: Levemente comprometido. 5: No comprometido	2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	D: Apoyo Nutricional
INTERVENCIONES INDEPENDIENTE			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la dieta que es ingerida por el paciente. • Pedir a la esposa que lleve un diario de los hábitos intestinales, incluyendo la hora del día, consistencia, cantidad, frecuencia de la deposición. • Palpar el abdomen en busca de distensión, percutirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales. • Hacer hincapié para que el paciente ingiera frutas fresca, legumbres, verduras y cereales integrales. 		<ul style="list-style-type: none"> • Ayudará para identificar si la causa del estreñimiento es por la dieta o que factores contribuye para que se produzca el estreñimiento. (<i>independiente</i>). • El diario de los hábitos intestinales es valioso en el tratamiento del estreñimiento, el empleo de un diario ha demostrado ser más exacto que el recuerdo del usuario para determinar la presencia de este problema. (<i>Karam y Nies, 1994; Hinrichs et al, 2001</i>). • En el usuario con estreñimiento suele estar distendido, con rigidez, y los ruidos estarán presente (<i>Hinrichs et al, 2001</i>). • La fibra ayuda a prevenir el estreñimiento proporcionando volumen a las heces. (<i>Jewell y Young et al, 2001</i>). 	

<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar una ingesta de líquidos de 6 a 8 vasos de líquidos diarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • La ingesta de líquido debe ser establecida entre la reserva cardiaca y renal. El incremento de la ingesta de líquidos de 1,5 a 2 litros diarios mientras se mantiene un ingesta de fibra de 25 g puede significar un incremento de la frecuencia de deposición en usuarios con estreñimiento. (<i>Weeks, Hubbartt y Michaels et al, 2011</i>).
---	--

Tabla N° 4: Plan de cuidados de Enfermería Plan de cuidados de Enfermería

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 1 Sueño/Reposo CÓDIGO DE DX: 00198 Trastorno de patrón de sueño			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos. Diagnóstico: Trastorno del sueño relacionado con insomnio moderado manifestado por cansancio, irritabilidad, gritos, ansiedad.			Sueño (0004)	000402 Horas de sueño cumplidas 000403 Patrón del sueño 000404 Calidad del sueño	1: Gravemente comprometido.	3	4
					2: Sustancialmente comprometido.	2	4
					3: Moderadamente comprometido.		
					4: Levemente comprometido.	3	5
					5: No comprometido.		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	1 Fisiológico Básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	A: Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de ansiedad. Si el usuario está ansioso utilizar técnicas de relajación. • Proporcionar medidas de tranquilidad para que la mente descanse antes de acostarse para que pueda dormir. • Proporcionar masajes en la espalda antes de acostarse. • Motivar al usuario a escuchar música suave para conciliar el sueño. 		<ul style="list-style-type: none"> • El uso de técnicas de relajación para fomentar el sueño en las personas con insomnio se ha demostrado efectividad. (<i>Jhonson 1991</i>). • Medidas sencillas pueden mejorar la calidad de sueño. (<i>Sommer, 2009</i>). • La práctica de masaje en la espalda se ha demostrado que es defectiva para mejorar la relajación, la cual probablemente mejorara el sueño. (<i>Richards et al, 2003</i>). • La música provoca una mejor calidad del sueño, una mayor duración y una mayor eficacia del sueño. (<i>Lai y Good, 2005</i>). 	

Tabla N° 5: Plan de cuidados de Enfermería

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA										
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)										
DOMINIO: 11 Seguridad y Protección CLASE: 2 Lesión física CÓDIGO DE DX: 00046 Deterioro de la integridad cutánea			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA							
						MANTENER	AUMENTAR						
Definición: Alteración de la epidermis o la dermis. Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la disminución de la movilidad manifestado por úlceras de presión			Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular	110101 Temperatura de la piel	1: Gravemente comprometido	2	4						
				110102 Sensibilidad	2: Sustancialmente comprometido			3	4				
				110103 Elasticidad	3: Moderadamente comprometido					3	4		
				110104 Hidratación	4: Levemente comprometido							2	3
				110105 Pigmentación anormal	5: No comprometido								
110113 Integridad de la piel													

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	2. Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática	CLASE:	L: Control de la piel/heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: Cuidados de las úlceras por presión 3520			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. • Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. • Desbridar la úlcera, si es necesario. 		<ul style="list-style-type: none"> • Al mantener tanto la piel como la úlcera humedecida o hidratada aguda a la reactivación de la circulación de manera eficaz para la cicatrización. (David, 2010). • Mejora la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona (August et al, 1999). • Este tejido actúa como una barrera mecánica que impide la aproximación de los bordes de la herida y favorece el ambiente propicio para el desarrollo de microorganismos e infección por lo que amerita su remoción en la gran mayoría de los casos y promover el adecuado proceso de reparación cutánea. (Armstrong, 2011). 	

<ul style="list-style-type: none">• Limpiar la úlcera con la solución salina, con movimientos circulares, desde el centro.• Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.• Aplicar ungüentos, si procede.• Aplicar vendajes, si está indicado.• Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.	<ul style="list-style-type: none">• La infección es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped, un patógeno potencial y el entorno. Se produce cuando los microorganismos consiguen superar con éxito las estrategias de defensa del huésped y sus resultados son un conjunto de cambios nocivos para el huésped. Su desarrollo va siempre precedido de interacciones complejas todavía mal conocidas (Hiromi, 2000).
---	---

<ul style="list-style-type: none">• Asegurar una ingesta dietética adecuada.	<ul style="list-style-type: none">• Un plan alimenticio saludable puede ayudar a que su herida sane más rápido. Los nutrientes que facilitan el proceso de sanación son la proteína, el zinc, y la vitamina C. Los líquidos también son importantes para facilitar la sanación de heridas. (Marik, 2013).
--	---

Tabla N° 6: Plan de cuidados de Enfermería

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 5 Auto cuidado CÓDIGO DE DX: 00102 Déficit de auto cuidado: alimentación.			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación. Diagnóstico: Déficit de auto cuidado: alimentación relacionada con el deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad de alimentarse			Auto cuidado: comer (0303)	030304 Coger la comida con los utensilios	1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido.	1	3
			Dominio: Salud Funcional	030306 Se Lleva comida a la boca con los dedos	3: Moderadamente comprometido. 4: Levemente comprometido.	1	3
			Clase: Auto cuidado	030307 Se lleva comida a la boca con envases	5: No comprometido.	1	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	F: facilitación de los autocuidados
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Observar la incapacidad para alimentarse independientemente. • Antes de alimentarle, al paciente con TCE ponerle en posición semifowler • Dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada. • Proporcionar al paciente un entorno agradable y tranquilo para comer sin distracciones. 		<ul style="list-style-type: none"> • El auto cuidado requiere competencias multisistemicas. La planificación de programas reconstituyentes es específica para problemas que interfieren con el auto cuidado. (<i>Phaneuf 1996</i>). • Los mecanismos de adaptación aumentan la independencia. (<i>Phaneuf 1996</i>). • La ingesta de comida aumenta cuando la comida llama la atención al usuario. (<i>The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000</i>). • La ingesta de comida aumenta cuando se está concentrado. (<i>The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000</i>). 	

Tabla N° 7: Plan de cuidados de Enfermería

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones CLASE: 1 Roles de cuidador CÓDIGO DE DX: 00061 Cansancio del rol del cuidador.			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia. Diagnóstico: Cansancio del rol del cuidador relacionado por responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, manifestado por falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.			Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)	220315 Trastorno de la rutina	1 Gravemente comprometido.	3	5
			Dominio: Salud familiar	220302 Realización del rol	2 Sustancialmente comprometido.	2	5
			Clase: Ejecución del cuidador familiar	221131O Responsabilidad es del rol	3 Moderadamente comprometido.		
					4 Levemente comprometido.		
					5 No comprometido.	1	5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	5 Familia; cuidados que apoyan a la unidad familiar	CLASE:	X: Cuidados de la vida
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Admitir las dificultades del rol del cuidador. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. 		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica la capacidad que tiene el cuidador para hacerse cargo del paciente. (<i>Kalkins 2002</i>). • Identifica la autoestima del cuidador y el afrontamiento ante la enfermedad. (<i>Kalkins 2002</i>). • Permitirá identificar la capacidad que tiene el cuidador para realizar sus labores. Los cuidadores que trabajan registran días perdidos, interrupciones de trabajos, permiso para ausentarse y menor productividad debido a las necesidades de estar involucrados con el cuidado del usuario, impidiendo que el cuidador cumpla con su labores cotidianas. (<i>Schumancher, 2000</i>). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental 			

Tabla N° 8: Plan de cuidados de Enfermería

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

V. CONCLUSIONES

Se pudo concluir durante la elaboración de este estudio de caso, que los estilos de vida son las causas principales que desencadenaron la enfermedad. Además se identificó cuáles son los nudos críticos sobre el trauma craneoencefálico y la neumonía mediante una revisión bibliográfica e historia clínica y se trató de mejorar la calidad de vida promoviendo actividades que ayuden en el mejoramiento de algunos problemas que presenta el paciente mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Las actividades realizadas con el paciente mejoraron la calidad de vida y de algunos problemas como el estreñimiento, el insomnio pero lamentablemente no todos los problemas se solucionaron debido al estado de salud deteriorado del paciente.

El proceso de atención de enfermería es un instrumento valioso para jerarquizar necesidades y brindar una atención oportuna, ayudando de esta manera a una pronta recuperación mediante los cuidados y actividades adecuadas para pacientes con trauma craneoencefálico y neumonía por esta razón al paciente se realiza los cuidados específicos para la enfermedad. Por este motivo, se actualiza los cuidados a modo orientativo y facilitar una guía que pueda ser útil en la práctica clínica que permita identificar posibles problemas de enfermería.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Betty J. Ackley (2007). Manual de diagnósticos de enfermería (Guía para la planificación de los cuidados). Elsevier en español
- Brunner y Suddarth. (2007). Enfermería médico-quirúrgica.
- Efrén Herrera Martínez (2011). Fundamentos de patología, fisiopatología, clínica, diagnóstico y tratamiento en trauma craneoencefálico. Editorial Trillas
- Gamal Hamdan (2005). Trauma Craneoencefálico Severo: Parte I (medicrit Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica).
- Gloria M. Bulechek (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier España
- José Luis García Satué, Javier Aspa Marco (2005). Neumonías. Monografías neumomadrid
- Menéndez R, Torres A (2010). Neumonía Aquirida en la Comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
- Pedro Manuel Suarez Rojo (2009). Cuidados de enfermería en neumonía. Delivered by FeedBurner
- Sue Moorhead, Marion Johnson (2014). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España.
- T. heather Herdman (2013). Diagnósticos enfermeros (definiciones y clasificación 2012-2013). Elsevier en español

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

E-LIBRO: Barranco, M., & Vargas F. (2010) Tutorial Enfermería de Urgencias: España: Editorial CEP, S.L.,. Recuperado: 27 Febrero 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10664772&p00=intervencion+de+enfermeria+traumatismo+cr%C3%A1neo+encef%C3%A1lico>.

PROQUEST: Carrillo, E., Guinto, B., & Castelazo, A. (2010) Traumatismo Craneoencefálico. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V., Recuperado: 27 Febrero 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10626000&p00=intervencion+de+enfermeria+traumatismo+cr%C3%A1neo+encef%C3%A1lico>

PROQUEST: Oliveira, R., Maia, C., & Queiroz, J. (2015). Cuidado de si em enfermagem: Uma revisão integrativa/Self-care in nursing: An integrative review/Autocuidado en enfermería: Una revisión integradora. Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online, 7(1), 2104-2112. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2104-211>, Recuperado 27 de febrero del 2015, disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1646367342/96D3BEEFD688409CPQ/1?accountid=36765>

E-LIBRO: Capítulo 14 Primeros auxilios y servicios médicos de urgencia. En: enciclopedia de la OIT. España: D - INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo), 2012. ProQuest ebrary. Web. RECUPERADO 27 Febrero del 2015. DISPONIBLE EN: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/reader.action?docID=10625782&p00=TRAUMATISMO+CR%C3%81NEO+ENCEF%C3%81LICO+enfermeria&ppg=10>

PROQUEST: Galindo, C., Cardelus, R., and Gracia, A. (2008). Técnicas Básicas de Enfermería. España: Macmillan Iberia, S.A., ProQuest ebrary. Recuperado el 27 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/reader.action?adv.x=1&docID=10504952&f00=al1&f01=subject&p00=TRAUMATISMO+CR%C3%81NEO+ENCEF%C3%81LICO+enfermeria&p01=Enfermer%C3%ADa&ppg=467>

VII. ANEXOS

Anexo 1

EXÁMENES DE LABORATORIO

20/12/2014

Exámenes		Resultado	Referencia
Urea		17.3 mg/dL	16.6-48.5
Creatinina		0.85 mg/dL	0.70-1.20
Glucosa		16 L mg/dL	70-100
Uroanálisis	Densidad	1015	
	pH	5	
	Piocytes por campo	2-4	
	Células	3-5	
	Bacterias	(+)	
Otros	Na	134↓ mmol/L	
	K	3.6 mmol/L	
	Cl	101 mmol/L	
Hematológico	Tiempo de protrombina	13 seg.	
	Tiempo T. parcial	38 seg.	
Serología	VDRL	No reactivo	
	HIV	No reactivo	

Tabla N° 9: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

Elemento prueba	Resultado	Unidad	Rango referencial
WBC	H 11.27	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	R H 9.78	10 ³ /uL	2.00-7.00
Lym#	L 0.70	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	R 0.71	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.08	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.00	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	R H 86.8	%	50.0-70.0
Lym%	L 6.2	%	20.0-40.0
Mon%	R 6.3	%	3.0-12.0
Eos%	0.7	%	0.5-5.0
Bas%	0.0	%	0.0-1.0
RBC	4.30	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HGB	13.0	g/dL	11.0-16.0
HCT	38.7	%	37.0-54.0
MCV	90.1	fL	80.0-100.0
MCH	30.2	pg	27.0-34.0
MCHC	33.6	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	12.5	%	11.0-16.0
RDW-SD	41.8	fL	35.0-56.0
PLT	303	10 ³ /uL	150-450
MPV	7.2	fL	6.5-12.0
PDW	15.5		9.0-17.0
PCT	0.218	%	0.108-0.282
P-LCC	45	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	14.9	%	11.0-45.0

Tabla N° 10: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

21-12-2014

Postquirúrgico inmediato

Elemento prueba	Resultado	Unidad	Rango referencial
WBC	9.19	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	R H 8.27	10 ³ /uL	2.00-7.00
Lym#	L 0.47	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	R 0.39	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.06	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.00	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	R H 90.1	%	50.0-70.0
Lym%	L 5.1	%	20.0-40.0
Mon%	R 4.2	%	3.0-12.0
Eos%	0.6	%	0.5-5.0
Bas%	0.0	%	0.0-1.0
RBC	3.62	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HGB	L 10.9	g/dL	11.0-16.0
HCT	L 32.8	%	37.0-54.0
MCV	90.6	fL	80.0-100.0
MCH	30.1	pg	27.0-34.0
MCHC	33.2	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	12.6	%	11.0-16.0
RDW-SD	42.0	fL	35.0-56.0
PLT	220	10 ³ /uL	150-450
MPV	6.9	fL	6.5-12.0
PDW	15.4		9.0-17.0
PCT	0.152	%	0.108-0.282
P-LCC	27	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	12.2	%	11.0-45.0

Tabla N° 11: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

22-12-2014

Elemento prueba	Resultado	Unidad	Rango referencial
WBC	H 12.57	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	R H 11.60	10 ³ /uL	2.00-7.00
Lym#	L 0.30	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	R 0.64	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.03	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.00	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	R H 92.3	%	50.0-70.0
Lym%	L 2.4	%	20.0-40.0
Mon%	R 5.1	%	3.0-12.0
Eos%	L 0.2	%	0.5-5.0
Bas%	0.0	%	0.0-1.0
RBC	4.02	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HGB	12.1	g/dL	11.0-16.0
HCT	36.2	%	37.0-54.0
MCV	90.0	fL	80.0-100.0
MCH	30.1	pg	27.0-34.0
MCHC	33.4	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	12.5	%	11.0-16.0
RDW-SD	41.7	fL	35.0-56.0
PLT	272	10 ³ /uL	150-450
MPV	7.4	fL	6.5-12.0
PDW	15.5		9.0-17.0
PCT	0.201	%	0.108-0.282
P-LCC	44	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	16.2	%	11.0-45.0

Tabla N°12: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

MUESTRA	EXÁMENES	RESULTADO
SANGRE	pH	7.453
	PO2	80.8 mmHg
	PCO2	28.9 mmHg
	Hct	28.9 %
	SO2	96.4%
	cHCO3	19.8 mmol/L
	BE	-2.8 mmol/L
	BEecf	-4.2 mmol/L
	BB	45.2 mmol/L
	Na	143.4 mmol/L
	k	3.14 mmol/L
	Cl	123.2 mmol/L
	iCa	0.620 mmol/L
	TTP	37.6
	TP	10.9
	Glucosa	155 H mg/dL
Urea	29.8 mg/dL	
Creatinina	0.72 mg/dL	

Tabla N° 13: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

26-12-2014

Exámenes	Resultado	Referencia
Urea	77.8 H mg/dL	16.6-48.5
Creatinina	1.06 mg/dL	0.70-1.20
Glucosa	441.5 H mg/dL	70-100
AST	23.3 U/L	0.0-40.0
ALT	35.2 U/L	0.0-41.0

Tabla N° 14: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

28-12-2014

MUESTRA	EXÁMENES	RESULTADO
SANGRE	pH	7.410
	PO2	85.1 mmHg
	PCO2	34.0 mmHg
	Hct	35.5 %
	SO2	96.4 %
	cHCO3	21.1 mmol/L
	BE	-2.7 mmol/L
	BEecf	-3.6 mmol/L
	BB	45.3 mmol/L
	Na	167.8 mmol/L
	k	4.61 mmol/L
	Cl	163.5 mmol/L
	iCa	0.608 mmol/L
	Glucosa	123.7 H mg/dL
	Urea	90.1 H mg/dL
Creatinina	0.78 mg/dL	

Tabla N° 15: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

01-01-2015

Exámenes	Resultado	Referencia
Urea	22.8 mg/dL	16.6-48.5
Creatinina	0.56 L mg/dL	0.70-1.20
Glucosa	135.9 H mg/dL	70-100
Calcio	8.35 mg/dL	8.0-10.0

Tabla N° 16: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

Elemento prueba	Resultado	Unidad	Rango referencial
WBC	H 11.01	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	R H 9.64	10 ³ /uL	2.00-7.00
Lym#	L 0.70	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	R 0.46	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.21	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.00	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	R H 87.5	%	50.0-70.0
Lym%	L 6.4	%	20.0-40.0
Mon%	R 4.2	%	3.0-12.0
Eos%	1.9	%	0.5-5.0
Bas%	0.0	%	0.0-1.0
RBC	4.07	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HGB	12.1	g/dL	11.0-16.0
HCT	37.1	%	37.0-54.0
MCV	91.2	fL	80.0-100.0
MCH	29.7	pg	27.0-34.0
MCHC	32.6	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	12.4	%	11.0-16.0
RDW-SD	42.2	fL	35.0-56.0
PLT	265	10 ³ /uL	150-450
MPV	9.0	fL	6.5-12.0
PDW	16.3		9.0-17.0
PCT	0.239	%	0.108-0.282
P-LCC	78	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	29.5	%	11.0-45.0

Tabla N° 17: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

04-01-2015

MUESTRA	EXÁMENES	RESULTADO
SANGRE	pH	7.460
	PO2	70.3 mmHg
	PCO2	28.2 mmHg
	Hct	38.1 %
	SO2	94.7 %
	cHCO3	19.6 mmol/L
	BE	-2.8 mmol/L
	BEecf	-4.3 mmol/L
	BB	45.2 mmol/L
	Na	136.3 mmol/L
	k	3.32 mmol/L
	Cl	121.0 mmol/L
	iCa	0.616 mmol/L

Tabla N° 18: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

29-05-2015

Exámenes	Resultado	Referencia
Urea	28.3 mg/dL	16.6-48.5
BUN	13	6-20
Glucosa	114.2 H mg/dL	70-100
Creatinina	0.74 mg/dL	0.70-1.20
PCR	0.47 mg/L	0.0-5.0
Sodio	136 mmol/L	136-145
Potasio	4.78 mmol/L	3.5-5.1
Cloro	93.4 L mmol/L	98-107

Tabla N° 19: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

Elemento prueba	Resultado	Unidad	Rango referencial
WBC	H 13.06	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	R H 11.16	10 ³ /uL	2.00-7.00
Lym#	1.10	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	R 0.76	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.03	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.01	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	R H 85.5	%	50.0-70.0
Lym%	L 8.4	%	20.0-40.0
Mon%	R 5.8	%	3.0-12.0
Eos%	L 0.2	%	0.5-5.0
Bas%	0.1	%	0.0-1.0
RBC	4.45	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HGB	13.1	g/dL	11.0-16.0
HCT	40.6	%	37.0-54.0
MCV	91.2	fL	80.0-100.0
MCH	29.4	pg	27.0-34.0
MCHC	32.3	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	13.1	%	11.0-16.0
RDW-SD	44.8	fL	35.0-56.0
PLT	398	10 ³ /uL	150-450
MPV	7.3	fL	6.5-12.0
PDW	15.1		9.0-17.0
PCT	H 0.291	%	0.108-0.282
P-LCC	57	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	14.2	%	11.0-45.0

Tabla N° 20: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

30/05/2015

Exámenes		Resultado	Referencia
Urea		28.3 mg/dL	16.6-48.5
Creatinina		0.74 mg/dL	0.70-1.20
Glucosa		114,2 mg/dL	70-100
Uroanálisis	Densidad	1020	
	pH	5	
	Cetona	+	
	Leucocitos	++	
	Hemoglobina	+++	
	Eritrocito por campo	14.16	
	Nitrito	Positivo	
	Bacterias	(+++)	
	PCR	27.13 H mg/L	0.0-5.0

Tabla N° 21: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

02-06-2015

Exámenes	Resultado	Referencia
Urea	36.7 mg/dL	16.6-48.5
BUN	17	6-20
Glucosa	154.3 H mg/dL	70-100
Creatinina	0.71 mg/dL	0.70-1.20

Tabla N° 22: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

Elemento prueba	Resultado	Unidad	Rango referencial
WBC	6.16	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	R 5.35	10 ³ /uL	2.00-7.00
Lym#	L 0.52	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	R 0.14	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.15	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.00	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	R H 86.9	%	50.0-70.0
Lym%	L 8.4	%	20.0-40.0
Mon%	R L 2.2	%	3.0-12.0
Eos%	2.5	%	0.5-5.0
Bas%	0.0	%	0.0-1.0
RBC	4.67	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HGB	13.8	g/dL	11.0-16.0
HCT	42.8	%	37.0-54.0
MCV	91.6	fL	80.0-100.0
MCH	29.6	pg	27.0-34.0
MCHC	32.2	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	12.9	%	11.0-16.0
RDW-SD	44.3	fL	35.0-56.0
PLT	383	10 ³ /uL	150-450
MPV	7.1	fL	6.5-12.0
PDW	15.2		9.0-17.0
PCT	0.272	%	0.108-0.282
P-LCC	53	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	143.9	%	11.0-45.0

Tabla N° 23: Exámenes de laboratorio

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

Anexo 2

CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

<u>Preguntas</u>	<u>Puntuación</u>	
	<u>SI</u>	<u>NO</u>
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 Kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0
PUNTUACIÓN	10 puntos	

INTERPRETACIÓN

- ✓ De 0 a 2 puntos: reevaluar la puntuación nutricional en seis meses
- ✓ De 3 a 5 puntos: riesgo nutricional moderado.
- ✓ De 6 en adelante: riesgo nutricional alto

Tabla N° 24: Cuestionario conozca su salud nutricional

Fuente: Dwyer JT Screening older american's nutritional health

Anexo 3

TEST DE BARTHEL

Comer	<p>0 = incapaz</p> <p>5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.</p> <p>10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)</p>
Trasladarse entre la silla y la cama	<p>0 = incapaz, no se mantiene sentado</p> <p>5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado</p> <p>10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)</p>
Aseo personal	<p>0 = necesita ayuda con el aseo personal.</p> <p>5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.</p>
Uso del retrete	<p>0 = dependiente</p> <p>5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.</p> <p>10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)</p>
Bañarse/Ducharse	<p>0 = dependiente.</p> <p>5 = independiente para bañarse o ducharse.</p>
Desplazarse	<p>0 = inmóvil</p> <p>5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.</p> <p>10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).</p> <p>15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo</p>

	de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras	<p>0 = incapaz</p> <p>5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.</p> <p>10 = independiente para subir y bajar.</p>
Vestirse y desvestirse	<p>0 = dependiente</p> <p>5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.</p> <p>10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc</p>
Control de heces	<p>0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)</p> <p>5 = accidente excepcional (uno/semana)</p> <p>10 = continente</p>
Control de orina	<p>0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.</p> <p>5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).</p> <p>10 = continente, durante al menos 7 días.</p>

INTERPRETACIÓN

- ✓ < 20: dependencia total
- ✓ 20 – 40: dependencia grave
- ✓ 45 – 55: dependencia moderada
- ✓ 60 0 más dependencia leve

Tabla N° 25: Test de Barthel

Fuente (Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients)

Anexo 4

ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO

1. Indica la gravedad de tu problema actual de sueño:	NADA	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Dificultad para quedarse dormido/a	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estas de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?			MUY	MODERADO	POCO
			0	2	4
3. En qué medida considera que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario.	NADA	POCO	ALGO	MUCHO	MUCHÍSIMO
	0	1	2	3	4
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?	0	1	2	3	4
5. ¿Cómo estas de preocupado/a por tu actual problema de sueño?	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL	26 puntos
-----------------------------	------------------

INTERPRETACIÓN

- ✓ 0-7: Ausencia de insomnio Clínico
- ✓ 8- 14: Insomnio Subclínico
- ✓ 15- 21: Insomnio Clínico (moderado)
- ✓ 22- 28: Insomnio Clínico (grave)

Tabla N° 26: Índice de gravedad del insomnio

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del Índice de gravedad del insomnio

Anexo 5

ENCUESTA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se agita al realizar alguna actividad?	No, porque no realiza ninguna actividad, debido al estado crítico del paciente.
¿Estando en reposo siente que le falta el aire?	Si, cuando se pone ansioso.
¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?	Si
¿Usted utiliza tanque de oxígeno para poder respirar bien?	No utiliza.
¿Sufre de ahogos durante el día o las noches?	En ocasiones cuando esta acostado recto.
¿Usted presenta tos?	Si, continuamente
¿Usted presenta tos con esputo (gargajo)?	Si
¿Qué color tiene el esputo (gargajo) que elimina?	Es de color verde

Tabla N° 27: Entrevista Estructurada
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces come usted en el día?	De 4 a 5 veces al día
¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia en su dieta diaria?	Se come frutas, coladas, verduras, poco arroz
¿Sigue alguna dieta estricta?	No
¿Puede alimentarse solo?	No
¿En qué horario específico se alimenta?	El desayuno a las 7am, a las 11am come alguna fruta, a la 13pm el almuerzo, 18:30pm la merienda.
¿Ha perdido peso durante los últimos 5 meses?	Si, bastante
¿Toma algunos suplementos nutricionales?	Toma la glucerna
¿Tiene nauseas o vomito durante las comidas?	En ocasiones
¿Le es fácil consumir los alimentos?	No
¿Cuántos vasos de agua bebe diariamente?	Unos 2 vasos
¿Sigue alguna dieta específica para diabéticos?	No

Tabla N° 28: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Sufre de estreñimiento?	Si, últimamente sufre mucho
¿Qué características tiene las heces?	Duras, color café y tiene mal olor
¿Toma algún medicamento para mejorar el estreñimiento?	No
¿Sufre de incontinencia urinaria?	Sí, porque moja mucho el pañal
¿Cuántas veces acude al baño en el día?	Utiliza pañal
¿Suda mucho?	En ocasiones se pone su cuerpo muy frio y en ocasiones muy caliente pero no suda.
¿Puede irse solo al baño?	No, utiliza pañal
¿Sufre de flatulencias?	Si, constantemente
¿Ha sentido sensación de llenura o pesadez estomacal?	En ocasiones el abdomen se le hincha, y le daban un poquito de agua con bicarbonato.

Tabla N° 29: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realiza alguna actividad o ejercicio físico?	No, debido a su estado delicado de salud que tiene.
¿Necesita de ayuda para movilizarse de un lugar a otro?	Si
¿Cómo se desplaza a otro lugar?	No se desplaza a otro lugar debido a su estado de salud, y además la doctora del centro de salud de Patate le realiza visitas domiciliarias.
¿La mayor parte del día permanece sentado?	Si
¿Se le dificultad mantenerse de pie?	Ya no se puede pararse solo pasa sentado o acostado

Tabla N° 30: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas horas duerme normalmente?	De 4 a 5 horas
¿Le dificultad conciliar el sueño?	Si, grita mucho
¿Toma algún medicamento para dormir?	No toma ninguno
¿Durante el día duerme?	No, pasa despierto todo el día
¿Duerme bien durante la noche?	No, se despierta gritando cada 1 o 2 horas
¿En el día se siente cansado?	Si, bastante

Tabla N° 31: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede vestirse solo?	No
¿Se puede desvestirse solo?	No
¿Escoge su ropa que va a utilizar a diario?	No, escoge su esposa
¿Por qué no se puede vestirse y desvestirse solo?	Porque ha disminuido la movilidad de su cuerpo
¿Quién le ayuda a vestirse?	La esposa con la ayuda de sus hijos
¿Desde qué tiempo no puede vestirse solo?	Hace 8 meses que sufrió el accidente.
¿Por qué le dificultad vestirse solo?	Por el problema que tuvo en la cabeza

Tabla N° 32: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se ha adaptado fácilmente a los cambios climáticos?	Si
¿Qué medidas utiliza para los diferentes cambios de temperatura?	Se le realiza cambios de ropa
¿En su hogar qué temperatura tiene?	Es caliente

Tabla N° 33: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces se baña a la semana?	3 veces
¿Quién le ayuda a bañarse?	Le ayuda la esposa e hijo
¿Cuántas veces se lava los dientes al día?	3 veces
¿Se baña en la ducha o en la tina?	En la tina porque no puede permanecer de pie y no tienen ducha
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	Si utiliza la crema lubriderm
¿Cada que tiempo se corta las uñas?	Cada semana
¿Realiza cambios de postura?	Si cada 1 o 2 horas

Tabla N° 34: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se le ve al paciente?	Intranquilo, desesperado, preocupado
¿Piensa que se recuperara completamente su salud?	Al principio sí, pero ahora en el estado que se encuentra el paciente están esperando que fallezca y descansa en paz
¿Cambia su estado de ánimo fácilmente?	Si con mucha facilidad
¿Realiza la terapia respiratoria indicada por el medico?	Si la realizan la esposa, o los hijos
¿Realiza rehabilitación musculoesqueléticas?	Ocasionalmente
¿En qué parte realiza la rehabilitación?	En la casa
¿Cuántas veces ha sido hospitalizado?	2 veces
¿Cuenta con el apoyo y ayuda de su familia?	Si te toda su familia

Tabla N° 35: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se comunica con sus familiares?	Hablado y con las manos ya que no se le entiende siempre cuando habla
¿Se le entiende con facilidad cuando habla?	No siempre
¿Utiliza mímicas para expresarse?	Muy poco
¿Desde qué tiempo le dificultad comunicarse con los demás?	Desde hace 5 meses
¿Tiene buena comunicación con su familia?	Si
¿Cómo se le ve al no poderse comunicarse con su familia?	Se le observa ansioso, intranquilo
¿Cuándo estaba hospitalizado le explicaron acerca de la rehabilitación que debe tener?	Si

Tabla N° 36: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuál es su religión?	Católica
¿Qué tan importantes es para usted la religión?	Muy importante
¿Cada que tiempo acude a la iglesia?	Acudía cada 15 días los domingos
¿Piensa que los valores son importantes?	Si
¿Tiene miedo a la muerte?	No
¿Es devoto a alguna imagen religiosa?	Si, del Señor del Terremoto

Tabla N° 37: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Usted trabaja?	No trabaja desde que le paso el accidente
¿En qué trabajaba?	En la agricultura
¿Qué labores realiza en su casa?	Ninguna
¿Su estado de salud le permite realizar todas las actividades laborales?	No realiza ninguna actividad desde su accidente
¿Cómo se le observa emocionalmente al no poder trabajar?	Triste, impotente

Tabla N° 38: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué actividades realiza durante la semana?	Ninguna
¿Qué actividades realiza durante el fin de semana?	Ninguna
¿Con qué frecuencia sale de paseo?	Antes salía 1 vez al año, desde hace 7 meses no sale debido a su estado de salud
¿Realiza terapias para relajarse?	No
¿Qué actividades realiza para distraerse?	Le sacan al patio para que vea a los vecinos y vea el paisaje

Tabla N° 39: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuáles son los estudios realizados?	Primaria
¿Sabe leer y escribir?	Muy poco
¿Sigue su tratamiento adecuadamente?	Si
¿Conoce acerca del estado de salud del paciente?	Si

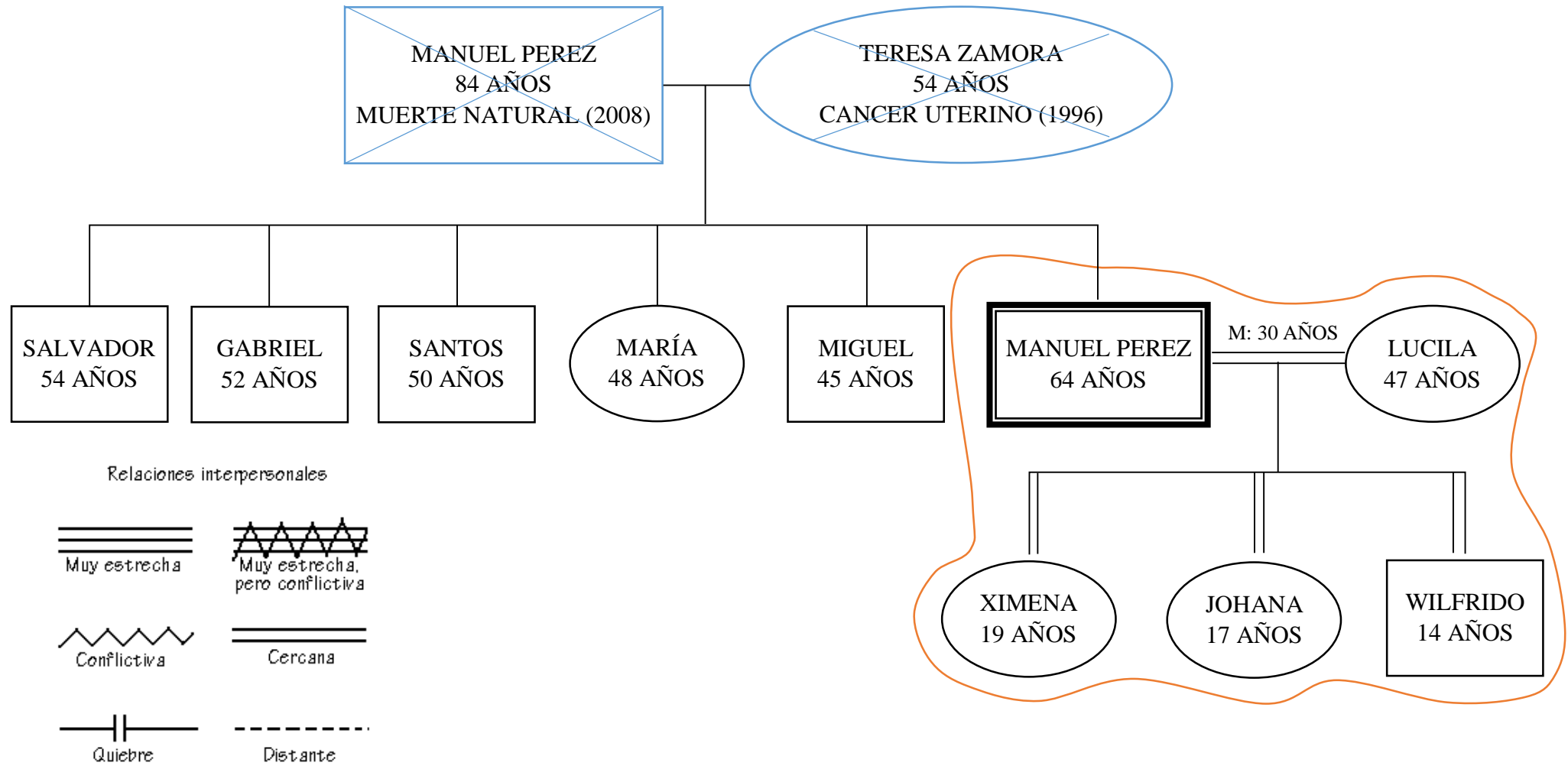
Tabla N° 40: Entrevista Estructurada

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

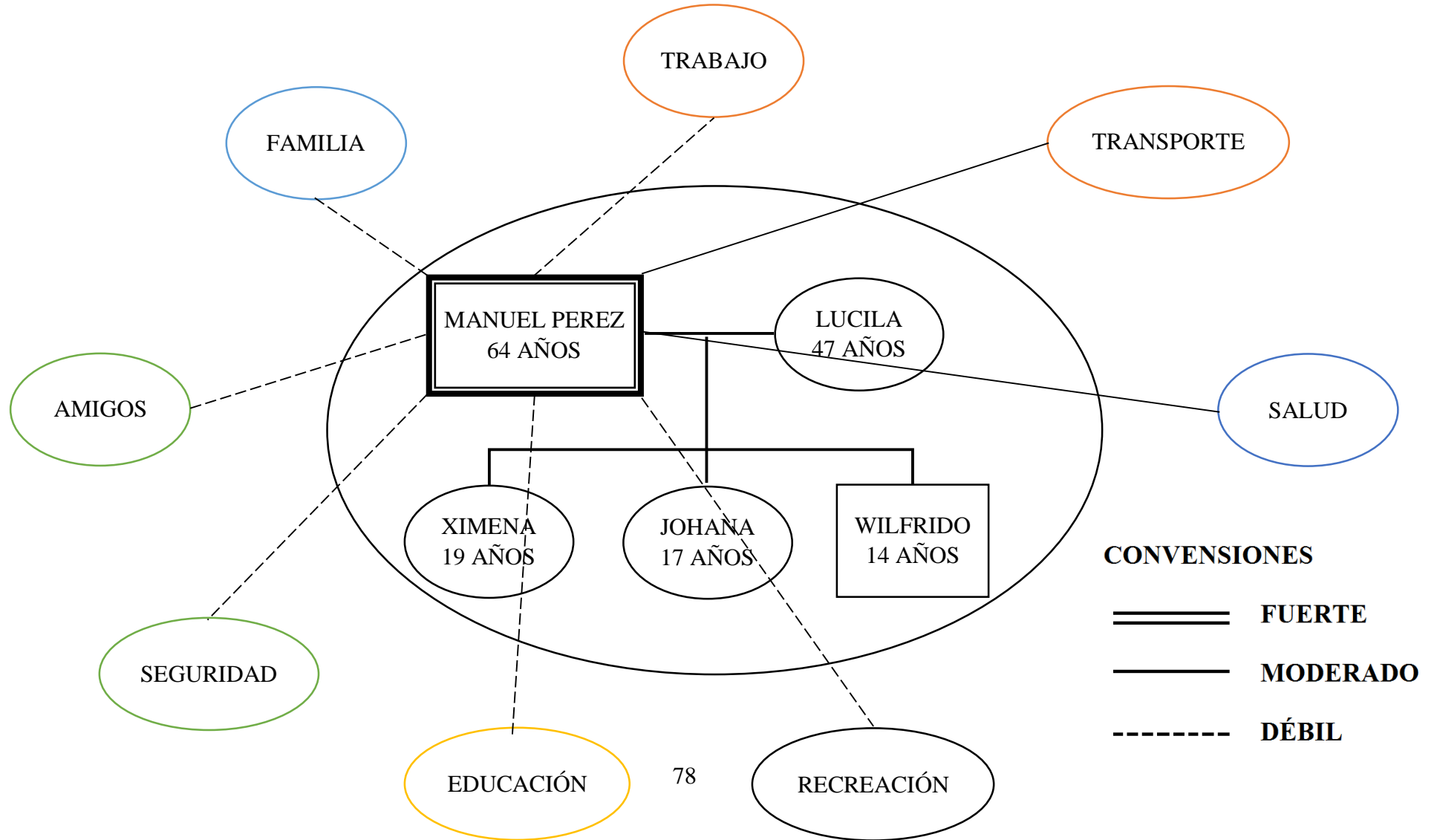
Anexo 6

FAMILIOGRAMA



Anexo 7

ECOMAPA



Anexo 8

FOTOS





