



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO DEL ENFERMERO
“Atención al paciente con traumatismo
craneoencefálico”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ANA LAURA SOLÍS LOREDO

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO DEL ENFERMERO
"Atención al paciente con traumatismo
craneoencefálico"

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ANA LAURA SOLIS LOREDO

TUTOR:

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESOCUIDADO

ENFERMERO

PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:ANA

LAURA SOLIS LOREDO

Hacemos constar que hemos evaluado el aprobado el trabajo:

“Proceso Cuidado Enfermero Atención al paciente con traumatismocraneoencefálico”.

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de licenciatura en Enfermería.

ASESOR

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

PRESIDENTE

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

SECRETARIA

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

VOCAL

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

ÍNDICE

I.- INTRODUCCION_____	1
II.- JUSTIFICACION_____	3
RESUMEN DEL TRABAJO_____	4
III.- OBJETIVOS_____	5
3.1.- OBJETIVO GENERAL_____	5
3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS_____	5
IV.- MARCO TEORICO_____	6
4.1.- ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA_____	6
4.2.- EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO_____	8
4.3.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA_____	10
4.4.- MODELO TEORICO UTILIZADO_____	11
4.4.1.- ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO____	13
4.5.- ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO_____	16
4.5.1.- VALORACION_____	16
4.5.2.- DIAGNOSTICO_____	19
4.5.3.- PLANIFICACION_____	20
4.5.4.-IMPLEMENTACION_____	21
4.5.5.- EVALUACION_____	22
4.5.6.- PROBLEMÁTICA DE SALUD_____	24
4.5.7.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO_____	28
V.- PRESENTACION DEL CASO CLINICO_____	33
VI.- FORMATOS DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA _____	36
VII.- PLAN DE ALTA ENFERMERIA _____	43
VIII.- CONCLUSIONES_____	46

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____	47
9.1.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE DIAGNOSTICOS _____	51
X.- GLOSARIO DE TERMINOS _____	54
XI.- ANEXOS _____	58

I.- INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico es una lesión o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Las causas más frecuentes que provocan TCE son los accidentes de tráfico.

Según datos de la OMS a nivel mundial el TCE es la causa principal de muerte en personas menores de 40 años y algunos estudios revelan que por su frecuencia y gravedad, más del 50% de los jóvenes queda con incapacidades permanentes, produciendo una lesión física y un deterioro funcional que puede variar desde simple hemorragia intracraneal o hasta la muerte cerebral.

Los TCE se clasifican en leves, moderados y graves según el nivel de conciencia que presenta el paciente tras la valoración mediante la escala de coma de Glasgow (GCS). El TCE leve se refiere a aquel que presenta en las primeras 48h una puntuación igual o superior a 13 en la GCS. El TCE moderado incluye pacientes con un Glasgow entre 9 y 12; y los TCE graves los que tienen un Glasgow igual o inferior a 8.

La mortalidad depende principalmente del daño primario y secundario del traumatismo, pero también del tratamiento y la atención del personal especializado, ya que es un paciente crítico que requiere de los cuidados intensivos, tanto médicos como cuidados de enfermería.

Los profesionales de enfermería deben estar altamente preparados para garantizar una calidad asistencial, realizando los cuidados específicos que precisa un paciente neuro crítico. Estos cuidados son primordiales para favorecer la recuperación, por tanto, el papel de enfermería es fundamental en su atención.

Enfermería tiene como metodología de trabajo el proceso cuidado enfermero, método de intervención compuesto por etapas que facilita la resolución de problemas, realizando intervenciones a la obtención de unos resultados concretos. Como todo proceso consta de una sucesión de etapas correlativas interrelacionadas.

La aplicación del proceso en un paciente con TCE tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biopsico-cultural y espiritual.

El presente trabajo aborda el TCE grave y los cuidados enfermeros específicos que se llevan a cabo durante su hospitalización mediante un proceso de enfermería individualizado a través de un estudio de caso con el fin de prestar cuidados de calidad y evitar posibles complicaciones. La importancia de este estudio de caso es que da a conocer el rol que cumple el personal de enfermería en el tratamiento y recuperación de paciente traumatizado.

Este proceso cuidado enfermero se fundamenta en base a la teoría de Dorothea Orem una de las teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica que siempre trabajó para mejorar la formación de enfermería. El objetivo de enfermería para ella, era ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida y recuperarse de la enfermedad, logrando afrontar consecuencias de la misma.

II.- JUSTIFICACIÓN

El traumatismo craneoencefálico es uno de los procesos patológicos más serios a los que nos enfrentamos en nuestra sociedad. En la actualidad, es el primer responsable de la muerte a menores de 45 años y es el primer productor de discapacidad a nivel mundial. 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. Tan solo en el 2008 fallecieron 24,129 personas por accidente de tránsito, la causa más frecuente de TCE además de que el costo económico es muy alto (CENAPRA, 2010).

El paciente con TCE grave es un paciente crítico que requiere de los cuidados específicos, es aquí donde el personal de enfermería tiene un papel fundamental para ello es necesario contar con un proceso de atención de enfermería que brinde de forma individualizada cuidados de calidad.

El proceso cuidado enfermero es considerado como un instrumento, cuya aplicación es indispensable para la actuación del profesional, como lo aseguran varios autores (Reyes E; 2009. Diaz Gomez; 2012. Gomis D; 2009, otros) ya que les permite a los profesionales organizar, optimizar y priorizar los cuidados; hecho que conlleva a los personales de salud a disminuir notablemente el número de errores, al momento de brindar atención sanitaria a los usuarios que la requieren.

Uno de los requisitos indispensables que una entidad de salud exige de sus enfermeros, es el nivel de eficiencia y eficacia al momento de aplicar sus intervenciones, el mismo que se ve reflejado en el grado de satisfacción de los usuarios como lo asegura la organización panamericana de la salud (OPS).

La disponibilidad de un PCE permite que en el paciente con TCE se lleven a cabo intervenciones basadas en la mejor evidencia científica en pro de la seguridad del paciente.

RESUMEN DEL TRABAJO

Introducción: El traumatismo craneoencefálico es una lesión o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Las causas más frecuentes que provocan TCE son los accidentes de tráfico. **Objetivo:** Dar a conocer la importancia de las intervenciones del profesional de enfermería en el manejo del usuario con traumatismo craneoencefálico grave a través del proceso atención de enfermería a fin de identificar los factores que ayuden al paciente a su pronta recuperación y prevenir los daños irreversibles. **Metodología:** El trabajo consiste en realizar una valoración mediante los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En el plan de cuidados se presentará el caso, la valoración identificando los principales diagnósticos NANDA, resultados esperados u objetivos NOC en intervenciones seleccionadas NIC, con las actividades de Enfermería correspondientes. **Conclusiones:** El trauma craneoencefálico requiere de un tratamiento de urgencia agresivo, con el fin de impedir reducir el mínimo la lesión irreversible del sistema nervioso, para lo cual es preciso adoptar un enfoque decidido y organizado que asegure la atención óptima del paciente desde su manejo inicial y durante las bases siguientes de diagnóstico y tratamientos definitivos.

PALABRAS CLAVE

TCE severo, plan de cuidados enfermeros, NANDA, NIC y NOC.

III.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer la importancia de las intervenciones del profesional de enfermería en el manejo del usuario con traumatismo craneoencefálico grave a través del proceso atención de enfermería a fin de identificar los factores que ayuden al paciente a su pronta recuperación y prevenir los daños irreversibles.

• 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar al paciente acorde al modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Realizar un plan de cuidados individualizado para el cuidado del paciente con TCE grave con el fin de prestar unos cuidados de calidad y evitar posibles complicaciones.
- Vincular la taxonomía de la NANDA, NIC, NOC en la aplicación del proceso.
- Identificar las principales intervenciones de enfermería con evidencia científica, así como la incorporación de las GPC para la atención del paciente.
- Elaborar un plan de alta según las necesidades de autocuidado del paciente.

IV.- MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

La disciplina contiene teorías de gran alcance, rango medio y situaciones específicas para proporcionar una visión del mundo unitaria, evolucionada y compartida, en la que la salud se relaciona con la justicia social, moral y los procesos/resultados del sistema de persona completa; reconocer que el cuidado humano y el cuidado ecológico son uno, es decir, los humanos y el planeta están conectados. Esto refleja una posición disciplinaria distinta.¹

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.¹

Hablar de la Enfermería como profesión, siempre ha provocado la admiración hacia las personas que orientan sus esfuerzos, hacia un importante acompañamiento en los procesos del cuidado y la preservación de la salud humana. La enfermería es una profesión que desarrolla la práctica del cuidado en las necesidades de salud de los individuos y de la sociedad, a través del conocimiento y la aplicación de la ciencia, la tecnología y la metodología terapéutica.²

Esta profesión, siempre ha perseguido el objetivo de la promoción de la salud, la innovación a partir de la investigación documental y clínica; lo cual nos habla de una carrera que incentiva la superación y aprendizaje constante en pro del mejoramiento de los Seres Humanos.²

La Enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras inició en 1836, en Alemania, a cargo del pastor

protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella, la reformadora de la enfermería británica, Florence Nightingale.³

Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer, transformaron la concepción de la Enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.³

Diferentes profesionales de enfermería han coincidido con nuestra opinión, en que la Enfermería de hoy, su naturaleza y función es el cuidado, se ocupa entonces de dichos cuidados humanos, en la persona sana y enferma, para ayudar en la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en la ciencia y profesión de Enfermería, trabajando en un contexto interdisciplinario, multidisciplinario visionando cada día llegar a la transdisciplinariedad (más allá de los métodos). En la mayoría de los países se considera la Enfermería como ciencia y profesión cualificada, para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.⁴

En México, las reformas del Sector Salud han requerido abarcar mayor financiamiento y reorganización de los servicios, se están desarrollando políticas y estrategias que corrijan los problemas actuales. En este contexto, la profesión de enfermería ha evolucionado considerablemente, desde la certificación, ahora marcada en la Norma Oficial Mexicana 019 como requisito preferente para ejercer, hasta la formación de excelencia de recursos con la educación superior y el posgrado, situaciones que permiten la regulación de la práctica y la profesionalización de los colegas que fundamentan el cuidado en la evidencia científica.⁵

En sus principios la enfermería surgió como ocupación y no como profesión como la mayoría de las disciplinas, situación que pondera aun en algunos sectores hasta el día de hoy por desconocimiento del nivel de desarrollo de la profesión. Analizando esta situación se afirma que “todas las profesiones son ocupaciones, pero no todas las ocupaciones son profesiones”. El término profesión se define como el proceso de formación que se lleva a cabo dentro de las instituciones de educación superior, sin embargo, el concepto de profesión traspasa el mero ámbito escolar, puesto que su desarrollo ha estado ligado en forma permanente a la evolución de las sociedades, en donde se ha asumido características que le permiten ser una disciplina de servicio a la estructura social a la que pertenece. La conceptualización de profesión ha evolucionado a través del tiempo, tal evolución ha sido producto del desarrollo histórico que ha creado y renovado múltiples eventos, por medio de mecanismos de diversa índole hasta llegar a los procesos modernos.⁶

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

“La Enfermería como profesión tiene su principal pilar en el cuidado de las personas. Ahora bien, para poder proporcionar un cuidado es preciso tener en cuenta la imagen de la persona como elemento primario del cuidado. Tras el proceso de investigación se puede establecer que la persona ha experimentado una evolución a lo largo de la historia comenzando con el conocimiento de sí mismo hasta llegar a la comprensión de la persona desde el prisma del cuidado”.⁷

Sin embargo, Watson habla que todos los factores del cuidar tienen un componente fenomenológico recíproco de los seres implicados en las vivencias que contempla Enfermería específicamente, a medida que los ideales fundamentales van modificándose con el paso del tiempo se ha añadido una dimensión espiritual al cuidado como la creación de un sistema más humanístico en el que se aprende mucho más de enfermedades educadoras que ayudan a los pacientes a que aprendan conductas favorables para el mejoramiento de su salud. Ya que no solo el poder de voluntad es la respuesta en sí, aunque se considera muy importante incluyendo creencias relevantes que incluyen el bienestar mental, entendiendo mejor estos fenómenos podemos analizar una nueva manera de estimular el pensamiento para un mejor entendimiento de sí mismo y de los demás.⁸

Desde el punto epistemológico se ha ido construyendo un pensamiento que apoya el crecimiento disciplinar como esencia y la razón de un ser, desde las distintas teorías de Enfermería que definen los metaparadigmas salud, persona, entorno nace una nueva forma estandarizada de atender cada una de estas definiciones desarrollando nuevos conocimientos a través de un método científico y sistemático que ha reconocido nuevos procesos fundamentales para Enfermería. Otras teorías señalan que la investigación genera intranquilidad ya que los hechos sucedidos fenomenológicamente solo son pronósticos y no se puede adelantar en lo que sucede en el ser humano después, pero si se puede preparar con los cuidados enfermeros con los acontecimientos que sucederán después.⁸

“Se reconoce la trascendencia que ha tenido Madeleine Leininger, como la primera teórica que estableció que el cuidado «es la esencia de los cuidados enfermeros y elemento distintivo dominante y unificador»; es decir, es la razón ontológica de la Enfermería. Consecuentemente, este pensamiento ha permitido el desarrollo de otras concepciones sobre el cuidado, como: el cuidado humano, solidario, cultural y estético, entre otros.”⁹

Como explica Robinson: las etapas de desarrollo de habilidades intelectuales y motoras que se ponen en práctica en el quehacer diario de Enfermería son: la enfermera interna que comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones complejas desarrollando así un plan de atención básico. La enfermera competente, en la que hace referencia a la profesional que se encuentra en la etapa en la cual domina actividades básicas, pone en práctica experiencias del pasado para resolver situaciones actuales, además se basa en experiencias previas dando soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia y eficacia. La enfermera ya es competente en cuanto a analizar, predecir y actuar. Por último, la enfermera experta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares.¹⁰

Si se tiene en cuenta que los pacientes son seres en estado de vulnerabilidad por la enfermedad que padecen, éstos requieren de un profesional preparado, que además de

poseer fundamentación científica en el hacer, desarrolle capacidad relacional, es decir, que muestre una variedad de actitudes que le permitan establecer buenas relaciones humanas, con el fin de poder responder de manera integral a las necesidades del paciente. Por ello es importante que el profesional de la Enfermería reflexione sobre la práctica de cuidado que realiza, si la rutina lo ha llevado a perder la humanidad actuando de forma fría, distante y mecánica para hacer acciones sobre los demás, o tiene como eje central de su cuidado a lpersona.”¹¹

En la existencialidad del cuidado ante la actitud de la persona este se encuentra en un ser esencial que trata al cuidado como un desplazamiento de la preocupación por uno mismo y así mismo hace que otro tome importancia hacia él. Entonces para iniciar un proyecto de vida dedicando su existencia al cuidado del otro corresponderá a interpretación de lo que siente desde el primer trato para desarrollar un mejor efecto para la vida de la persona y así mismo para el bienestar propio. Entonces podemos decir que el cuidar también es pensar con lo que la profesión de Enfermería se ha ido ganando la responsabilidad del cuidar y las prácticas que conlleva consigo miso el cuidado.¹²

4.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano.¹³

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método científico que utiliza el personal de enfermería para desarrollar su actividad de una forma coherente, ordenada, precisa y sistemática; para lograr la solución a los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes; basado en una secuencia lógica: comprensión del problema, recogida de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones; todo lo cual se materializa

a través del plan de cuidados, lo que proporciona a la enfermería la categoría de ciencia. En 1974, la Organización Mundial de la Salud definió al PAE como componente de la profesión (el cuidado) y actualmente es una de las pocas técnicas establecidas a nivel mundial en el cuidado profesional.¹⁴

En 1967, Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas del PAE (valoración, planificación, realización y evaluación); posteriormente Bloch, Roy y otros autores, establecieron las cinco fases actuales al añadir la de diagnóstico. Ya sea de cuatro o cinco fases, el PAE empleado por la enfermera se caracteriza por tener una finalidad pues se dirige a un objetivo; es sistemático porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo; es dinámico pues responde a cambios continuos del paciente y su entorno. Además, es interactivo porque se basa en las relaciones recíprocas entre el paciente, la familia y el equipo de salud y; flexible porque se adecúa a cada paciente, familia o comunidad.¹⁵

Para A. Griffin el PAE “es una trayectoria progresiva que contiene tres dimensiones: propósito, organización y flexibilidad”³¹. A partir de estas tres dimensiones Murray y Atkinson consideran el proceso enfermero como Proceso de Atención de Enfermería y lo definen como “pensar como enfermera”.

4.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO

Dorothea E. Orem (Baltimore 1914 – Savannah 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas.

En 1930, a los 16 años, se graduó en Enfermería en el Providence Hospital de Washington dirigido por las Hijas de la Caridad. En 1936, obtuvo el título de Ciencias en la Educación de Enfermería, y en 1946 realizó un máster en la misma área, ambos en la Universidad Católica de América.⁴⁰

Desempeñó su trabajo como profesional de enfermería en distintos ámbitos tanto públicos como privados en la atención de adultos y niños, realizando asistencia hospitalaria y domiciliaria.

A partir de 1940 se incorpora a la docencia como directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. También fue profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América, y Decana en 1966.

Fue asesora y consultora del Consejo de Salud del estado de Indiana, la Oficina de Educación de Estados Unidos, y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social. También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic.⁴⁰

Desarrolló “Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado”. Es autora de varios libros, entre las obras publicadas destacan Modelo Orem y Normas prácticas de enfermería.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.³²

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.³³

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.³⁴

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.³⁹

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.³⁹

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.³⁹

4.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

Maíjoíy Goídon fue una docente de oígen estadounidense que estableció una teoía que consta de 11 patíones funcionales; los mismos que ayudan a valoíaí alteíaciones de salud que afectan al individuo y su uso bíinda una valoíación de enfeímeía oíganizada y planificada paía conseguíí datos subjetivos y objetivos del paciente los mismos que ayudan a establecéí los diagnósticos enfeímeíos ya sean íeales o potenciales. Goídon se destacó en el mundo como la píimeía píesidenta de la Sociedad Científica de Enfeímeía NANDA.¹⁶

1.-Percepción de la salud

Este primer patrón busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar.

2.-Nutrición y metabolismo

Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. Por ello, algunas preguntas

típicas son lo que come y bebe en un día, si ha perdido o ganado peso recientemente o si sigue alguna dieta específica.

3.-Eliminación

El tercer patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino. Gracias al uso de este patrón el enfermero puede descubrir la calidad, la cantidad y la regularidad de las deposiciones del paciente.

4.-Actividad y ejercicio

Este patrón se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

5.-Sueño y descanso

El quinto patrón se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente.

¿Tiene suficiente energía después de levantarse? ¿Suele tener problemas para dormir, o se despierta excesivamente pronto? ¿Duerme las horas necesarias?

6.-Cognición y percepción

Este patrón trata de identificar la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria.

7.-Autopercepción y autoconcepto

El autoconcepto y la autopercepción tienen que ver con la forma en la que nos vemos a nosotros mismos. ¿Crees en ti mismo? ¿Cómo te describirías? ¿Cómo te sientes con tu propio cuerpo, con tu forma de ser o con tus emociones? ¿Te sientes en control de tu propia vida? O, por el contrario, ¿piensas que eres un esclavo de las circunstancias?

8.-Rol y relaciones

Las relaciones interpersonales son una de las partes más importantes de la vida de las personas. Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones del paciente con las personas de su entorno; por ejemplo, ¿cómo se lleva con su familia?, ¿se siente solo a menudo?, ¿cómo se relaciona con las personas de su entorno de trabajo o de estudio?

9.-Sexualidad y reproducción

Este patrón solo debe utilizarse si es apropiado para la edad y situación concretas del paciente.

10.-Tolerancia al estrés

Este patrón se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos.

11.-Valores y creencias

¿El paciente consigue lo que se propone en la vida? ¿Tiene planes importantes para el futuro? ¿Tiene alguna creencia que le ayude a sobrellevar las situaciones complicadas?

Este patrón se encarga de estudiar la manera en la que el paciente se enfrenta a la vida y se relaciona con el mundo y consigo mismo.

4.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

4.5.1 VALORACION

Cuando se va a realizar cualquier acción, se necesita obtener información que permita identificar su necesidad y las características que debe tener. La etapa de valoración permite precisamente esto, valorar la situación del sujeto en el proceso de cuidar en Enfermería. Pone de manifiesto el carácter autónomo de la actuación, que exige dotarse de información suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados y ayuda a adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarlas si fuese necesario. La valoración es la primera etapa del proceso de cuidados enfermeros. El paralelismo que mantienen dichos procesos y el método científico permite identificar de manera inmediata las características de esta etapa y su finalidad: identificar la respuesta del sujeto.¹⁷

La valoración enfermera es una actuación sanitaria expresamente enfocada hacia el ámbito del cuidado, y en cuya definición como “proceso sanitario destinado a conocer la efectividad de los cuidados existentes en un momento determinado y su repercusión en el estado de salud” queda reflejado una de las cuestiones básicas que la definen, como es la de su consideración como proceso sanitario independiente.¹⁷

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

Fuentes primarias: Observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

Fuentes secundarias: Expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)¹⁸

FASES DE LA VALORACION

LA RECOGIDA DE DATOS.

llamada también anamnesis es la primera etapa del proceso de cuidados; Constituye un elemento importante de la planificación de los cuidados. Se lleva a cabo mediante 3 acciones que son fundamentales: Observación, exploración y entrevista.¹⁸

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Observación de enfermería

Evaluación objetiva, holística, realizada por un profesional de enfermería, de los diversos aspectos del estado de un paciente. Incluye el aspecto general de la persona, los efectos emocionales, su estado de nutrición, hábitos y preferencias, así como la temperatura corporal, estado de la piel y cualquier proceso patológico.¹⁹

- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- EXAMEN FÍSICO
- ENTREVISTA CLÍNICA

La exploración física.

Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).²⁰
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
- **Hipersonoros:** aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar

Entrevista

La entrevista, se basa en la comunicación que se establece entre dos personas o más, con la finalidad preestablecida, diferente por tanto de una conversación usual y natural. Es una herramienta que utilizan los profesionales de enfermería para trabajar, y constituye el pilar de la comunicación.²¹

Se considera un proceso complejo, flexible y dinámico, en el que participan varios aspectos en lo que reparar. El aspecto técnico e interpersonal, este ultimo debido a la creación de relación de ayuda entre el profesional enfermero y los pacientes, destinatarios de los cuidados.²¹

4.5.2 DIAGNÓSTICO

Shoemaker afirma que el diagnóstico es: “un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, que resulta del proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos”
41 Alfaro lo define como: “problema de salud real o potencial de un individuo, familia o grupo, que las enfermeras pueden tratar de manera individual e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo”.

Es el juicio sobre las respuestas humanas de problemas de salud, proceso vital o manejo terapéutico que pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas; se deriva de la síntesis de la valoración del nivel de salud del individuo, familia o comunidad, que la enfermera tiene capacidad para mantener y potenciar cuando es óptimo o tratar cuando éste se encuentra deteriorado o en riesgo de deteriorarse.²²

La NANDA (NANDA Internacional, 2013) describe 4 tipos de Diagnósticos:

- Diagnóstico enfermero real: describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad. A veces estos diagnósticos son mencionados como diagnósticos “problema”.²³
- Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y

actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas específicas de salud y que se puede aplicar a cualquier estado de salud.²³

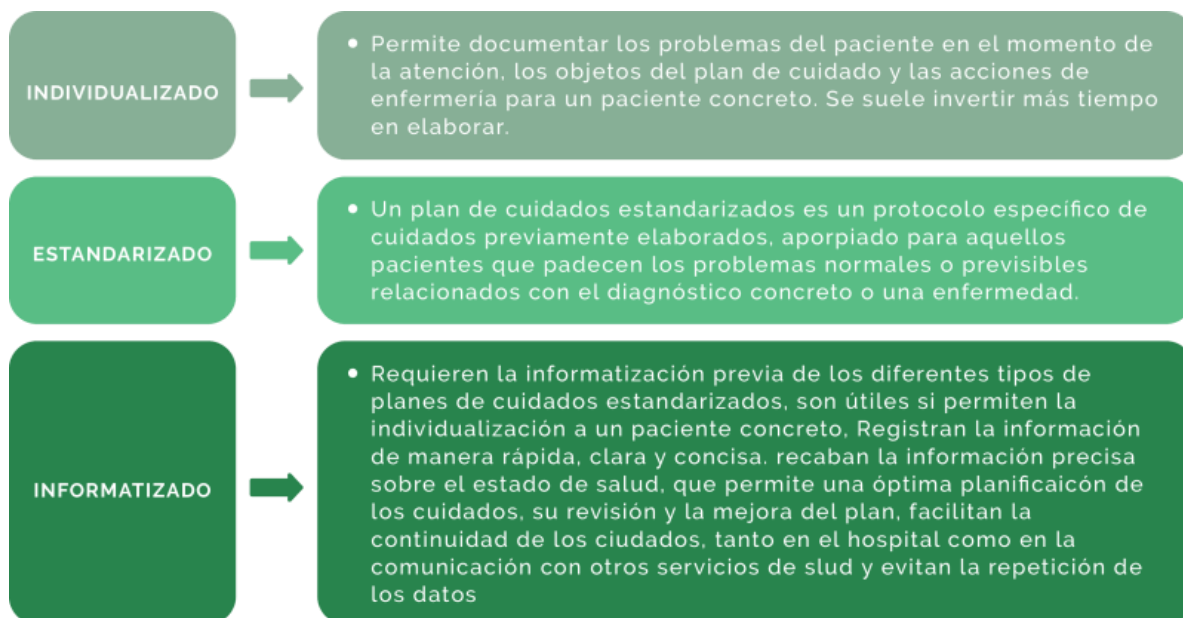
- Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia, grupo o comunidad vulnerables.²³
- . Síndrome diagnóstico: juicio clínico que describe una agrupación específica de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se abordan mejor juntos a través de intervenciones parecidas.²³

4.5.3 PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

La Etapa de planificación satisface la necesidad de saber hacia dónde se van a dirigir las acciones de cuidados y cómo se van a llevar a cabo. Es imprescindible para que el proceso de cuidar sea de calidad. Su interés radica primordialmente en la formulación de los objetivos que se deben alcanzar para resolver las situaciones identificadas como problemas a través de la valoración y ser etiquetadas posteriormente como diagnósticos.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona cuidada como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.²⁴



(Universidad de Guanajuato. (2018). Unidad didáctica 4: Proceso enfermero. 2021, de Universidad de Guanajuato Sitio web: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>)

4.5.4 IMPLEMENTACIÓN

Durante la etapa de planificación el profesional de enfermería decide qué tipo de acciones son las adecuadas para obtener los resultados esperados; pues bien, durante la ejecución lo que hará será llevar a cabo estas acciones, de manera que cuando se registran la planificación y la ejecución, con frecuencia se produce lo que puede parecer una duplicación de los registros. Dicha duplicación no existe, puesto que mientras el registro de la planificación expresa acciones del futuro y marca directrices de actuación; el registro de la ejecución permite comprobar cuáles de las intervenciones programadas se han llevado a cabo finalmente y si se ha producido algún cambio entre lo programado y lo realizado. A pesar de que la etapa de ejecución se define fundamentalmente como una etapa de hacer, es decir, manual. La enfermera/o necesita de la habilidad manual, la capacidad técnica, así

como de sus capacidades intelectuales, de interrelaciones personales, toma de decisiones, observación y comunicación para así garantizar el éxito de su actuación.³⁵

Se puede definir a esta etapa como el momento en el que la enfermera/o lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o como afirma Kozier: “es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”.³⁵

Objetivos.

- Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente, familia o comunidad mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Enseñar al paciente, familia o comunidad sobre sus cuidados de salud.
- Asesorar al paciente, familia o comunidad en las elecciones que debe hacer en entorno a la búsqueda y la utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas.

4.5.5 EVALUACIÓN

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería. Como objetivo de esta actividad, usted determinará si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el paciente no ha conseguido los

objetivos, usted se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.²⁵

La evaluación formal consta de tres pasos:

1. Valoración de la situación actual del paciente.
2. Comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio.
3. Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

4.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD

PATOLOGÍA: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El trauma craneoencefálico (TCE) se define como una patología médico quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuibles al trauma, producto de la liberación de una fuerza externa ya sea en forma de energía mecánica, química, térmica, eléctrica, radiante o una combinación de éstas, resulta en un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y los vasos sanguíneos que irrigan este tejido. También se define como la ocurrencia de muerte resultante del trauma que incluya los diagnósticos de lesión de la cabeza y /o injuria cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte.²⁶

Epidemiología: El trauma craneoencefálico causa la mayoría de las muertes por traumas a nivel mundial, la tasa es de 579 por 100.000 persona/año, principalmente debido a caídas y/o accidentes vehiculares y esta puede estar asociada al sexo (predominantemente en hombres), edad y/o país (más alta en países en vía de desarrollo). Además, es una de las principales causas de años perdidos por incapacidad en personas menores de 45 años.²⁷

Está previsto que para el año 2030 supere a otras situaciones como causa de muerte y discapacidad. Esto impacta los sistemas de salud por el tratamiento y mantenimiento de los pacientes, las nuevas herramientas diagnósticas, centros de neurocirugía, y tratamientos de cuidados intensivos, los cuales pueden ayudar a disminuir las tasas de mortalidad en pacientes con TCE, pero a su vez, generan altos costos.²⁷

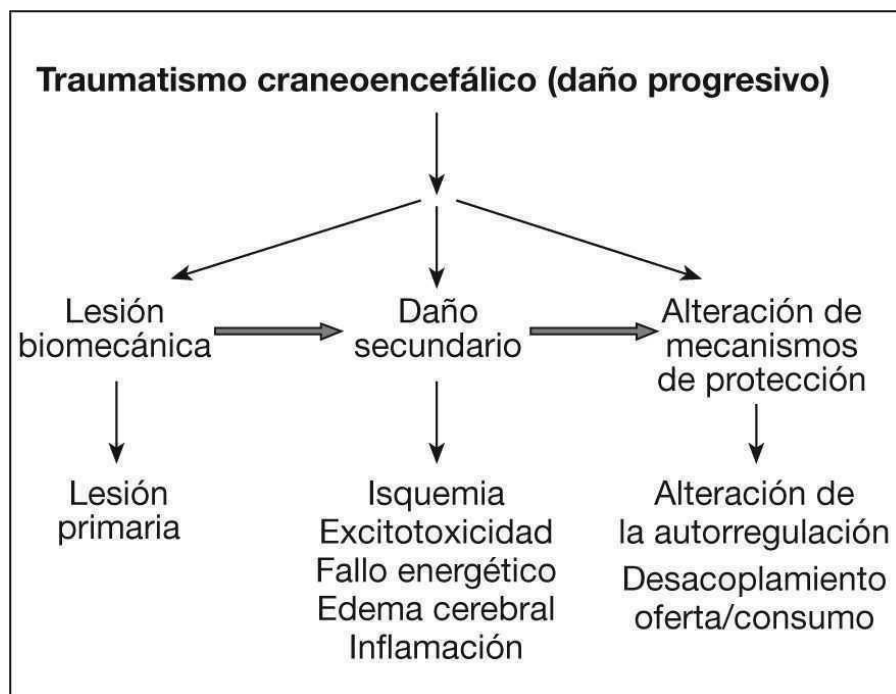
Aspectos fisiopatológicos:

Los traumatismos craneoencefálicos de cualquier tipo pueden provocar edema cerebral y reducir la irrigación sanguínea al cerebro. La bóveda craneana tiene un tamaño fijo (definido por el cráneo) y está llena casi completamente de un líquido que no puede comprimirse (líquido cefalorraquídeo) y un tejido cerebral mínimamente compresible; en consecuencia, cualquier tumefacción por edema, hemorragia o hematoma no dispone de lugar para expandirse y produce un aumento de la presión intracraneal. El flujo sanguíneo cerebral es proporcional a la presión de perfusión cerebral (PPC), que es la diferencia entre la tensión arterial media (TAM) y la PIC media. Por lo tanto, a medida que aumenta la presión intracraneal (PIC) (o disminuye la tensión arterial media, TAM), se reduce la presión de perfusión cerebral (PPC). Cuando la PPC disminuye por debajo de 50 mmHg, el tejido cerebral sufre isquemia. La isquemia y el edema pueden desencadenar varios mecanismos secundarios (p. ej., liberación de neurotransmisores excitatorios, calcio intracelular, radicales libres y citocinas) y causar daño celular adicional, edema y aumento de la presión intracraneal. Las complicaciones sistémicas derivadas del traumatismo (p. ej., hipotensión, hipoxia) pueden contribuir también a la isquemia cerebral y suelen denominarse agresiones cerebrales secundarias.²⁸

Una presión intracraneal muy elevada produce inicialmente una disfunción global del cerebro. Si esta elevación de la presión intracraneal no se resuelve, puede empujar el tejido cerebral que atraviesa la tienda del cerebelo y el agujero occipital y determinar una herniación, (con el consiguiente aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad). Si la presión intracraneal aumenta hasta igualar la TAM, la PPC se vuelve cero, lo que se traduce en una isquemia cerebral completa, que produce rápidamente la muerte cerebral; la ausencia de flujo sanguíneo craneal puede emplearse como criterio objetivo de muerte cerebral.²⁸

El TCE es un proceso dinámico, esto implica que el daño es progresivo y la fisiopatología, cambiante incluso hora a hora. Se produce daño por lesión primaria inmediatamente tras el impacto debido a su efecto biomecánico; en relación con el mecanismo y la energía

transferida, se produce lesión celular, desgarro y retracción axonal y alteraciones vasculares. Depende de la magnitud de las fuerzas generadas, su dirección y lugar de impacto. Hay lesiones focales como la contusión cerebral, en relación con fuerzas inerciales directamente dirigidas al cerebro y lesiones difusas, como la lesión axonal difusa, en relación con fuerzas de estiramiento, cizallamiento y rotación.³⁰



La lesión cerebral secundaria se debe a una serie de procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios e incluso vasculares, iniciados en el momento del traumatismo, que actúan sinérgicamente. Se activan cascadas fisiopatológicas, como el incremento de la liberación de aminoácidos excitotóxicos, fundamentalmente glutamato, que a través de la activación de receptores NMDA/AMPA alteran la permeabilidad de membrana aumentando el agua intracelular, liberando potasio al exterior y produciendo la entrada masiva de calcio en la célula. Este calcio intracelular estimula la producción de proteinasas, lipasas y endonucleasas, lo que desemboca en la muerte celular inmediata, por necrosis con respuesta inflamatoria, o diferida, sin inflamación, por apoptosis celular. Se produce activación del estrés oxidativo, aumento de radicales libres de oxígeno y N_2 , y se produce daño mitocondrial y del ADN. Estas lesiones secundarias son agravadas por daños

secundarios, tanto intracraneales (lesión masa, hipertensión intracraneal, convulsiones, etc.) como extracraneales (hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etc.). En la fisiopatología del TCEG, no debemos olvidar la respuesta inflamatoria local y patológica que suele haber.³⁰

Manifestaciones clínicas:

TCE LEVE	TCE MODERADO	TCE GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Vómitos • Nauseas • Falta de coordinación motor • Mareo • Dificultad para el equilibrio • Visión borrosa • Ojos cansados 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea que no desaparece • Vómitos repetidos • Nauseas • Convulsiones • Incapacidad para despertar • Dilatación de una o ambas pupilas 	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis • Pupilas hipoactivas • Triada de Cushing

La **Escala del Coma de Glasgow** es un sistema de puntuación rápido y reproducible que puede emplearse en el examen inicial para medir la gravedad del traumatismo craneoencefálico. Se basa en la apertura de los ojos y la mejor respuesta verbal y motora. Una puntuación de 3 indica una lesión potencialmente mortal, sobre todo si ninguna de las pupilas responde a la luz y faltan las respuestas oculovestibulares. Una puntuación inicial más alta suele predecir una mejor recuperación. Por definición, la gravedad de un traumatismo craneoencefálico se define por la Escala de Coma de Glasgow.²⁹

- 14 a 15 es un traumatismo craneoencefálico leve
- 9 a 13 es un traumatismo craneoencefálico moderado
- 3 a 8 es un traumatismo craneoencefálico grave

4.5.7 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

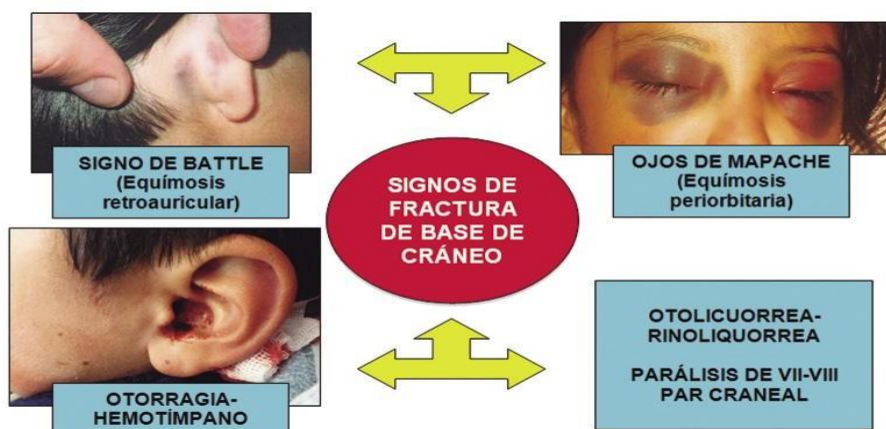
Se debe seguir un orden protocolizado para el abordaje y diagnóstico de todo paciente con TCE, de la siguiente manera: Evaluación clínica: La valoración clínica de pacientes con TCE y la vigilancia cuidadosa del estado de conciencia es muy importante, y en muchos casos, es el indicado para proceder a la intervención quirúrgica, sobre todo en los casos en que los estudios radiológicos no son contundentes.³⁸

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 debe averiguar 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.

Anamnesis: Es fundamental investigar los siguientes hechos: ¿Fue un accidente o consecuencia de un síncope, crisis convulsiva u otras causas de pérdida de la conciencia? ¿Hubo pérdida de la conciencia? ¿Se despertó tras el golpe o es capaz de relatar todos los hechos? (forma en que ocurrió el accidente, quién lo recogió, traslado a urgencias, etc.). ¿Cuánto tiempo estuvo inconsciente? ¿Ha vomitado, tiene cefalea? ¿Ha tomado algún medicamento o alcohol?

Signos vitales: La hipercapnia es una posible causa de vasodilatación cerebral intensa que origina hipertensión intracraneal. El patrón respiratorio de Cheyne-Stokes es debido a un proceso cortical difuso y puede ser signo de herniación transtentorial. Los episodios de

apnea son signos de disfunción del tronco cerebral. La taquipnea puede presentarse debido a compromiso del tronco cerebral (hiperventilación central neurogénica) o causada por hipoxia. El aumento de la presión sistólica arterial refleja el incremento de la presión intracraneal y forma parte del reflejo de Cushing (hipertensión, bradicardia, dificultad respiratoria). La hipotensión puede presentarse cuando se produce una hemorragia masiva del cuero cabelludo o cara, shock espinal, herniación y compresión del tronco cerebral. Valoración neurológica: Se inspecciona la cabeza en busca de desgarros del cuero cabelludo, fracturas compuestas de cráneo o signos de fractura de base de cráneo (signo del «mapache», equimosis periorbitaria , en sospecha de fractura de la fracción petrosa del temporal cuando se encuentra sangre o LCR por detrás de la membrana del tímpano o aparece el signo de Battle, con equimosis de la apófisis mastoides), también se sospecha en fractura de la base craneal cuando se identifica un nivel hidroaéreo en la radiografía lateral, en los senos frontal, esfenoidal o mastoidea. Determinación del nivel de conciencia: La evaluación del estado mental seguido a trauma cerrado de cráneo está dentro del rango de confusión leve a coma. La severidad de lesión cerebral puede establecerse prontamente mediante la evaluación del nivel de conciencia, función pupilar y déficit motor de extremidades a través de la escala de coma de Glasgow.³⁸



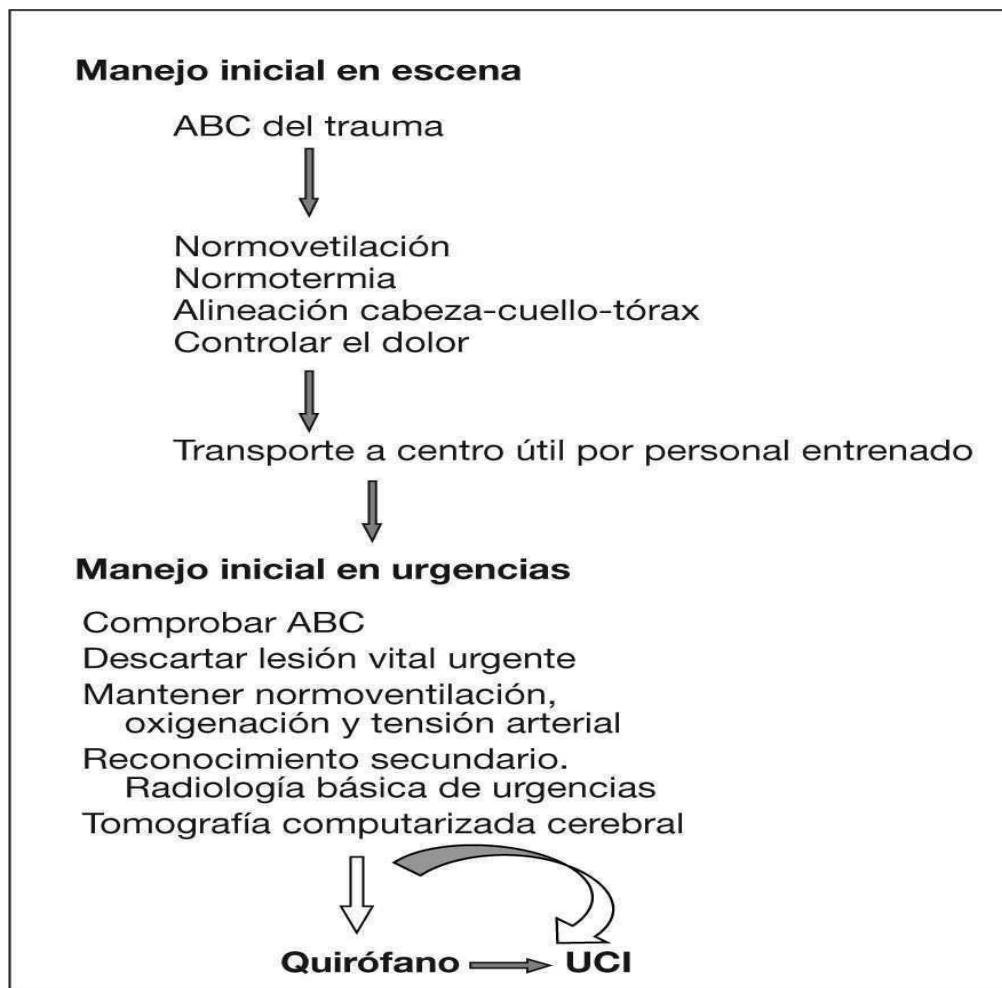
De acuerdo con esta escala los traumatismos craneanos pueden ser clasificados en:

- Leve: Glasgow entre 14 a 15
- Moderado: Glasgow entre 9 a 13

- Severo: Glasgow entre 3 a 8

Esta valoración pierde validez en el paciente que ha ingerido alcohol o que está bajo el efecto de drogas. Evaluación pupilar: Se evalúa simetría, calidad y respuesta al estímulo luminoso. Cualquier asimetría mayor de 1 mm será atribuida a lesión intracraneal. La falta de respuesta pupilar unilateral o bilateral es generalmente un signo de pronóstico desfavorable en adultos con lesión cerebral severa. Lesiones oculares obvias, asimetría pupilar y arreflexia, pueden traducir hemorragia de vítreo como resultado de presión intracraneal aumentada o lesión directa vitral-retinal o transección de los nervios ópticos intracraneales asociados a fractura basilar. El examen de fondo de ojo es usualmente normal en los momentos siguientes al trauma craneal, los signos de papiledema pueden aparecer luego de varias horas, generalmente 10 a 12 horas.

Trastornos motores: En pacientes que pueden cooperar se observa asimetría en el movimiento en respuesta al estímulo doloroso. Otros hallazgos posibles son la ausencia del reflejo corneal, lo cual puede indicar disfunción pontina o lesión de los nervios craneales V y VII, en el reflejo oculocefálico la respuesta es dependiente de la integridad de las conexiones entre el aparato vestibular, puente y núcleos cerebrales del III y VI nervio. Posturas de decorticación y descerebración indican lesión hemisférica o de cerebro medio respectivamente. En la hernia uncal existirá hemiparesia contralateral progresiva, midriasis de la pupila ipsilateral, seguida por ptosis y limitación del movimiento del ojo del mismo lado.



Med Intensiva. 2009;33:16-30

- a) Mantenimiento de normo volemia con una leve hiperosmolaridad sérica. Se administrarán soluciones isotónicas (SSF) durante las primeras 24-48 horas. La hipotensión puede producir hipoperfusión cerebral. Se mantendrá una hemoglobina ≥ 10 gr/dL. Si a pesar de reponer la volemia el paciente sigue hipotenso deben administrarse fármacos inotrópicos, de elección noradrenalina. Debe utilizarse con precaución porque al producir vasoconstricción pueden empeorar el FSC a pesar de mejorar la PPC.³⁷
- b) Ventilación mecánica. Los objetivos son mantener una PaCO₂ entre 35 y 38 mmHg y una PaO₂ mayor de 100 mmHg. La hiperventilación, PaCO₂ <35 mmHg produce una vasoconstricción cerebral que puede disminuir el FSC conduciendo a hipoperfusión cerebral, disminución del aporte de oxígeno e isquemia. La hipercapnia puede producir vasodilatación cerebral y aumentar de forma aguda la PIC. En general

se aconseja utilizar una PEEP entre 4-5 cmH₂O para mantener una capacidad residual pulmonar normal. Las PEEP altas (mayores de 10 cmH₂O) deben evitarse porque pueden aumentar la presión intratorácica y disminuir el retorno venoso. Si el paciente tiene un Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) asociado, puede precisarse una PEEP elevada para mantener una oxigenación adecuada.³⁷

- c) Cabeza en posición neutral y ligeramente elevada (30°), evitando la compresión de las venas yugulares que impediría el retorno de sangre venosa cerebral. Elevaciones mayores pueden disminuir la PPC y el FSC. Si el paciente está hipotenso no se elevará la cabecera de la cama, porque es prioritario mantener una PPC y un FSC adecuados.³⁷
- d) El dolor y la agitación en los pacientes que han sufrido un TEC contribuyen a elevar la PIC, la presión arterial y la temperatura corporal, por lo que se usan sedantes y analgésicos para controlarlos. Sin embargo, el uso de estos medicamentos puede tener efectos adversos sobre la PIC, presión arterial, PPC y el metabolismo cerebral, empeorando el pronóstico de la enfermedad.³⁶

Por lo tanto, los barbitúricos deben usarse sólo cuando las otras medidas terapéuticas para disminuir la PIC han fallado, debiendo monitorizarse de manera continua el estado hemodinámico del paciente.

El Propofol es un agente anestésico sedante de amplio uso en la actualidad. Kelly et al²⁷ en 1999 encontró que disminuye el metabolismo y el consumo de oxígeno cerebral, pero no tiene mayor influencia sobre la presión arterial media (PAM) ni la PIC. Los barbitúricos en dosis altas disminuyen la PIC, pero pueden influir negativamente en la PPC.³⁶

V.- PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Masculino de 28 años de edad derrapa al conducir motocicleta aproximadamente a las 23hrs el día 11/07/2021 aparentemente sin medidas de seguridad (casco cefálico) derrapa y cae ocasionando contusión contra banqueta, aparentemente con pérdida del estado de alerta, apoyado por personal de cruz roja con atención en hospital general del soledad y posterior envió a HGZ 2 en donde comenta nota de envió, se encuentra a paciente con Glasgow de 4 puntos (O1, V2, M1) por lo que se decide manejo avanzado de vía aérea y medidas de neuro protección, enviado a valoración por neurocirugía, donde los hallazgos clínicos y tomográficos se decide someter apaciente a evacuación de hematoma epidural, sin complicaciones, hematoma aproximadamente de 100cc con sangrado quirúrgico de 360cc. El paciente fue enviado a UCI. Se encuentra paciente aún bajo efectos residuales de sedación con RASS -5 vm en modalidad AC vol. VC 420ml, FR 18x', IE 1.2, PEEP 6, FIO260, con esto satura a 98%. hemodinamicamente estable, sin apoyo de aminas con T/A 117/70 mm/hg, FC 80x', precordio rítmico, área pulmonar sin alteraciones, abdomen asignologico, extremidades eutróficas, Temperatura de 36.5 tiene sonda Foley 14F con 70ml de uresis obscura, gasometría vespertina con valores dentro del rango ph: 7.40 PCO₂: 42, PO₂:123, LACT: 1, HCO₃: 26 SPO₂ 98%, PAFI: 273. El paciente se encuentra en ayuno, presenta heridas y dermoabrasión en hemicara derecha, equimosis palperbral derecha y hemiparesia izquierda, reflejo tusígeno presente.

1.- PATRON PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD

NO VALORABLE

2.- PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Peso: 77kg

Temperatura de 36.5, El paciente se encuentra en ayuno, presenta heridas y dermoabrasión en hemicara derecha, equimosis palperbral derecha y hemiparesia izquierda, reflejo tusígeno presente.

3.-PATRON DE ELIMINACION

Tiene sonda Foley 14F con 70ml de uresis. Sometido a craneotomía por evacuación de hematoma epidural de 100cc aproximadamente, con un sangrado quirúrgico de 350cc.

4.- PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Se encuentra con apoyo ventilatorio en modalidad asisto control ciclado por volumen con la siguiente programación: Volumen 420ml, Fr 18x' FC80x', PEEP 6, FIO2 60, Saturación de 98% con tubo endotraqueal de 8mm fijado en el número 22mm a nivel de la comisura de la boca, IE 1.2, PEEP 6, FIO260, PO₂ 123,< PCO₂, PH 8.35, con esto satura a 98%.

hemodinamicamente estable, campos pulmonares con adecuado murmullo vesicular, sin apoyo de aminas con T/A 117/70 mm/hg, llenado capilar 2 segundos, Paciente bajo efectos de sedación postrado en cama.

5.- PATRON SUEÑO-DESCANSO

Bajo efectos de sedación con midazolam y Propofol

6.-PATRON CONGNITIVO-PERCEPTIVO

A su ingreso Glasgow de 4 puntos actualmente Paciente inconsciente bajo doble esquema de sedación con Midazolam y Propofol, RASS -5 sin apertura ocular espontanea, pupilas 1mm isocóricas hiporreflecticas, sin respuesta a estimulo.

7.-PATRON AUTOPERCEPCION

No valorable

8.-PATROLROL-RELACIONES

Paciente cuenta con apoyo familiar de su esposa es la encargada de recibir información del paciente y está pendiente de la información. Resto de familiares se mantienen al margen de la evolución.

9.-PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.

La patología actual puede afectar la vida sexual del paciente debido a que está hospitalizado e inconsciente.

10.-PATRON AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

El signo de estrés observado en el paciente no alterado por su coma farmacológico.

11.-PATRON VALORES-CREENCIAS

No valorable

VI.- FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón (es): 04 actividad-ejercicio Datos objetivos: Tubo endotraqueal Ventilación mecánica Glasgow 4 Disminución del reflejo tusígeno Estertores Datos Subjetivos:	Dominio: 11 seguridad/protección Clase: 02 lesión física Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
	Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción neuromuscular • vía aérea artificial • Cuerpo extraño en vías aéreas 	Dominio: 02 salud fisiológica	Clase: E cardiopulmonar	
	Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> • Sonidos respiratorios adventicios (estertores) 	Criterio de resultado: Estado respiratorio (0415)		
		Indicador (es) 41501 frecuencia respiratoria. 41502 ritmo respiratorio 41504 ruidos respiratorios auscultados 41508 saturación de oxígeno. 41519 deterioro cognitivo 41530 fiebre 41532 vías aéreas permeables	Puntuación inicial * Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Sin desviación del rango normal 5 Desviación grave 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación grave 1	Puntuación Diana* Desviación leve del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 4 Sin desviación del rango normal 5 Desviación sustancial 2 Desviación leve del rango normal 4 Desviación sustancial 2

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:02 fisiológico complejo.</p> <p>Clase: K control respiratorio</p> <p>INTERVENCION: Manejo de la vía aérea (3140)</p> <p>ACTIVIDADES.</p> <p>1. 314006.- Eliminar las secreciones mediante succión.</p> <p>2. 314013.- Administrar Broncodilatadores, según corresponda</p> <p>3. 314019.- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico.</p> <p>4. 314020.- Colocar al paciente en una posición que la alivie la disnea</p> <p>5. 314021.- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</p>	<p>1. La aspiración de secreciones tiene como objetivo retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea, de esta manera se mantiene la permeabilidad del tubo endotraqueal, permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolocapilar.⁶</p> <p>2. Un broncodilatador causa que los bronquios y bronquiolos de los pulmones se dilaten, provocando una disminución en la resistencia aérea y permitiendo así el flujo de aire.⁷</p> <p>3. El líquido elemento desempeña unas funciones principales que aseguran el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo: Transporta y distribuye los nutrientes esenciales para nuestras células como los minerales, las vitaminas o la glucosa. Elimina las toxinas que producen nuestros órganos.⁸</p> <p>4. Esta posición permite una respiración mejorada debido a la expansión del tórax y la oxigenación, también se puede implementar durante episodios de dificultad respiratoria. Esta posición también se utiliza para implementar tubos de alimentación oral y gástrica al paciente. La posición también puede ayudar con la descompresión del pecho.⁹</p> <p>5. La monitorización del paciente ventilado permite, entre otras determinaciones, evaluar diversos parámetros de la mecánica respiratoria, conocer el estado de los diferentes componentes del sistema respiratorio y guiar los ajustes de la terapia ventilatoria.¹⁰</p>	Criterio de resultado: DESVIACION	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>41501 frecuencia respiratoria.</p> <p>41502 ritmo respiratorio</p> <p>41504 ruidos respiratorios auscultados</p> <p>41508 saturación de oxígeno.</p> <p>41519 deterioro cognitivo</p> <p>41530 fiebre</p> <p>41532 vías aéreas permeables</p>	<p>41501 AUMENTO 4</p> <p>41502 AUMENTO 4</p> <p>41504 AUMENTO 4</p> <p>41508 MANTUVO 5</p> <p>41519 AUMENTO 3</p> <p>41530 AUMENTO 4</p> <p>41532 AUMENTO 3</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 04 actividad-ejercicio</p> <p>Datos objetivos: Glasgow 4 Pupilas hiporreflecticas vía aérea comprometida Hemiparesia</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio 4: actividad/ reposo</p> <p>Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Etiqueta diagnóstica: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ (000032)</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesión neurológica <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la capacidad vital (Glasgow de 4) 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 02 salud fisiológica		Clase: E cardiopulmonar	
		Criterio de resultado: Respuesta de la ventilación mecánica: adulto (0411)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		41102 frecuencia respiratoria.	Desviación sustancial del rango normal 2	Desviación leve del rango normal 4	
41104 profundidad de la respiración	Sin desviación del rango normal 5	Sin desviación del rango normal 5			
41108 fracción de oxígeno inspirado (FiO ₂)	Sin desviación del rango normal 5	Sin desviación del rango normal 5			
41109 presión parcial de oxígeno (PaO ₂)	Desviación moderada del rango normal 3	Desviación leve del rango normal 4			
41110 presión parcial de dióxido de carbono (PaCO ₂)	Sin desviación del rango normal 5	Sin desviación del rango normal 5			
41111 Ph arterial	Desviación sustancial del rango normal 2	Desviación moderada del rango normal 3			
41112 saturación de oxígeno	Sin desviación del rango normal 5	Sin desviación del rango normal 5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico complejo</p> <p>Clase: K Control respiratorio</p> <p>INTERVENCION: VENTILACION MECANICA (3300)</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 330021.- utilizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos, según corresponda. 2. 330028.- observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica. 3. 330029.- controlar la lesión de la mucosa bucal nasal, traqueal o laríngea Por presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del balón o desintubaciones no programas. 4. 330032.- colaborar con el médico en el uso CPAP o PEEP para minimizar la hipoventilación alveolar, si es el caso 5. 330034.- realizar fisioterapia torácica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar la introducción de microorganismos potencialmente patógenos al interior del organismo. Evitar la transmisión de microorganismos potencialmente patógenos desde el personal de salud al paciente o viceversa.¹ 2. La ventilación mecánica también se ha asociado con disfunción diafragmática inducida en las primeras 24 a 48 horas, por la supresión de la actividad espontánea normal de los músculos de la respiración, la cual altera el flujo sanguíneo y el tiempo de reposo del músculo, y causa cambios celulares importantes, como atrofia, pérdida miofibrilar, proteólisis, formación de vacuolas y alteración en las mitocondrias.² 3. La lesión traqueal por intubación se inicia con la isquemia de la mucosa que evoluciona a congestión, edema y ulceración; el factor para producir isquemia de la mucosa traqueal es la disminución del flujo sanguíneo por exceso de presión sobre la mucosa.³ 4. Elimina la acumulación de secreciones y facilita su expulsión. Distribuye el aire dentro de los pulmones, aumentando la capacidad respiratoria y la ventilación del pulmón.⁵ 	Criterio de resultado: Respuesta de la ventilación mecánica: adulto (0411)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>41102 frecuencia respiratoria.</p> <p>41104 profundidad de la respiración</p> <p>41108 fracción de oxígeno inspi:ado (FiO₂)</p> <p>41109 presión parcial de oxígeno (PaO₂)</p> <p>41110 presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂)</p> <p>41111 Ph arterial</p> <p>41112 saturación de oxígeno</p>	<p>41102.-AUMENTAR 4</p> <p>41104.-MANTENER 5</p> <p>41108.-MANTENER 5</p> <p>41109.-AUMENTAR 4</p> <p>41110.-MANTENER</p> <p>41111.-AUMENTAR 4</p> <p>41112.- MANTENER 5</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION				
<p>Patrón (es): 04 actividad-ejercicio</p> <p>Datos objetivos: Hemorragia epidural Pupilas hiporreflexicas Hemiparesia RASS -5</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 04 actividad/reposo.</p> <p>Clase: 04 respuestas cardiopulmonares.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Perfusión tisular cerebral ineficaz (00024)</p> <p>Factor(s) relacionado(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia cerebral <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del estado neurológico (Glasgow 4, pupilas hiporreflexicas) 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: 02 salud fisiológica		Clase: J neurocognitiva		
		Criterio de resultado: Estado neurológico (0909)				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
90901 consciencia.	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				
90902 control motor central.	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				
90908 tamaño pupilar.	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				
90909 reactividad pupilar.	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				
90910 patrón de movimiento ocular	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				
	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				
	Gravemente comprometido 1	Moderadamente comprometido 3				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico: complejo</p> <p>Clase: I: control neurológico</p> <p>INTERVENCION: Monitorización neurológica (2620)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. 262001 comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.</p> <p>2. 262002 vigilar el nivel de conciencia.</p> <p>3. 262004 vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow.</p> <p>4. 262007 monitorizar el estado respiratorio.</p>	<p>1. La actividad pupilar se explora a través de la observación del tamaño, la simetría y la reacción pupilar a la luz y aporta información sobre el par craneal motor ocular común, que parte del tronco cerebral a la altura del mesencéfalo.</p> <p>2. La GCS fue creada con el objetivo de estandarizar la evaluación del nivel de conciencia en pacientes con traumatismo craneoencefálico, valorar la evolución neurológica de pacientes con éste y como un método para determinar objetivamente la severidad de la disfunción cerebral.¹¹</p> <p>3. La Escala de Coma de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora.¹²</p> <p>4. La monitorización respiratoria supone la monitorización de los parámetros ventilatorios, el seguimiento del intercambio gaseoso y el análisis de la mecánica pulmonar. Requiere además el seguimiento de la patología pulmonar y la prevención y corrección de las posibles complicaciones derivadas de la VM.¹³</p>	Criterio de resultado: desde gravemente comprometido hasta No comprometido	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>90901 conciencia.</p> <p>90902 control motor central.</p> <p>90908 tamaño pupilar.</p> <p>90909 reactividad pupilar.</p> <p>90910 patrón de movimiento ocular</p>	<p>90901 AUMENTAR 3</p> <p>90902 AUMENTAR 2</p> <p>90908 AUMENTAR 3</p> <p>90909 AUMENTAR 3</p> <p>90910 AUMENTAR 3</p>

VII.- PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: M.A.C.M

EDAD: 28 SEXO: masculino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: traumatismo craneoencefálico

FECHA DE ELABORACIÓN: 08 de Agosto de 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	Hospital General de Zona #2 Médico Correspondiente
URGENTE	Signos de alarma: Presencia de convulsiones, vómitos repetitivos e intensos, Dolor de cabeza intenso y progresivo, Somnolencia persistente, confusión, comportamiento extraño, Mareos, Debilidad de movimientos en brazos, piernas, dificultad para utilizar las manos, ojos de mapache.
INFORMACIÓN	Cuando sucede el accidente y se golpea la cabeza tan fuerte, el cerebro rebota o se retuerce, rompiendo los vasos sanguíneos, provocando un sangrado, en este caso es algo grave, que desencadeno a la pérdida de conciencia, y uso de oxígeno con un ventilador, se le llama Traumatismo Craneoencefálico.
DIETA	Con el apoyo de un familiar recordarle que tiene que comer y que no, de preferencia alimentos que pueda deglutir fácilmente. No consumir grasas, irritantes como salsa o chile, comida chatarra, y productos lácteos como leche, queso, yogurt o mantequilla.

		<p>Consumir dieta blanda: pollo, pescado a la plancha, plátano maduro, preferentemente glúcidos de absorción lenta como arroz, pasta, legumbres.</p> <p>Consumir fibra y beber abundantes líquidos claros.</p>
AMBIENTE		<p>Al recuperar la conciencia, estará desorientado y desubicado, familiares deberán de darle apoyo emocional y asistencia en movimientos físicos, ser observado por un periodo de 2 a 4 horas y mantener reposo.</p>
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE	Y	<p>Puede salir al jardín o patio de su casa a respirar aire fresco, que sea un lugar libre de ruido, puede relajarse con aromaterapia, realizar actividades de estimulación cognitiva como realizar crucigramas, sopas de letras, sudokus, además realizar esfuerzo cognitivo hacer costura o tocar un instrumento, el familiar puede apoyarlo hablándole lento y claro, si se frustra descansar.</p>
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Y	<p>-Sesiones de estimulación, con duración de 60 minutos 1 vez a la semana, ejercicios con diferente grado de dificultad y que trabajan diferentes funciones cognitivas: memoria, expresión verbal, percepción visual, razonamiento, combinarlas todas.</p> <p>-Rehabilitación física: Estiramientos pasivos, movilizaciones pasivas, volteos pasivos.</p> <p>-Fisioterapia respiratoria: Golpes con la mano en forma de concha en la espalda de arriba hacia abajo, en un vaso con agua colocar un popote y soplar lentamente, inhalar y exhalar lentamente.</p> <p>-Paracetamol, por razón necesaria.</p> <p>-Omeprazol cada 8 horas por 5 días.</p> <p>-Metamizol sódico en caso de presentar temperatura mayor a 38°C.</p>

ESPIRITUALIDAD	Rezar en casa un rosario, o bien ver videos en internet en donde transmitan misas, con un volumen no tan alto.
-----------------------	--

VIII.- CONCLUSIONES

El trauma craneoencefálico requiere de un tratamiento de urgencia agresivo, con el fin de impedir reducir el mínimo la lesión irreversible del sistema nervioso, para lo cual es preciso adoptar un enfoque decidido y organizado que asegure la atención óptima del paciente desde su manejo inicial y durante las bases siguientes de diagnóstico y tratamientos definitivos.

El rol enfermero en el área hospitalaria durante años ha demostrado que es indispensable; el cuidado directo al paciente cada vez mejora. Así, con una capacitación constante y un trabajo en conjunto se logra llegar poco a poco a la excelencia en el cuidado. Este estudio de caso lo demuestra, con la aplicación de los procedimientos enfermeros en la rehabilitación del paciente crítico con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico (TCE) grave.

Mediante el presente documento se evidencia que la atención y los cuidados de enfermería no son acciones realizadas mecánicamente, cada actividad de enfermería está sustentada bajo un principio y una justificación validada científicamente, promoviendo la actualización constante de conocimiento y sobre todo la investigación que lastimosamente en nuestro medio es precaria.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Watson J. Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing. Boulder, CO (US): University Press of Colorado; 2018.
- 2.- Gallegos, N. (2020). ENFERMERÍA: LA PROFESIÓN DE LA DISCIPLINA Y FILANTROPIA. 2021, de Universidad América Latina Sitio web: <https://www.ual.edu.mx/blog/enfermeria-la-profesion-de-la-disciplina-y-filantropia>
- 3.- Ilecara K. Historia de la Enfermería. [Online].; s.f. [cited 2016 Noviembre 15. <http://kcesuy-ilecara-enfermera.blogspot.com.co/2009/07/historia-de-la-enfermeria.html>.
- 4.- Agrega 2.0. El proceso Histórico de las Ciencias de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 29. Available from: http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/27012016/42/es-an_2016012714_9125937/cuerpo_humano/enferm.htm.
- 5.- Fontes LRD NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, Rev CONAMED. 2013; 18 (4): S34 - S41
- 6.- Notimex. 2021 Enfermería, de las ocupaciones más valoradas en México, México 2017, Grupo Fórmula. Sitio web: <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=653074&idFC=2017>
- 7.- España López, Ana María. (2016). Correlación entre el modelo conceptual y el modelo profesional del cuidado. Ene, 10(2) Recuperado en 17 de marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200009&lng=es&tlng=es.
- 8.- Pinedo Vázquez, M.T., & Jiménez Jiménez, J.C. (2017). Cuidados del personal de Enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(48). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>.

- 9.- S. Rodríguez, M. Cárdenas, A.L. Pacheco, M. Ramírez, N. Ferro, E. Alvarado. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado». *Enfermería Universitaria* 14, n.º 3 (2017): 191-98. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>.
- 10.- Carrillo Algarra, Ana Julia, García Serrano, Lucila, Cárdenas Orjuela, Claudia Marcela, Díaz Sánchez, Ingrid Rocío, & Yabrudy Wilches, Nataly. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 12(32), 346-361. Recuperado en 17 de marzo de 2019, sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es&tlng=es.
- 11.- Prias Vanegas, H. (2017). CUIDADO HUMANIZADO: UN DESAFÍO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. *REVISALUD Unisucre*, sitio web: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575>.
- 12.- Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana De Enfermería*, 32(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>.
- 13.- F. Hagos, F. Alemseged, F. Balcha, *et al.* **Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in Mekelle zone hospitals, Northern Ethiopia** *Nurs Res Pract.*, 2014 (2014), p. 675212.
- 14.- Arranz Alonso S. Modelos conceptuales, metodología. lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2015. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S08640289201900040001000002&lng=en
- 15.- Hernández Rodríguez LC, Graña León MC, González Montero L, Santana del Río M, Miranda Guerra Ad. Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para asesoramiento genético de embarazadas con alfafetoproteína alterada en Caibarien. *Rev Cubana Enfermería*, sitio web: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1330>

- 16.- P. Simons. (2018). Contribución del conocimiento científico de enfermería al Sistema de Salud de Honduras. Revista Mexicana De Enfermeria, 3, P.P 100-101.
- 17.- Arribas., A. (2017). Valoración de enfermería. 2021, de REVISTA DE ENFERMERIA EN DESARROLLO Sitio web: <https://enfermeriaendesarrollo.es/en-desarrollo/valoracion-de-enfermeria/>
- 18.- Santiago. A. (2018). Valoración, proceso de atención de enfermería. 2021, de Yo amo enfermería blog Sitio web: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/04/valoracion-proceso-enfermero/>
- 19.-Perez. V, (2018). Definición de observación de enfermería. 2021, de OnSalus Sitio web: <https://www.onsalus.com/definicion-de-observacion-de-enfermeria-18714.html>
- 20.- Hospital Neuquen. (2020). El proceso de atención de enfermería. 2021, de Hospital Neuquen Sitio web: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- 21.- Lavín, L. (2013). La entrevista en enfermería: una habilidad comunicativa. 2021, de Universidad de Cantabria Sitio web: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3006/LavinMerueloL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 22.- Departamento estatal de enfermería. (2016). METODOLOGÍA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO ESTANDARIZADO. 2021, de secretaria de salud del estado de Veracruz Sitio web: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-III-METODOLOG%C3%8DA-DEL-PROCESO-DE-ENFERMER%C3%8DA-DIAGNOSTICO.pdf>
- 23.- Nanda International. (2012). NANDA Diagnósticos Enfermeros 2012-2014. Definiciones y clasificación. Barcelona, España: ELSEVIER.
- 24.- Arteaga. V. (2016). PLANIFICACIÓN: ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES Y ELABORACIÓN DE OBJETIVOS. 2021, de Universidad de Antioquia Sitio web: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61952>

- 25.- . Arteaga. V. (2016). EVALUACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA. 2021, de Universidad de Antioquia Sitio web: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61968>
- 26.- Gamal Hamdan Suleiman MD. Trauma Craneoencefálico Severo: Parte I
- 27.- Herrera, M., Ariza, A., Rodriguez, J., Pacheco, A.. (2018). Epidemiología del trauma craneoencefálico. 2021, de Revista cubana de medicina intensiva y emergencias Sitio web: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/540/html_166
- 28.- Wilberger, J. (2019). Traumatismo encefalocraneano (TEC). 2021, de MSD Sitio web: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>
- 29.- Vacca, V. (2019). Tratamiento del traumatismo craneoencefalico. 2021, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-tratamiento-del-traumatismo-craneoencefalico-leve-S0212538219300408>
- 30.- López, E., Bermejo, S., Fernández, M. (2009). Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. 2021, de MEDICINA INTENSIVA Sitio web: <https://www.medintensiva.org/es-actualizaciones-el-manejo-del-traumatismo-articulo-S021056910970302X>
- 32.- chaurich D, Crossetti Olivera MG. Produçãodo conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc Anna Nery. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- 33.- Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol 2011 Disponible: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
- 34.- Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Do Santos EKA, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem 2009 http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a28v43n3.pdf

35.- Kozier B. "Fundamentos de Enfermería." Madrid: Editorial McGraw – Hill Interamericana; 2005.

36.- Paucar, I. (2011). Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. 2021, de SCIELO Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000100007

37.- Serrano, A., Cambra, J. (2018). PROTOCOLO DE ACTUACION GRAVE EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVE. 2021, de Hospital universitario niño jesus sitio web: <https://secip.com/wp-content/uploads/2019/03/PROTOCOLODEACTUACI%C3%93NENELTRAUMATISMOCRANEOENCEF%C3%81LICOGRAVE-2018.pdf>

38.- Cruz, L., Ramirez, F.. (2007). Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos. 2021, de Medigraphic Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2007/tm072e.pdf>

39.- Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2000.

40.- ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL. (2019). DOROTHEA ELIZABETH OREM. 2021, de AEESME Sitio web: <https://www.aeesme.org/aeesme/dorothea-elizabeth-orem/>

9.1. BIBLIOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICOS

1.- Los editores colombia. (2020). La importancia de la asepsia a nivel quirúrgico, médico y de curación. 2021, de saludiario Sitio web: <https://www.saludiario.com/la-importancia-de-la-asepsia-a-nivel-quirurgico-medico-y-de-curacion/>

2.- El hospital. (2007). RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. 2021, de El hospital Sitio web: <https://www.elhospital.com/temas/Riesgos-y-complicaciones-de-la-ventilacion-mecanica+8054960?pagina=2>

3.- Pomposo. M., Hurtado. I., Jimenez. A., Barriga. P., Bravo. J (2014). Complicaciones postextubación asociadas con la presión de inflado del globo del tubo endotraqueal. 2021, de Anales médicos Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142h.pdf>

5.- Formación para fisioterapeutas. (2020). La importancia de fisioterapia respiratoria en adultos. 2021, de Fisiofocus Sitio web: <https://www.fisiofocus.com/es/articulo/importancia-fisioterapia-respiratoria-adultos>

6.- Martínez. S., (2019). Preparación del material y del paciente para realizar una aspiración de secreciones de la vía aérea. 2021, de Salusplay Sitio web: <https://www.salusplay.com/blog/aspiracion-secrecciones-via-aerea/>

8.- Normon. (2015). LA HIDRATACIÓN Y SU IMPORTANCIA PARA NUESTRO ORGANISMO. 2021, de Normon Sitio web: <https://www.normon.es/articulo-blog/la-hidratacion-y-su-importancia-para-nuestro-organismo>

9.- Cajal. A.. (2016). ¿Qué es la posición semi-Fowler?.. 2021, de Lifeder Sitio web: <https://www.lifeder.com/posicion-semi-fowler/>

10.- García. E., Amado. L., Albaiceta. G. (2014). Monitorización de la mecánica respiratoria en el paciente ventilado. 2021, de Medicina intensiva Sitio web: <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-mecanica-respiratoria-el-paciente-articulo-S021056911300212X>

11.- Muñana, J., Ramirez, A. (2014). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. 2021, de SCIELO Sitio web: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201400010000](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632014000100005)

5

12.- Por generación Elsevier. (2017). Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. 2021, de Elsevier Sitio web: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

13.- Bazan, P., Subirana, M.. (2000). Monitorización del paciente en ventilación mecánica. 2021, de Elsevier Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-del-paciente-ventilacion-mecanica-13008822>

X.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. La actividad de enfermería es la noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo.

AFASIA: Alteración del lenguaje/comunicación oral. El paciente no entiende lo que se le dice, no puede expresarse correctamente o ambas cosas. En los casos graves el paciente es incapaz por completo de comunicarse. En casos leves, puede manifestarse como una dificultad para encontrar las palabras adecuadas en cada momento y/o comprender expresiones complejas.

AGRAFIA: Incapacidad para escribir correctamente (en personas que previamente saben escribir)

ALEXIA: Incapacidad para leer correctamente (en personas que previamente saben leer).

ANGIOGRAFIA: Exploración complementaria que consiste en un contraste en el árbol arterial con fin de visualizarlo. Para ello se introduce un catéter por las arterias de la ingle (a veces por las arterias del brazo) y llevarlo (por el interior del árbol vascular) hasta los vasos cerebrales. Una vez allí se inyecta el contraste que al extenderse por las arterias permite su visualización.

ANGIORRESONANCIA: Es una técnica para la visualización de las arterias, basada en la resonancia magnética. No es necesario introducir catéteres.

ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO: Fármaco/medicamento que al dificultar la agregación de las plaquetas (células de la sangre que intervienen en la coagulación), disminuyen el riesgo de que se repitan los ataques vasculares cerebrales isquémicos.

ANTICOAGULANTE: Fármaco/medicamento que dificulta la coagulación sanguínea. Disminuye el riesgo de que se repitan las embolias cerebrales.

ARTERIOESCLEROSIS: Lesión de la pared de las arterias, provocada por el depósito de lípidos (grasas) y otras sustancias (a veces calcio). Este depósito produce rigidez de las arterias. Da lugar a la formación de “placas de ateroma”. Las placas de ateroma pueden afectar a las carótidas y a las arterias del cerebro. Estas placas pueden dar lugar a la

formación de pequeños trombos que son liberados al torrente sanguíneo, obstruyendo la circulación cerebral en puntos más alejados del árbol arterial y produciendo un ataque vascular cerebral. También pueden provocar una obstrucción en el mismo lugar de la placa, produciendo, así mismo, un ataque vascular cerebral.

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO: Es aquel ataque vascular cerebral cuyos síntomas desaparecen espontáneamente en menos de 24 horas (generalmente 15 a 30 minutos).

ATAQUE VASCULAR CEREBRAL: Cuadro brusco, producido por la obstrucción o por la rotura de un vaso cerebral. En el caso de la obstrucción, se habla de un “ataque vascular cerebral isquémico”. En el caso de la hemorragia se habla de un “ataque vascular cerebral hemorrágico”. Los síntomas aparecen de forma aguda (minutos y horas) y dependen de la zona del cerebro que se afecta. Puede consistir en afasia, hemiparesia, hemihipoestésias, incoordinación, alteración de la marcha, etc. (ver las definiciones correspondientes).

ATAXIA: Síntoma neurológico que consiste en una incoordinación motora. Cuando afecta a las piernas produce dificultad para caminar, el paciente camina “como si estuviera borracho”, con los pies más separados de lo normal. Cuando afecta a las extremidades superiores, los movimientos son imprecisos e incontrolados.

ATENCIÓN INTEGRAL: Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

COAGULOPATÍA: Enfermedad sanguínea que hace que la sangre coagule con facilidad. Hace a los pacientes propensos a sufrir ataques vasculares cerebrales.

CONVULSIÓN: Rigidez involuntaria, seguida o no de “sacudidas”, que afectan a una extremidad, a la mitad del cuerpo o todo el cuerpo. Se acompañan de pérdida de conciencia. El paciente puede morderse la lengua, o arrojar saliva por la boca. Duran uno o varios minutos. Cuando cede el paciente suele quedar inconsciente o desorientado durante un tiempo. Generalmente no recuerda lo que le ha ocurrido. Se produce por una activación anómala y excesiva de algunas neuronas del cerebro.

DIAGNOSTICO SINDROME: Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnóstico reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte: Problema de salud (Etiqueta). Ejemplo: Síndrome traumático de la violación.

DISARTRIA: Dificultad en la articulación de la palabra. El paciente sabe lo que quiere decir y emite las palabras correspondientes, pero las pronuncia con dificultad. En casos extremos puede ser imposible la comprensión.

DISESTESIA: Sensación anómala o desagradable que afecta una o varias zonas del cuerpo. **DISFAGIA:** Dificultad para deglutir (tragar) los alimentos. El paciente se atraganta o tose al intentar deglutir o es incapaz de hacerlo. En las enfermedades neurológicas la dificultad suele ser mayor o limitada a la ingesta de líquidos.

DISFONIA: Cambio en el tono de la voz.

INDIVIDUALIDAD: Todo paciente es un miembro individual de la sociedad que tiene derechos, privilegios y libertades que deben respetarse sin distinción de raza, credo y posición social y económica

JUICIO CLINICO: Consiste en la evaluación del conjunto de síntomas y signos de un paciente, junto con los datos proporcionados por las pruebas complementarias, para hacer una estimación sobre el diagnóstico de la misma, el estado del enfermo y el tratamiento más adecuado.

NIC: “Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin.

NOC: Es el objetivo o el resultado de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados por parte del profesional de enfermería, 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.

PATRONES FUNCIONALES: Son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

XI. ANEXOS

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (anexo 1)

<p>1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)</p> <p>¿Cómo considera su estado de salud ? _____</p> <p>Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación <input type="checkbox"/> Rechazo <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/></p> <p>Negación: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: _____</p> <p>¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad ? _____</p> <p>Actitud y comportamiento hacia la medicación:</p> <p>Conocimiento de la enfermedad:</p> <p>2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)</p> <p>Describe tipo de alimentos que consume : _____</p> <p>Numero de comidas al día _____ Utiliza suplementos alimenticios y cuales _____</p> <p>Cantidad de consumo de agua al día _____</p> <p>Antecedentes de: Gastritis <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/></p> <p>Desordenes alimenticios: Hiporexia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Anorexia y bulimia <input type="checkbox"/></p> <p>Presencia de líquidos parenterales: _____</p> <p>Explorar integridad de la piel mucosas:</p> <p>Hidratado <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Signo de lienzo húmedo <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> acantosis <input type="checkbox"/></p> <p>Cianosis <input type="checkbox"/> Piel fría <input type="checkbox"/> Piel caliente <input type="checkbox"/> Rubicundez <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/></p> <p>Integridad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar: _____</p> <p>Cabeza, cabello: Implantación normal <input type="checkbox"/> Fragilidad, caída <input type="checkbox"/> Pediculosis <input type="checkbox"/> Caspa o seborrea <input type="checkbox"/></p> <p>Signo de bandera <input type="checkbox"/> Exostosis <input type="checkbox"/> Endostosis <input type="checkbox"/></p> <p>Integridad de ojos, nariz y oídos: _____</p> <p>Presencia de sonda nasogástrica: _____</p> <p>Cavidad Oral: Anodoncia parcial <input type="checkbox"/> Anodoncia total <input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Sarro <input type="checkbox"/> Candidiasis <input type="checkbox"/></p> <p>Amígdalas: Normales <input type="checkbox"/> Hipertróficas <input type="checkbox"/> Hiperémicas <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presencia de puntillero <input type="checkbox"/></p> <p>3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)</p> <p>Eliminación intestinal (Frecuencia ,Características): _____</p>
<p>Adaptado y propuesto por: L.E. Rita de Gpe. Martínez Rocha ME y AS. [Escribir texto]Página 2</p>

Presencia de : Diarrea Estreñimiento Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, Características): _____

Presencia de: Disuria Poliuria Poliaquiuria Enuresis Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal Diaforesis Sudoración escasa Hiperhidrosis Mal olor

Edema:

Drenajes y tipo: _____

Ostomías: _____

Exploración:

Abdomen: Plano Globoso Simetría: Integridad de la piel

Peristaltismo : Presente Ausente Frecuencia por minuto: _____

Timpanismo Matidez

Dolor presencia de masas Ascitis Otros: _____

Giordano Positivo Negativo

Hemorroides: Presentes Ausentes

Hallazgos en la exploración genital: _____

4. Actividad ejercicio (,actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas? :

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse) :

1. Completo autocuidado
1. Necesita uso de un equipo especial
2. Requiere supervisión
3. Requiere ayuda de otra persona
4. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: _____

Exploración Física:

Marcha: Eubásica Disbásica Inmovilidad Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal Atonía

Movimientos anormales: Acaticia Temblor Distonía Disquinesia Rigidez

adaptado y propuesto por: L.E. Rita de Gpe. Martínez Rocha ME y AS. [Escribir texto]Página 3

Agitación motriz Crisis Convulsivas Manerismos

Claudicación Uso de aditamentos para la deambulación

Respiración: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localización de los fenómenos agregados)

Cianosis Palidez Hipoxia Hipoxemia Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga Cansancio

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea Bradipnea Disnea Aleteo

Uso de músculos accesorios Estertores Sibilancias Roncus Estridor

Función cardíaca: Frecuencia _____ Ritmo _____ Arritmias Soplos Ritmo de galope

Pulsos: Frecuencia _____ Ritmo: Regular Irregular Amplitud : Alternante de Corrigan

Filiforme Paradógico Débil Imperceptible o ausente

Ingurgitación yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duración y frecuencia): _____

Sedentarismo: Si No

Como emplea su tiempo libre: _____

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: _____

5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente : _____

¿Acostumbra tomar siestas?: Si No

Alteraciones del sueño:

Insomnio inicial Insomnio tardío Insomnio intermitente Pesadillas

Hipersomnia Somnolencia diurna Ronquido Apnea del sueño Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: _____

Utiliza algún remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): _____

6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia : Consciente Somnoliento Estuporoso Inconsciente

Adaptado y propuesto por: L.E. Rita de Gpe. Martínez Rocha ME y AS. [Escribir texto]Página 4

Orientación: Tiempo Lugar Persona Autopsíquica _Alopsíquica

Memoria: Reciente (anterógrada) Tardía(retrógrada) Amnesia

Atención: Central Periférica Hipoprosexia Paraprosexia Hiperprosexia

Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal Mutismo Parco/monosilábico Coherente

Dislalia Disartria

Alteraciones sensorio-perceptuales : Alucinaciones Ilusiones

Tipo: Auditivas Visuales Olfatorias Cenestésicas Gustativas

Presenta alguna limitación en: Vista Tacto Audición Olfato Gusto

¿Utiliza algún apoyo para estos problemas? : _____

7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Que piensa de si misma?

La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo?

Que sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?

Ansiedad Tristeza Irritabilidad Exaltación Felicidad Tranquilidad

¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: _____

Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Deseperanza Minusvalía Muerte

Ideación suicida Planeación suicida Intento suicida Cutting

Otras alteraciones asociadas al estado afectivo: _____

8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia:

¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad?

¿Como es la relación entre los miembros de su familia?

¿Como es la Interacción social con personal y pacientes del servicio:

¿Cuenta con apoyo social?

9. Sexualidad-Reproducción

Adaptado y propuesto por: L.E. Rita de Gpe. Martínez Rocha ME y AS. [Escribir texto]Página 5

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca_____ FUM_____ Menopausia _____

Embarazos: Partos: Abortos: Cesáreas :

SDG: _____ FPP: _____

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino _____ FCF: _____

Presentación: Cefálica _____ Podálica _____

Posición: Anterior _____ Posterior _____ Izquierda _____ Derecha: _____

Situación: Longitudinal _____ Transversa _____ Oblicua _____

Vida sexual activa Si No ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Si No

Uso de métodos anticonceptivos: Si No ¿Cuál método? _____

Que precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual? _____

Problemas de identidad sexual: Si No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual).

Detección de cáncer cervico-uterino en el último año : Si No

Detección de cáncer de mama en el último año: Si No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Si No

Menopausia o Andropausia(si aplica) : Anotar la actitud ante ella, presencia o no de alteraciones psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de las mismas.

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Si No ¿Cuál? _____

10. Adaptación Tolerancia al stress (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés Crisis

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo Tenso Relajad Desmotivad

¿Qué hace para sentirse mejor?: _____

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad) : Té Alcohol Tabaco

Adaptado y propuesto por: L.E. Rita de Gpe. Martínez Rocha ME y AS. [Escribir texto]Página 6

Medicamentos no prescritos (tipo y frecuencia) _____ Otros: _____
Drogas ilegales (tipo) _____
Cómo resuelve sus problemas ¿ (recursos, apoyos con los que cuenta): _____

11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo?

¿Profesa alguna religión?

¿ La religión es importante para usted?

¿Qué cosas considera importantes en su vida?

¿Se siente satisfecho con su vida?

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte: _____

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?: _____

¿Cuáles sus planes futuros? (corto y largo plazo)







Adaptado y propuesto por: L.E. Rita de Gpe. Martínez Rocha ME y AS. [Escribir texto]Página 7

Anexo 2

Valoración del estado de sedación del paciente

ESCALA DE RAMSAY

@Creative_Nurse
















NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	 Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	 Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	 Dormido con respuesta a órdenes
4	 Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	 Dormido con respuesta sólo al dolor
6	 Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

Anexo 3

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

ELSEVIER

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

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



