

CASO TCE

Joven que es traído al servicio de urgencias, por el SEM, tras haber sufrido un accidente de moto. Testigos informan que el casco al no ir atado salió despedido, cosa que provocó que Roger colisionara directamente con la cabeza en el suelo.

Cuando los servicios de emergencia llegaron al lugar del accidente Roger estaba confuso, y ante un estímulo doloroso abría los ojos e iba a buscar con la mano el punto de dolor.

1. ¿Qué Glasgow tenía?

TABLA 3
Escala de Glasgow

	Puntuación
<i>Apertura ocular</i>	
Espontánea	4
A la orden verbal	3
Tras estímulos dolorosos	2
Ausente	1
<i>Respuesta verbal</i>	
Orientada	5
Confusa	4
Inapropiada	3
Ininteligible	2
Ausente	1
<i>Respuesta motora</i>	
Obedece órdenes	6
Localiza dolor	5
Retira ante dolor	4
Flexión anómala ante dolor	3
Extensión ante dolor	2
Ausente	1

Confuso (4) +

Abre los ojos al dolor (2) +

Localiza el dolor (5)

GLASGOW: 11

Sus constantes al momento del ingreso son:

- TA: 140/90 mmHg.
- FC: 90X'
- Tª: 36°C
- FR: 18X' regular.
- SatO₂: 92%
- Focalidad neurológica:
 - o Midriasis reactiva derecha.
 - o Hemiparesia izquierda.

Roger es diagnosticado de **Hemorragia Intracerebral Temporal Derecha**.

2. ¿Qué prueba crees que ha facilitado el diagnóstico? ¿Qué crees que se apreciará en la prueba?

La prueba que se usará será un TAC. Lo que se podría apreciar es una mancha blanca irregular (se da en trastornos hemorrágicos); si fuera una mancha oscura sería un trastorno isquémico.

Tras confirmar el diagnóstico se dirige a quirófano donde se le realiza una Craniectomía para controlar la hemorragia y colocar un sensor de PIC con Drenaje Ventricular Externo (DVE). Posteriormente ingresa en UCI.

Portador de Tubo endotraqueal (TET) del nº7'5 conectado a Ventilación Mecánica (VM), en modalidad de Volumen Control (VC); está sedadoanalgesiado con Midazolam a 10ml/h y Cloruro Mórfoico a 5ml/h.

3. Con los datos facilitados elabora un plan de cuidados para el paciente.

Para la HTIC tendremos en cuenta:

HTIC s/a Hemorragia Intracerebral Temporal Derecha. (Interdependiente potencial)

A. Estabilidad hemodinámica

- **Garantizar la perfusión cerebral** (PPC: TA media – PIC media)
 - Control HDM (Hemodinámica)
 - Control PIC

B. Controlar la PIC – Reducir Edema

- **Actividades que elevan PIC**
 - **Factores estresantes:** dolor, ruido, luz intensa.
 - **Posición-movilizaciones:** prono, trendelemburg, flexión caderas, levantarse solo, posición cuello.
 - **Aumento metabolismo:** hipertermia, convulsiones.
 - Aspiración secreciones.
- **Otros:** tos, maniobra valsalva, vomitos, PEEP.
- **Monitorización PIC:** Drenaje Ventricular.
- **Evitar sobrecarga de volumen:** STP isotónica o hipertónica (NaCL 0'9%)
 - **Diuréticos**
 - **Manitol** → diurético osmótico, disminuye producción LCR.
 - **Furosemida** → asociada a manitol, prolonga gradiente osmótico.
 - **Corticoides:** Dexametasona
 - **Drenaje ventricular**

C. Control ventilatorio

- Garantizar **oxigenación** adecuada. Evitar hipoxia.
- Hiperventilación.

D. Controlar manifestaciones – valoración.

- **Temperatura:** medidas físicas, antitérmicos, ATB si fx abiertas.
- **Dolor:** analgesia, ¿sedación?
- **Convulsiones:** ¿profilaxis?

- **Glicemias:** >200 favorecen el edema cerebral → ↑PIC

E. Eliminar causa HTIC: Cirugía.

Riesgo de infección r/c Drenaje Ventricular. (Interdependiente potencial)

- Valorar nivel de consciencia, tamaño y reacción pupilar.
- Posicionar el cabezal de la cama a 30°.
- Controlar constantes.
- Realizar curas asépticas del punto de inserción y las conexiones cada 24/48h y siempre que el apósito esté mojado y/o manchado.
- Se puede realizar higiene del cuero cabelludo a partir del tercer día de intervención.
- Revisar el sistema de drenaje en cada turno.

Riesgo de infección respiratoria r/c tubo endotraqueal (Interdependiente potencial)

- Evitar humedad condensada.
- Protocolo del cambio del circuito y material respiratorio.
- Lavar y desinfectar el respirador después de cada paciente.
- Realizar aspiración, con sondas de un sólo uso, lavado de manos y guantes. Aspirar primero el tubo endotraqueal y después con una sonda diferente la orofaringe
- Comprobar neumotaponamiento.

Riesgo de obstrucción de la vía aérea r/c tubo endotraqueal (Interdependiente potencial)

- Mantener la humidificación de los gases inspirados.
- Realizar aspiración de secreciones.
- Fisioterapia respiratoria.

Riesgo de desplazamiento del TET r/c tubo endotraqueal (Autónomo potencial)

- Cambiar apósitos y esparadrapo.
- Comprobar el neumotaponamiento (20-30 mmHg)
- Evitar desconexiones.

Riesgo de lesión r/c tubo endotraqueal (Autónomo potencial)

- Cambios posicionales del tubo.
- Almohadillar las zonas de presión entre el tubo/mordedor y la comisura labial.
- Comprobar el hinchado del neumotaponamiento.

Riesgo de Sdme. de desuso r/c sedoanalgesia

Riesgo del síndrome del desuso → UxP, estreñimiento, ↑ secreciones pulmonares, trombosis, alteraciones urinarias, ↓ fuerza/resistencia, desorientación, ↓ autoconcepto.

- Valorar diariamente las membranas mucosas, lengua, encías y piel: humedad, limpieza, integridad, edema, color, sangrado y olor.
- Aplicar vaselina, bálsamo labial para la sequedad bucal.
- Realizar cambios posturales.
- Mantener el cuerpo alineado en cada cambio postural, evitando rotaciones, extensiones y/o flexiones forzadas.