



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-62**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
PARA PACIENTE ADULTO CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO  
MODERADO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**CINTHIA GUADALUPE CUEVAS HERNÁNDEZ**

**ASESOR:**

**M.E. ALICIA SANCHEZ ORTIZ**

**ORIZABA, VER.**

**2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios.**

*Por iluminar y guiar mi caminar, por la fortaleza que me ha dado siempre, porque en los momentos más difíciles, me ha permitido ver todo con más claridad, comprender que las experiencias vividas, me ayudan para bien y me ha permitido concluir esta etapa profesional en mi vida.*

*¡Gracias Dios!*

### **A mi padre.**

*Aunque no estés presente, sé que celebras este triunfo conmigo, y que te sientes orgulloso. Cuando sentía que no podía más te recordaba diciendo "él no puedo era para los demás, pero para nosotros no". Te amo incondicionalmente y le agradezco a Dios por cada momento que me permitió vivir a tu lado.*

### **A mi madre.**

*Gracias mamá por siempre estar ahí, por el amor y la confianza que me has dado, sé que nuestro camino no ha sido fácil, pero tú siempre te has esforzado por nosotros y vernos cumplir cada uno de nuestros sueños. Hoy es uno de ellos y te lo dedico porque sin ustedes no sería nada, son el motor de mi vida. Te amo mamá.*

### **A mis hermanos.**

*Gracias Natha, Karli y Dili, por su apoyo, sus palabras, por estar en los momentos difíciles, ustedes han sido un motivo más para seguir superándome y dar lo mejor de mí.  
Este logro también es de ustedes.*

### **A mis maestros.**

*A mis Maestros por su paciencia, por transmitir y enseñarme a buscar el conocimiento, especial a las Lic. Yasmin por haber estado desde el inicio de este aprendizaje.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN .....	7
OBJETIVOS .....	8
METODOLOGÍA.....	9
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO .....	13
1.1 Enfermería como profesión disciplinaria. ....	13
1.2 El cuidado como objeto de estudio.....	16
1.3 Proceso de atención enfermería. ....	19
1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE. ....	21
1.5 Etapas del proceso atención de enfermería.....	33
1.6 Problemática de salud de la persona. ....	45
1.7 Diagnóstico y tratamiento.....	47
CAPÍTULO II RESUMEN DEL CASO CLÍNICO. ....	50
CAPÍTULO III DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA. ....	53
3.1 Valoración clínica del sujeto de cuidados.....	53
3.2 Diagnóstico de enfermería según el caso. ....	55
3.3 Planificación de intervenciones. ....	56
3.4 Ejecución de intervenciones.....	57
CAPÍTULO IV PLAN DE ALTA. ....	61
CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS.....	65
GLOSARIO.....	70
ANEXOS.....	73

## INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo pasado, la profesión de enfermería ha sido reconocida como un objeto cognitivo de estudio al cuidado del ser humano. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es uno de los instrumentos principales que se sostiene con el método científico, el cual obtiene el apoyo de diferentes teorías de enfermería. Su principal enfoque es la resolución de los problemas que va dirigido a cubrir las necesidades tanto de pacientes, familiares y comunidades.

En la actualidad, se menciona que el Proceso de Atención de Enfermería es considerado como un método científico que ayuda a facilitar al personal de enfermería a ejecutar planes de cuidado de forma directa, indirecta e individualizada, siendo de manera racional, lógica y sistemática.

El instrumento no solo se basa en la profesión y en cuidar al paciente por la patología que puede llegar a presentar, también es importante el crear un vínculo enfermero(a)-paciente, para que de alguna forma se pueda observar la calidad de los cuidados que se llegan a brindar y como profesional darnos a la tarea de indagar más allá de la situación por la que el paciente está viviendo, ya que la función de enfermería no solo se basa en cuidar físicamente ni seguir ordenes médicas, una de nuestras funciones principales es que se tenga un pensamiento crítico para que de esa manera nosotros como profesionales lleguemos a sentir y obtener esa satisfacción de poder ver y decir que gracias a la atención que se le ha brindado de manera holística el paciente ha tenido una recuperación pronta.

Podemos mencionar que el PAE, en tiempos pasados no tenía el significado he importancia que hoy en día tiene, tampoco el profesional tenía el conocimiento como hasta la fecha, sin embargo, hoy en día se ha podido observar que el profesional de enfermería

ha llegado a presentar conflictos a la hora de elaborar cada una de las etapas del proceso, sobre todo en la valoración y diagnóstico de enfermería.

En el capítulo I se aborda a enfermería como una disciplina profesional la cual tiene sus inicios y su origen en el acto humanístico de proporcionar cuidados a los heridos. Con Florence Nightingale como máxima representante y figura disciplinaria, desde entonces da inicio a los que hoy se conoce como enfermería profesional, bajo su teoría describió a la disciplina y a la relación que existe con el entorno del paciente, dando principal interés a la observación como elemento primordial para brindar cuidado, y es así, como indirectamente se crean los cimientos para el desarrollo del proceso de atención enfermero el cual evidencia a la práctica profesional, que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional, permite lograr una integración de la teoría y la práctica y esta a su vez crea las oportunidades de crecimiento personal y profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, en el capítulo II se presenta el caso clínico elegido el cual trata de un paciente diagnosticado con Traumatismo Craneoencefálico de grado moderado al cual en base a la observación de las necesidades afectadas y con apoyo del proceso enfermero se le realizó un diagnóstico enfermero, con el fin de identificar e intervenir adecuadamente en los problemas presentes para la toma de decisión eficaz para la recuperación de su salud en base al modelo de Virginia Henderson.

Una vez identificadas las necesidades de nuestro paciente que afectan a su salud, en base a la observación da inicio al desarrollo del proceso de atención enfermero en el capítulo III se realiza con la intención que el profesional de enfermería conozca y aplique

de forma correcta el PAE sin importar la circunstancia de exceso de trabajo, conocimiento o falta de disposición. Para evitar su aplicación, es de suma importancia que se maneje de forma correcta ya que el proceso es para la estabilidad del paciente, familia y enfermera (o), pero principalmente para el paciente.

## JUSTIFICACIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es definido como "daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, causado por una fuerza externa, que se produce por una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas (GPC, 2018, p. 9)

Por medio de un estudio realizado por la Revista Mexicana de Neurociencia, se llega a la conclusión de que "1.2 millones de personas a nivel mundial fallecen anualmente por TCE, y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales". Las causas más frecuentes que se llegan a presentar son: laborales, en el hogar, al aire libre, al practicar algún deporte, agresión física y accidentes de tránsito (Carrillo & Meza, 2015, p. 433)

Es por ello, que la importancia de elaborar el proceso de atención de enfermería surge ante la necesidad de detectar factores de riesgo que existen en los pacientes que presentan traumatismo craneoencefálico; esta planeación es estratégica, ya que permite diferenciar las necesidades del paciente para llevar a cabo un plan y proceso definido para la atención oportuna y eficaz. Al analizar estos factores y realizar diagnósticos, el profesional de enfermería dispondrá de las taxonomías de enfermería y de esta manera podrá generar un plan de cuidados dirigido a la restauración del paciente.

Sin embargo, este proceso de atención de enfermería se realiza con la finalidad de dar a conocer los cuidados que deben de ser brindados a pacientes adultos que presentan traumatismo craneoencefálico moderado, para que tenga un mejoramiento de salud y así no se ponga en riesgo la vida, por lo tanto, es importante que en el momento que sean ingresados al hospital, se realicen intervenciones de manera inmediata para evitar complicaciones y así poder garantizarle la continuidad de la vida.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Aplicar intervenciones de enfermería con base a las características del paciente, enfocado a disminuir secuelas por estado patológico, dentro de su estancia hospitalaria mediante cuidados específicos.

### **Objetivos específicos:**

- Valorar al paciente a través de diferentes métodos y técnicas de recopilación de datos para identificar la necesidad que se encuentra afectada.
- Formular diagnósticos de enfermería conforme a los patrones funcionales de salud alterados que prioricen la estabilidad del paciente.
- Llevar a cabo intervenciones y actividades de enfermería para conseguir los objetivos deseados que contribuyan a una pronta recuperación del paciente.
- Evaluar los resultados de las actividades de enfermería que se han llevado a cabo de forma correcta y cómo han beneficiado al paciente.
- Elaborar un plan de alta para ayudar al individuo a recuperar funciones vitales.

## METODOLOGÍA

Se desarrolló un plan de cuidados específicos a paciente masculino de 32 años de edad, el cual es trasladado por camilleros de cruz roja e ingresado al área de urgencias del Hospital, aparentemente el paciente sufre de accidente automovilístico. Al ser valorado por médico es diagnosticado con traumatismo craneoencefálico moderado. Se le realizan estudios de gabinete y posterior a resultados se solicita traslado de paciente a hospital de tercer nivel para intervenciones quirúrgica e ingreso a la UCI, realizando el protocolo establecido, dándole continuidad para valorar su estado en su estancia en el servicio.

La elaboración de este PAE se llevó a cabo con la finalidad que el profesional de enfermería brinde un cuidado integral y humanista a través del método de enfermería, empleando instrumentos que cumplan con el objetivo que se quiere lograr, para así poder desarrollar la primera etapa del proceso, empezando por la valoración la cual se adquiere por medio de la observación, identificación, entrevista y exploración física, que en este caso es vital considerando que el paciente varón es adulto y al tener sobrepeso, los mecanismos de acción se alteran.

Esto se debe ya que al tener un exceso de tejido adiposo la farmacocinética se encuentra modificada, por lo que la dosis respuesta se encuentra alterada, se considera de manera importante los factores de riesgo que su esfera familiar reporta, como hábitos alimenticios y toxicomanías activadas en el caso alcoholismo.

La valoración se realizó siguiendo el modelo de Marjory Gordon, a través del cual se analizó que patrón funcional se encuentra alterado y de esa manera se proceda al siguiente paso que es el diagnóstico de enfermería basándose en los datos importantes que esté presente. (López, 2019, p. 9)

Una vez establecido el diagnóstico, se lleva a cabo la planificación, durante esta etapa se elaboran cuidados que estarán integrados por el problema de salud, objetivos, acciones de enfermería dependientes e independientes, con la finalidad de dar prioridad a la necesidad que pueda poner en riesgo la vida del paciente. Al cumplir con cada una de las etapas de manera correcta se llega a la ejecución, donde cada una de las intervenciones de enfermería son brindadas a nuestro paciente e ir observando cual es el resultado de cada una de ellas (Gordon, 2007, p. 72).

Y por último la evaluación es la forma continua para verificar si se ha logrado los objetivos y la retroalimentación de cada uno de los pasos del proceso de atención de enfermería. Posteriormente y de acuerdo con su evolución médica se realizará un plan de alta con recomendaciones y sugerencias que ayudarán a que el paciente logre una mejor calidad de vida (Nanda, 2018, p. 28).

El *enfoque que se eligió para esta investigación es cualitativo*, pues se orienta en comprender y profundizar los fenómenos. Se busca advertir la perspectiva de individuos o grupos que se investigan, se encarga de profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados. El proceso inicia con la idea de investigación. (Hernández et al, 2014, p. 364). La idea que se pretende en la elaboración de nuestro PAE es demostrar que los cuidados que fueron brindados dieron una gran satisfacción, debido a que el paciente se encontraba en estado crítico y debido a las actividades planteadas se puede mantener hasta el momento en un estado favorable.

De tal manera el alcance logrado con esta investigación es descriptivo, ya que se buscó especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se sometieran a un análisis (Hernández et al, 2014, p.80).

Cabe explicar que el traumatismo craneoencefálico en México representa la primera causa de muerte en personas de 15 a 45 años en particular en hombres y es el primer productor de discapacidad a nivel mundial.

No existe un agente etiológico que describa la enfermedad, pero si podríamos describir los causales de este, y uno de los principales son las contusiones de las cuales dependerá la clasificación, valorada de acuerdo a la escala de Glasgow. De acuerdo al grado de TCE se define cual es el tratamiento adecuado para la recuperación del paciente durante su estancia en la unidad.

De tal forma el tipo de investigación realizado se desarrolló de forma *descriptiva*, ya que este nos ayuda a desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos de la investigación. Las actividades realizadas sirven primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes antes y después, para clarificar y responderlas. De acuerdo a cada estudio puede variar la acción indagatoria, no siempre llevara una manera dinámica como lo es entre los hechos y su interpretación (Hernández et al, 2014, p.7).

Cabe señalar que el diseño de la investigación se desarrolló bajo un plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. Se visualiza de manera práctica y concreta para responder a la pregunta de investigación (Hernández et al, 2014, p.120).

Como se mencionó anteriormente, el traumatismo craneoencefálico es una de las principales causas de muerte en México debido a la irresponsabilidad de las personas,

para saber dicha situación es necesario conocer cuáles son los cuidados necesarios que se requieren para intervenir a un paciente con TCE.

El objetivo principal es aplicar de manera adecuada cada una de las intervenciones que han sido expuestas para el manejo y recuperación del paciente durante su estancia hospitalaria.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

El concepto de disciplina de enfermería empieza a ser introducido en los años 1950 en EE.UU., con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión. En las décadas del 60 y 70, con el desarrollo de programas de enfermería se inicia la indagación y reflexión que permite elaborar marcos conceptuales y una preparación educacional de enfermeras/os para la investigación, iniciándose así un desarrollo disciplinario de incorporación de conocimientos desde otras disciplinas, produciéndose un fuerte optimismo en el proceso de enfermería y en el método científico.

No obstante, desde que se publicó los patrones fundamentales del conocimiento de enfermería, se produjo un cambio en donde se reconoce el conocimiento práctico, personal y la intuición, los cuales forman parte de un conocimiento de enfermería más amplio que ha producido un impacto en la disciplina, permitiendo una concepción desde varios paradigmas o visiones que representan a enfermería actualmente (Urra, 2009, pp. 9-18).

Así mismo podemos observar que a través de la historia, enfermería ha tenido un gran avance de ser una práctica empírica a una profesión, la cual utiliza modelos de atención para comprender a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad, no sólo brindando cuidados dependientes e interdependientes, si no

también cuidados independientes, en los diferentes escenarios en donde nos desarrollamos.

Al mismo tiempo ha sido una actividad que ha concurrido de oficio a profesión y de profesión a disciplina, esto debido a sus avances en el desarrollo teórico metodológico y a la importancia y trascendencia que su práctica tiene para responder a la demanda de cuidado de la sociedad en su conjunto (Reyes, 2009, p. 89).

Con respecto a lo disciplinar, la enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que van evolucionando de manera independiente. La disciplina como profesión de enfermería dirige sus metas hacia el logro y la utilidad práctica, por lo tanto, sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, esto es, la enfermera lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver las necesidades humanas de salud, permitiéndole crear nuevos conocimientos para el cuidado, lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional.

Se dice que la finalidad de ello es el facilitar conocimientos necesarios y suficientes que deben de utilizar los profesionales para lograr cada una de las metas que se proponen, ya que la disciplina de enfermería apoya y fundamenta no solo la práctica profesional si no también el conocimiento de cada actividad que se realice (Durán, 2001, p.19).

Se puede decir que enfermería como disciplina requiere de una actualización y reconstrucción permanente ya que con el paso del tiempo van surgiendo nuevos conocimientos, cuidados, teorías, diagnósticos, etcétera, por ello esta posee una estructura instruida, ya que apoya la comprensión y conocimiento de su esencia como ciencia del cuidado y sirve como base para su formación académica. Por tal motivo la profesión disciplinar de enfermería retoma esta estructura como base para la

organización de su conocimiento y formación de futuros profesionistas. El reto que representa para la enfermería profesional su construcción o reconstrucción disciplinar es muy grande, debido a que cuando se ejerce una práctica sin una base filosófica, teórica y metodológica que la defina y oriente, se tiende a proyectar ejercicio profesional no unificado. Sin embargo, es un compromiso que se tiene que afrontar y cumplir dada la importancia y trascendencia que la profesión tiene ante la demanda de salud de la persona, familia, comunidad (Reyes, 2009, pp.89-91).

Por lo ya antes mencionado, se dice que enfermería es una disciplina profesional que tiene por objetivo desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina. Varias teorías han reconocido que los conceptos de cuidado, persona, salud, y entorno son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades (Rosales, 2004, pp. 9-10).

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas, desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes, como son el saber ser, que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer, que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas.

Dichos cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional, científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión, y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión y con responsabilidad



civil, dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones (Rosales & Reyes, 2004, p. 227).

Finalmente, aunque la comprensión de la disciplina de enfermería se siga debatiendo, cuestionando, una destacada teórica la define como el cuerpo de conocimientos, los valores, lo ético, las teorías, y los límites de la estructura del conocimiento, como también los fundamentos meta-narrativos de la profesión, los cuales informan y guían la práctica actual de esas teorías, incluyendo la ética, los valores y ese conocimiento.

Por lo que es importante cuestionarse y aclarar qué es la disciplina de enfermería, porque permite reconocer y entender cuáles son sus límites, su perspectiva y dominio, y el foco esencial en el que debe centralizarse; que abarca y comprende en su contribución desde su desarrollo teórico, histórico, valórico, y filosófico; y cómo guiará a sus practicantes/ estudiantes en la búsqueda de ese conocimiento y valores. Mientras tanto la disciplina de enfermería permite entonces clarificar y determinar, dentro de sus límites: qué tipo de conocimientos buscamos, qué valores tenemos, qué hacemos, creemos y compartimos los miembros de la comunidad de enfermería para que podamos también ser entendidos por la comunidad más amplia (Urra, 2009, pp: 12-13).

## **1.2 El cuidado como objeto de estudio.**

La evolución del cuidado a través de la historia está determinada por el cambio y la dinámica de factores políticos, económicos y sociodemográficos de la sociedad, ya que el cuidado en todos los tiempos y en todas las culturas ha representado una actividad indispensable para asegurar la continuidad de la vida.

Por otra parte, el origen del cuidado es inherente a la aparición del hombre, este constituye una garantía insustituible en el desarrollo y evolución, ya que el cuidado en la época primitiva prehispánica, tiene como principal meta o fin la seguridad y mantenimiento de la vida. El cuidado se orienta básicamente a la alimentación, vestido, protección e higiene. Con la Conquista y la Colonia, el cuidado sufre una transformación radical, asociada con la imposición del cristianismo y el poder de la Iglesia, es ahí donde surge el concepto del bien y el mal, los cuales se asocian a la salud y la enfermedad (Reyes, 2009, p. 90).

Así mismo el término de cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde los inicios de Florencia Nightingale, utilizándolo para representar la ayuda que se presentaba en las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio. El cuidado que se ofrece es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con los que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. (Pinto, 2002, pp. 44-46)

Por consiguiente, el principal objeto de estudio de enfermería son el hombre, la vida y la salud humana, razón por la cual debe discernirse sobre los modelos de enfermería existentes y basados en alguno de los modelos que contemplan la conducta del humano para guiar la aplicación de cuidados con un enfoque holístico, es decir, observar al ser humano como único, con una perspectiva global que tiene aspectos tanto físicos como psicológicos.

Por esa misma razón, enfermería asume la responsabilidad de cuidar al individuo sano o enfermo, y durante su formación ha respondido a las formas en que se ha creado

el proceso salud-enfermedad, los avances de la ciencia, la tecnología, y de la misma forma, al desarrollo de la planeación curricular (García, 2015, p. 55).

Siendo así, que los cuidados del profesional de enfermería se basan en mantener y desarrollar la salud y el bienestar del paciente, la familia y su comunidad. Por tal motivo se dice que enfermería es un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio, que le permite concretar un campo de estudio que lo define, de tal forma que las corporaciones científicas sean quien compartan el mismo objeto de estudio y un lenguaje común, ya que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería (Reyes, 2009, p. 90).

El cuidado de enfermería en una persona con traumatismo craneoencefálico es necesario ya que afecta funciones vitales de nuestro organismo, pues al recibir un impacto en el cráneo o realizar un movimiento de manera rápida estas se verán alteradas. Una de las principales consecuencias de esta lesión suele verse reflejadas en la conciencia, a nivel sensorial (tacto, olfato, vista), en el movimiento y la marcha, en la coordinación motora, el tono muscular, alteraciones en el control de los esfínteres (GPC, 2018, p. 9).

Así mismo en el aspecto neuropsicológico también traerá consecuencias, ya que se cursará con un déficit cognitivo y conductual, estas aparecen como efecto al TCE, en este aspecto las funciones que se verán alteradas serán en la atención, memoria, razonamiento, lenguaje, cambios en la conducta y emociones. Es preciso señalar que no todos los pacientes van a tener las mismas consecuencias ya que, como bien sabemos se manejan 3 grados de traumatismo craneoencefálico, el leve, moderado y severo, para poder determinar que funciones se encuentran alteradas, es necesario que primero se realicen.

A los tres grados de TCE se le deben de brindar cuidados de enfermería de manera inmediata, algunos solo deberán permanecer en observación para ver cuáles son los signos y síntomas que pueden llegar a presentar, algún otro se verá en la necesidad de que tengan apoyo mecánico después del evento que presenten y, por último, conforme a los estudios realizados pueden verse en la necesidad de recibir atención quirúrgica. Las intervenciones que son brindadas a los pacientes son con el objetivo de que se tenga una recuperación pronta, que se mantenga dentro de sus funciones vitales o bien que pueda tener un final tranquilo (Alted et al, 2009, pp.167-181).

### **1.3 Proceso de atención enfermería.**

En la década de 1950 se propone a los profesionales un método para la toma de decisiones clínicas, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). En 1955 Hall menciona por primera vez la necesidad de “un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente”. Este proceso lo describen Johnson, Orlando y Wiedenbach, a principios de los años sesenta, como un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución. En 1967 Yura y Walsh publicaron el primer texto que describía el PAE, que entonces ya se componía de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años setenta Bloch, Roy y otras autoras añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar al actual proceso de cinco (Gallego et al 2019, p. 17).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 declara al proceso enfermero como "un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente/familia o comunidad; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos, de calidad y calidez" (Aguilar et al, 2008, pp. 3-6)

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería lleva de la mano con modelos y teorías, realizando en un orden específico, con la finalidad de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba la mejor atención y cuidados por parte de enfermería. Ya que es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo (Rosales & Reyes, 2004, pp. 221-223).

Cabe destacar que el PAE tiene propiedades, es resuelto porque va dirigido a un objetivo, sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito; dinámico porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas; interactivo por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente. Así mismo es flexible por adaptarse a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización en el que se encuentren los individuos, grupos o comunidades y por último, posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos, los cuales pueden ser aplicados a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería (Arteaga, 2016, pp. 67-69).

Es por ello que el proceso de enfermería se conceptualiza "como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermero, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces". El uso de este permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, éste trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Como he dicho antes el proceso de enfermería es el que otorga a enfermería la categoría de ciencia; la conforma por medio de diferentes etapas, las cuales son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero al mismo tiempo son estructuradas en consecuencia lógica para ser una guía que oriente al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad. La enfermera inicia un proceso de atención para el cuidado de una persona, el cual debe estar compuesto por conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes (Andrade & López, 2012, p. 56).

#### **1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.**

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Henderson ha sido una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Se preocupa por definir modelos de función de enfermería, para así romper con la idea de una enfermera exclusivamente técnica y procedimental. Es preciso señalar que hace mención en su teoría que la única función que tiene la enfermera es asistir al individuo, ya sea sano o enfermo, que ayuda a la realización de las actividades que contribuyan a su salud, para tener una recuperación o a una muerte tranquila, así como actividades que realizaría por sí solo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad adecuada, al realizarlo de tal manera que ayudemos al individuo a recobrar su independencia de la manera más rápida posible (Palomares, 2013, pp. 5-7).

Henderson identificó 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería, además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sustituta, este se desarrolla cuando el paciente tiene una enfermedad grave, aquí la enfermera es la/él sustituto de las carencias que presenta el paciente debido a alteraciones tanto físicas como psicológicas que se pueden presentar,

otro nivel es la que colabora, pues en los periodos de convalecencia la enfermera es la que ayuda al paciente para que recupere su independencia, y por último, es compañera del paciente, ya que supervisa y educa al individuo, pero es el quien debe de realizar su propio cuidado (García, 2004, p. 69).

A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, menciona que la enfermera debe de introducirse en la piel de cada uno de los pacientes con el fin de conocer en donde se requiere la ayuda para sentirse bien consigo mismo.

Por otra parte, también fue necesario incluir los principios "fisiológicos y psicológicos" en su concepto personal de la enfermería. Ella referencia que las necesidades es un conjunto que conlleva a una satisfacción que le permite conservar los diferentes procesos fisiológicos como psicológicos, ya que estos actúan para regularse mutuamente unos a otros. En la obra no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería.

De acuerdo al modelo de Virginia Henderson su objetivo principal es atender cada una de las necesidades del individuo y que este logre mantener su independencia en recuperar sus necesidades básicas. Si una de las necesidades permanece en estado de insatisfacción, las demás pueden sufrir repercusiones (Navarro & Fernández, 2007, pp.124-125).

Así mismo, Virginia H. consideraba que todos los individuos tienen capacidades, recursos reales y potenciales que los lleva a lograr la independencia. La satisfacción de las necesidades en forma constante, con la finalidad de mantener la salud en un estado óptimo. Cuando este no se llegue a lograr, aparece una dependencia que Henderson

clasifico en tres causas y que las identifico como falta de fuerza, de conocimiento y falta de voluntad. (Pérez, 2008, p.137)

Luis Rodrigo (2007, p. 49) y colaboradores señalan como elementos fundamentales el objetivo de los cuidados es ayudar a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Así como el paciente del servicio es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo, tiene un potencial de desarrollo. Que se debe de cumplir un rol profesional o papel de la enfermera que consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a que logre la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimiento y voluntad para que utilice la manera óptima sus recursos.

Así mismo menciona que la fuente de la dificultad, recibe el nombre de área de dependencia y se refiere a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas: Falta de conocimientos: cuando la persona, tiene la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, pero carece de los conocimientos necesarios para manejar cuidados de salud o ignora cómo implementarlos. Falta de fuerza: puede ser física o psíquica. Física: Casos en que la persona no tiene la capacidad psicomotriz o la fuerza y el tono muscular necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas.

Otra necesidad básica que es importante es la psíquica, esta es cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe realizar, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada. Y que existe la falta de voluntad, esta se debe cuando la persona ha tomado la decisión adecuada para cubrir sus necesidades y quiere ponerla en práctica, pero no persiste en las acciones con la debida intensidad o durante el tiempo requerido.



De la misma manera, un elemento más que ellos consideran es la Intervención de la enfermera, esta incluye dos elementos, una que es el centro de intervención y solo se refiere a las áreas de dependencia de la persona; esto es, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo), o de voluntad (querer hacerlo).

De igual forma los modos de la intervención: se enfocarán en aumentar, completar, reforzar o sustituir el conocimiento, la fuerza o la voluntad, teniendo en consideración que no todos los modos se aplican a todas las áreas de dependencia; por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, aumentarse o complementarse, pero no sustituirse. La consecuencia de la intervención se considera buscada con las acciones es la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, considerando su situación específica (Navarro & Fernández, 2007, p. 136).

#### **a) Elementos fundamentales del modelo utilizado.**

V. Henderson describe algunos conceptos que son importantes para que se logre un cuidado satisfactorio de acuerdo a las necesidades básicas que el paciente tiene, ella menciona que las 14 necesidades son indispensables para poder mantener la armonía e integridad de las personas. Cada una de las necesidades están influenciadas por componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Cada una de ellas interactúan una con otra, por lo que no pueden ser atendidas de manera separada ya que cada una se manejan de forma universales para todos los seres humanos, pero cada persona las manifiesta y satisface de forma diferente (Navarro & Fernández, 2007, p. 138).

Las necesidades mencionadas anteriormente son la de oxigenación, esta es una de las necesidades esenciales para el desarrollo de la vida, el profesional de enfermería

debe averiguar cuáles son los hábitos de la persona para así poder planificar intervenciones que sean necesarias y así satisfacer las necesidades humanas básicas. Nuestro deber como profesionales de enfermería es tener control en algunos aspectos ambientales como la temperatura, olores, sustancias que sean irritantes tanto para el paciente, como para los demás. Los datos más relevantes que deben valorarse son: frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tipo de respiración, permeabilidad de la vía aérea, si presenta tos, secreciones, si tiene hábitos de tabaco, dificultad para respirar, o algún otro factor.

Así mismo, otra necesidad que hace mención es el de nutrición e hidratación, en el cual incluye los mecanismos y procesos que van a intervenir en el suministro de alimentos y líquidos, así como en la ingestión, digestión, e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético. Las características de esta necesidad que deben de ser valoradas son el tener una alimentación adecuada, se le interroga si tiene algún tipo de dieta en especial, si algún alimento le desagrada o le produce algún síntoma, si tiene problemas para comer (en la boca, para masticar, para tragar, prótesis dental, sonda nasogástrica, etcétera), necesita ayuda para la alimentación, si maneja un horario fijo, el peso, talla, IMC.

Por otro lado, la necesidad de eliminación es el que nuestro organismo obliga a eliminar los desechos que este genera, resultado del metabolismo para tener un adecuado funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel por el sudor, transpiración, respiración y la menstruación. Su principal objetivo de esta necesidad es el valorar la efectividad de la función de eliminación de la persona, de acuerdo a los resultados obtenidos en la valoración nos permite saber si los comportamientos y conductas de la persona con son satisfactorios.

La valoración consiste en saber la frecuencia de eliminación fecal y urinaria, las características de ambas, si presenta alteraciones (dolor, incontinencia, disuria, nicturia, flatulencias), hábitos o ayuda para la defecación, frecuencia de la menstruación, características, si se presenta sudoración de forma excesiva o alguna otra pérdida de líquidos (Bellido & Lendíze, 2010, pp.176-180).

También la necesidad de moverse y mantener buena postura, de acuerdo a Virginia Henderson, es uno de los requisitos fundamentalmente indispensable para poder mantener la integridad, que es entendida como la armonía en todo y cada uno de los aspectos del ser humano. Esta necesidad se conforma no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, emociones, cultura, personalidad, etcétera). Los datos a valorar son el grado de actividad que realizan de manera cotidiana, si tiene problema para levantarse, moverse, sentarse, si requiere de ayuda, si realiza ejercicio físico, las posturas que adopta habitualmente, pérdida de fuerza, la marcha, falta de energía para tolerar la actividad, etcétera.

Cada una de las necesidades son importantes, no sin antes mencionar la necesidad de descanso y sueño, ya que se define como la capacidad de una persona para poder lograr dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, se asocia tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso que este tenga. Todo ser humano tiene la necesidad de dormir y descansar, pues es necesario recuperar la energía que ha sido perdida en la realización de sus actividades de la vida diaria, y esto nos ayude a mantener la salud.

Se dice que si no se tiene sueño y no se descansa de manera adecuada repercute en nuestra concentración, en la participación de actividades cotidianas se ven disminuidas, se ve un aumento de irritabilidad, mal humor. Para los pacientes que tengan alguna patología en general, la necesidad de descanso y sueño aumenta, ya que la situación implica un gasto adicional de energía.

Al realizar la valoración en esta necesidad debemos de saber las horas de sueño que se tienen, la hora en que se duerme y se despierta, si tiene problemas para dormir, que factores lo producen, el nivel de energía que se tiene durante el día, si utiliza métodos para poder lograr dormir, problemas durante el descanso, cambios en el horario, presencia de ronquidos, etcétera (Hernández, 2015, pp. 6-8).

Así pues, la necesidad de usar prendas de vestir adecuadas, es una función de proteger el cuerpo del clima, esto ha acompañado al hombre desde su propia existencia, cumpliendo diferentes funciones. Esta necesidad implica capacidades cognitivas que nos permiten elegir adecuadamente nuestras prendas, así como las capacidades existentes para poder ponerse y quitarse la ropa. Es importante valorar en el paciente si usa el calzado adecuado y si es cómodo, dificultades o limitaciones para elegir las prendas, si requiere de ayuda, etcétera.

De igual importancia, se menciona la necesidad de termorregulación, definiendo que las personas debemos de mantener una temperatura corporal que este dentro de límites normales así haga frío o calor, usando ropa adecuada conforme al clima. La temperatura corporal puede verse afectada por enfermedades, es por ello que se al detectarlo sea necesario aliviarlo y/o prevenirlo de complicaciones derivadas de ésta. Los aspectos a valorar son la temperatura corporal, edad del paciente, si ha tenido o tiene sensación de calor, frío de acuerdo a los cambios de temperatura, las condiciones ambientales del hogar, que hace cuando tiene fiebre, uso de medicamentos o medios físicos para controlarlo, capacidad para manejar termómetros (Correa et al, 2016, pp. 248-250).

Otra de las necesidades es de higiene y protección de la piel, mantenerse limpio y tener un buen aspecto aseado es una gran necesidad básica que debemos de satisfacer a los pacientes y nosotros mismos, esto también influye mucho para tener un adecuado

grado de salud y de bienestar, pues ayuda a proteger los tegumentos ya que actúa como protección contra cualquier organismo como polvo o microbios que pueden repercutir la salud.

Se dice que la higiene es quien cumple la función de eliminar microorganismos, secreciones corporales, ayuda a relajar el cuerpo disminuye la tensión, mejora el aspecto físico, elimina malos olores, favorece la circulación sanguínea. Dentro de las funciones más importantes de la piel es el sentido del tacto, toda su superficie es apta para captar las impresiones que proceden del medio exterior, apreciando la forma, consistencia, y temperatura de los objetos que se tocan, esta transmisión también se da sin contacto.

Los datos de más relevantes a valorar en esta necesidad es principalmente la higiene personal que se tenga no solo en la piel, también bucal, en el cabello, las uñas, oídos, la capacidad funcional para el baño, tipo de ayuda que precisa, estado de la piel y mucosas, valoración de pie, alteraciones o lesiones en la piel, factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal (Garrido et al, 2016, pp. 198-199).

También la necesidad de seguridad, se encuadra en la convivencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorezcan o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y evitar lesionar a otras personas. Al igual tiene la importancia en aspectos que son relacionados con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones físicas. Los aspectos a valorar son, el estado de ánimo en el que se encuentre la persona, conocimiento sobre el estado de salud en el que encuentra, las percepciones que se tiene de sí mismo y de la situación por la que pasa,

medidas de seguridad personales, alergias, alteraciones sensoriales- perceptivas, nivel de conciencia, hábitos tóxicos, accidentes, anestesia.

Necesidad de comunicación, para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos, emociones interactuando con la persona o con su entorno. Como profesional de enfermería es de suma importancia promover el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, etcétera, teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos (Hernández, 2015, pp. 6-10).

Por otro lado, la necesidad de vivir sus creencias y valores, es la que atiende los valores y creencias que guían a las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además, posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.

Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que esta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura. Los aspectos que se valoran, la percepción actual de su situación de salud, planes a futuro de la persona, jerarquía de valores, facilidad/ dificultades para vivir de acuerdo a sus creencias, importancia que tiene respecto a la religión, recursos que utiliza para mantener la salud, manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. (Correa et al, 2016, p. 253)

Así mismo, describe la necesidad de trabajar y realizarse, como el deseo que alienta al individuo a desarrollar todo su potencial, es decir, llegar a ser todo aquello de lo que es capaz. Maslow menciona: “El hombre debe ser realmente todo lo que en potencia puede ser. La autorrealización es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona.

Algunos de los aspectos a valorar son la actividad/trabajo, repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar, circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto/autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera, recursos que utiliza para satisfacer y mantener esta necesidad y las manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

Además, una de las necesidades que menciona es la de recreación, pues el ser humano tiene necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta necesidad.

Se valora las actividades recreativas que se realizan habitualmente, número de horas que le dedica a la semana, si presenta o no dificultades para realizar sus pasatiempos habituales, si al realizarlos se aburre, respuestas ante situaciones estresantes, etcétera (Navarro & Fernández, 2007, p. 10).

Y, por último, la necesidad de aprendizaje, ya que la adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso. Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje.

Como datos relevantes que se deben de valorar se encuentran las circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, motivación, edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir, grado de conocimiento de su actual estado de salud, recursos educativos de su entorno sociosanitario (especialmente si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado) (Bellido & Lendíze, 2010, p. 175).

Dentro de los conceptos que Henderson menciona, se encuentran los cuidados básicos, estos deben de ser llevados a cabo para satisfacer cada una de las necesidades básicas que fueron mencionadas anteriormente, se debe de tener un juicio y un razonamiento clínico de enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimiento o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma.

Esto es cualquier cuidado que el profesional de enfermería con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Esto se aplica por medio de un plan de cuidado elaborados conforme a la necesidad que tiene el paciente.

Otro en el que hace énfasis es el de independencia, donde debe existir un método óptimo para el desarrollo potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.



Así mismo, el de dependencia debe de tener un nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, la falta de fuerza, conocimiento o voluntad de la persona, que le pueden impedir satisfacer las necesidades básicas conforme a su edad, sexo, etapa de desarrollo, etcétera (Correa, et al, 2016, p. 256).

Al igual ella menciona que la autonomía es importante, pues es la capacidad que las personas poseen para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma. Así como se tiene una autonomía propia, también existe un agente de autonomía asistida, esta esta encargada de realizar acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren un grado de ayuda. De la misma manera, sus conceptos de manifestaciones de dependencia e independencia se basan en las conductas o acciones de las personas, que pueden resultar adecuadas y/o inadecuadas, acertadas y suficientes como erróneas e insuficientes, para satisfacer las necesidades del ser humano, ya sea en estos momentos de a futuro, que pueda ser por falta de fuerza, conocimiento o voluntad (Bellido & Lendíze, 2010, p. 179).

Por otra parte, Henderson hacía mención en los metaparadigmas como: salud, en el cual se encuentra comprometido debido a la patología en la que se encuentra, por lo tanto, se encuentra con desajustes en sus necesidades y requiere de cuidado que sean totalmente dependientes. Por otro lado, el entorno se debe al medio ambiente en el que se encuentra o se encontraba expuesto a su medio laboral sufre accidente, por el cual su entorno se ve afectado ya que su vida se encuentra en riesgo y le impide seguir con su desarrollo.

Así mismo, la persona se relaciona con un paciente masculino de 32 años de edad, que tiene descontrol en las necesidades fundamentales, estas se ven afectadas por la patología de traumatismo craneoencefálico moderado. El cual requiere de cuidados de calidad para recuperar la salud, ser independiente o bien tener una muerte tranquila dependiendo a la evolución que se vaya teniendo durante su estancia.

Y, por último, menciona que enfermería es la que debe de cumplir con la función básica que es asistencial, ya que se deben de proporcionar los cuidados específicos en calidad para recuperar a la salud del paciente que se encuentra hospitalizado debido a la circunstancia por la que paso. Como enfermera al realizarle intervenciones las debemos de llevar a su mayor grado posible para facilitar que el paciente se recupere y se vuelva independiente lo antes posible (Navarro & Fernández, 2007, pp. 140-142).

### **1.5 Etapas del proceso atención de enfermería.**

Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) configura un número de pasos sucesivos que se van relacionando entre sí, sin importar cada una de las etapas sean estudiadas por separado. El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica (Reina & Carolina, 2010, pp.19-20).

Cada una de las etapas tiene el propósito de promover el bienestar, contribuir a que se tenga una mejor calidad de vida y a tener una mayor satisfacción de las necesidades de las personas. Por otro lado, es importante recalcar que las etapas del proceso de enfermería están relacionadas entre sí. La valoración y el diagnóstico son etapas que se cubren de forma significativa, ya que a medida que se van coleccionando datos se empieza a interpretar su significado al integrarlos en una forma sistemática y jerárquica.

Las etapas mencionadas anteriormente están estrechamente relacionadas con la planificación, ya que son los objetivos quienes se definen en esta etapa, se derivan directamente de los problemas que se han diagnosticado. Ahora bien, las etapas de planificación y ejecución también se relacionan por dos razones: por las acciones durante la ejecución y porque habrá momentos, en que simultáneamente se planifiquen y ejecuten los cuidados de enfermería. Y por último la evaluación, si se ha llegado a tener un diagnóstico preciso y los objetivos apropiados, se puede concluir que los cuidados han sido correctos (Andrade & López, 2012, pp. 45-47).

### **a) Valoración.**

Es la primera etapa importante, es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos. De acuerdo con algunos autores, mencionan que la valoración "Es un paso muy importante ya que cada una de las decisiones e intervenciones enfermeras se basan en los datos obtenidos de esta etapa" Algunos autores mencionan que a medida que los profesionales de la enfermería obtienen mayor compromiso y autonomía para presentar un servicio de calidad, son necesarias más aptitudes de valoración, misma que permiten formular preguntas y obtener referencias relevantes y, con su experiencia, lograr discernir lo que es urgente, importante y necesario (Andrade & López, 2012, pp.19-20).

La etapa para su interpretación e implementación requiere de las siguientes fases son: la recolección de datos, que está encargada de la obtención de información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Esta debe ser completa, sistemática y ordenada, para ello de seguir el modelo teórico (necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, etcétera) bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, con base en

él permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases (Álvarez et al, 2010, p.32)

Reyes (2009, p. 97) señala dos clasificaciones, inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritaria del individuo, sus hábitos y comportamiento.

Para que se pueda obtener los datos importantes de la persona, se optan por dos formas, primaria o directa y secundaria o indirecta. La fuente directa es la persona a la que se va a cuidar, es quien proporciona los datos principales referente a su condición de salud y su entorno. La fuente indirecta se considera la familia (cuando el individuo está incapacitado para responder), el equipo de salud, y el expediente, esta información verifica, clarifica o incrementa la información obtenida de la fuente primaria (Reyes, 2009, pp. 97-99).

Es fundamental tener medios y técnicas para la recolección de los datos, estos serán el apoyo para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información, entre ellas podemos ver que la validación de los datos es impórtate para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, y/o llegar a conclusiones precipitadas a través de: identificar problemas de la persona, dar mayor prevención, proporcionar elementos de información, establecer una base para la evaluación, desarrollar el saber enfermero, etcétera.

Otro punto es la validación del diagnóstico de enfermería, es el procesamiento de datos, esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad, y consultando con otros profesionales del equipo de salud,

a fin de comparar los datos con una referencia autorizada (Reina & Carolina, 2010, pp. 25-27).

Para obtener todos los síntomas posibles, el profesional de enfermería deberá realiza una valoración inicial de acuerdo a la situación en la que se encuentre el paciente, o bien a la familia. Debemos de observar cual es el grado de conciencia del paciente, estas pueden ser a través de una entrevista de manera directa o indirecta, o bien si no es posible cumplir con ello, será necesario que se valore por medio de la escala de Glasgow, ya que en los grados de traumatismos craneoencefálicos no se permite un examen completo, ya que los datos sensoriales y sensitivos pierden su valor.

Por otra parte, si la salud del paciente se encuentra gravemente comprometido y no puede responder verbalmente, la información que sea necesaria se podrá obtener por medio de la valoración física y del resultado de las pruebas diagnósticas, y/o a través de familiares del paciente (Ackley & Ladwig, 2009, p.3).

## **b) Diagnóstico.**

La historia del diagnóstico enfermero es relativamente reciente. Diversos autores han utilizado el término diagnóstico de enfermería desde mediados del siglo XX, en 1973 fue cuando ANA incluye el diagnostico como parte del PAE y tiene lugar en la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros. Definido en 1990 por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) los cuales son reales o potenciales, "Juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales".

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del profesional de enfermería para resolverlos o

disminuirlos. Se requiere que las enfermeras utilicen el pensamiento crítico- científico y sus experiencias profesionales y humanísticas para lograr una atención individualizada y de calidad. Por lo tanto, no solo considera un diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud y enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente (Martínez & Del Pino, 2012, p. 131).

Desde el punto de vista de su estructura, el diagnóstico enfermero se conforma de tres componentes: El problema de salud (que es la respuesta humana), y se nombra con la etiqueta diagnóstica. Los factores etiológicos o relacionados, que ocasiona o mantiene el problema de salud (y que estaría constituido). Las características definitorias o signos y síntomas indicadoras del problema. Se cree que una vez alcanzado un nivel suficiente de destreza el registro de las características definitorias puede ser innecesario por redundante.

Los diagnósticos de enfermería están dentro del ámbito independientes, son situaciones en las que la enfermera prescribe el tratamiento definitivo para lograr el resultado deseado. Puede validar la presencia del problema e iniciar las acciones para su resolución sin necesidad de acudir a otro profesional. Los problemas interdisciplinarios son ciertas complicaciones fisiológicas que han resultado o pueden resultar de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento (Téllez & García, 2016, pp. 56-57).

Para tener un diagnóstico real favorable, es indispensable que se cuente con los componentes adecuados. En primer lugar, se debe de tener una etiqueta (enunciado del problema), proporciona un nombre al diagnóstico; es un término o frase concisa con el que se representa un patrón de claves relacionadas; puede incluir modificadores.

Continuando con una definición: que va a proporcionar una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares. Debe tener características definitorias: grupo de claves (signos y síntomas y factores de riesgo); inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos similares. Un factor relacionado: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes en el diagnóstico. Y por último factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable (Andrade & López, 2012, pp. 70-72).

- Problemas interdependientes.

Algunos autores definen un problema interdependiente como la identificación de complicaciones potenciales y como "problema real o potencial que puede aparecer como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería". Los problemas interdependientes se organizan en torno a los sistemas corporales; pueden ser problemas de salud reales (actual) o potencia (de riesgo), que se centran a la respuesta fisiopatológica (a un traumatismo, enfermedad, estudio diagnóstico o tratamientos).

Los tipos de problemas interdependientes son dos: reales. Se trata de un problema presente que requiere tratamiento por parte de un profesional de la salud; la actuación de enfermería se orienta a la aplicación del tratamiento prescrito y la búsqueda de signos y síntomas que indiquen agravamiento del problema. Potenciales: Formula una posible complicación que se puede producir en la evolución del estado de salud del individuo y

que la enfermera no está autorizada legalmente para tratar. La forma de registrar este tipo de problema será mediante las siglas PC (complicación potencial), seguida de dos puntos y anotando las complicaciones posibles que puedan presentarse (Alfaro, 1999, pp.76-77).

Por lo anterior mencionado, para poder tener un diagnóstico certero a nuestro paciente, en la etapa de valoración debemos de obtener todos y cada uno de los datos significativos para que este pueda ser realizado, ya que los signos y síntomas serán completamente necesarios para poder realizar el diagnóstico de nuestro paciente, así como observar cuales son las necesidades que se ven alteradas para poder cumplir con esta etapa.

Para los pacientes con traumatismo craneoencefálicos los principales signos que se pueden observar alterados son disnea, palidez tegumentaria, hipertermia, emesis, taquicardia, desaturación de oxígeno, pérdida de conciencia, reflejos neurológicos alterados, etcétera. Se debe llevar cada uno de los signos, pues esto ayudará a que se tenga un diagnóstico favorable para posterior realizar planeación para mejorar el estado en el que se encuentra nuestro paciente.

### **c) Planeación.**

En esta etapa se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los (Cepeda & Guadalupe, 2012, pp. 140-142).

Para la priorización de necesidades se requiere de usar algún referente entre los cuales se refiere con frecuencia a la jerarquización según las necesidades de Maslow,



otra alternativa es de acuerdo a la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería que se esté aplicando. En la determinación de objetivos se aplican las áreas de la acción, la cognitiva, la afectiva y la psicomotriz, que le permita, tanto a la enfermera como al sujeto de cuidado, comprender hacia dónde es la meta.

Para planear las intervenciones de enfermería destinadas a ayudar al sujeto de la atención y a lograr las metas del cuidado, se deberán de enfocar al factor que está provocando o del que deriva el problema, es decir, el factor relacionado o la etiología. Las intervenciones de enfermería las realiza la enfermera en colaboración con el paciente y equipo de salud (Reina & Carolina, 2010, pp. 30-34).

Alfaro señala que la planeación es el momento en que se determina como brindar cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a objetivos; Phaneuf la define como el establecimiento de un plan de acción para prever las etapas de su realización y las acciones que se han de llevar a cabo. Aunque la planeación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos que ponen en marcha el plan asistencial; por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos (Alfaro, 1999, p.80).

Siguiendo con lo anterior mencionado, los objetivos, reflejarían el desarrollo por parte del cliente/paciente de los mecanismos de afrontamiento efectivos y necesarios para la adaptación en los cuatro modos de adaptación, mientras que las intervenciones irían dirigidas a manipular los estímulos que alteran el comportamiento del cliente. Una vez identificados o diagnosticados los problemas, estará en condiciones de sentarse a hablar con el paciente y elaborar un plan de acción tendiente a reducir o eliminar dichos

problemas y promover la salud. Este plan de actuación debe incluir los siguientes aspectos.

Establecimiento de prioridades. Es decir, qué problemas son los más importantes y por consiguiente han de abordarse en primer lugar. Una fijación de objetivos. Exactamente, qué se pretende conseguir y cuándo. Se realiza una prescripción de actividades de enfermería. Ha de decir que acciones de enfermería/actividades del paciente ayudarán a alcanzar los objetivos que ambos, usted y el enfermo, hayan preestablecido.

Como todo profesional de realiza una anotación del plan de cuidados de enfermería. Las demás enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados que ha confeccionado y los objetivos que espera alcanzar. Ejecución: esta etapa no presenta variaciones significativas dependientes del modelo de enfermería, ya que en ella se realizan las actividades establecidas en el plan de cuidados.

Por último, se debe registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería. Usted no permanecerá las 24 horas del día con el enfermo; por consiguiente, las demás enfermeras han de conocer cómo evoluciona éste y cómo funciona el plan de cuidados (Andrade & López, 2012, pp. 50-53).

La formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados, este punto se elabora una vez que se han priorizado los diagnósticos; de esta manera, un objetivo es la evolución de la persona o una modificación deseada de su comportamiento. Los objetivos de resultado, o criterio de resultado, son considerados como los criterios mensurables que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Desde esta etapa es necesario determinar los resultados deseados en la persona, contenidos en el NOC, que son una terminología y unos criterios estandarizados para resultados mensurables, que han de especificarse antes de elegir intervenciones de enfermería determinadas; los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.

Para que dichos objetivos de resultado sean realizados es importante tener en cuenta los indicadores, que son aspectos concretos de valoración de cada resultado de enfermería de NOC, los cuales sirven de ayuda para que sea determinado el estado en que se encuentra la persona en relación con el resultado de enfermería.

Los indicadores son importantes ya que proporcionan información de la evolución del proceso, ya que pueden utilizar resultados intermedios o a corto plazo del proceso de cuidados. Según Benavent y colaboradores hacen mención que al establecer objetivos es importante considerar el tiempo para poder tener los resultados esperados.

Por consiguiente, todos estos son adecuados, especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia. Mediano plazo: Para un tiempo intermedio, que puede oscilar entre una semana o un mes, de tal forma que se puedan utilizar para reconocer los logros de la persona (Caro & Guerra, 2011, pp.25-28).

Al cumplir con el primer y segundo paso de nuestro proceso, se realiza una planeación de cuidados para pacientes con traumatismo craneoencefálico, enfocándose en la necesidad que se ve con mayor alteración. Recordemos que las necesidades que se verán más alteradas serán las neurológicas y de oxigenación, es importante observar desde la valoración cual es la prioridad que le debemos de dar para mantener la salud en un estado óptimo.

#### **d) Implementación.**

Es la cuarta etapa del PAE, corresponde a la operacionalización de lo planeado, es decir, se ejecutan las actividades para el logro de los objetivos. Dichas acciones se fundamentan en principios científicos para asegurar los cuidados de calidad. Los autores consideran que ésta debe de incluir: validación del plan, documentación del mismo, suministro y documentación de la atención de enfermería y la continuación de la recopilación de los datos.

En esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física. En la actualidad esta evolución que ha experimentado el PAE permite que se cuente con diversos planes de cuidados. Los habitualmente se menciona y se usa en diversas partes del mundo, son los planes de cuidados individualizados, estandarizados y computarizados.

De la misma forma se ha evolucionado hasta el uso de Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) que guían el accionar de la enfermera finalmente después de que se ha valorado y emitido un diagnóstico de enfermería. La implementación de las intervenciones de enfermería deberá ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en cada una de las diferentes etapas del PAE (Andrade & López, 2012, pp. 72-74).

La implementación es una de las etapas con mucha más importancia, ya que son los cuidados que anteriormente elegimos para ahora si poder llevarlos a cabo en los pacientes con traumatismos, solo se deben de brindar cuidados especializados que ayuden a la estabilidad y/o recuperación del individuo, pues conforme se realicen los cuidados veremos cuál es la recuperación que tiene nuestro paciente.

### **e) Evaluación.**

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, la evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su persecución es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud.

Alfaro (2003, p.136) menciona que la evaluación es el logro de los resultados esperados, así como se tienen que identificar las variables que afectan al logro de los resultados esperados y decisiones de continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados. La identificación de las variables que afectan al logro de los objetivos se lleva a cabo cuando no se han conseguido totalmente los objetivos, y esto sirve para establecer factores que dificultan y facilitan este logro y así permitir la comprensión de todo el proceso (Martínez & Del Pino, 2012, pp.136-139).

El profesional y el paciente deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidado, si se ha logrado o si es necesario realizar alguna modificación para lograr una mayor satisfacción (Martínez & Del Pino, 2012, p. 138).

Por último, aquí se verá reflejado el cuidado que se les brinda a los pacientes con TCE, de acuerdo a las condiciones que se encuentren y los cuidados que fueron otorgados, se verán si fueron aceptados con éxito, que esa es a la intención cada que se aplica un traumatismo.

## **1.6 Problemática de salud de la persona: El traumatismo craneoencefálico (TCE)**

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es la lesión directa de estructuras craneales, encefálicas o meníngeas, que se presenta como consecuencia del efecto mecánico, provocado por un agente físico externo, que puede originar un deterioro funcional del paciente (GPC, 2018, p. 9).

Más aún, se menciona que el traumatismo craneoencefálico es la primera causa de muerte entre personas de 15 a 45 años y es el primer productor de discapacidad a nivel mundial. A nivel mundial, 1.2 millones de personas fallecen anualmente por traumatismo craneoencefálico (TCE) y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan 17 millones 671 mil personas en el mundo con traumatismo craneoencefálico, distribuidos en Asia y Oceanía con 52 por ciento; Europa 13.6 por ciento; Mediterráneo Oriental 12.2 por ciento; América 11.7 por ciento y África 9.3 por ciento. En México es la tercera causa de muerte con un índice de mortalidad de 38.8 por cada 100 mil habitantes y con mayor incidencia en hombres de 15 a 45 años.

Se dice que existe una mayor recuperación en los adultos jóvenes en comparación con los adultos mayores. La probabilidad de tener un mal pronóstico (muerte, estado vegetativo y discapacidad severa) se incrementa con la edad; en un análisis con 5,600 pacientes después de seis meses de haber sufrido un TCE severo, se observó que de aquellos pacientes que tenían mal pronóstico, 39% correspondía a pacientes menores a 35 años y 74% a pacientes con edad mayor a los 55 años.

Tal es el peso que se le ha dado a este factor, que al año de haber sufrido un TCE se ha encontrado este efecto de edad sin relación con la severidad del trauma; en específico se reportó un mejor pronóstico en el grupo con edad menor a 50 años, mientras que el grupo mayor a 50 años de edad mostró una mayor dependencia hacia otras personas (Ontiveros et al, 2014, pp. 211-212).

Para evaluar la gravedad de un traumatismo craneoencefálico es necesario atender a dos tipos de clasificaciones. La primera se refiere a una lesión, si llegar a traumatismo, y en la segunda el nivel de conciencia puede estar comprometido.

De acuerdo con los médicos clasifican el TCE como cerrado, es el que se produce cuando la cabeza ha recibido un golpe por un objeto pero que no ha llegado a romper el cráneo, sin en cambio, el traumatismo cerebral abierto es el que se origina al golpear la cabeza con un objeto duro que ha conseguido romper el cráneo y llega hasta el cerebro. Este tipo de lesión puede encontrarse como el más afectado, ya que conlleva a presentar más complicaciones y debe de ser tratado de manera urgente para evitar secuelas (Díaz, 2019, p. 22).

Como se mencionó anteriormente, es de suma importancia poder valorar el estado de conciencia en el que se encuentra el paciente para poder determinar qué grado de traumatismo presenta. El TCE tiene diferentes valoraciones; un instrumento que es utilizando es la Escala de Glasgow con los siguientes parámetros: traumatismo leve con 13-15, traumatismo moderado con 9-12 y traumatismo leve con 3-8 puntos (Ponce, 2018, p. 38).

## 1.7 Diagnóstico y tratamiento.

Se debe de seguir un orden protocolario para el abordaje y diagnóstico de todo paciente con TCE, de la siguiente manera: evaluación clínica: valoración clínica de pacientes con TCE y la vigilancia cuidadosa del estado de conciencia es muy importante, y en muchos casos, es el indicado para proceder a la intervención quirúrgica, sobre todo en los casos en que los estudios radiológicos no son contundentes.

La historia clínica: en la confección de la historia clínica los datos son útiles en forma general, aprovechar la presencia de testigos que recogieron o trasladaron al accidentado para conocer la hora o las circunstancias del accidente. Se debe de preguntar si el paciente pudo hablar en algún momento. Se debe anotar la hora en que ocurrió el accidente, y tiempo transcurrido al momento de llegar a la emergencia. Se averiguará si recibió atención médica previa, los datos de esta atención, los procedimientos y la medicación recibida, si es posible ponerse en contacto con el médico encargado de la atención inicial. Como complemento se deberán realizar exámenes auxiliares como: radiografías, radiografías craneales, TAC de cráneo, estado de conciencia deteriorado, resonancia magnética nuclear, exámenes hematológicos, también puede ser de ayuda el ECG y la radiografía de tórax (Cruz & Ramirez, 2007, pp. 49-51).

El tratamiento en la mayoría de los casos de traumatismo craneoencefálico se debe de dar la atención de inmediato en el lugar del accidente, ya que puede ayudar a que el paciente tenga una recuperación rápida y sin consecuencia, o puede llegar a ser todo lo contrario quedando con secuelas de algún tipo de parálisis. En estos casos como primera instancia se debe de realizar la valoración del ABC, A consta de verificar que haya una apertura de la vía aérea, que se encuentre libre y permeable, de tal manera que él nos demos cuenta que el paciente está recibiendo la cantidad necesaria de oxígeno. Valoración B, se refiere a la ventilación o respiración del paciente la cual



debemos estar vigilando constantemente, ya que la oxigenación debe de estar en un 95% de saturación.

Y valoración C, se realiza la revisión que se hace de la circulación sanguínea del paciente, ya que en muchas ocasiones puede presentar hemorragia y poner en riesgo la vida. Como sugerencia que se da es aplicar una solución intravenosa de solución isotónica y mantener un buen volumen de líquidos y evitar un choque hipovolémico. (SNVE, 2008, pp. 1-4)

Una vez que el paciente ha llegado a una estancia hospitalaria se realiza una exploración cefalocaudal, se realizan exámenes de gabinete para determinar el grado de traumatismo de cráneo se presenta, posterior a ello se inicia tratamiento con sustancias hiperosmolares, las cuales van a realizar un aumento de osmolaridad de la sangre. Algunos de los medicamentos que son usados son el manitol al 20%, esta es utilizada a dosis de 100 a 250 ml cada doce horas por perfusión endovenosa, al igual que solución glucosada al 10% o 20%, su efecto es menor que el medicamento anterior, pero se considera fisiológica, solo se debe considerar en caso de que el paciente no sea diabético.

Otro medicamento que también es utilizado para estos casos es la dexametasona, ya que presenta un efecto de estabilización de la presión endocraneal, esta puede ser utilizada en cantidades variables que van desde los 16 hasta los 100 mg en una sola dosis. La furosemida es un diurético que se utilizara a nivel renal y así ayudar a eliminar el agua y el sodio. Sin embargo, se ha demostrado que tiene un efecto a nivel de los plexos coroideos al disminuir la producción de líquido cefalorraquídeo. Ahora bien, los sedantes son importantes en el tratamiento, estos serán solo y únicamente utilizados cuando el estado de conciencia no está definido, ya que podemos encontrar a pacientes que se encuentren irritados. En estos casos serán utilizados los derivados de la

fenotiazida, aunque no es recomendado cuando la lesión cerebral es alta. Los anti convulsionantes como lo es el Diazepam será utilizado a dosis respuesta, en cambio el difenilhidantóina es un medicamento con efecto tardío, su resultado puede durar hasta cuatro días. De igual modo el antihistamínico, de preferencia el dimenhidrinato, es indicado en personas con escaso deterioro de conciencia (Morales, 1986, p. 54).

## CAPÍTULO II

### RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente masculino de 32 años de edad ingresa el día 08 de mayo de 2019 al servicio de urgencias del hospital con 30 minutos aproximadamente de evolución. Se tiene antecedente de sufrir accidente de tránsito, comentan los paramédicos que los trasladan que es atropellado al tratar de rebasar en motocicleta a un automóvil y es arrollado aproximadamente 10 metros a las 20:15 horas, portaba medidas de protección tipo casco, al ser impacto recibe contusión en cabeza al golpearse contra el pavimento, en el lugar del accidente este se encuentra desorientado, inquieto, presentando emesis en proyectil, con problema respiratorio moderado que es apoyado con oxígeno a través de mascarilla bolsa reservorio, combativo a las maniobras que se le realizan para tratar de estabilizar y posterior pérdida del conocimiento.

- **Exploración física.**

En estado de conciencia obnubilado, bajo efectos de sedación, con Glasgow 9/15, con piel tegumentaria enrojecida, temperatura corporal elevada, pupilas con anisocoria, no reactivas a la luz, se observan dermoabrasiones en cara, nariz, labio inferior, con herida en temporal izquierdo de 6 cm aproximadamente, profunda y sangrante, la cual es suturada, mucosas orales deshidratadas, cánula orotraqueal permeable conectado a ventilador mecánico controlado por volúmenes, sosteniendo una saturación de 89%, frecuencia respiratoria alterada, presencia de estertores, con hematoma subcutáneo en hemitórax izquierdo, presencia de piloerección, abdomen globoso por tejido adiposo, blando y depresible a la palpación, sonda vesical con adecuado gasto de uresis, extremidades eutróficas, integra, ligero edema, sin respuesta ante estímulos dolorosos. Paciente con dependencia de vasopresores y asistencia ventilatoria, con menos

respuesta motora. Con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico moderado, edema cerebral, politraumatizado.

Peso: 105 kg

Talla: 1.70 cm

T/A: 140/90 mm/hg

FC: 125x<sup>1</sup>

FR: 29 x<sup>1</sup>

TEMP: 39.2 °C

SPO2: 89%

La tomografía axial computarizada (TAC) reporta deterioro neurológico, edema cerebral vasogénico, por lo cual se pide que sea trasladado para atención en la PIC y drenado de LCR.

Laboratoriales: Glucosa 155 mg/dl, urea 14 mg/dl, BUN 9 mg/ dl, creatinina 0.8 mg/dl, Na 144 mmol/L, K 2.70 mmol/L, Cl 107 mmol/L, hemoglobina 12 g/dL, plaquetas 299,000 uL, leucocitos 75,000 uL. La gasometría reportó: pH 7.46, PaCO<sub>2</sub>: 47 mmHg , PaO<sub>2</sub>: 43 mm Hg.

Diagnóstico Médico: traumatismo cerebral moderado + edema cerebral + politraumatizado.

Pronostico: Reservado

## Plan manejo en el área de urgencias choque:

- 1) Valoración por medicina interna y neurocirugía
- 2) Ayuno
- 3) Solución Hartman 1000 ml para carga rápida, continuar con Sol. Fisiológica al 0.9% de 1000 ml+ 1 amp de KCL para 8 horas.
- 4) Medicamentos:
  - Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 hrs
  - Amikacina 500mg Iv cada 12 hrs.
  - Metronidazol 500 mg cada 8 hrs
  - Infusión de Propofol 100 mg en 100 ml de solución fisiológica a 10 mlxh.
  - Fenitoina 125 mg I.V. cada 8 horas
  - Amiodarona 300 mg en 100 ml de solución glucosada a 5mlxh.
  - Metamizol sódico 1gr cada 8 horas
  - Paracetamol 1gr. Cada 6 horas
  - Dexametasona 8mg IV cada 8 hrs.
  - Furosemide 20 mg I.V. cada 12 Hrs.
  - Omeprazol 40 mg I.V. cada 12 Hrs.
  - Ketorolaco 30 mg I.V cada 8 hrs.
- 5) Medidas Generales:
  - Signos vitales y Cuidados generales de enfermería.
  - Posición semifowler 30 grados
  - Dxtx cada 8 horas reportar menos de 80 o más de 180 mg/dl.
  - Ventilación mecánica a parámetros establecidos dinámicos.
  - Control de hipertermia y aplicación de medios físicos.
  - Sonda Foley a derivación y cuantificar gasto.
  - Control de líquidos estrictos.
  - Toma de T/A cada hora.
  - Monitoreo cardiaco continuo y oximetría.
  - Cambios posturales por turno.

## CAPÍTULO III

### DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

#### 3.1 Valoración clínica del sujeto de cuidados

**Servicio:** Medicina Interna

**Nombre del paciente:** C.R.F **Edad:** 32 años **Fecha de nacimiento:** 4 de octubre de 1987 **Lugar de Nacimiento:** Paso del Macho **Sexo:** Masculino

**Religión:** católica **Estado Civil:** Unión Libre **Escolaridad:** Secundaria **Ocupación:** Obrero **Derechohabiencia:** Seguro popular

**Localidad:** Coscomatepec **Familiar responsable:** J. R. Juliana (Cónyuge)

**Dx Médico:** traumatismo cerebral moderado+ edema cerebral+ politraumatizado

Adulto del sexo masculino, con 32 años de edad, se encuentra en el servicio de urgencias choque por presentar traumatismo craneoencefálico + edema cerebral + politraumatizado, se mantiene con apoyo mecánico ventilatorio VT 700, FiO2 35%, en posición semifowler 30 por edema cerebral.

- a) Patrón de salud- manejo de la salud: Se encuentra bajo efectos de sedación, el paciente no tiene conocimiento sobre su padecimiento. No es valorable.
- b) Patrón nutricional- metabólico: Por el momento el paciente se encuentra en ayuno. Solo se manejan líquidos por vía parenteral. Piel cálida y húmeda, debido a la elevación de la temperatura (39.2 C).
- c) Patrón de eliminación: Alterado, la eliminación urinaria se realiza por medio de sondaje vesical a derivación, con control de líquidos y drenando flujo urinario color ámbar, diaforético, con pérdidas insensibles por fiebre. Evacuaciones ausentes durante el turno.

- d)** Patrón de actividad- ejercicio: Paciente que es totalmente inmóvil, bajo efectos de sedación, con limitación de las habilidades motoras (flexión, extensión, aducción, abducción, rotación, etcétera), encontrándose en posición semifowler, con cabeza en posición neutra en relación con el tórax (30° cabecera), no se debe de movilizar debido a que presenta tumefacción en cuello y se encuentra con apoyo mecánico.
- e)** Patrón de sueño- reposo: Paciente se encuentra bajo efectos de sedación.
- f)** Patrón cognitivo- perceptivo: Su condición limita a reacciones de algunos estímulos y no es posible que exista una comunicación.
- g)** Patrón de autopercepción- autoconcepto: Paciente se encuentra bajo efectos de sedación.
- h)** Patrón de rol- relaciones: Comunicación ineficaz a nivel sensitivo- motor del paciente ya que se encuentra bajo sedación y traumatismo, recibe visitas de sus familiares, pero no puede comunicarse verbalmente con ellos por ningún medio.
- i)** Patrón de sexualidad- reproducción: Limitada por su condición de salud.
- j)** Patrón de afrontamiento- tolerancia al estrés: Paciente se encuentra bajo efectos de sedación.
- k)** Patrón de valores- creencias: Paciente se encuentra bajo efectos de sedación.

## Exploración física

- Cabeza y cuello: Normo cefálico, cabello negro bien implantado y distribuido, adecuada coloración y textura, cara simétrica, cejas y pestañas integra, ojos isocóricos, pupilas con anisocoria bilateral, oídos: pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, nariz y fosas nasales simétricas y permeables.

- Cuello: Acorde a su biotipo, presenta tumefacción en cuello por lo que no es posible realizar movimientos de flexión y extensión lateralizados y rotación.
- Tórax: Simétrico, de aspecto normal, campos pulmonares ventilados con apoyo mecánico ventilatorio A/C. Mamas simétricas, sin presencia de adenopatías.
- Abdomen: globoso a expensas de tejido adiposo, blando, depresible, peristalsis ausente, no palpable hígado y bazo dentro de parámetros normales.
- Extremidades: Brazos y antebrazo en forma y posición normal, manos sin alteraciones en forma, tamaño, color, piel de acuerdo a su edad, raza y sexo. Muslos y piernas sin alteración, en forma y posición.

### 3.2 Diagnóstico de enfermería según el caso.

Signos y síntomas	Dominio alterado	Etiqueta	Características que lo definen	Factor etiológico o relacionado	Diagnóstico de enfermería
Temperatura corporal elevada Tensión arterial elevada Taquicardia Coloración tegumentaria rubicunda Diaforesis Presencia de estertores. Taquipnea Pérdida de la conciencia	Dominio 11 Seguridad/protección Clase 06 Termorregulación	00008 Termorregulación ineficaz	Aumento de la temperatura corporal Hipertensión Taquicardia Piel ruborizada Aumento de la frecuencia respiratoria Piel caliente al tacto Piloerección Relleno capilar lento	Traumatismos	Termorregulación ineficaz R/C traumatismos M/P aumento de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia. aumento de la frecuencia respiratoria, piel caliente al tacto,



### 3.3 Planificación de intervenciones.

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio II: Salud fisiológica Clase I: Regulación metabólica 0800 Termorregulación	80001 Temperatura cutánea aumentada.	Desviación grave del rango normal 1	3	4
	80007 Cambios de coloración cutánea.	Desviación sustancial del rango normal 2	3	4
	80010 Sudoración con el calor	Desviación moderada del rango normal 3	3	4
	80013 Frecuencia respiratoria	Desviación leve del rango normal 4	2	3
	80019 Hipertermia	Sin desviación del rango normal 5		
Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio II: Salud fisiológica Clase E: Cardiopulmonar 0414 Estado cardiopulmonar	041401 Presión arterial sistólica	Desviación grave del rango normal 1	3	4
	041402 Presión arterial diastólica	Desviación sustancial del rango normal 2	3	4
	041404 Frecuencia cardíaca	Desviación moderada del rango normal 3	3	4
	041405 Ritmo cardíaco	Desviación leve del rango normal 4	3	4
	041418 Rubor	Desviación leve del rango normal 4	2	3
	041431 Diaforesis	Sin desviación del rango normal 5		

### **3.4 Ejecución de intervenciones.**

#### **Campo 02: Fisiológico: Complejo.**

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

#### **Clase M: Termorregulación.**

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

#### **3740 Tratamiento de la fiebre**

Tratamiento de los síntomas y afecciones con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.

- Controlar la temperatura y otros signos.
- Observar el color y la temperatura de la piel
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- Administrar medicamento o líquidos I.V. (p.ej. antipiréticos, antibióticos)
- Administrar oxígeno, según corresponda.
- Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío)
- . Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
- La realización de encefalogramas ayuda a identificar a los pacientes en riesgo de sufrir convulsiones postraumáticas

## **Campo 02: Fisiológico: Complejo.**

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

### **Clase M: Termorregulación.**

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

#### **3786**

Manejo de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal debido a una disfunción de la termorregulación.

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Monitorizar los signos vitales
- Aplicar métodos de enfriamiento externos (bolsas de hielo en el cuello, el tórax, abdomen, cuero cabelludo y axilas), según corresponda.
- Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.
- Colocar un acceso intra venoso.
- Administrar líquidos por vía intravenosa usando soluciones enfriadas, según corresponda.
- Administrar medicamentos anti escalofríos, según sea necesario.

## **Campo 02: Fisiológico: Complejo.**

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

### **Clase N: Control de la perfusión tisular**

Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

#### **4162 Manejo de la hipertensión**

Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más altos de los normal.

- Utilizar soluciones salinas isotónicas.
- Administrar el tratamiento farmacológico antihipertensivo según lo prescrito.

- Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes (p. ej., obesidad, síndrome metabólico, antecedentes de accidente cerebrovascular)
- Proporcionar una atención de enfermería acorde al tipo de hipertensión obtenida.
- Monitorizar a los pacientes de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (mareos, náuseas o vómito, palidez, sudoración, piel fría, alteración en el nivel de conciencia, convulsiones).
- Controlar signos vitales como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, análisis de sangre, para identificar precozmente las complicaciones.
- Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.
- Prevenir la hipotensión arterial y mantener presiones sistólicas por encima de 90 mmHg con retos de fluidos a fin de prevenir el riesgo de isquemia cerebral secundaria.

#### **Campo 04: Seguridad.**

Cuidados que apoyan a la protección contra daños.

#### **Clase V: Control de riesgos**

Intervenciones para proporcionar una ayuda a corto plazo en casos de crisis psicológicas.

#### **6680 Monitorización de los signos vitales**

Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

#### Actividades

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
- Monitorizar la presión sanguínea después de administrar medicación, si es posible.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, si procede.

- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

### **3.5 Evaluación.**

El paciente mostró una adecuada recuperación durante su corta estancia hospitalaria ya que por el tipo de lesión fue referido a otro hospital. Las intervenciones que fueron establecidas, se llevaron a cabo de manera correcta en el tiempo que permaneció en este nosocomio.

1. Mantiene una buena coloración de tegumentos e integridad cutánea.
2. Mejoro el patrón de termorregulación, pasó de tener una temperatura de 39.2<sup>0</sup> a tener 37.1<sup>0</sup> siendo los antipiréticos eficientes para la intervención.
3. La presión arterial elevada ha ido evolucionando de manera favorable.
4. De acuerdo a los medicamentos antipiréticos y los medios físicos la diaforesis ha disminuido.
5. La frecuencia respiratoria ha mejorado con ayuda de los medicamentos, teniendo una disminución en los signos y síntomas que el paciente presentaba.
6. La frecuencia cardiaca disminuyó, de tener una frecuencia de 125lpm, logró disminuir a un 94lpm.
7. La saturación de oxígeno se ha mantenido estable.

## CAPÍTULO IV

### PLAN DE ALTA

Se le otorgó un plan de alta el cual está enfocado en cuidados especiales en rehabilitación neurológica y física. Tanto para él como al familiar se le proporcionó educación para la salud.

Se brinda orientación al familiar sobre el padecimiento que presenta el paciente, y se da a conocer sobre la sintomatología más común que se puede presentar, así como posibles complicaciones.

- Mantener una dieta polimérica que aporte los nutrientes necesarios que el paciente necesita, se debe de administrar en jeringa por sonda nasogástrica en partes fraccionadas.
- Baño diario en cama o camilla, aseo de genitales, lavado de manos, aseo bucal tres veces al día después de cada comida.
- Mantener la piel limpia y humectada, puede aplicar aceite mineral, de almendras o crema corporal humectante.
- Cambio de ropa de cama para mantener un adecuado confort y eliminación de la humedad.
- Realización de curaciones en heridas según proceda.
- Se le explica al familiar que es importante colocar almohadillas, ya que ayudaran a que el paciente presente úlceras por presión.

- Observar la frecuencia respiratoria por minuto y frecuencia cardiaca.
- Favorecer las horas de visita por parte de familiares cercanos o amigos.
- Lavarse las manos antes y después de tener contacto con el paciente, dar algún medicamento o realizar curaciones.
- No arropar mucho al paciente, ya que ha presentado hipertermia.
- Realizar movilizaciones pasivas (movilización de articulaciones, ayudará a que los músculos no se atrofién).

## CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo es con la finalidad de hacer consciencia que traumatismo craneoencefálico es uno de los principales padecimientos a causa de accidentes automovilísticos, de los cuales pueden ser leves, severos y moderados, hay pacientes que se recuperan, aunque no del todo, ya que en la mayoría de estos casos pueden quedar con secuelas o bien llegar a la muerte.

Cabe destacar que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta de suma importancia, ya que es básica y primordial en nuestra labor, como profesionales debemos de conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería y así, de esa manera conocer cada una de las necesidades que requiere el paciente para su mejoría, realizando de manera correcta los cuidados correspondientes para que nuestro paciente, familiares y profesional de enfermería tenga la satisfacción de que las intervenciones que se fueron, que se aplican o apliquen ayuden a conservar la vida y por consiguiente se tenga una pronta recuperación o bien una muerte digna.

Además de realizar cuidados en el paciente, se generó una atención especial a la familia, y aunque al ser su sistema de apoyo es necesario para hacer consciencia sobre los cuidados a aplicar en su paciente. Al haber identificado los patrones funcionales alterados de nuestro paciente, se dio a la priorización de intervenciones de enfermería para que los signos y síntomas que esté presentaba fueran atendidos y así evitar posibles complicaciones, ya que por la situación que presenta se solicitó que sea trasladado para darle una atención de tercer nivel, para poder brindarle otros cuidados tanto médicos como enfermeros que le ayuden a mantener la vida.



Enfermería es el principal personal de salud que asume el papel más importante, ya que en nuestras manos se encuentra la vida de una persona, le podemos garantizar que llegue a tener una calidad de vida adecuada. Es por ello que día a día debemos de capacitarnos, indagar, conocer, actualizarnos para que se brinden cuidados de calidad y no solamente de cantidad, pues al realizar nuestras actividades de manera correcta con cada paciente al ver la satisfacción de ellos nosotros podemos tenerla también y sentirnos con la tranquilidad de que todo lo realizado ha tenido una buena respuesta.

Como se puede ver en el Proceso de Atención de Enfermería podemos reconocer que el seguimiento fue útil para estructurar el pensamiento crítico enfermero, así como los aspectos físico, biológico, psicológico, emocional y espiritual del paciente. Durante el seguimiento del caso clínico, el paciente se fue evolucionando de manera favorable; al igual se brindó información correspondiente y se les enseñó a los familiares los cuidados que deberían tener cuando se diera de alta.

De este modo gracias a este plan de cuidados anteriormente planteado se pretende conseguir principalmente la total autonomía del paciente a la hora de realizar el autocuidado. Para finalizar lo que se debe plantear para el futuro, es un control y seguimiento de la evolución del paciente y su entorno para reafirmar lo conseguido hasta ahora y así prever y evitar cualquier hecho que pueda perjudicar la salud.

## REFERENCIAS

- Ackley, B., & Ladwig, G. (2009). *Manual de diagnósticos de enfermería*. México: El manual moderno.
- Aguilar, L., Lopez, M., Bernal, L., Ponce, G., & Rivas, J. (2008). Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autodeficiencia para su aplicación. *Medigraphic Artemisa*, 3-6.
- Alfaro, R. (1999). *Aplicación del proceso enfermero*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Alted, E., Bermejo, S., & Mario, C. (2009). Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave.
- Alvarez, J. (10 de Noviembre de 2015). *Prezi*. Obtenido de <https://prezi.com/cxl59i6nbnjm/tecnica-para-toma-de-destroxtis/>
- Alvarez, J., Castillo, F., Delia, F., & Muñoz, M. (2010). *Manual de valoración de patrones funcionales*. Servicios de salud.
- Andrade, R., & López, J. (2012). *Proceso de atención de enfermería*. México: Trillas.
- Arteaga, M. (30 de Abril de 2016). *Aprende en línea*. Obtenido de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61952>
- Bellido, J., & Lendíze, J. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial De Enfermería de Jaén.
- Caro, S., & Guerra, C. (2011). *El proceso de atención en enfermería*. Barranquilla (Colombia): Universidad del Norte.
- Carrillo, R., & Meza, J. (2015). Trauma craneoencefálico. *Medigraphic*, 433.
- Cepeda, A., & Guadalupe, R. (2012). *Proceso de atención de enfermería*. México: Trillas.
- Cholvi, M. (05 de 10 de 2017). *ELSEVIER*. Obtenido de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/adenopatia-definicion-localizacion-origenes-y-causas-de-esta-inflamacion>
- Clinic, M. (Marzo de 2018). *MayoClinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tachycardia/symptoms-causes/syc-20355127>

- Correa, A., Verde, E., & Rivas, J. (2016). Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. Ciudad de México: División de CBS.
- Cruz, L., & Ramirez, F. (2007). Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefalico en adultos. *Medigraphic Artemisa*, 49-51.
- CUN. (2019). *Clinica Universidad de Navarra*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tumefaccion>
- Definición. (15 de Marzo de 2019). Obtenido de <https://definiciona.com/tumefaccion/>
- Del Gallego, R., Diz, J., & Lopez, M. (18 de 09 de 2019). *Metodología Enfermera. Lenguajes estandarizados*. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
- Díaz, A. (20 de 09 de 2019). *Web consultas, revista de salud y bienestar*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/traumatismo-craneal/tipos-de-traumatismo-craneal-11448>
- Dictionary, T. F. (2016). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/obnubilaci%C3%B3n>
- Durán, M. (2001). *Enfermería, Desarrollo teorico e informativo*. Colombia: Proyecto innovar.
- EcuRed. (22 de Octubre de 2019). *EcuRed*. Obtenido de [https://www.ecured.cu/L%C3%ADquido\\_cefalorraqu%C3%ADdeo#Fuentes](https://www.ecured.cu/L%C3%ADquido_cefalorraqu%C3%ADdeo#Fuentes)
- Enciclopediasalud. (16 de Febrero de 2016). *Enciclopediasalud*. Obtenido de <https://www.enciclopediasalud.com/definiciones/hematoma>
- Gallego, R., Gomez, J., López, M.(2015). *Metodología de enfermería (lenguajes estandarizados)*.
- Garcia, L. (09 de 2015). *Unidad de aprendizaje: modelos y teorías en enfermería. Modelo de Virginia Henderson*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/33514/secme-18102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garcia, M. (2004). *El proceso de Enfermería y modelo de Virginia Henderson*. México: Progreso.
- Garrido, I., Fernández, S., & García, M. (2016). Capitulo X Necesidad de mantener l higiene corporal y la integración de la piel. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaen.

- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnóstico de Enfermería*. México: McGraw- Hill.
- GPC. (2018). Traumatismo Craneoencefalico Grave. *Guía Práctica Clínica* , 9.
- Guttman, I. (16 de Agosto de 2019). Obtenido de <https://www.guttman.com/es/treatment/traumatismo-craneoencefalico-tce>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, C. (2015). *El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera*. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=8D89CD5A4B25A87D57E1B32EDD3F4855?sequence=1>
- Lechtzin, N. (Agosto de 2016). *Manual MSD* . Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-pulmonares/dificultad-respiratoria>
- Lechtzin, N. (Agosto de 2016). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-pulmonares/sibilancias>
- López, R., Proceso de enfermería aplicado a paciente con patrón alterado de eliminación de acuerdo a Marjory Gordon, (2019) P.9.
- Martinez, J., & Del Pino, R. (2012). *Enfermería en atención primaria*. Madrid, España: Difusión avance de enfermería.
- MedlinePlus. (12 de Febrero de 2019). *MedlinePlus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/edema.html>
- Mendez, J. (Mayo de 2019). Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una persona con trastorno psíquico emocional con base en la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon. San Luis Potosi, San Luis Potosi: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales, I. (1986). Estudio Clínico de proceso de atención de enfermería. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nanda. (2018). *Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2018-2020*. Barcelona: Elsevier.

- Navarro, N., & Fernández, F. (2007). *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Elsevier- masson.
- NIH. (21 de Octubre de 2019). *Instituto nacional del cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/hipertermia>
- Ontiveros, A., Preciado, A., Matute, E., López, C., & López, E. (2014). Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adulto con traumatismo craneoencefálico. *Mex Neuroci*, 211-212.
- Palomares, A. (Noviembre de 2013). *Proceso atención de enfermería aplicado a un adulto joven con traumatismo craneoencefálico con el modelo de Virginia Henderson*. Obtenido de Universidad Nacional Autónoma de México: <http://132.248.9.195/ptd2013/noviembre/0705003/Index.html>
- Peces, E. (25 de Noviembre de 2011). *Ucm.es*. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>
- Peña, C. (18 de Junio de 2018). *Radiologyinfo*. Obtenido de <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=abdominct>
- Pérez, C. (Febrero de 2008). Proceso Atención De Enfermería aplicado a un adulto masculino con Traumatismo Craneoencefálico grado III de acuerdo al modelo de Virginia Henderson. México.
- Pinto, N. (2002). El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Colombia: ISSN impreso.
- Pinzón, A. (4 de Diciembre de 2014). *Scielo.org*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a16.pdf>
- Ponce, J. (2018). Proceso de enfermería a paciente con complicaciones neurológicas, con base en los patrones funcionales. *Cuidarte "El arte del cuidado"*, 38.
- Reina, G., & Carolina, N. (17 de Diciembre de 2010). *Redalyc*. Obtenido de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
- Reyes, E. (2009). *Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología*. México: El manual moderno.
- Rodriguez, G. (2017). *Dirae*. Obtenido de <https://dirae.es/palabras/emesis>
- Rosales, S. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. México: Manual moderno.
- Rosales, S., & Reyes, E. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. México: Manual moderno.

SEMI. (Octubre de 2019). *Fesemi*. Obtenido de <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/sincope>

Significados. (21 de Noviembre de 2014). *Significados.com*. Obtenido de <https://www.significados.com/esfinter/>

SNVE. (2008). Aspectos clínicos y epidemiológicos del trauma craneocefalico en México. *Secretaria de Salud*, 1-4.

Tellez, O., & García, F. (07 de Abril de 2016). Proceso enfermero de tercera generación. México, México.

*Universidad de Navarra*. (2019). Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipercapnia>

Urra, M. (18 de Septiembre de 2009). *Scielo*. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Vovick, L. (28 de Junio de 2018). *Medlineplus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/anatomyvideos/000097.htm>

## GLOSARIO

Adenopatía: Inflamación en los ganglios linfáticos, aunque hoy en día la palabra se usa en referencia a una hinchazón o tumefacción de estos.

Dermoabrasiones: Abultamiento, hinchazón, inflamación, hinchamiento, chichón, turgencia o bulto de una parte del cuerpo humano o también la acción de hincharse, este puede incluir un quiste, tumor o neoplasia. (Definiciona, 2019)

Disnea: Es la sensación de falta de aire o dificultad para respirar. (Lechtzin, 2016)

DxTx: Destroxtis o toma rápida de glucosa capilar es un estudio muy rápido y seguro para determinar los niveles de azúcar en sangre. (Alvarez, 2015)

Edema: Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. (MedlinePlus, 2019)

Emesis: Acción de vomitar. (Rodríguez, 2017)

Esfínteres: Músculo anular que se encuentra ubicado en el orificio de una cavidad del cuerpo, cuya función es abrirse y cerrarse, permitiendo o impidiendo el paso de una secreción o sustancia hacia otra cavidad o hacia el exterior. (Significados, 2014)

Hematoma: Acumulación de sangre en un tejido por la rotura de un vaso sanguíneo que causa una hemorragia interna. (Enciclopediasalud, 2016)

Hipercapnia: Aumento de la presión parcial del dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) en la sangre, producida, de forma más frecuente, por hipoventilación alveolar o por desequilibrios en la relación ventilación-perfusión pulmonar. (Universidad de Navarra, 2019)

Hipertermia: Temperatura corporal anormalmente alta. Posiblemente ocasionada como parte de un tratamiento, por una infección o por exposición al calor. (NIH, 2019)

Pupilas isocóricas: Igualdad de tamaño entre ambas pupilas. (Pinzón, 2014)

Leucocitosis: Aumento del número de leucocitos (glóbulos blancos). Suele ocurrir durante la fase aguda de una infección o una inflamación. (NIH, 2019)

Líquido cefalorraquídeo: Es un líquido de color transparente, que baña el encéfalo y la médula espinal. Circula por el espacio subaracnoideo, los ventrículos cerebrales y el canal medular central sumando un volumen entre 100 y 150 ml, en condiciones normales. (EcuRed, 2019)

Obnubilado: Estado de ánimo que impide considerar con claridad o exactitud una cosa. (Dictionary, 2016)

Peristalsis: Serie de contracciones musculares como oleadas que transportan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo. (Vovick, 2018)

Politraumatizado: Se define como politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. (Peces, 2011)

Sibilancia: Son sonidos agudos (como silbidos) que se producen durante la respiración cuando las vías respiratorias están parcialmente bloqueadas. (Lechtzin N., 2016)

Síncope: El síncope es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea. (SEMI, 2019)

TAC: Tomografía computarizada. (Peña, 2018)



Taquicardia: La taquicardia es un tipo frecuente de trastornos del ritmo cardíaco (arritmia) en el que el corazón late más rápido de lo normal cuando está en reposo. (Clinic, 2018)

TCE: Traumatismo craneoencefálico. (Guttmann, 2019)

Tumefacción: Aumento del volumen de una parte del cuerpo por inflamación, edema o tumor. (CUN, 2019)

## ANEXOS.

### Anexo 1

Formato de valoración en el adulto por patrones funcionales de Marjory Gordon. Formato aplicado a cuidador primario de su núcleo familiar

#### 1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

a. ¿Cómo está usted de salud en general? Bien, es una persona que no presenta problemas en cuanto a su salud, se cuida y alimenta sanamente.

b. ¿Ha padecido algún resfriado durante el año pasado? Sí. Si procede: ¿Ha presentado absentismo laboral o escolar? No

c. ¿Cuáles son los aspectos más importantes para mantenerse sano? Tener una adecuada alimentación y un buen descanso ¿Cree que estos aspectos influyen en la salud? Sí, eso es la base para tener una buena salud ¿Realiza la auto exploración mamaria? No aplica

¿Fuma? Sí ¿Consume fármacos? No ¿Ha tenido alguna vez algún problema de alcoholismo? A veces ¿Cuándo tomo la última copa? Se desconoce

d. ¿Ha tenido accidentes (domésticos, laborales o de tráfico)? ¿O caídas? Anteriormente no, hasta este momento.

e. En el pasado ¿ha seguido el tratamiento médico o enfermero con facilidad? No

f. Si procede: ¿Cuál cree que es el motivo de su enfermedad? No aplica ¿Cuándo aparecieron los síntomas? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Tomo alguna actuación? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

g. Si procede: ¿Qué es importante para usted mientras este aquí? Tener a la familia cerca de él. ¿Cómo podemos ayudarlo? Autorizándonos que más personas estemos con él, ya que es una situación difícil para todos y queremos que el sienta nuestro apoyo.

#### 2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO.

a. ¿Cuál es la ingesta diaria habitual de comida? (describirla) dos o tres comidas al día, lo que se consume más en casa es la carne de pollo o de puerco, el consumo de vegetales es mínimo y consume pan por la mañana y la noche, no refiere tener alergia a ningún alimento ¿toma complementos? no

b. ¿Cuál es la ingesta habitual de bebida? (describirla) toma alrededor de 2 vasos de agua al día, consume café sin agregados de 3 a 4 tazas diarias.

c. ¿Ha ganado o perdido peso? (cantidad) no lo hemos notado ¿ha disminuido o aumentado de altura? (cantidad) no, lo hemos notado

d. ¿Tiene apetito? Sí, todo el tiempo, aunque en ocasiones no tiene tiempo de comer adecuadamente por su trabajo.

e. En cuanto a el alimento o la comida: ¿siente molestias, trastornos en la deglución? No  
¿Sigue una dieta? No, él come de todo Si procede ¿practica la lactancia materna? No aplica  
¿Tiene problemas con este tipo de lactancia? No aplica.

f. ¿Cicatrizan bien las heridas o no? Sí

g. Problemas cutáneos: ¿Tiene lesiones o sequedad? Si

h. ¿Tiene problemas dentales? No

### 3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

a. ¿Cuál es el patrón de eliminación fecal? (describirlo) Diaria ¿Cuál es la frecuencia y el tipo? No lo han notado ¿Presenta molestias? Si, se estriñe mucho ¿Tiene problemas de control? No ¿Consume laxantes? Si, para tratar el estreñimiento algunas veces otras veces consume ciruela pasa o licuados.

b. ¿Cuál es el patrón de eliminación urinaria? (describirlo) Diario ¿con que frecuencia? 4 veces al día ¿Tiene molestias? No ¿Tiene problemas de control? No

c. ¿Tiene exceso de transpiración? Si ¿Tiene problemas de olor personal? En algunas ocasiones.

### 4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

a. Tiene la energía suficiente para realizar las actividades deseadas o precisas? Si, en algunas ocasiones juega futbol.

b. ¿Cuál es el patrón de ejercicio, tipo y regularidad? 1 vez a la semana juega futbol.

c. ¿Tiene tiempo para actividades de ocio? A veces, con los niños ¿tiene actividades de juego? Sí

d. Percepción de habilidades para: (poner el código de nivel, según la clave del código de niveles funcionales descrito a continuación)

Alimentación: 0 Baño: 1 Uso del retrete: 1 Movilidad en la cama: II

Vestido: II Acicalamiento: 0 Movilidad general: II

Preparación de alimentos: 0 Mantenimiento del hogar: 0 Compras: I

Código de los niveles de funcionamiento

Nivel 0: autocuidado total

Nivel I: precisa el uso de un equipo o aparato.

Nivel II: precisa ayuda o la supervisión de otra persona.

Nivel III: precisa de ayuda o la supervisión de otra persona, y de un equipo o aparato.

Nivel IV: es dependiente y no colabora

## 5. PATRÓN DE SUEÑO- REPOSO

a. ¿Se siente en general descansado y listo para realizar las actividades después de dormir? Si, todos los días ámense de buen humor

b. ¿Tiene problemas para dormirse? En algunas ocasiones se le ha visto despierto hasta tarde ¿Utiliza algún medio para dormir? El celular ¿Tiene sueños (pesadillas)? En ocasiones despierta de golpe y brinca ¿Se despierta pronto? Si

c. ¿Tiene periodos de reposo/ relajación? Después de su trabajo

## 6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

a. ¿Tiene dificultad de audición? No ¿Utiliza algún método de ayuda? No

b. ¿Cómo es su vista? Sin compromiso ¿Lleva gafas? No ¿Cuándo fue la última revisión? No aplica

c. ¿Ha sufrido últimamente algún cambio de memoria? No

D ¿Tiene dificultad o facilidad para tomar decisiones? No

e. ¿Cuál es el método más fácil para aprender cosas? Aprender antes de hacer ¿Tiene dificultad de aprendizaje? No

f. ¿Tiene molestias o dolor? - ¿Cómo lo controla? -

## 7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN- AUTO CONCEPTO

a. ¿Cómo se describe a sí mismo? Lo describen como una persona humilde y buena siempre procurando a los demás primero por sobre él. La mayor parte del tiempo ¿Se siente bien consigo mismo o no? Si

b. ¿Se han producido cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer? Sí, ya que por el momento no se puede mover, no puede hablar. ¿Esto es problema para usted? No

c. ¿Se han producido cambios en la manera en que se siente sobre sí mismo o su cuerpo (desde que comenzó la enfermedad)? No se sabe

d. ¿Se enfada o molesta con frecuencia? Si, algunas veces ¿Siente temor, ansiedad, o depresión? Algunas veces ¿Qué le ayuda? Tener cerca a la familia

e. ¿Se ha sentido alguna vez desesperado, incapaz de controlar los aspectos de su vida? No ¿Qué le ayuda? \_\_\_\_\_

## 8. PATRÓN DE ROL- RELACIONES

a. ¿Vive solo o con su familia? Con su familia

b. ¿Tiene algún problema familiar que maneja con dificultad? No

c. ¿Cómo trata habitualmente la familia los problemas? Comunicado las molestias que siente y trata de solucionarlo

d. ¿Depende su familia de usted? Si, económicamente

e. Si procede ¿Cómo se siente su familia sobre su enfermedad/hospitalización? Preocupados por su salud, y en ocasiones impotentes al no poder hacer nada más por él y dejarle todo en manos de dios

f. Si procede: ¿Tiene problemas con sus hijos? No, señala que son buenos y que lo respetan ¿Existe alguna dificultad en la relación con ellos? No, se tiene buena comunicación

g. ¿Pertenece a grupos sociales? Equipo de futbol ¿Tiene amigos íntimos? Sí ¿Se siente solo? No (frecuencia) \_\_\_\_\_

h. ¿Es la situación laboral buena, en general? Es buena Si procede: ¿posee suficientes ingresos para cubrir sus necesidades? A veces.

i. ¿Se siente integrado o aislado de su vecindario? Se relaciona bien con todas las personas del vecindario

## 9. PATRON SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

a. Si procede según la edad o situación: ¿Son sus relaciones sexuales satisfactorias? no procede ¿Se han producido cambios en la misma o problemas? No procede

b. Si procede: ¿utiliza anticonceptivos? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas por su uso? -

c. En las mujeres: ¿primera menstruación? No aplica ¿Fecha de última menstruación? No aplica ¿Problemas de menstruación? No aplica ¿Nulípara, primípara o múltípara? No aplica ¿Gravedad? \_\_\_\_\_

## 10. PATRON DE AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- a. ¿Ha tenido algún cambio impórtate en su vida en los últimos dos años? Cambio de trabajo ¿Alguna crisis? No
- b. ¿Quién es la persona más adecuada para hablar de sus asuntos? Esposa ¿Está disponible ahora? Sí
- c. ¿Se siente estresado la mayor parte del tiempo? No ¿Qué le sirve de ayuda? Tener una buena comunicación con su familia ¿Toma medicinas, drogas o alcohol? Consume alcohol a veces, no consume drogas y medicinas solo toma las que le ayuden a que pueda ir al baño
- d. En caso de que se presenten grandes problemas en su vida, ¿Cómo los resuelve? Mejor método para resolver problemas es afrontándolos y teniendo una buena comunicación y apoyo de la familia
- e. En la mayoría de los casos ¿tiene buenos resultados? La mayoría de las veces sí.

## 11. PATRÓN DE VALORES- CREENCIAS

- a. ¿Obtiene en general las cosas que desea en la vida? Solo lo que él cree merecer ¿Tiene planes importantes para el futuro? Si, muchos
- b. ¿Es la religión importante para su vida? Sí Si procede: ¿le ayuda cuando surgen problemas? Sí
- c. Si procede: ¿interferirán aquí alguna práctica religiosa? No, dios siempre está presente en todo momento y más ahora que pedimos por la salud de él

## 12. OTROS

- a. ¿Existe otro aspecto que no hayamos abordado y que desee mencionar? No perdemos la fe en Dios y estamos seguros que nos puede dar un milagro que ayude a mejorar la salud
- b. ¿Tiene alguna pregunta? No

Diagnóstico de enfermería NANDA		Clasificación de los resultados (NOC)				
Dominio: 11) Seguridad / protección	Clase: 6) Termorregulación	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
					Mantener	Aumentar
<b>Etiqueta:</b> 00008 Termorregulación ineficaz. <b>Factor relacionado:</b> traumatismos <b>Características definitorias:</b> Aumento de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia, piel ruborizada, aumento de la frecuencia respiratoria, piel caliente al tacto, piloerección, relleno capilar lento. <b>Diagnósticos:</b> Termorregulación ineficaz relacionado con traumatismos manifestado por aumento de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, piel caliente al tacto.		<b>Dominio II:</b> salud fisiológica  <b>Clase I:</b> Regulación metabólica.  <b>0800</b> Termorregulación	80001 Temperatura cutánea aumentada. 80007 Cambios de coloración cutánea. 80009 Presencia de piel de gallina cuando hace frío 80010 Sudoración con el calor 80013 Frecuencia respiratoria 80019 Hipertermia	1) Desviación grave del rango normal 2) Desviación sustancial del rango normal 3) Desviación moderada del rango normal 4) Desviación leve del rango normal 5) Sin desviación del rango normal	3  3  3  3  2	4  4  4  4  3

<b>Intervenciones de enfermería (NIC)</b>			
<b>Campo:</b>	<b>Clase:</b>	<b>Campo:</b>	<b>Clase:</b>
2) Fisiológico complejo	M) Termorregulación	2) Fisiológico complejo	M) Termorregulación
<b>3740 Tratamiento de la fiebre</b>		<b>3786 Hipertermia</b>	
<p>Controlar la temperatura y otros signos.</p> <p>Observar el color y la temperatura de la piel</p> <p>Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.</p> <p>Administrar medicamento o líquidos I.V. (p.ej. antipiréticos, antibióticos y agentes anti escalofríos)</p> <p>Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).</p> <p>Administrar oxígeno, según corresponda.</p> <p>Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío)</p> <p>La realización de encefalogramas ayuda a identificar a los pacientes en riesgo de sufrir convulsiones postraumáticas.</p> <p>Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.</p>		<p>Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>Monitorizar los signos vitales</p> <p>Aplicar métodos de enfriamiento externos (bolsas de hielo en el cuello, el tórax, abdomen, cuero cabelludo y axilas), según corresponda.</p> <p>Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.</p> <p>Colocar un acceso intra venoso.</p> <p>Administrar líquidos por vía intravenosa usando soluciones enfriadas, según corresponda.</p> <p>Administrar medicamentos anti escalofríos, según sea necesario.</p>	



Diagnóstico de enfermería NANDA		Clasificación de los resultados (NOC)				
Dominio: 11) Seguridad / protección	Clase: 6) Termorregulación	Resultado NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
					Mantener	Aumentar
<b>Etiqueta:</b> 00008 Termorregulación ineficaz. <b>Factor relacionado:</b> traumatismos <b>Características definitorias:</b> Aumento de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia, piel ruborizada, aumento de la frecuencia respiratoria, piel caliente al tacto, piloerección, relleno capilar lento. <b>Diagnósticos:</b> Termorregulación ineficaz relacionado con traumatismos manifestado por aumento de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, piel caliente al tacto.		<b>Dominio II:</b> salud fisiológica  <b>Clase E:</b> Cardiopulmonar. <b>0414</b> Estado cardiopulmonar.	041401 Presión arterial sistólica	1) Desviación grave del	3	4
			041402 Presión arterial diastólica	rango normal	3	4
			041404 Frecuencia cardíaca	2) Desviación sustancial del rango normal	3	4
			041405 Ritmo cardíaco	3) Desviación moderada del	3	4
			041418 Rubor	rango normal	2	3
			041431 Diaforesis	4) Desviación leve del rango normal		
				5) Sin desviación del rango normal		

<b>Intervenciones de enfermería (NIC)</b>			
<b>Campo:</b>	<b>Clase:</b>	<b>Campo:</b>	<b>Clase:</b>
2) Fisiológico complejo	N) Control de la perfusión tisular.	4) Seguridad	V) Control de riesgos
<b>4162 Manejo de la hipertensión</b>		<b>6680 Monitorización de los signos vitales</b>	
<p>Utilizar soluciones salinas isotónicas.</p> <p>Administrar el tratamiento farmacológico antihipertensivo según lo prescrito.</p> <p>Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes (p. ej., obesidad, síndrome metabólico, antecedentes de accidente cerebrovascular)</p> <p>Proporcionar una atención de enfermería acorde al tipo de hipertensión obtenida.</p> <p>Monitorizar a los pacientes de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (mareos, náuseas o vómito, palidez, sudoración, piel fría, alteración en el nivel de conciencia, convulsiones).</p> <p>Controlar signos vitales como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, análisis de sangre, para identificar precozmente las complicaciones.</p> <p>Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.</p> <p>Prevenir la hipotensión arterial y mantener presiones sistólicas por encima de 90 mmHg con retos de fluidos a fin de prevenir el riesgo de isquemia cerebral secundaria.</p>		<p>Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.</p> <p>Monitorizar la presión sanguínea después de administrar medicación, si es posible.</p> <p>Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, si procede.</p> <p>Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíaca.</p> <p>Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).</p> <p>Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.</p>	