

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

NURSING CARE PLAN FOR PEOPLE WITH CRANIOENCEPHALIC TRAUMA

Mariana Becerra Guarín¹, Lizeth Jimena Cepeda Gómez², Angie Jineth Marín Burgos³, Lizeth Carolina Moreno⁴, Jimena Reyes Garzón⁵, Sheehan Shannen Whittingham Ortiz⁶, Rosa Villarreal Pérez⁷

Recibido: 28 de septiembre de 2018

Evaluado: 03 de octubre de 2018

Aceptado: 03 de octubre de 2018

Conflicto de intereses

Ninguno a declarar

Cómo citar este artículo

Becerra Guarín M., Cepeda Gómez L.J., Marín Burgos A.J., Moreno L.C., Reyes Garzón J., Pinzón Castro L.V., Whittingham Ortiz S.S., Villarreal Pérez R.E. Plan de cuidados de enfermería para personas con trauma craneoencefálico. *universalud.rev.ciencias salud Unisangil* 2018; 8(1):xxxx

Correspondencia: Rosa Ernestina Villarreal Pérez
rvillarreal@unisangil.edu.co
Cel:3176824244mariaortega@unisa ngil.edu.co

1. Estudiante de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.
2. Estudiante de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.
3. Estudiante de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.
4. Estudiante de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.
5. Estudiante de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.
6. Estudiante de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.
7. Enfermera, Docente de UNISANGIL. Especialista en gerencia, auditoría y calidad en los servicios de salud. Aspirante a maestría en ciencias de enfermería.

RESUMEN

Introducción: El trauma craneoencefálico (TEC) es la ocurrencia de una lesión en la céfala con presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la conciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos, fractura de cráneo, lesiones intracraneanas; o la muerte resultante del trauma, además de lesión encefálica y/o injuria cerebral traumática entre las causas que producen la muerte. El TEC severo se define por la presencia de 8 o menos puntos en la escala de Glasgow. Es la principal causa de muerte en las personas menores de 40 años.

Metodología: Este fue un caso de enfermería del paciente Pablo* valorado con el instrumento formato de valoración individual el cual consta de catorce secciones: la primera referente a la información individual, y las trece restantes hacen alusión a los dominios de la taxonomía Nanda y complementado con el NIC y el NOC, se aplica consentimiento informado.

Resultados: De acuerdo con los resultados se estableció el Dominio IX: Afrontamiento y tolerancia al estrés como el más importante, ya que por trauma craneoencefálico que el joven Pablo presentaba no ofrecía un pronóstico de vida a largo plazo, evidenciado por retraso en la recuperación. Otro diagnóstico fue duelo complicado, las actividades, según el NIC, facilitar el duelo, apoyo en la familia, técnicas de relajación, apoyo espiritual,

* Nombre ficticio para el caso.

afrontamiento menos doloroso por parte de la familia, logrando realizar acompañamiento y apoyo en el manejo del duelo póstumo a la muerte del paciente.

Conclusión: Es importante que el profesional de enfermería identifique la fase de duelo en que se encuentra la persona enferma y la familia para de esta manera ofrecer cuidados que mejoren sus necesidades, contribuyendo en su bienestar y confort en el proceso final de la vida.

Palabras clave

Hemorragia, traumatismo múltiple, heridas y traumatismos, complicaciones, mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: Cranioencephalic Trauma (ECT) is the occurrence of a cephalic injury with the presence of at least one of the following elements: altered consciousness or amnesia due to trauma; neurological changes, skull fracture, intracranial injuries; or death resulting from the trauma, in addition to brain injury or traumatic brain injury among the causes that produce death. Severe ECT is defined by the presence of 8 or fewer points on the Glasgow scale. It is the main cause of death in people under 40 years of age.

Methodology: This was a case of nursing about a patient, he was Pablo. He was valued with the instrument of individual valuation which consists of fourteen sections: the first one is referring to individual information, and the other thirteen sections make reference to the domains of NANDA taxonomy and supplemented with NIC and NOC, it was applied with informed consent.

Results: According to the results, Domain IX was established: Coping and tolerance to

stress as the most important, since the traumatic brain injury that young Pablo presented did not offer a long-term prognosis of life exposed by the delay in the recovery. Another diagnosis was complicated grief, the activities according to the NIC facilitate mourning, support in the family, relaxation techniques, spiritual support, less painful coping by the family, achieving accompaniment and supporting in the handling of posthumous mourning to the patient's death.

Conclusion: It is important that the nursing professional identifies the mourning phase is the sick person and the family in order to offer care that improves their needs contributing to their well-being and comfort in the final process of life.

Key words

Bleeding, multiple traumatism, injuries and traumatismos, complications, mortality.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los accidentes automovilísticos han venido en aumento. Han sido catalogados como accidentes de tránsito y se han convertido en un problema a nivel mundial que ocasionan un sinnúmero de consecuencias, como estados vegetativos y dependencias familiares por las complicaciones neurológicas, las cuales han llevado a un incremento de la mortalidad y de enfermedades severas, siendo el grupo de edad de 15 a 35 años los de mayor incidencia. Dentro de los diagnósticos más presentados el más común es el TCE, en el cual hay una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de

las habilidades cognitivas, físicas y emocionales del individuo el TCE se puede presentarse como leve moderada y severo^(1, 2).

Estadística en Colombia del TCE

Para el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que anualmente fallecen 5 millones de personas, aproximadamente, por causas atribuibles al trauma, lo que corresponde al 9% de la mortalidad total anual. Se considera que la hemorragia es responsable del 30% al 40% de las muertes y, de estas víctimas con sangrado, entre el 44% y el 67% fallecen después de llegar al hospital. Casi el 50% de las víctimas están entre los 15 y los 44 años (los de mayor estimado productivo) y dos tercios son hombres⁽³⁾.

Cerca del 90% de las muertes por trauma ocurren en países como Colombia, en los que las causas atribuibles a la violencia (autoinflingida, relacionada con conflictos bélicos convencionales o no convencionales e interpersonal) constituyen una mayor proporción que las atribuibles a trauma por accidentes de tránsito o trauma cerrado⁽³⁾.

Fisiopatología de la lesión cerebral y la hipertensión endocraneana

Lesión primaria. Es el daño directo causado por el impacto del trauma o por los mecanismos de aceleración-desaceleración. Incluye contusión cortical, laceración cerebral, fractura de cráneo, lesión axonal, contusión del tallo, desgarro dural o venoso, etc.⁽⁴⁾.

Lesión secundaria. Se desarrolla como consecuencia de la injuria primaria,

desarrollando sangrados, edemas, hiperemia, trombosis y otros procesos fisiopatológicos secundarios. Incluye hematoma intracraneano, epidural o subdural, edema cerebral, hipoxia y/o hipoperfusión cerebral, elevación de neurocitotoxinas y radicales libres, neuroinfección y aumento de la hipertensión endocraneana⁽⁴⁾.

Lesión terciaria. Es la expresión tardía de los daños progresivos o no ocasionados por la lesión primaria y secundaria con necrosis, apoptosis y/o anoikis (muerte celular programada por desconexión), que produce eventos de neurodegeneración y encefalomalasia, entre otros⁽⁴⁾.

Deterioro retardado. De los pacientes que inicialmente tuvieron TCE y no manifestaron síntomas o signos de lesión cerebral, 15% pueden presentar después, en minutos u horas, un deterioro neurológico causado por lesiones que pueden ser fatales si no se detectan a tiempo conocidas como «habla y deteriora» cuando el paciente ingresa a un servicio de urgencias consciente y hablando y con el paso de las horas por el trauma se produce un deterioro en su estado de salud o «habla y muere» hace referencia a aquel paciente que ingresa hablando y con el paso de las horas por la gravedad de la lesión muere⁽⁴⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

El traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) es una importante causa de mortalidad e incapacidades en todo el mundo y la causa más común de muerte en traumatismo cerrado. En Estados Unidos se estima en 50.000 muertes anuales por esta

etiología, y entre 11 y 12 millones de ciudadanos europeos y estadounidenses sufren incapacidades por esta grave enfermedad. Aunque la incidencia varía con las diferentes áreas geográficas, se estima que alrededor de 200 personas sufren TCE por cada 100.000 habitantes. Afecta más a varones (en relación 2:3) debido a los diferentes roles y conducta social de uno y otro sexo. La edad de máximo riesgo se sitúa entre los 15 y los 30 años, razón por la cual genera enormes pérdidas en años potenciales de vida. Se estima que por cada 250-300 TCE leves hay 15-20 moderados y 10-15 graves, lo que conlleva altos costes económicos y sociales⁽⁵⁾.

Según registros estadísticos del 2003, en Colombia se presentaron 5.492 muertes por accidente de tránsito. Esta cifra registrada en Colombia es alta, y lo ubica en el cuarto país, en América, con el mayor número de muertes por accidentes de tránsito, generado por la gran indisciplina social al no respetar las normas. La importancia de este trauma, no solo radica en su alta frecuencia, sino que afectan la calidad de vida del paciente y su familia creando un gran costo social⁽¹³⁾.

TRATAMIENTO

El tratamiento es realizado por profesionales de la salud y se basa en la prevención de la lesión primaria, la atención especializada en tiempos adecuados en el lugar del incidente y durante el transporte, los protocolos de manejo en UCI especializada, el control de los mecanismos de lesión secundaria y la utilización precoz de la cirugía. El manejo prehospitalario y a su ingreso en el hospital debe dirigirse a minimizar la aparición de lesión secundaria mediante la estabilización del paciente y la realización de tomografía

computarizada (TC) cerebral urgente. El ingreso en UCI será precoz, controlando posición, temperatura, agitación, dolor y hemodinámica, así como la aparición de daño pulmonar, frecuente en estos pacientes. La sedoanalgesia es obligada, y es necesario el control respiratorio y hemodinámico. Los fármacos utilizados habitualmente reducen la presión intracraneal (PIC). La elección del fármaco, incluso su retirada diaria para evaluar la exploración neurológica del paciente, dependerá de los objetivos propuestos. La relajación sistemática no está indicada⁽⁶⁾.

Prevención de las lesiones secundarias en los pacientes con trauma cráneo encefálico grave, TCEG

La posibilidad de reducir la morbimortalidad del TCEG mediante un sistema de atención organizado e integrado, que debe iniciar en la escena del accidente y culminar después de una adecuada rehabilitación neurológica y de volver a ser parte activa en la comunidad donde se desempeña. Así, se hace énfasis en el manejo del TCEG, tanto en las primeras horas como en las complicaciones relacionadas con el mismo, que se suscitan durante la internación y creación de Sistema Integrado de Urgencia Médica⁽⁶⁾.

El tratamiento extra hospitalario es aquel que comienza en lugar donde ocurrió el TCEG hasta la llegada del paciente al servicio de emergencia.

Conducta prehospitalaria

La evaluación inicial que se realiza a la persona por parte del profesional de salud es la piedra angular de la excelencia en el cuidado del paciente. De esta valoración

inicial dependen las complicaciones que a futuro puedan presentarse. Su primer objetivo es establecer la condición de la persona, es decir, en qué estado se encuentra en cuanto a sus probabilidades de vida o muerte.

En la persona críticamente traumatizada debe instituirse el tratamiento en el plazo de una hora a partir del momento en que sufrió la lesión. El tiempo en el escenario no debe ser superior a los 10 minutos. A esto se le llaman los 10 minutos de oro y la hora dorada.

Seguridad-escena. Evaluación de manera ordenada, deben atenderse primero aquellas lesiones que ponen en peligro la vida⁽⁶⁾.

Evaluación primaria

En la fase inicial, el TCEG debe ser tratado como cualquier otro traumatismo grave, teniendo además en cuenta que aproximadamente entre un 40 y un 50% de pacientes tiene otras lesiones traumáticas asociadas, y el personal de salud debe seguir las recomendaciones siguientes⁽⁶⁾:

- A) Mantener una vía aérea expedita y control de la columna cervical.
- B) Oxigenación y ventilación adecuada.
- C) Control de hemorragia externa y mantener la presión arterial.
- D) Evaluación del estado neurológico.
- E) Investigar otras lesiones traumáticas⁽⁶⁾.

METODOLOGÍA

Fue un plan de cuidado de enfermería que se ejecutó en el joven Pablo valorado por medio del "Instrumento formato de valoración individual" el cual consta de catorce secciones; la primera referente a la información individual, la cual contempla antecedentes personales y familiares

patológicos, grado de educación, religión, entre otros aspectos de caracterización y las trece restantes hacen alusión a los dominios de la taxonomía Nanda: el primero promoción de la salud, el segundo nutrición, el tercero eliminación, el cuarto actividad y reposo, el quinto percepción y cognición, el sexto autopercepción, el séptimo rol de relaciones, el octavo sexualidad, el noveno afrontamiento y tolerancia al estrés, el décimo principios vitales, el onceavo seguridad y protección, el doceavo confort⁽⁷⁾; posterior a la valoración se realizaron doce intervenciones con el paciente focalizadas en cuidados para mejorar la calidad de vida, enseñanza del cuidado al cuidador principal y manejo del duelo anticipado, en su lugar de residencia ubicada en el Municipio de San Gil^(8, 9); se realizaron actividades según la Resolución 8430 de 1995, clasificando la investigación sin riesgo y considerando valores éticos como beneficencia, no maleficencia, justicia y verdad; el cuidador firma el consentimiento informado.

En este seguimiento se toman como base los conocimientos vistos en clase durante la teoría asignada para este semestre, los cuales se correlacionan en la práctica asistencial con el fin de mejorar las condiciones de salud del joven Pablo el cual fue elegido por los estudiantes de octavo semestre de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud, junto con la docente asesora, por las patologías que presentaba, por ser un paciente joven y la familia encontrarse en desconocimiento de los cuidados que el paciente necesitaba para mantener su calidad de vida. Se contó con el consentimiento de la familiar (madre) quien nos permitió tener acceso a la información

necesaria para desarrollar dicho seguimiento.

RESULTADOS

Dominio I: Promoción de la salud

La madre de Pablo refiere que su estado de salud durante el último año y antes del accidente fue bueno ya que no se había enfermado, solo algunos procesos gripales, y en casos de sentirse enfermo acudía a las droguerías. Refiere que su hijo fumaba y consumía alcohol desde los 15 años. Antes de sufrir el accidente refiere que su hijo le ayudaba en la organización de la casa como en el apoyo económico. Actualmente su madre refiere necesitar ayuda para el mantenimiento de su hogar debido a la situación de salud de Pablo. La apariencia de Pablo es de facies delgadas, edad acorde con su edad cronológica, conformación simétrica, alto. Postura disfuncional extremidades hipotróficas, espasticidad de miembros superiores con predominio en miembro superior derecho, hiperreflexia derecha, hemiplejía derecha, movimientos corporales voluntarios.

Dominio II: Nutrición

Pablo actualmente tiene un peso de 60 Kg, una talla de 1,83 metros con índice de masa corporal de 17.96 por debajo del rango normal de acuerdo con la escala de la Organización Mundial de la Salud. A la valoración física se encontró cabello color negro, de grosor delgado y de buena implantación. Orofaringe con labios simétricos, secos e íntegros. Mucosa oral: rosada, húmeda y ausencia de lesión. Dientes: 32 piezas dentales, íntegras. Encías de color rojas, sin presencia de gingivitis y gingivorragia. Lengua simétrica, con

presencia de quelosis, tamaño proporcional al de la boca y húmeda. Amígdalas; tamaño normal, color rosadas e íntegras, cuello móvil con herida quirúrgica por traqueostomía, estoma sin signos de infección e inflamación. A la valoración del abdomen se encontró forma plana, simétrico, piel íntegra y con presencia de herida quirúrgica por gastrostomía, ruidos intestinales normales y presentes, pared abdominal blanda, depresible, piel morena, textura normal e íntegra.

Dominio III: Eliminación

Sistema urinario: a la valoración se observó la orina de color amarillo, de olor característico y realiza 4 micciones por día de frecuencia irregular.

Sistema gastrointestinal: deposiciones de consistencia normal, secuencia de dos veces al día durante la mañana y la tarde, sin ninguna alteración, control de esfínter normal con respuesta pronta al estímulo de defecación.

Dominio IV: Actividad y reposo

A la valoración física, cabeza simétrica de forma y tamaño normal, sin presencia de masas o hundimientos, con implantación adecuada, de color de cabello negro, delgado, higiene no adecuada, cara simétrica alargada, proporcional al tamaño del cuerpo, piel de color morena íntegra, textura áspera, sin presencia de nevus, temperatura y sensibilidad normal, sin presencia de masas y ganglios normales. Cuello simétrico con presencia de traqueostomía, con escasa fuerza, pulsaciones carotídeas presentes de ritmo normal, no hay presencia de masas, ni adenopatías, temperatura normal, no se

palpan ganglios suboccipitales, posauriculares, submandibulares, submentonianos y subclaviculares, glándula tiroideas de tamaño normal, arteria carótidas de tamaño normal, sin presencia de ingurgitación yugular. Hombros, tronco, cadera y miembros superiores e inferiores simétricos en relación con el cuerpo, se ve afectada la parte de la movilidad por el daño axonal difuso, con escasa fuerza muscular, débil con hipotonía, no presenta úlceras por presión ni zonas de presión, pulsos periféricos presentes y temperatura adecuada.

El grado de actividad es nula, ya que con su patología no puede realizar ninguna actividad.

Dominio V: Percepción/cognición

Julieta la madre de Pablo refiere que tenía facilidades para aprender cosas nuevas ya que trabajaba en lo que le saliera y aprendía a desempeñarse en ello. No tenía dificultades para mantener la atención, así como tampoco refiere problemas de visión o audición aparentemente, ya que nunca asistió a alguna valoración médica por dicha especialidad. Tampoco presenta dificultades a la hora de tomar decisiones, su madre refiere que estas las toma de forma inmediata sin pensar mucho en ellas. Estado de conciencia estupor con Glasgow de 7/15.

Párpados con oclusión completa, posición de bordes normales, pestañas con adecuada implantación, aparato lagrimal permeable, conjuntiva palpebral y bulbar íntegra y húmeda, escleras amarillas, cornea transparente, lisa con sensibilidad, iris íntegro de color café, pupilas normo reactivas a la luz. En la valoración de oídos se

encontró: adecuada ubicación e implantación; tamaño proporcional al resto del cuerpo, pabellón auricular normo implantado, íntegro, simétrico, sin secreciones.

Tabla 1. Evaluación por pares craneales

Par craneal	Resultado
Olfatorio	No se pudo valorar.
Óptico	Alterado. El paciente no sigue los objetos.
Oculomotor	Alterado. Sin presencia de ptosis.
Troclear	Alterado.
Trigémino	Sensibilidad de la cara presente, músculos mandibulares con buen tono.
Abducens	Presenta movimientos hacia adentro y hacia afuera pero solo de manera espontánea.
Facial	El paciente abre la boca con dificultad y es capaz de cerrar los ojos con fuerza.
Vestibular	La función auditiva no se pudo valorar. Paciente incapaz de mantenerse de pie por sí solo.
Glossofaríngeo	No se pudo valorar.
Vago	Reflejo vago presente, no se pudo valorar la capacidad de deglutir.
Espinal	No se pudo valorar.
Hipogloso	Lengua sin desviaciones.

Dominio VI: Autopercepción

La familiar (madre) refiere que Pablo era una persona alegre, cariñosa, solidaria y responsable con sus hijas, pero debido a su condición actual está limitado para poder realizar las actividades que realizaba antes de su accidente. En cuanto a su apariencia física la familiar refiere que se sentía bien consigo mismo y con su aspecto físico. Con respecto a su carácter expresa que se enfadaba cuando personas ajenas se involucraban con su familia o amigos, era una persona tranquila, le gustaba compartir

con sus amigos y familia. Actualmente no realiza ninguna actividad por su accidente.

Dominio VII: Rol/relaciones

La señora Julieta (madre) relata que viven en arriendo. Dice que antes su hijo respondía por el bienestar de sus hijos y por el hogar, considera que los ingresos son para suplir sus necesidades básicas, refiere que Pablo se dedicaba a laborar como domiciliario y/o obrero de construcción; además mantenía buenas relaciones con sus hermanos y con los vecinos.

Dominio VIII: Sexualidad

La madre refiere que Pablo tenía buenas relaciones con personas del sexo opuesto, actualmente se encuentra separado y no tiene vida sexual activa, debido a las condiciones de salud en las que se encuentra por el trauma craneoencefálico.

Dominio IX: Afrontamiento/tolerancia al estrés

El joven Pablo por su estado actual de salud y por la medicación prescrita permanece en estado de somnolencia lo cual no permite evidenciar cambios en el estado de ánimo. La familiar refiere que las situaciones difíciles las afrontaban con fortaleza y decisión, acudía principalmente a su madre cuando sentía preocupación, en los momentos difíciles ocasionalmente ingería licor. Durante el desarrollo de la valoración Pablo presentó episodios ocasionales de agresividad por lo cual se debía mantener con inmovilización física constante.

Dominio X: Principios vitales

Según es manifestado por la madre en su hogar es importante la religión como elemento primordial para la vida, ya que Dios es el dador de vida y es quien le ayuda a

afrontar las situaciones difíciles. La madre de Pablo coloca en manos de Dios la salud de su hijo, manifiesta su deseo de que su hijo se recupere y llegue a la casa para que comparta con sus hijos.

Los valores más importantes para inculcar a su hijo son el amor, el respeto, la responsabilidad, la humildad, la honestidad.

Dominio XI: Seguridad y protección

El joven Pablo presenta secuelas de trauma craneoencefálico como la hemiparesia derecha y la pérdida de habilidades físicas y cognitivas que le impiden mantener el equilibrio y la movilidad. Este paciente es usuario de traqueotomía, moviliza abundante secreciones razón por la cual debe aspirarse continuamente para garantizar una vía aérea permeable. Así mismo, presenta dificultad para deglutir los alimentos lo que ocasiona el uso de gastrostomía.

El joven Pablo se encuentra en un riesgo de úlceras por presión según la escala de Braden de riesgo alto con un puntaje de 8. Durante las 8 visitas se obtuvo el mismo porcentaje de la escala de Braden.

Dominio XII: Confort

No manifiesta dolor localizado debido a su estado de salud actual y la situación en la que se encuentra, pues presenta hemiparesia derecha. Su madre manifiesta que antes no sufría de ninguna enfermedad, a nivel social describe que sus relaciones eran buenas con los amigos, se sentía feliz con las personas que lo rodeaban. En el ambiente que se encuentra manifiesta que ha cambiado su vida totalmente ya que está en una cama sin presentar movilidad, sin poder comunicarse.

DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

Dominio IX: Afrontamiento y tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Etiqueta: Duelo complicado.

Definición: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no siguen las expectativas normales y se manifiesta un deterioro funcional.

Duelo complicado:

El proceso del duelo es una respuesta vital, esencial del ser humano ante la inevitable experiencia de la pérdida. Aunque este proceso de duelo se puede aplicar, con distintos grados de intensidad, a diversos tipos de pérdidas vitales, la intensidad de la repercusión emocional que tiene la pérdida de un ser querido hace que el proceso de duelo esté centrado prácticamente en esta circunstancia⁽¹⁰⁾.

Diagnóstico de enfermería: Duelo complicado por factor relacionado con la muerte de una persona significativa, manifestada por expresa falta de aceptación de la muerte, sufrimiento emocional persistente y sufrimiento por la separación.

RESULTADOS DEL NOC

Resultado: Afrontamiento de problemas.

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Adaptación psicosocial.

Estado inicial: El joven Pablo se encontraba en un estado inicial: Afrontamiento de problema raramente demostrado 6/20 evidenciado porque se identifican dos de las

estrategias de superación y refieren disminución de dos de los sentimientos negativos propuestos.

Estado esperado: Se espera que el joven Pablo alcance un estado en: afrontamiento de problema a veces demostrado 14/20 evidenciado porque identifican cinco de las estrategias de superación, adopta dos conductas para reducir el estrés, obtienen ayuda moderada del personal sanitario, de enfermería y psicología y refieren disminución de cinco de los sentimientos negativos propuestos.

Estado final: El joven Pablo logró un estado de 12/20, a veces evidenciado porque identifica tres de las estrategias de superación, adopta dos conductas para reducir el estrés, obtiene apoyo sanitario moderado del profesional sanitario de enfermería y psicología.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Facilitar el duelo

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

Actividades

- ✓ Facilitar el aprendizaje.
- ✓ Se fomentó la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- ✓ Se ayudó a la familia a identificar estrategias personales de afrontamiento.
- ✓ Se fomentó la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo dibujando o jugando.
- ✓ Se animó a los niños a comentar los sentimientos.

Apoyo en la familia

Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.

Actividades

- ✓ Se valoró la reacción emocional de la familia frente a la pérdida.
- ✓ Se determinó la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- ✓ Se dio respuesta a todas las preguntas de los miembros de la familia o se les ayudó a obtener las respuestas.

Técnica de relajación

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

Actividades

- ✓ Se sentó y se habló con la familia.
- ✓ Se instruyó al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.
- ✓ Se proporcionó tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.
- ✓ Se ayudó a mantener la calma de una manera deliberada en la familia por las condiciones del paciente durante su estancia hospitalaria y luego de su muerte.

Apoyo espiritual

Definición: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.

Actividades

- ✓ Se sentó y se habló con la familia.
- ✓ Se fomentó el uso de recursos espirituales.
- ✓ Se facilitó el uso de meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
- ✓ Se estuvo abierto a los sentimientos de la familia acerca de la enfermedad y la muerte.

Dominio XI: Seguridad y protección

Clase 2: Lesión física

Etiqueta: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables⁽¹⁾.

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con disfunción neuromuscular manifestado con ausencia de tos y excesiva cantidad de esputo.

RESULTADOS DEL NOC

Resultado: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

Definición: Vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar

Estado inicial: El joven Pablo se encontraba en un estadio inicial de 9/20 desviación sustancial del rango normal evidenciado porque presenta una frecuencia respiratoria 14-16 respiraciones por minuto, tiene incapacidad para eliminar secreciones, presenta ruidos respiratorios patológicos, sibilancias y estridor, y se observa acumulación de esputos de forma sustancial.

Estado esperado: Después de realizar las intervenciones propuestas se espera que el joven Pablo logre un estado esperado de 15/20 desviación leve del rango normal evidenciado porque presenta una frecuencia respiratoria 17-18 respiraciones por minuto, tiene incapacidad para eliminar secreciones moderadamente, no presenta ruidos respiratorios patológicos y se observa acumulación de esputo de forma moderada.

Estado final: Después de las intervenciones realizadas al joven Pablo se logra un estado 11/20 de desviación moderada del rango normal. Presenta una frecuencia respiratoria 14-16 respiraciones por minuto, tiene incapacidad para eliminar secreciones presenta ruidos respiratorios patológicos, sibilancias y se observa acumulación de esputo de forma moderada

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

Aspiración de las vías aéreas

Definición: Aspiración de las secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente

Actividades

- ✓ Se determinó la necesidad de la aspiración oral o traqueal.
- ✓ Se basó la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- ✓ Se limpió la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la espiración.
- ✓ Se controló y observó el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

Control de infecciones

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades

- ✓ Se realizó el lavado correcto de manos antes y después de cada actividad de cuidados de los pacientes.

- ✓ Se pusieron en práctica medidas universales de protección personal para el personal de salud.
- ✓ Se aseguró una técnica de cuidados de heridas adecuadas.
- ✓ Se administra un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

Actividades

- ✓ Se vigiló la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las respiraciones
- ✓ Se auscultó los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.
- ✓ Se instauró tratamientos de terapia respiratoria (nebulización) cuando sea necesario.

Dominio IV: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Etiqueta: Deterioro de la movilidad física.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo de una o más extremidades⁽¹²⁾.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física, factor relacionado deterioro neuromuscular manifestado por inestabilidad postural y movimientos espásticos.

Resultados del NOC

Resultado: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Dominio: Salud funcional.

Clase C: movilidad.

Estado inicial: El joven Pablo se encontraba, como consecuencia de la inmovilidad, en condiciones fisiológicas en un nivel de 7/20 sustancialmente comprometido, evidenciado porque el movimiento muscular es eliminado por la gravedad, no realiza cambios de posición corporal en el día, su tono muscular está disminuido y se le dificulta sustancialmente el movimiento, y las articulaciones realizan escasos movimientos.

Estado esperado: El joven Pablo tenía, como consecuencia de la inmovilidad, sus condiciones fisiológicas en un nivel de 15/20, levemente comprometido evidenciado porque logra que el movimiento sea completo contra la gravedad y la resistencia mínima; realizó 3-4 cambios de posición corporal en el día; su tono muscular es regular y se le dificulta levemente el movimiento y las articulaciones realizan movimientos sustanciales.

Estado final: Al finalizar las intervenciones de enfermería el joven Pablo logró, como consecuencia de la inmovilidad, que sus condiciones fisiológicas alcanzaran un nivel de 11/20, a veces evidenciado porque tiene un movimiento parcial solo contra gravedad; realiza de 1 a 2 cambios de posición corporal en el día; tono muscular disminuido y se le dificulta moderadamente el movimiento; las articulaciones realizan movimientos moderados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

Terapia de ejercicios: control muscular

Definición: Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

Actividades

- ✓ Se evaluaron las funciones sensoriales.
- ✓ Se mantuvo la privacidad del paciente.
- ✓ Se trabajó en el paciente el lado más afectado del cuerpo.
- ✓ Se utilizaron estímulos táctiles.
- ✓ Se observaron los ejercicios realizados por el paciente.
- ✓ Cuidados del paciente amputado.

Fomento del ejercicio

Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades

- ✓ Se exploraron las barreras para el ejercicio.
- ✓ Se ayudó al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- ✓ Se proporcionó una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión

Definición: Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del músculo.

Actividades

- ✓ Se especificó el tipo de duración del ejercicio.
- ✓ Se modificaron los movimientos y métodos del ejercicio.
- ✓ Se fijaron objetivos realistas a corto plazo.
- ✓ Se hicieron sesiones de entrenamiento a la semana según necesidad.

Cambio de posición

Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades

- ✓ Se explicó al paciente que se le va a cambiar de posición según corresponda.
- ✓ Se modificaron los movimientos y métodos del ejercicio.
- ✓ Se fomentó la realización de ejercicios pasivos y activos de rango de movimiento.
- ✓ Se giró al paciente cada dos horas en las visitas realizadas.

CONCLUSIONES

La valoración por dominios permitió conocer las distintas alteraciones, los campos en los cuales era oportuno intervenir y trabajar con el paciente y su familia, así mismo, se identificaron los factores que influyeron en el proceso de rehabilitación o mantenimiento de la calidad de vida del paciente, se ofrecieron cuidados oportunos ameritados por la persona en condiciones de total dependencia de cuidados. Con estos datos se vinculó a la familia (madre) en este caso como cuidador principal ya que ella debía empezar a ejercer un rol importante del paciente de ahora en adelante.

Luego de identificar las actividades prioritarias por trabajar el profesional de enfermería con el paciente y la familia se estableció un cronograma de trabajo en el cual se acordaron fechas de visita con la familiar para no intervenir en sus actividades diarias, se establecen compromisos.

Al finalizar las intervenciones se obtuvo el inevitable desenlace que fue desalentador para el grupo de trabajo y familia objeto de atención, puesto que se intervino en múltiples ocasiones a la persona/familia, razón por la cual se había creado un vínculo de afectividad con este; sin embargo, se pudo intervenir el duelo anticipado en la familia, con sus hijos y se logró desde el inicio concienciar a la familia sobre las condiciones de la persona y se creó una mayor aceptación, de esta manera, se disminuyó el impacto de su muerte, se realizaron varias visitas luego del fallecimiento del paciente a su familia donde se evidenció lo antes mencionado.

REFERENCIAS

- (1) Suleiman GH. Trauma craneoencefálico severo: parte 1. *Medicrit*. [Internet] 2005 [acceso 4 de julio de 2018]; 2(7): 107-148. Disponible en <http://www.medicrit.com/rev/v2n7/27107.pdf>
- (2) Quijano M. & Cuervo M. Alteraciones cognitivas después de un trauma craneoencefálico. *Acta Colombiana de Psicología*. [Internet] 2011 [acceso 4 de julio de 2018]; 14 (1): 71-80. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/798/79822602007.pdf>
- (3) Mejía J., Puentes F., Ciro J. & Morales C. Hemorragia y trauma, avances del estudio CRASH2 en Colombia. *Rev. Colomb Cir.* [Internet] 2009 [acceso 8 de junio de 2018]; 24: 175-183. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v24n3/v24n3a6.pdf>
- (4) Guzmán F. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colomb med* [Internet] 2008 [acceso 2 de junio de 2018]; 39 (3):

78-84. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39s3/v39s3a11.pdf>

(5) Alted López E., Bermejo Aznárez S., Chico Fernández M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. *Med. Intensiva* [Internet] 2009 [acceso 4 de junio de 2018]; 33(1): 16-30. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000100003&lng=es.

(6) Liriano González Ml., González del Pino Rl., Aneiro Alfonso C., Collado Lorenzo IF. Prevención de las lesiones secundarias asociadas al traumatismo craneoencefálico grave en el medio extrahospitalario. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2014 [acceso 3 de julio de 2018]; 36(4): 473-486. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400009&lng=es.

(7) Nanda. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (2009-2011) Barcelona: Elsevier, 431 p.

(8) Moohead, S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). (5ª ed.). (2009) Madrid: Elsevier.

(9) McCloskey J. Bullecek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (4ª ed.). (2005) Madrid: Mosby.

(10) Oviedo Soto SJ., Parra Falcón FM., Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 [acceso 4 de julio de 2018]; (15): [aprox. 1] Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015&lng=es.

(11) Nanda Diagnóstico. Limpieza ineficaz de vías aéreas. Disponible en: <https://www.mundoenfermero.com/nandanoctic/nandadiag.php?coddiag=31>

(12) Nanda Diagnóstico. Deterioro de la movilidad física. Disponible en: http://webs.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero/patron4/3_00085.htm

(13) Losada Lozano, A. Trauma craneoencefálico aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos. Disponible en <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/40-Texto%20del%20art%C3%ADculo-54-1-10-20160401.pdf>