

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Cuidado a la persona con traumatismo
craneoencefálico moderado en un hospital
público - 2024**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

Autoras

Montoya Guevara Sandra Fiorela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6890-1954>

Paz Risco Clara

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9724-5795>

Asesor

Mtro. Oscar Jean Pierre Bautista Ancajima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1881-8260>

Línea de Investigación

**Calidad de Vida, Promoción de la Salud del Individuo y la
Comunidad para el Desarrollo de la Sociedad**

Sublínea de Investigación

**Nuevas Alternativas de Prevención y el Manejo de Enfermeras
Crónicas y/o no Transmisibles**

Pimentel - Perú

2025



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la DECLARACIÓN JURADA, somos egresadas del Programa de Estudios de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autoras del trabajo titulado:

Cuidado a la persona con traumatismo craneoencefálico moderado en un hospital público - 2024

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Montoya Guevara Sandra Fiorela	DNI:73455951	 firma
Paz Risco Clara	DNI:72533928	 firma

Pimentel, 9 de enero del 2025

Reporte de turnitin



20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cá...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 17%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de nuestra vida, bendiciéndonos y dándonos fuerzas para continuar con la meta trazada sin desfallecer. Con mucho cariño y amor a mis padres por su apoyo constante e incondicional a lo largo de todos estos años de vida.

Sandra Fiorella Montoya Guevara

A Dios fuente inagotable de vida. A mis padres e hija verdaderos gestores de mi carrera y mis éxitos. A todos mis maestros por sus magníficas enseñanzas, muy especialmente aquellos que también me brindaron su amistad y apoyo sin condiciones para hacer de mí una mejor profesional.

Clara Paz Risco

Agradecimiento

A Dios por haberme guiado en cada paso, a mis padres y hermano. Gracias por demostrarme que el verdadero amor no es otra cosa que el serio inevitable de ayudar al otro para que este se supere. Mi gratitud a todos los docentes por su apoyo y enseñanzas dadas en mi vida profesional.

Sandra Fiorella Montoya Guevara

A Dios por bendecirnos la vida, guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. A nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado. Finalmente, a nuestra asesor Mtro. Oscar Jean Pierre Bautista Ancajima por el asesoramiento metodológico y acompañamiento durante todo el trabajo de investigación, trabajando en un ambiente de respeto, confianza y aprendizajes compartidos.

Clara Paz Risco

Índice

ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Realidad problemática	10
1.2 Formulación del problema	13
1.3. Objetivos	13
1.4. Teorías relacionadas al Tema	13
II. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	15
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	33

Índice de tablas

Tabla 1. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00031) Patrón respiratorio ineficaz -----	20
Tabla 2. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral-----	21
Tabla 3. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00030) Deterioro de intercambio de gases-----	22
Tabla 4. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades -----	23

Cuidado a la persona con traumatismo craneoencefálico moderado en un hospital público - 2024

Resumen

Introducción. El traumatismo craneoencefálico (TCE) se describe como alguna lesión que comprometa estructuras encefálicas, a nivel global es una de las primordiales causas de mortalidad en individuos menores de 45 años. Objetivo. Ejecutar un plan de cuidado integral de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de la atención en los individuos hospitalizados con TCE moderado. Materiales y métodos. Se empleó la metodología del proceso enfermero, la cual evalúa los patrones funcionales de la teoría de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Resultados. Se priorizó los diagnósticos: Patrón respiratorio ineficaz, Riesgo de perfusión tisular cerebral, Deterioro de intercambio de gases y Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades. En la ejecución se realizaron intervenciones aplicadas a los diagnósticos priorizados y en la evaluación de los indicadores. Como resultado de las intervenciones ejecutadas se mostró una puntuación promedio de cambio +2. La ejecución de los cuidados y procedimientos permitió la recuperación gradual de la funcionalidad y autonomía del individuo. Conclusión. Se estructuró para facilitar al profesional de enfermería un modo más organizado y analizado para la planeación del cuidado del paciente y facilitar cuidados holísticos a la persona, se logró conseguir una puntuación de cambio en los indicadores establecidos.

Palabras clave:

Estudio de caso, traumatismo craneoencefálico, escala de coma de Glasgow, enfermería, enfermeras, cuidado.

Abstract

Introduction. Traumatic brain injury (TBI) is described as any injury that compromises brain structures; globally, it is one of the main causes of mortality in individuals under 45 years of age. Aim. Execute a comprehensive nursing care plan with the purpose of improving the quality of care in hospitalized individuals with moderate TBI. Materials and methods. The nursing process methodology was used, which evaluates the functional patterns of Marjory Gordon's theory and the NANDA, NOC and NIC taxonomies. Results. Diagnoses were prioritized: Ineffective respiratory pattern, Risk of cerebral tissue perfusion, Impaired gas exchange and Nutritional imbalance: Intake less than needs. During the execution, interventions were carried out applied to the prioritized diagnoses and in the evaluation of the indicators. As a result of the interventions carried out, an average change score of +2 was shown. The execution of the care and procedures allowed the gradual recovery of the individual's functionality and autonomy. Conclusion. It was structured to provide the nursing professional with a more organized and analyzed way of planning patient care and providing holistic care to the person; it was possible to achieve a change score in the established indicators.

Keywords:

Case study, traumatic brain injury, Glasgow Coma Scale, nursing, nurses, careful.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se describe como alguna lesión que comprometa estructuras encefálicas, incluyendo cerebro, cerebelo y tallo cerebral, abarcando incluso la región de la primera vértebra cervical. Estas contusiones pueden manifestarse desde una leve protuberancia craneal hasta un deterioro cerebral severo¹. Este tipo de trauma compromete a más de 5 millones de víctimas anuales a nivel global y abarca una de las primordiales causas de mortalidad en individuos menores de 45 años^{2,3}, con una incidencia de aproximadamente 579 decesos por cada 100,000 habitantes al año. Se proyecta que para el año 2030 el TCE se posicione como una de la principal causa de muerte e incapacidad a nivel mundial^{3,4}.

A nivel mundial, El TCE origina la mayoría de las víctimas por traumas, con una tasa de 579 por 100,000 personas al año. Está asociado especialmente a tropiezos e incidentes motorizados, afectando predominantemente a hombres y siendo más frecuente en países en desarrollo⁴.

En América Latina, el traumatismo craneoencefálico (TCE) presenta una elevada incidencia, atribuida principalmente a accidentes de tránsito y actos de violencia. Este problema afecta particularmente a motociclistas y peatones, y es más prevalente en países con altos índices de violencia, como Colombia, Brasil, Venezuela, México y El Salvador⁵. En Cuba, el TCE es la causa vital de mortalidad e incapacidad en personas menores de 40 años, mientras que los accidentes constituyen la quinta causa de mortalidad general. Aproximadamente, el 70% de individuos con TCE en Cuba fallecen, con una incidencia estimada de 200 casos por cada 100,000 habitantes^{5,6}.

En Estados Unidos, se registran 10 millones de casos de TCE anualmente, de los cuales el 20% presentan lesiones cerebrales, resultando en 50,000 muertes, con una tasa de mortalidad estimada entre el 20% y el 30%. Por su parte, en Colombia, el TCE es responsable de entre el 49% y el 70% de las muertes relacionadas con traumatismos⁷.

En Perú, las lesiones y causas externas constituyen 10.8% de las muertes totales, ubicándose en el cuarto lugar como causa de mortalidad en 2020^{8,9}. Los accidentes de transporte terrestre ocupan el octavo lugar como causa de fallecimiento en adolescentes, mientras que, en jóvenes de entre 18 y 29 años, las lesiones y causas externas representan la principal causa de muerte^{10,11}.

Según el INEI, en 2022 se registraron 116,659 accidentes de tránsito en Perú, de los cuales 4,094 ocurrieron en Lambayeque. A nivel nacional, 42,915 vehículos menores estuvieron involucrados en estos accidentes¹².

A continuación, se describieron los resultados más destacados de investigaciones, las mismas que han sido tomadas de revistas científicas.

En 2024, Rivera Hernández llevó a cabo un estudio en México sobre la aplicación del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy en un individuo con respuesta conductual al traumatismo craneoencefálico (TCE), utilizando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta de intervención¹². El estudio, de diseño observacional, descriptivo y transversal, permitió identificar cuatro diagnósticos de enfermería basados en la Taxonomía NANDA: deterioro del intercambio de gases, deterioro de la movilidad física, riesgo de lesión por presión y riesgo de infección, siendo el primero de ellos el más prioritario. Al inicio, el paciente presentó un nivel de adaptación comprometido, pero después de implementar las intervenciones de enfermería, logró alcanzar un nivel de adaptación compensatorio,

cumpliendo así con los objetivos establecidos en el Modelo de Adaptación de Roy (MAR).¹³.

González Mojica e Hinestroza A., en 2024 en Madrid, realizaron un estudio observacional, descriptivo y prospectivo sobre las particularidades sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de individuos con TCE. Los resultados mostraron un predominio masculino (78%) frente al femenino (22%). Las principales causas de lesión fueron caídas al mismo nivel (27%), caídas de altura (25%) y colisiones de moto/automóvil (20%). Las manifestaciones clínicas más habituales incluyeron pérdida de consciencia (49%), amnesia/desorientación (19%) y cefalea (10%)¹⁴.

Guillén D. et al., en 2019 en Lima-Perú, realizaron una revisión sobre TCE en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre 2018 y 2021. El estudio incluyó 316 niños menores de 14 años, siendo el 63.9% varones. Los resultados fueron las caídas (80.1%) e incidentes de tránsito (10.4%), ocurriendo el 42.4% por la tarde y el 59.2% en el hogar. El daño cerebral más frecuente fue el hematoma epidural (26.9%), con manejo en UCI en el 15.8% y cirugías en el 14.2% de los casos. Conclusión: La principal causa de TCE fueron caídas en el hogar, afectando sobre todo a menores de 5 años, siendo el hematoma epidural la lesión intracraneal más frecuente¹⁵.

Guevara Guamuro y Zaldívar Ríos, en 2019 en Lambayeque, evaluaron la calidad de vida de individuos con TCE atendidos en el Hospital Regional Lambayeque. El estudio, cuantitativo, observacional, prospectivo y transversal, encontró que los más afectados fueron varones de 21-60 años. Las colisiones viales fue la causa primordial (43.4%). Los hallazgos tomográficos más comunes fueron contusión hemorrágica (24.2%) y fractura de cráneo (23.2%). La mayoría de los casos (72.7%) correspondió a TCE leve según la escala de Glasgow (ECG)¹⁶.

1.2 Formulación del problema

¿Qué planes de cuidado de enfermería se deben establecer para brindar una atención integral y de calidad a un individuo con TCE?

1.3. Objetivos

Objetivo general

- Diseñar un plan de cuidado integral de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de la atención en los individuos hospitalizados con TCE moderado.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades físicas, emocionales y sociales alteradas del individuo con TCE moderado.

- Crear un plan de cuidado enfermero para responder a las necesidades alteradas de un individuo con TCE moderado.

- Evaluar las intervenciones aplicadas en el proceso de atención enfermero de un individuo con TCE moderado.

1.4. Teorías relacionadas al Tema

El proceso enfermero (PE), basado en la investigación científica, proporciona herramientas para abordar las necesidades específicas de un individuo con TCE moderado. A través de la valoración y el juicio clínico, permite al profesional de enfermería ofrecer un cuidado humanizado, eficiente y centrado en la obtención de resultados positivos

El proceso enfermero (PE) facilita la prestación de cuidados competentes y holísticos a personas con TCE moderado, realizando una valoración integral basada en la teoría de Virginia Henderson. Esto permite un diagnóstico preciso, planificación de cuidados

individualizados, ejecución eficaz y evaluación continua de resultados. Se sustenta en las taxonomías de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), resultados de enfermería (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC)^{17,18,19}.

La teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson permite realizar una valoración integral del individuo con TCE moderado, aplicando el primer nivel de sustitución, donde la enfermera asume un papel activo al sustituir completamente al individuo debido a su estado crítico. Esta teoría es clave porque cubre las necesidades alteradas del individuo con TCE moderado, asegurando un enfoque integral en el cuidado²⁰.

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es el daño que afecta el cráneo y sus estructuras internas cuando el tejido nervioso no resiste las fuerzas deformantes generadas por cargas de variadas magnitudes y velocidades. Estas fuerzas, que incluyen arrastre, tensión y compresión, impactan el cráneo, la duramadre y el cerebro, ocasionando diversas lesiones^{2,3}.

El TCE puede originarse por varios factores, siendo los sucesos de tránsito el origen más frecuente. La naturaleza y gravedad de las lesiones varían ampliamente, y la Escala de Coma de Glasgow es un importante instrumento disponible para catalogar el TCE según su severidad: TCE leve (14-15 pts.), TCE moderado (09-13 pts.) y TCE severo (03-08 pts.)¹⁶.

La mayor cantidad de las lesiones por traumatismo craneoencefálico (TCE) son de carácter leve, permitiendo que las personas retomen actividades habituales en pocos días^{15,16}. No obstante, en ciertos casos, las sintomatologías somáticas, cognitivos y emocionales pueden persistir durante semanas, meses o incluso prolongarse más allá. En los individuos que sobreviven a un TCE moderado o severo, son frecuentes los déficits cognitivos que comprometen la atención, memoria y las funciones ejecutivas, acompañados

de fatiga. Aunque los sobrevivientes de un TCE severo que emergen del coma suelen mostrar una recuperación significativa en sus capacidades funcionales previas, la mayoría permanece con una mezcla de discapacidades físicas y alteraciones neuro-conductuales, lo que limita sus actividades y reduce su integración social²².

II. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó una metodología cualitativa básica de diseño descriptivo-observacional, basada en un estudio de caso clínico, que se centró en un paciente adulto de 43 años, diagnosticado con Traumatismo Craneoencefálico Moderado, quien estaba ingresado en el servicio de Emergencias. Se llevaron a cabo las fases del Proceso Enfermero (PE). La valoración se realizó mediante una entrevista estructurada, fundamentada en los once patrones funcionales propuestos por Marjory Gordon, los cuales abarcan distintos niveles de la función corporal interrelacionados, permitiendo así una evaluación integral del paciente. Adicionalmente, se realizó una observación física y se revisó la historia clínica electrónica.¹⁶.

En la segunda etapa, se realizaron los diagnósticos de enfermería al identificar un patrón alterado, utilizando la taxonomía NANDA. Durante la fase de planificación, se desarrollaron estrategias para optimizar las respuestas del paciente, priorizando los diagnósticos mediante el modelo de razonamiento clínico del análisis de resultados esperados (AREA) de Pesut y Herman. Además, se definieron los resultados y las intervenciones de enfermería basándose en las taxonomías NOC y NIC. En la fase de ejecución, correspondiente a la cuarta etapa del PAE, se implementaron los cuidados de enfermería, y, finalmente, en la fase de evaluación, se evaluaron los niveles de logro alcanzados, comparando la puntuación inicial con la obtenida a través de los indicadores NOC.^{17,18,19}.

III. RESULTADOS

Caso Clínico:

Valoración

Paciente adulto maduro de iniciales E.M.T.D de 43 años, sexo masculino, procedente del distrito de Oytun, en su segundo día de hospitalización en la cama N°5, observación varones del servicio de emergencia, en compañía de su esposa y con diagnóstico médico: Traumatismo craneo encefálico moderado.

Se le encuentra en posición semifowler, soporoso, despierta al llamado, al interrogatorio se le escucha disartria, se le observa desorientado, intranquilo. Al examen físico se observa un hematoma en región parieto occipital izquierdo, anisocoria a predominio derecho, herida de 2 cm en la parte lateral de hemicara izquierda, escala Glasgow 9/15 puntos, ventilando con apoyo oxigenatorio de mascara Venturi al 35%, sonda orogástrica a drenaje eliminando restos alimenticios, con monitorización cardiaca y pulsioxímetro permanente, endovenoso periférico en miembro superior derecho perfundiendo CINA 0.9% 1000cc con Kalium a 45 gotas por minuto, presencia de sonda foley permanente conectada a bolsa colectora con 1050 cc de orina de color amarillo claro, hemiparesia izquierda y con pañal

Al control de funciones vitales: P/A: 70/60 mmHg. PAM: 66.6mmHg FC: 110 lat./min. FR:24 resp./min. T°: 37 °C SAT: 91%

Medidas antropométricas: Peso: 70 kg Talla: 1.69 cm IMC: 24.5 kg/m²

A la entrevista, esposa manifiesta: “mi esposo se ha accidentado en su moto lineal” “me dicen que lo han traído despierto conversando, pero conmigo no habla nada por más que le hablo” “por momentos intenta despertar, pero no se le entiende lo que habla” y “se queja mucho cogiéndose su cabeza”

Tratamiento Médico: Nada por vía oral, sonda orogástrica a gravedad, posición de la cabecera en ángulo de 40°, balance hidroelectrolítico cada 6 horas, ClNa 9% 1000cc + Kalium 10cc pasar a 45 gts x min, Omeprazol 40mg c/24hrs EV, Fenitoína 100mg/ 8hrs EV, Dexametasona 4mg c/6hrs EV, Ceftriaxona 1g c/24 hrs, Manitol al 20% 150cc c/4hrs y ClNa de 100cc + Tramadol + Metamizol + Dimenhidrinato pasar a 4cc/h.

Los resultados de laboratorio AGA: PH: 7.48, PaCO₂: 30mmHg, PaO₂: 82mmHg, HCO₃: 24 mEq/L y hemoglobina: 9 mg/dl.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON

En cuanto a la valoración de enfermería, que se encuentra basada en los once patrones de Marjory Gordon se logró identificar cuatro patrones alterados:

Patrón I: Percepción-Manejo de la Salud: Paciente adulto maduro de 43 años de edad, se le observa buen estado de higiene, herida de 2 cm en la parte lateral de hemicara izquierda, se le observa endovenoso periférico en miembro superior derecho para hidratación.

Patrón II: Nutricional-Metabólico: Peso: 70 kg, Talla: 1.9, IMC: 24.5 kg/m², T°: 37 °C, sonda orogástrica a drenaje eliminando restos alimenticios y hemoglobina: 9 mg/dl.

Patrón III: Eliminación: Presencia de sonda foley permanente conectada a bolsa colectora con 1050 cc de orina de color amarillo claro de 12 horas, uso del pañal.

Patrón IV: Actividad-Ejercicio: FC: 110 lat./min., FR:24 resp./min., P/A: 70/60 mmHg, PAM: 66.6mmHg, SAT: 91% ventilando con apoyo oxigenatorio de mascara Venturi al 35%, hemiparesia izquierda.

Patrón V: Sueño-Descanso: No se evidencia ninguna alteración.

Patrón VI: Cognitivo-Perceptivo: Paciente se sexo masculino despierto al llamado, soporoso, al interrogatorio se le escucha disartria, se le observa desorientado, intranquilo, escala Glasgow 9/15 puntos, Hematoma en región parieto occipital izquierdo, anisocoria a predominio derecho, al interrogatorio esposa refiere: "me dicen que lo han traído despierto

conversando, pero conmigo no habla nada por más que le hablo” “por momentos intenta despertar, pero no se le entiende lo que habla” y “se queja mucho cogiéndose su cabeza”

Patrón VII: Autopercepción-Autoconcepto: No se evidencia ninguna alteración.

Patrón VIII: Rol-Relaciones: Ocupación: Jubilado, Estado civil: Casado, tiene el apoyo de su esposa y familia.

Patrón IX: Sexualidad-Reproducción: No se evidencia ninguna alteración.

Patrón X: Adaptación y Tolerancia al Estrés: No se evidencia ninguna alteración.

Patrón XI: Valores-Creencias: católico

Fase Diagnostica:

Se logró identificar dieciséis diagnósticos de enfermería. Seguidamente se hizo la priorización de estos diagnósticos mediante el uso de la red de razonamiento del modelo AREA, la cual nos permite evidenciar el principal problema al analizar las relaciones entre los diferentes diagnósticos.

Priorización de diagnósticos:

(00031) Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico E/P apoyo oxigenatorio de mascara venturi al 35%, FC: 110x min FR:24 x min y SatO2: 91%.

(00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral R/C lesión cerebral.

(00030) Deterioro de intercambio de gases R/C patrón respiratorio ineficaz E/P SatO2: 91%, PH: 7.48, PaCO2: 30mmHg.

(00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C aporte nutricional inadecuado E/P sonda orogástrica y hemoglobina: 9 mg/dl.

(00085) Deterioro de la movilidad física R/C pérdida de la condición física E/P hemiparesia izquierda y escala Glasgow 9/15 puntos.

(00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C régimen terapéutico.

(00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C régimen terapéutico.

(00044) Deterioro de la integridad tisular R/C traumatismo E/P herida de 2 cm en la parte lateral de hemicara izquierda y hematoma en región parieto occipital izquierdo.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C trastorno neurocognitivo E/P disartria y esposa refiere: “me dicen que lo han traído despierto conversando, pero conmigo no habla nada por más que le hablo” “por momentos intenta despertar, pero no se le entiende lo que habla”.

(00039) Riesgo de aspiración R/C disminución del nivel de conciencia.

(00303) Riesgo de caídas en adultos R/C disfunción cognitiva.

(00004) Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo.

(00015) Riesgo de estreñimiento R/C deterioro de la movilidad física.

(00108) Déficit del autocuidado: baño R/C manifestaciones neuroconductuales E/P uso del pañal.

(00304) Riesgo de lesión por presión en adultos R/C disminución de la actividad física.

(00128) Confusión aguda R/C Disminución del nivel de conciencia E/P escala Glasgow 9/15 puntos.

Fase de planificación:

En esta fase se realizó los planes de cuidado para cada diagnóstico priorizado, basado en la taxonomía NOC para lograr los objetivos planteados.

Se elaboró un plan de cuidados el cual fue personalizado para cada uno de los diagnósticos priorizados, precisar los objetivos deseados y la Taxonomía NIC para poder proyectar las intervenciones de enfermería (Tabla 1), (Tabla 2), (Tabla 3) (Tabla 4).

Tabla 1. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00031) Patrón respiratorio ineficaz.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones NIC	Evaluación del Logro NOC
(00031) Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neurológico E/P apoyo oxigenatorio de mascara Venturi al 35%, FC: 110x min FR:24 x min y SatO2: 91%.	(0415) Estado Respiratorio Indicadores 041501 Frecuencia respiratoria Puntuación inicial 2 (S). Puntuación Diana aumentar a 3. 041508 saturación de oxígeno Puntuación inicial 2 (S). Puntuación Diana aumentar a 4	(3350) Monitorización respiratoria Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración c/8hrs. - Observar el movimiento torácico, el uso de músculos accesorios y las retracciones en los músculos intercostales. - Vigilar los niveles de saturación de oxígeno y observar cambios. - Observar si se intensifican la inquietud, ansiedad o dificultad para respirar. (3320) Oxigenoterapia Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la permeabilidad de las vías aéreas. - Evidenciar el flujo de litros de oxígeno. - Constatar el dispositivo de suministro de oxígeno y garantizar la administración de la concentración indicada: mascara Venturi al 35%. - Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia. 	041501 frecuencia respiratoria Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +1 041508 saturación de oxígeno Puntuación final 4 (L) Puntuación de cambio: +2

Tabla 2. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones NIC	Evaluación del Logro NOC
(00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral R/C lesión cerebral.	<p>(0406) Perfusión tisular: cerebral Indicadores</p> <p>040617 Presión arterial media Puntuación inicial 1 (G). Puntuación Diana aumentar a 3.</p> <p>040618 deterioro cognitivo Puntuación inicial 1 (G). Puntuación Diana aumentar a 3.</p> <p>040619 nivel de conciencia disminuido Puntuación inicial 1 (G). Puntuación Diana aumentar a 3.</p>	<p>(6680) Monitorización de signos vitales Actividades - Controla y vigilar los signos vitales (T°, P/A, pulso y respiración c/8 hrs. - Monitorizar las variaciones de la P/A c/8 hrs. - Supervisar la P/A, pulso y respiración durante los momentos previos y posteriores a cada actividad.</p> <p>(2620) Monitorización neurológica Actividades. - Comprobar tamaño, forma, simetría y respuesta de las pupilas. - Vigilar el nivel de conciencia. - Observar cambios de la Escala de Coma de Glasgow. - Monitorizar el estado respiratorio - Elevar la cama a 40° - Evitar actividades que aumenten la PIC: maniobra de Valsalva - Evaluar la respuesta del manitol al 20% 150cc c/4hrs</p>	<p>040617 presión arterial media Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +2</p> <p>040618 deterioro cognitivo Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +2</p> <p>040619 nivel de conciencia disminuido Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +2</p>

Tabla 3. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00030) Deterioro de intercambio de gases.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones NIC	Evaluación del Logro NOC
<p>(00030) Deterioro de intercambio de gases R/C patrón respiratorio ineficaz E/P SatO2: 91%, PH: 7.48, PaCO2: 30mmHg.</p>	<p>(0402) Estado Respiratorio: intercambio de gaseoso. Indicadores 040211 Saturación de O2 Puntuación inicial 1 (G). Puntuación Diana aumentar a 3. 040210 pH arterial Puntuación inicial 1 (G). Puntuación Diana aumentar a 3. 040209 presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) Puntuación inicial 1 (G). Puntuación Diana aumentar a 3.</p>	<p>(1914) Manejo del equilibrio acido básico: alcalosis respiratoria Actividades - Garantizar la permeabilidad de la vía aérea. - Vigilar el patrón respiratorio. - Administrar oxigenoterapia. - Observar el pH y PaCO2 para decidir la eficacia de las intervenciones. - Dar seguimiento a síntomas de empeoramiento de la alcalosis respiratoria. - Ayudar al paciente facilitando una ventilación adecuada. - Supervisar la gasometría arterial y los niveles de electrólitos en suero y orina.</p>	<p>040211 saturación de O2 Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +2</p> <p>040210 pH arterial Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +2</p> <p>040209 presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) Puntuación final 3 (M) Puntuación de cambio: +2</p>

Tabla 4. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades.

Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones NIC	Evaluación del Logro NOC
(00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C aporte nutricional inadecuado E/P sonda orogástrica y hemoglobina: 9 mg/dl.	<p>(1008) estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos Indicadores 100805 administración de líquidos con nutrición parenteral total Puntuación inicial 2 (S). Puntuación Diana aumentar a 4.</p>	<p>(1200) Administración de nutrición parenteral total (NPT) Actividades - Garantizar una buena colocación de la línea intravenosa adecuada. - Verificar que las soluciones de NPT se limiten a una osmolaridad menor de 900 mOsm/l - verificación constante de los niveles de electrolitos - Guiar al paciente y a la familia sobre los cuidados y las indicaciones de la NPT.</p> <p>(1080) Sondaje gastrointestinal Actividades - Distinguir el tipo y tamaño de la sonda orogástrica se inserta, teniendo en cuenta el uso y motivos de la inserción. - Verificar una correcta colocación de la sonda. - Educar a la esposa por qué la utilización de la sonda gastrointestinal.</p>	<p>100805 administración de líquidos con nutrición parenteral total Puntuación final 4 (L) Puntuación de cambio: +2</p>

Fase de Ejecución:

En esta fase se elaboró las intervenciones durante los días de su estancia hospitalaria. En el proceso a pesar de las distintas dificultades que presento el paciente, con los esfuerzos dados por todo el personal de salud se logró la mejoría del paciente.

Fase de evaluación

En esta última fase se evidencio los resultados alcanzados en el paciente con Traumatismo craneo encefálico moderado. Los resultados fueron beneficiosos, consiguiendo el alta luego de 30 días de hospitalización. La distinción entre la puntuación inicial y luego de las intervenciones sirvió para poder determinar la puntuación de cambio, que plasma los resultados logrados después de emplear las intervenciones.

Para el diagnóstico priorizado Patrón respiratorio ineficaz se logró resultado de cambio +1 en el indicador Frecuencia respiratoria, para el indicador Saturación de oxígeno la puntuación fue de +2 (Tabla 1).

En la consideración de indicador presión arterial media en cuanto al diagnóstico Riesgo de perfusión tisular la puntuación de cambio fue de +2, en el indicador deterioro cognitivo la puntuación fue +2 y en el indicador nivel de conciencia disminuido la puntuación de cambio fue de +2 (Tabla 2).

Con relación al diagnóstico deterioro de intercambio de gases en el primer indicador Saturación de O₂ se alcanzó una puntuación de cambio de +2, en el segundo indicador PH arterial una puntuación de cambio +2 y en su último indicador Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂) se obtuvo una puntuación de cambio +2 (Tabla 3).

Para el último diagnostico desequilibrio Nutricional, la puntuación de cambio en el indicador fue de +2 (Tabla 4).

IV. DISCUSIÓN

Este plan presentado en un adulto mayor varón diagnosticado con Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado. Este plan fue elaborado tomando siguiendo la metodología del PE, y a su vez respaldado en el NANDA, NOC Y NIC, estas herramientas utilizadas por los enfermeros para brindar cuidados holísticos, personalizados y de calidad^{17,18,19}.

En el primer diagnóstico, Gómez destaca que la corteza motora y el tronco encefálico son responsables del control de los movimientos voluntarios, incluida la respiración. Si una lesión interrumpe esta red, pueden producirse alteraciones respiratorias graves. Según Caetano (2021), cualquier daño en la zona de la cabeza, que incluya el cuero cabelludo, cráneo, cerebro y vasos sanguíneos, puede alterar el funcionamiento del organismo²⁰. Estas alteraciones son consecuencia de una contusión cerebral que afecta las áreas encargadas de regular la ventilación involuntaria, lo que a su vez modifica los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre. López González (2022) explica que la disminución del estímulo respiratorio afecta la respuesta normal de los quimiorreceptores en el cerebro, lo que puede ocasionar fallos ventilatorios y circulatorios o incluso la compresión de estructuras. Esta condición puede ser fatal en cuestión de minutos si se llega a la anoxia. En el caso tratado, se consiguió reducir la frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto a 90, y aumentar la saturación de oxígeno en sangre de 91% a 94%²¹.

En cuanto al segundo diagnóstico, se logró controlar la presión arterial, alcanzando 80/60 mmHg y una presión arterial media (PAM) de 73.3, lo que resultó en una mejora del nivel de conciencia según la escala de Glasgow, pasando de un estado moderado a uno leve. Según Herdman (2021), su estudio indica que el flujo sanguíneo cerebral está estrechamente relacionado con la presión de perfusión cerebral, que se calcula como la diferencia entre la presión arterial media y la presión intracraneal. Si la presión intracraneal aumenta o la PAM disminuye, la presión de perfusión cerebral también se reduce, lo que, si cae por debajo de los 50 mmHg, puede provocar isquemia cerebral y afectar las funciones motoras, verbales y cognitivas.^{21,22}.

En relación con el tercer diagnóstico, la respiración depende de una comunicación eficiente entre las células nerviosas del tronco encefálico y el resto del cuerpo. Por lo tanto, cualquier lesión que afecte esta red puede causar graves problemas respiratorios. Si se detecta una alteración en la respiración, podría comprometer el intercambio de gases, afectando no solo la oxigenación, sino también la eliminación de dióxido de carbono (CO₂)²². El objetivo principal fue monitorear al paciente para asegurar una adecuada oxigenación y ventilación, con el fin de mejorar este diagnóstico. Como resultado, se logró reducir el pH a 7.45 y aumentar la PaCO₂ a 35 mmHg, mejorando así la alcalosis respiratoria.

En el último diagnóstico relacionado con el deterioro cognitivo, se observó un deterioro en la deglución, ya que los nervios centrales transmiten estímulos tanto periféricos como centrales. Primero se produce la integración de estos estímulos, lo que genera una respuesta motora que es transmitida por las motoneuronas de varios pares craneales hacia la musculatura del tracto digestivo^{22,23}. Al inicio, el paciente se encontraba bajo hidratación y reposición de electrolitos. Posteriormente, comenzó a tolerar una dieta blanda, lo que resultó en un nivel de hemoglobina de 12.6 mg/dL.

Las intervenciones de enfermería priorizadas en este plan de cuidados, lo primordial es vigilar la continuidad de la SatO₂ y vigilar el PAM, recibiendo como tratamiento el Manitol al 20% para disminuir la inflamación del cerebro y mejorar la perfusión cerebral, la evaluación del estado respiratorio, la administración de oxígeno suplementario (Mascara Venturi), elevar la cabecera en un ángulo de 40° con el propósito de disminuir la presión intracraneal, monitoreo cardíaco y neurológico continuo, la administración de nutrición parenteral total, colocación, mantenimiento y retiro de la sonda orogástrica y vesical y cumplir con el tratamiento médico prescrito¹⁸.

Una dificultad encontrada fue la escasez de investigaciones específicas sobre TCE moderado en planes de cuidado de enfermería, destacando la necesidad de estudios epidemiológicos adicionales.

V. CONCLUSIONES

En conclusión, el uso modelo AREA nos permitió facilitar la identificación de la priorización de los diagnósticos enfermeros en cuanto al manejo de TCE moderado, por medio de la red de razonamiento clínico, la cual nos permitió analizar y relacionar los diversos problemas que presentaba el paciente y así poder encontrar el diagnóstico central para la mejora de toma de decisiones en el personal de enfermería²³.

Por otro lado, las taxonomías NANDA, NOC Y NIC y la teoría de Marjory Gordon hicieron posible la elaboración de un plan de cuidado personalizado en el PE, mediante el planteamiento de diagnósticos y el establecimiento de resultados e intervenciones basadas en evidencia científica, con el fin de promover los cuidados de enfermería de una manera racional, lógica y sistemática, humanizada y de calidad en cuanto a los pacientes con TCE moderado^{17,18,19}.

REFERENCIAS

1. Ferreira Adriana, Iramain Ricardo, Bogado Norma, Jara Alfredo, Cardozo Laura, Ortiz Jorge et al. Traumatismo craneoencefálico leve en el departamento de urgencias de pediatría del Hospital de Clínicas de San Lorenzo: características clínico epidemiológicas y frecuencia. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2021 Apr [citado el 11 de diciembre de 2024] ; 48(1): 59-64. Disponible en: <https://doi.org/10.31698/ped.48012021010>.
2. Evelyn Castillo, María Cruzate, Ana Mendoza y Gladys Cepeda. Manejo del paciente neurológico en estado crítico por traumatismo craneoencefálico [Internet]. 2022. [citado el 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8410254>
3. Juan Sebastián Theran, Laura Jaimes, Carlos Ramírez et al. Revisión del manejo del trauma craneoencefálico en urgencias. [Internet]. 2021. [citado el 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/2251-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8899-1-10-20220529.pdf>
4. Caetano da Silva Maria Isabel, Gomes da Silva Raul Roriston, Santos Nogueira Sandy Hellen, Lopes Simone Marcelino, Moreira de Alencar Rayane, Rodrigues Pinheiro Woneska. Diagnósticos de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico: revisión integradora. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [citado el 11 de diciembre de 2024] ; 20(64): 584-628. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.435321>.
5. Garcés-Ginarte Mario Javier, Pérez-Ortiz Letier, Vitón-Castillo Adrián Alejandro. Scientific production on crania-encephalic trauma in Cuban student journals. January 2015-June 2021. *Rev.Med.Electrón.* [Internet]. 2023 Feb [citado el 12 de diciembre de 2024] ; 45(1): 112-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684

6. Ferreira Adriana, Iramain Ricardo, Bogado Norma, Jara Alfredo, Cardozo Laura, Ortiz Jorge et al . Traumatismo craneoencefálico leve en el departamento de urgencias de pediatría del Hospital de Clínicas de San Lorenzo: características clínico epidemiológicas y frecuencia. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2021 Apr [cited 2024 Dec 13] ; 48(1): 59-64. Disponible en: <https://doi.org/10.31698/ped.48012021010>.
7. Madrigal Ramírez Edgar, Hernández Calderón Catalina. Generalidades de Trauma Cráneo Encefálico en Medicina Legal. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2017 Mar [citado el 11 de diciembre de 2024] ; 34(1): 147-156. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100147&lng=en.
8. Vieira R de CA, Hora EC, de Oliveira DV, de Oliveira Ribeiro M do C, de Sousa RMC. Qualidade de vida das vítimas de trauma craneoencefálico seis meses após o trauma. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado el 11 de diciembre de 2024];21(4):868–875. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75997>
9. Guzmán F, Moreno MC, Montoya A. Evolución de los pacientes con trauma craneoencefálico en el Hospital Universitario del Valle: Seguimiento a 12 meses. *Colomb Médica* [Internet]. 2018 [citado el 11 de diciembre de 2024];39:25–28. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000700004
10. Petgrave-Pérez A, Padilla JI, Díaz J, Chacón R, Chaves C, Torres H, et al. Perfil epidemiológico del traumatismo craneoencefálico en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia durante el período 2007 a 2012. *Neurocirugía* [Internet]. 2016 [citado el 11 de diciembre de 2024];27(3):112–120. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130147315001098>
11. Mónica González y Edison Peralta. Características clínico epidemiológicas de los pacientes con traumatismos craneoencefálico por accidentes de tránsito atendidos

por emergencia del hospital regional Lambayeque en el año 2018- 2020 [Internet]. 2016 [citado el 11 de diciembre de 2024];27(3):112–120. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5978/peralta_pes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Análisis de los accidentes de tránsito ocurridos en el 2019. Vol. III. Lima; 2021. [Internet] [citado el 11 de diciembre de 2024] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1528/cap03.pdf
13. Luis Hanco. Factores asociados a mortalidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave en el hospital antonio lorena, cusco 2018-2020. 2021. [Internet] [citado el 11 de diciembre de 2024] Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4018/253T20190205_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Vieira R de CA, Hora EC, de Oliveira DV, de Oliveira Ribeiro M do C, de Sousa RMC. Qualidade de vida das vítimas de trauma craneoencefálico seis meses após o trauma. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 [citado el 11 de diciembre de 2024];21(4):868–875. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75997>
15. Jackeline Guevara y John Zaldívar Nivel de calidad de vida en pacientes con traumatismo craneoencefálico atendidos en el periodo julio-diciembre 2017 en un hospital de chiclayo, Perú. [Internet]. 2019 [citado el 12 de diciembre de 2024];21(4):868–875. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3873>
16. Rodríguez Alexander, Cervera Eliana, Tiesca Rafael, Flórez Karen, Romero Ricardo, Villalba Pedro J.. La detección tardía del deterioro neurológico agudo incrementa la letalidad por trauma craneoencefálico. Biomédica [Internet]. 2020 Mar [citado el 12 de diciembre de 2024] ; 40(1): 89-101. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572020000100089&lng=en. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4786>.

17. NANDA, International, H& K. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. 2021-2023. 2021;1-5. Available from: <https://tienda.elsevierhealth.com/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821221.html>
18. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier España, SL. 2014;1-22. Disponible en: https://www.educsa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
19. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier. 2019;113-4. Disponible en: [https://www.berri.es/pdf/CLASIFICACION%20DE%20INTERVENCIONES%20DE%20ENFERMERIA%20\(NIC\)/9788413826936](https://www.berri.es/pdf/CLASIFICACION%20DE%20INTERVENCIONES%20DE%20ENFERMERIA%20(NIC)/9788413826936)
20. Narváez-Eraso Carmen Ofelia, Moreno-Montenegro Norma Viviana. Estado actual y tendencias en el proceso de formación de enfermeras(os) de cuidados críticos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2024 [citado el 12 de diciembre de 2024] ; 23(73): 593-626. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412024000100020&lng=es. Epub 23-Feb-2024. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.574951>.
21. Caicedo-Lucas Luisa Indelira, Mendoza-Macías César Edmundo, Moreira-Pilligua Jenny Isabel, Ramos-Arce Gladys Catalina. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida* [Internet]. 2023 Dic [citado 2024 Dic 13] ; 7(14): 17-29. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200017&lng=es. Epub 30-Ago-2023. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>.

22. Alyssa Geslenny Bravo Neira a ; Sandra Paola Herrera Macera b ; Wendy Judith Álvarez Ordoñez c y Wladimir Alberto Delgado. Traumatismo Craneoencefálico: Importancia de su Prevención y Tratamiento Cranioencephalic Traumatism: Importance of its Prevention and Treatment Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. [Internet]. 2020 Mar [citado el 12 de diciembre de 2024] ; 40(1): 89-101. Disponible en: : <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/457>
23. Ibáñez-Alfonso Luz Eugenia, Fajardo-Peña María Teresa, Cardozo-Ortiz Claudia Esperanza, Roa-Díaz Zayne Milena. Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2020 Mar [cited 2024 Dec 13] ; 52(1): 33-40. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000100033&lng=en. Epub Jan 01, 2020. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005>.

ANEXOS

Anexo 1: Plan de la Valoración

DATOS GENERALES					
Nombre del paciente: EMTD					
Fecha de nacimiento: 27/07/1981		Edad: 43		Sexo: Masculino	
Dirección: Distrito de Oyotún					
Servicio: Emergencia		Fecha de ingreso: 23/10/2024		Hora:	
Procedencia: Admisión () Emergencia (X) Otro hospital () Otro ()					
Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla (X) Otros ()					
Peso: 70kg	Estatura: 1.69cm	PA: 100/60mmHg	FC: 100x'	FR: 14 x'	T°: 37°C
Fuente de información: Paciente () Familiar (X) Otros ()					
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					
HTA () DBM () GASTRITIS () ÚLCERAS () ASMA () TBC ()					
Otros (especifique):					
CIRUGÍA: SI () NO ()		ESPECIFIQUE:		FECHA:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO (MOTIVO DE INGRESO): TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO MODERADO					

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES							
PATRON I: PERCEPCION DE LA SALUD				M	T	N	
Alergias y otras reacciones:							
Fármacos (X) especifique: _____							
Alimentos () especifique: _____							
Signos y síntomas: rash () rinitis () lagrimeo () urticaria () edema glotis ()							
Estilos de vida/hábitos:							
Uso de tabaco: si () no ()							
Cantidad /frecuencia: _____							
Uso de alcohol: si(X) no ()							
Cantidad /frecuencia: _____							
Realiza ejercicio: si () no ()							
Se auto medica: si () no ()							
Estado de higiene		BUENO	REGULAR	MALO			
Corporal				X			
Higiene oral				X			
Estilo de alimentación				X			
PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO				M	T	N	
PESO= 70kg		TALLA= 1.69cm		IMC= 24.5			
GLUCOSA=							
PESO: 70kg							
Delgadez (IMC <18.5) ()							
Normal (IMC >18.5<25)(X)							
Sobrepeso (IMC 25 < 30) ()							
Obesidad (IMC >30) ()							
Dentición completa: si () no ()							
NPO							
NPT () NE () N.MIXTA ()							
Tolerancia oral							
Dieta : D. Líquida amplia () D. Blanda severa ()							
D. Completa ()							
Apetito : Normal () Dificultad para deglutir ()							
Náuseas (X) Pirosis () Vómitos (X)							
Cantidad/Características _____							

SNG / SOG /SNY/Gastrostomía/Yeyunostomía				
Sonda a gravedad: si (x) no ()				
Características				
ABDOMEN	Blando / depresible			
	Globuloso			
	Distendido / timpánico			
	Doloroso			
	PIA			
	Drenes			
RHA	Presencia de herida operatoria			
	Aumentados			
RESIDUO GÁSTRICO	Disminuidos			
	SI (características)			
PIEL / MUCOSAS	NO			
	Húmedas			
	Secas			
	Palidez			
	Ictérica			
	Cianosis:			
INTEGRIDAD DE LA PIEL	Distal ()			
	Peribucal ()			
	General ()			
	Intacta			
INTEGRIDAD DE LA PIEL	Dispositivos invasivos: si (X) no ()			
	Ubicación: <u>MSD</u>			
	Ictericia			
	Sudoración			
Lesión por venopunción				

Equimosis			
Hematomas			
Flogosis			
Incisión Qx			
LPP: ESCALA DE NORTON ()			
Grado:			

	Localización:			
EDEMAS	SI/+ +++			
	NO			
	Donde:			
TERMOREGULACIÓN	Nomotermita			
	Hipotermita			
	Hipertermia			
PATRÓN III: ELIMINACIÓN		M	T	N
SISTEMA URINARIO	Espontánea			
	Sonda vesical (x)	X	X	X
	Anuria			
	Talla vesical			
	Oliguria			
	Poliuria	XX	X	X
SISTEMA GASTROINTESTINAL	Características			
	Deposición:			
	Estreñimiento ()			
	Formada ()			
	Blanda ()			
	Dura ()			
	Líquida ()			
Frecuencia: _____				
SISTEMA RESPIRATORIO	Melena			
ostomía			
	Patrón respiratorio			
SISTEMA RESPIRATORIO	Ruidos respiratorios:			
	Murmullo vesicular ()			
	Sibilantes ()			
	Estertores ()			
	Roncos ()			
	Tos efectiva:			
	si () no ()			
	Secreción Bronquial:			
	Cantidad: _____			
	Características: _____			
CUTÁNEA	Drenaje : si () no ()			
	tipo:.....			
	D° () I° ()			
CUTÁNEA	Diaforesis ()			
	Exudado ()			
	Trasudado ()			
PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO		M	T	N
ACTIVIDAD/ MOTORA	Sin déficit motor ()			
	Paresia:			
	MSD () MSI ()			
	MID() MII ()			
	Plejía:			
	MSD () MSI ()			
	MID() MII ()			
	Contracturas :			
	Si () No ()			
	Flacidez : Si () No ()			
ACTIVIDAD CARDIOVASC.	Fatiga : Si () No ()			
	Escala de Downton:			
	Puntaje: _____			
	Ritmo cardiaco :			
	RS () TS ()			
	BAV() CVP ()			
	Arritm. () _____			
	Marcapaso: si () no ()			
	Llenado capilar			
	Frialdad distal: SI () NO()			
Pulso radial: D () I ()				
Pulso poplíteo: D () I ()				
Pulso pedio: D () I ()				
Pulso femoral: D () I ()				
Normotensión				
Hipertensión				

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> 0 = AUSENCIA +1 = DISMINUCION NOTABLE +2 = DISMINUCION MODERADA +3 = DISMINUCION LEVE +4 = PULSACION NORMAL </div>	Hipotensión				
	Flujo urinario, aprox.(ml/kg/h)				
	Inotrópicos				
	Vasodilatadores				
	Diuréticos				
	ACTIVIDAD RESPIRATORIA	Respiración : Regular () Irregular () SO ₂ = <u>93%</u>			
		Disnea () Polipnea ()			
		Tos: SI () NO ()			
		Respiración : Espontánea SI () No ()			
		Oxígeno suplementario: SI () No ()			
Ventilación Mecánica: SI () No ()					
TET () TRQ ()					
GRADO DE DEPENDENCIA I () II () III () IV () V ()					
PATRÓN V: SUEÑO-DESCANSO		M	T	N	
SUEÑO/ DESCANSO	Horas de sueño				
	Problemas para dormir SI () NO ()				
	Toma algo para dormir SI () NO ()				
	Sueño Conservado				
	Insomnio				
	Inversión Día/Noche SI () NO ()				
	Sedoanalgesia: Escala de RASS ()				
PATRÓN VI: COGNITIVO PERCEPTIVO		M	T	N	
ESTADO DE CONCIENCIA	Orientado : T () E () P ()				
	Confuso / agitado				
	Obnubilado				
	Soporoso	X	X	X	
	Comatoso				
	Sedado (RASS)				
ESCALA DE GLASGOW	Respuesta ocular: 4 3 2 1	3	3	3	
	Respuesta Verbal: 4 3 2 1	3	3	3	
	Puntaje _____ Respuesta Motora: 6 5 4 3 2 1	3	3	3	
P U P I L A S	Isocóricas				
	Anisocóricas: D > I I > D	D>I	D>I	D>I	
	Discóricas				
	Midriáticas				
	Mióticas				
	RFM: si () no ()				
	Reflejo corneal				
	EVALUACIÓN CORNEAL	Edema periorbital			
Parpadeo (+) (-)					
Apertura ocular: Completa () Incompleta ()					
SIGNOS MENÍNGEOS	Ausentes				
	Rigidez de nuca				
	Babinski (+) (-)				
	Convulsión				
Lagunas mentales: Frecuentes () Espaciadas()					
Alteración en el proceso del pensamiento: SI () NO()					
Alteraciones sensoriales: Visuales () Olfatorias () Auditivas () Táctil () Cenestésicas () Gustativas() Otros:					

COMUNICACIÓN	Alteración del habla: SI () NO () Disartria () Afasia ()			
	Barreras : Nivel de conciencia () Edad () Barreras físicas () Diferencia Cultural () Barrera Psicológica () Medicamentos ()			
DOLOR	Agudo (X) Localización: _____			
	Crónico () Localización: _____			
	EVA: (8/10)			
PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO		M	T	N
Autoestima elevada ()				
Autoestima media ()				
Autoestima baja ()				
Escala de Rosenberg /Puntaje ()				
PATRÓN VIII: ROL/RELACIONES		M	T	N
Estado Civil: _____ Profesión: _____				
Con quién vive? Solo () Familia () Otros ()				
Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros()				
Cuidado personal y familiar Desinterés () Negligencia () Desconocimiento () Cansancio () Otros _____				
Conflictos familiares : SI () NO ()				
PATRÓN IX: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN		M	T	N
Estado civil: Casado (a) () Soltero (a) () Divorciado(a) () Viudo(a) ()				
PATRÓN X: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS		M	T	N
Cambio de vida familiar en los últimos años: SI () NO() Especifique motivo: _____				
Reacción frente a enfermedades y muerte: Preocupación () Ansiedad () Temor () Indiferencia () Desesperanza () Tristeza () Negación () Otros: _____				
PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS		M	T	N
Religión: Católico () Ateo () Otros () Especifique: _____				
Restricciones religiosas: SI () NO() Especifique: _____				
Solicita visita de su asesor espiritual: SI () NO()				

ANEXOS

MEDIR O GRADUAR EL EDEMA PERIFERICO

1+	FOVEA LIGERA, DESAPARECE RAPIDAMENTE,(2mm)
2+	FOVEA ALGO MAS PROFUNDA, DESAPARECE EN 10 a 15 seg, (4mm)
3+	FOVEA CLARAMENTE PROFUNDA, DURA MAS DE 1 min. (6mm)
4+	FOVEA MUY PROFUNDA, DURA 2 a 5 min. (8mm)

ESCALA DE NORTON

ESTAD O FISICO GENERAL	ESTAD O MENTAL	ACTI VIDAD	MOVILIDA D	INCONTI NENCIA	PUN TOS
BUENO	ALERT A	AMBUL ANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATI CO	DISMI N UIDA	CAMION ACON AYUDA	OCASIONA L	3
REGULAR	CONF USO	MUY LIMIT A DA	SENTADO	URINARI A O FECAL	2
MUY MALO	ESTU P OROS O COMA TOSO	INMO V IL	ENCAMA DO	URINARIA YFECAL	1

CLASIFICACION DEL RIESGO:
5 a 9 = RIESGO MUY ALTO
10 a 12 = RIESGO ALTO
13 a 14 = RIESGO MEDI
>14 = RIESGO MINIMO/ NO RIESGO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)

PARAMETRO	DESCRIPCION	VALOR
APERTU RA OCULAR	ESPONTANEA	4
	ORDEN VERBAL	3
	DOLOR	2
	NO RESPONDE	1
RESPUES TA VERBAL	ORIENTADO Y CONVERSANDO	5
	DESORIENTADO Y HABLANDO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
	NINGUNA RESPUESTA	1
RESPUES TA MOTORA	OBEDECE A ORDEN VERBAL	6
	LOCALIZA EL DOLOR	5
	RETIRADA Y FLEXIÓN	4
	FLEXIÓN ANORMAL	3
	EXTENSION	2
	NINGUNA RESPUESTA	1

TEC LEVE : 13 - 15
TEC MODERADO : 9 - 12
TEC GRAVE : 3 - 8

PULSOS PERIFERICOS:

0	AUSENCIA
+1	DISMINUCION NOTABLE
+2	DISMINUCION MODERADA
+3	DISMINUCION LEVE
+4	PULSACION NORMAL

GRADO DE DEPENDENCIA

DEPENDENCIA I O ASISTENCIA MINIMA	PUEDE VALERSE POR SI MISMA, DEAMBULA, ASISTENCIA DE ENFERMERIA ORIENTADA A LA EDUCACION EN SALUD, ESTABILIDAD EMOCIONAL.
DEPENDENCIA II O ASISTENCIA PARCIAL	PUEDE VALERSE POR SI MISMA, REQUIERE AYUDA PARCIAL, ENFERMEDAD CRONICA COMPENSADA. ALTERACION PARCIAL DE FUNCIONES VITALES, PRE Y POS OPERATORIO INMEDIATO EN CIRUGIA DE BAJA COMPLEJIDAD, MEDICACION ORAL Y/O ÑPARENTERAL CADA 6 hrs, USO DE EQUIPOS DE REHABILITACION Y CONFORT.
DEPENDENCIA III O ASISTENCIA INTERMEDIA	PRIORIDAD MEDIANA, NO PARTICIPA EN SU CUIDADO, CRONICO INESTABLE, REQUIERE DE VALORACION CONTINUA Y MONITOREO, ALTERACION SIGNIFICATIVA DE SIGNOS VITALES, MEDICACION PARENTERAL PERMANENTE.
DEPENDENCIA IV O ASISTENCIA INTENSIVA	CRITICAMENTE ENFERMO, INESTABLE CON COMPROMISO MULTIORGANICO SEVERO, RIESGO INMINENTE DE SU VIDA, INCONSCIENTE, CON SEDACION Y RELAJACION, TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIALIZADO, CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADOS, VALORACION, MONITOREO Y CUIDADO PERMANENTE.
DEPENDENCIA V O ASISTENCIA MUY ESPECIALIZADA	SOMETIDAS A TRANSPLANTE DE ORGANOS, CUIDADOS MUY ESPECIALIZADOS, UNIDADES ESPECIALES, EQUIPOS Y TRATAMIENTO SOFISTICADO.

ESCALA DE RASS

ESCALA DE RASS

-5	No despertable	No responde a voz ni estímulos físicos
-4	Sedación profunda	Se mueve o abre los ojos a estimulación física, no a la voz
-3	Sedación moderada	Movimientos de apertura ocular a la voz, no dirige mirada
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, mantiene contacto visual menos de 10 segundos
-1	Somnolencia	No completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 segundos
0	Despierto y tranquilo	
1	Inquieto	Ansioso, sin movimientos desordenados, agresivo ni violento
2	Agitado	Se mueve de forma desordenada, lucha con el respirador
3	Muy agitado	Agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
4	Combativo	Violento, representa un riesgo inmediato para el personal

ESCALA DE ROSENBERG

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecha de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona.				
A. MUY DE ACUERDO				
B. DE ACUERDO				
C. EN DESACUERDO				
D. MUY EN DESACUERDO				

Del ítem 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1
De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.
30 a 40 puntos: autoestima elevada, normal
26 a 29 puntos: autoestima media, mejorarla.
Menos de 25 puntos: autoestima baja, problemas significativos de autoestima

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (DOWTON)

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
Otros medicamentos	1	
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

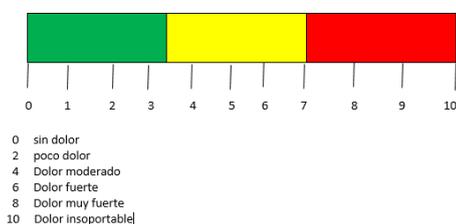
*Interpretación del puntaje: valor igual o mayor a 3: alto riesgo; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo.

La escala BPS contempla los siguientes ítems:

Tabla 1 Escala para la valoración del dolor Behavioral Pain Scale (BPS).

Expresión facial	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
Movimiento de miembros superiores	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
Adaptación a la ventilación mecánica	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4
Ausencia de dolor = 3 puntos.	
Máximo dolor = 12 puntos.	

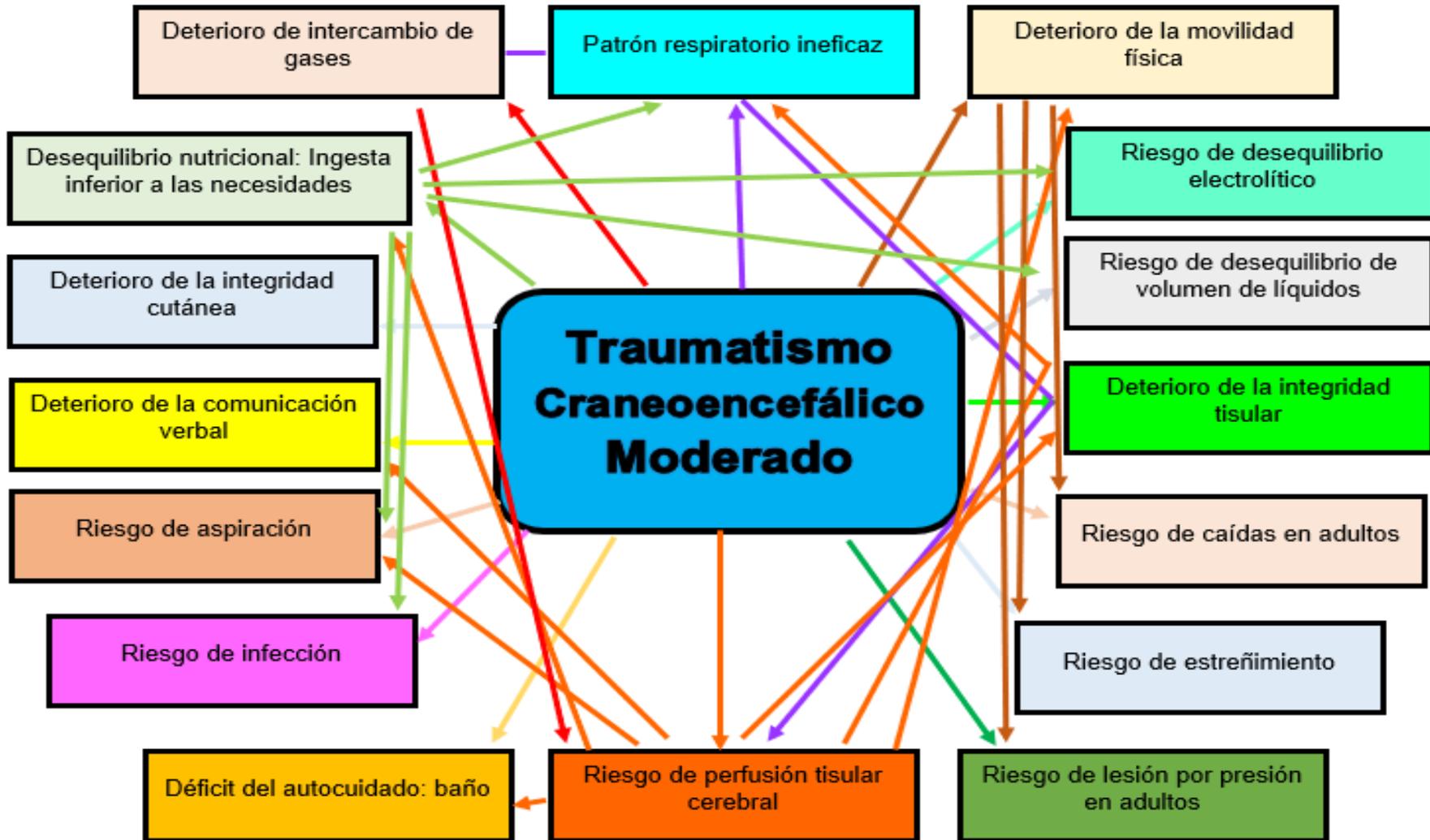
ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR (EVA)



Anexo 2: Red de razonamiento clínico



Red de razonamiento clínico con diagnósticos priorizados



Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo EMTD con DNI N° 43439882. Autorizo participar en la investigación realizada por los investigadores Montoya Guevara Sandra Fiorela y Paz Risco Clara. Asimismo, declaro que he sido informado de manera plena de la naturaleza y procedimiento a seguir, así como de las metas que se quieren alcanzar con esta investigación, por lo que, en pleno uso de mis facultades, doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma: EMTD

Fecha: 15/12/2024

Ciudad: Chiclayo