



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

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Cuidado de un paciente con traumatismo
Craneoencefálico en un hospital público de
Chiclayo- 2024**

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

AUTORA (O)

De la Cruz de la Cruz Edith Julissa

<https://orcid.org/0000-0001-7692-3010>

Huaman De la Cruz Jonny

<https://orcid.org/000-0002-8600-4293>

ASESORA

Mg. Mendoza Mundaca Laura Socorro

<https://orcid.org/0000-0001-5185-5859>

Línea de Investigación

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación

Acceso y cobertura de los sistemas de atención sanitaria

Pimentel — Perú

2024

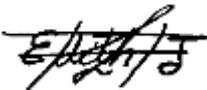
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la **DECLARACIÓN JURADA**, somos egresada (o) del Programa de Estudios de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

Cuidado de un paciente con traumatismo Craneoencefálico en un hospital público de Chiclayo – 2024.

El texto de nuestro 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, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firma:

De la Cruz De La Cruz Edith Julissa	DNI: 77013809	
Huaman De La Cruz Jonny	DNI: 44949141	

Pimentel, 15 de enero de 2025

Reporte de turnitin



13% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 10%  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

Agradezco en primer lugar a Dios, quien ha sido mi faro en esta travesía hacia el conocimiento. Su guía ha sido fundamental en cada paso que he dado. En segundo lugar, a mis padres, quienes son las bases de mi vida, su firmeza y amor me ha permitido alcanzar mis metas. Finalmente, agradecer a mi asesora Mendoza Mundaca Laura socorro, por su infinita paciencia y cariño otorgado.

AGRADECIMIENTO

Este proceso de enfermería es el fruto del arduo trabajo acumulado a lo largo de mis años de formación en enfermería. Cada año ha sido un desafío que ha puesto a prueba mis habilidades, permitiéndome desarrollar este trabajo académico. Además, agradecer a esta Universidad, que abre sus puertas a estudiantes como yo, brindándonos la oportunidad de prepararnos para el futuro laboral.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática.....	10
1.1. Formulación de Problema.....	13
1.2. Objetivos.....	13
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	13
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
III. RESULTADOS	15
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	23
V. REFERENCIAS	26
ANEXOS	29

INDICE DE TABLA

TABLA 1: PLAN DE CUIDADO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: (00033) DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA.....	18
TABLA 2: PLAN DE CUIDADO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: (00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN	19
TABLA 3: PLAN DE CUIDADO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: (00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	20
TABLA 4: PLAN DE CUIDADO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: (00266) RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	21

RESUMEN

El traumatismo craneoencefálico se define como la lesión física que afecta al tejido cerebral, provocando diversas alteraciones en la función del cerebro, de manera temporal o permanente. Los profesionales de salud deben realizar exámenes neurológicos y estudios clínicos radiológicos, ya sea tomografías computarizadas para confirmar el diagnóstico y la severidad de la gravedad. Para la elaboración del plan de cuidados se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con la ayuda de las taxonomías del NANDA para la elaboración de los diagnósticos enfermero, el NOC para la elaboración de los objetivos y el NIC para la selección de las intervenciones a ejecutar. El presente PAE se realizó en un hospital público de Chiclayo a un preescolar de iniciales C.J.T de 5 años de edad, con diagnóstico médico: Traumatismo Craneoencefálico. El objetivo principal fue desarrollar un plan de cuidados de enfermería integral para pacientes con traumatismo craneoencefálico. En la fase de valoración del PAE se logró identificar 2 problemas reales y 4 de riesgo lo que permitió la elaboración 6 diagnósticos de enfermería priorizándose solamente 4. Luego, en la fase de planificación, se seleccionaron los objetivos e intervenciones a ejecutar en beneficio de la paciente. Posterior a la fase de ejecución, en la fase de evaluación se evidenció que los cuidados e intervenciones de enfermería contribuyeron notablemente en el control y manejo de los problemas reales del paciente, así como, a los riesgos a las que estaba expuesta.

Palabra clave: Traumatismo craneoencefálico, cuidado de enfermería, Preescolar.

ABSTRACT

Traumatic brain injury is defined as a physical injury that affects brain tissue, causing various alterations in brain function, temporarily or permanently. Health professionals must perform neurological examinations and clinical radiological studies, either computed tomography to confirm the diagnosis and severity of the severity. To develop the care plan, the Nursing Care Process (NCP) was used with the help of the NANDA taxonomies for the development of nursing diagnoses, the NOC for the development of objectives and the NIC for the selection of interventions to be executed. This NCP was carried out in a public hospital in Chiclayo on a 5-year-old preschooler with the initials C.J.T, with a medical diagnosis of Traumatic Brain Injury. The main objective was to develop a comprehensive nursing care plan for patients with traumatic brain injury. In the PAE assessment phase, 2 real problems and 4 risk problems were identified, which allowed the elaboration of 6 nursing diagnoses, prioritizing only 4. Then, in the planning phase, the objectives and interventions to be executed for the benefit of the patient were selected. After the execution phase, in the evaluation phase, it was evident that the nursing care and interventions contributed significantly to the control and management of the patient's real problems, as well as the risks to which he was exposed.

Key words: Head trauma, nursing care, Preschool.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

El traumatismo craneoencefálico es la lesión corporal que afecta al tejido cerebral, provocando diversas alteraciones en la función del cerebro, de manera temporal o permanente. Esta condición, puede cambiar de leve a grave, ocasionando pérdidas prolongadas del conocimiento y problemas cognitivos impactante, los síntomas son el dolor de cabeza, confusión y mareos. Las lesiones ocurren cuando la cabeza recibe un golpe, lo que provoca una aceleración y desaceleración rápidas del cerebro. Los axones y vasos sanguíneos pueden rasgarse, resultando en una herida axónica difusa. La ruptura de los vasos permite que la sangre se filtre, provocando heridas, flujos intracerebrales o subaracnoideas (1).

El proceso enfermero (PE) para pacientes con TCE implica una evaluación exhaustiva y rápida. Los profesionales de salud deben realizar exámenes neurológicos y estudios clínicos radiológicos, ya sea tomografías computarizadas para confirmar el diagnóstico y la severidad de la gravedad (2).

A partir de esta valoración, se deben establecer planes de cuidados holísticos con tratamiento humanizado, como el soporte respiratorio y examen de la tensión arterial. La atención integral para el manejo en paciente con TCE no solo se centran en el examen físico, sino también en el apoyo sensitivo y psíquico. Se debe reconocer que los pacientes pueden experimentar diversos cambios neuronales, debido al daño de la lesión y de la naturaleza traumática. Por lo tanto, las estrategias son fundamentales para crear un entorno seguro y tranquilizador, originando la colaboración activa de las familias en el proceso de recuperación de la enfermedad (3). El Proceso de Atención (PAE) es un instrumento estructurado que admite una evaluación exhaustiva, identifica los problemas de salud, planificación, intervención, evaluación de los resultados. Dentro del proceso, se utiliza la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El estudio del manejo del TCE es esencial porque mejora los conocimientos clínicos. Muchas investigaciones han indicado a través de sus enfoques sistemáticos que permitía fundamentar rápidamente las complicaciones y poder tomar acciones inmediatas y preventivas antes que las lesiones se agraven (4). Asimismo, el manejo adecuado reduce indudablemente la estancia del paciente hospitalizado y mejora su calidad de vida del usuario en un extenso plazo. Esta condición afecta no solo aborda las condiciones físico, sino también las emocionales y sociales del paciente, por lo que, la atención debe ser multidisciplinaria proporcionando una recuperación efectiva.

A nivel internacional, se calcula que los casos por TEC se da alrededor de 200 personas

por cada 100.000 habitantes, y por cada 250 a 300 individuos con TEC leve hay de 15 a 20 moderados, 10-15 graves. Los más afectados son los hombres que oscilan entre las edades de 15- 30 años y se origina más por los accidentes de tránsito que se da en un 70% seguido por violencia y caídas. En España, también se registran accidentes, el 70% de los casos presentados se recuperan muy bien y solo el 9% mueren antes de llegar al hospital, 6% durante su estadía en el hospital, 15% quedan funcionalmente incapacitados ya sean moderados, graves o vegetales (5). En Chile, se reportó que el nivel de incidencia de TCE es de 200 casos por cada 100,000 vivientes, los acontecimientos más comunes se dan por accidentes de tránsito, representando el 70%, los que siguen son las caídas y violencias físicas (6).

En Perú, se estimó que la prevalencia de TCE sumó cifras alarmantes en los últimos años, con un aproximado de 700,00 accidentes de tránsito y dejando a 117,000 personas con TCE. Además, los niños(as) de un año de edad hasta los 14 años de edad representan la mayor parte de estos casos (7).

En Chiclayo, durante el último año, se realizó un estudio que relevó que el TCE es una carga de morbimortalidad, con tasas que oscilan entre el 30% y 45% (8). Por tal motivo es importante implementar medidas preventivas y mejorar la atención de salud.

Collazo, Sosa en Cuba en el año 2024, realizaron una investigación acerca de la clasificación funcional de trauma craneoencefálico leve, moderado grave de acuerdo a los exámenes de electroencefalogramas, atendidos en el hospital Calixto García, donde predominó más el sexo masculino con 172 casos. Según la escala de Glasgow, el 50,9% tenía un TEC leve, 48,2% moderado y el 42,8% grave (9).

Zeballos, Bolivia 2024, sobre traumatismo encéfalo craneano en terapia intensiva adulto, la población son de 236 pacientes que acudieron a la unidad de terapia intensiva del hospital San Juan de Dios. En el año 2022 tuvo mayor incidencia con un total de 82 pacientes presentando un total de 35%. Los usuarios que más acudieron son hombres un total de 210 adultos en las edades que más ingresaron son de 31 a 60 años (10).

Mayuri, Ica 2023, en su tesis acerca de las características epidemiológicas de los usuarios con traumatismo craneoencefálico atendidos en el hospital regional, en los periodos de 2019 a 2021 teniendo una población de 1728 de los cuales se tomó una muestra de estudio de 370. Los hallazgos muestran que la gravedad del TEC el más frecuente es leve con 53%, seguido por moderado 31,4% y grave 15,7%. La causa del TEC es por contusión 94,3%, arma de fuego 4,1% y arma blanca 1,6% y las edades que más se dieron los TEC son 33,2% entre

las edades de 20 a 35 años, 48,6% comprende de 36 - 55 años y 18,1% tienen más 55 años (11).

Gonzales, Peralta Chiclayo 2020, características clínicas epidemiológicas de los usuarios con traumatismo craneoencefálico por accidente de tránsito atendidos en el Hospital Regional el periodo 2016 a 2017, Donde predominó más en las edades de 18 a 29 años con un 43,2% y son hombres 58,8%. 87,3% presentó TEC leve, 33% tiene pérdida de conciencia, 80% TEC moderado. El 21,4% es leve tiene fractura igual al moderado con 20%. El chofer se vio más afectados para TEC leve 47,6% y moderado 66,7%. El que más ocasionó fue el vehículo de 3 ruedas en un 31,1% de TEC leve y en tanto de 2 ruedas ocasionó para TEC moderado 46,7% (12).

La investigación sobre el TCE se justificó por varias razones fundamentada que se basaron con la teoría de Dorothea Orem. Desde un enfoque teórico, porque esta teoría tiene mayor relevancia en la capacidad del usuario para cuidar de sí mismo, pero en el caso de este diagnóstico, las actividades básicas están siendo comprometidas, por lo que el actuar de enfermería es ayudar a satisfacer las necesidades y fomentar una pronta recuperación (13).

Desde una perspectiva práctica, porque el estudio aumentará el apoyo al estudiante, enfocándose en capacitar a los estudiantes para que proporcionen cuidados holísticos y minimizar errores en el cuidado de esta patología. Con el propósito de preparar a los estudiantes para enfrentar situaciones críticas.

Desde una perspectiva social, porque la investigación originará relaciones inclusivas de profesional, paciente y familiar, con un entorno más empático. Con esto, se contribuirá a mejorar la experiencia del paciente intrahospitalario.

La relevancia de abordar este problema se centró en el impacto significativo en la atención integral, sistemática del paciente. Porque en un futuro laboral realizaremos cuidados bien estructurados para prevenir las lesiones secundarias, como las úlceras por presión. Además, conocer de ello, nos ayudaría a contribuir a una recuperación más efectiva y aumentar la calidad de vida del usuario que presenta TCE.

1.1. Formulación de Problema

¿Cuáles son los cuidados de enfermería más efectivos para el manejo y prevención de complicaciones en pacientes con traumatismos craneoencefálicos en un Hospital Público de Chiclayo - 2024?

1.2. Objetivos

Objetivo general:

- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería integral para pacientes con traumatismo craneoencefálico en un Hospital Público de Chiclayo - 2024.

Objetivo específico:

- Identificar los cuidados específicos de enfermería necesarios para el manejo de paciente con traumatismo craneoencefálico en un Hospital Público de Chiclayo - 2024.
- Promover la educación continua del personal de salud sobre los cuidados en el paciente con Traumatismo craneoencefálico en un Hospital Público de Chiclayo - 2024.
- Implementar estrategias para el cuidado de enfermería que proporcione estabilidad y mejora en el paciente con traumatismo craneoencefálico en un Hospital de Chiclayo - 2024.

1.3. Teorías relacionadas al tema

La Teoría de Dorothea Orem, es una teoría denominada déficit del autocuidado, quiere decir que si el paciente no tiene la capacidad de realizar acciones de autocuidado la enfermera debe intervenir para satisfacer estas necesidades. Esta teoría es esencial para la investigación porque facilita identificar las necesidades específicas y crear intervenciones que aborden aspectos físicos y psicosociales (14).

Teoría de los sistemas de enfermería, para el TCE se enfoca en interacciones de los pacientes y el entorno, en este caso, la enfermera debe actuar como un sistema de soporte con el paciente y familia. Esta teoría es esencial para evaluar el estado neurológico del paciente (15).

Teoría del cuidado humanizado, elaborada por Jean Watson, es esencial para el cuidado empático y la conexión emocional de enfermero y el paciente. Esta teoría guarda relación con el trabajo porque va más allá del cuidado, sino también de brindar intervenciones

emocionales, mejorar la calidad de vida del paciente y fomentar un espacio terapéutico favoreciendo su pronta recuperación (16).

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación básica porque tuvo relevancia clínica, ya que se aplicó un proceso de enfermería contribuyendo al logro del conocimiento. Además, se trabajó con el enfoque cualitativo, porque es un reporte de caso que detalla exhaustivamente el manejo de un paciente con traumatismo craneoencefálico, proporcionando información concisa de los cuidados de enfermería y sus resultados observados. Igualmente, es de diseño no experimental y de corte transversal, es decir no se manipuló las variables, limitándose a documentar el proceso de enfermería en un tiempo determinado. Por último, el método fue de la observación directa.

Se aplicó la metodología del Proceso de Enfermería guiándose por la teoría de Dorothea Orem, en la valoración se recopiló los datos a través de la entrevista estructurada por los patrones elaborado por Marjory Gordon (anexo 1) realizando un examen físico desde la cabeza hacia los pies y teniendo en cuenta la historia clínica (17). La identificación de las necesidades priorizadas se realizó según los patrones de Orem. Durante la planificación se elaboraron los diagnósticos en base al estado del paciente. En la ejecución se proporcionaron los cuidados a la persona, mientras que en la evaluación se evaluaron los logros obtenidos en función a las necesidades básicas, este procedimiento se fundamentó en el NIC y NOC de su séptima edición

Para la elaboración del presente trabajo se tuvieron en consideración los tres principios éticos de Belmont: La autonomía, justicia y beneficencia (18).

III. RESULTADOS

Caso Clínico:

Fase de Valoración

Prescolar de iniciales C.J.T de 5 años de edad, de sexo masculino se encuentra hospitalizado en la unidad UCI Pediátrico del Hospital Público de Chiclayo, Con Dx medico: Traumatismo Craneoencefálico.

Al examen físico, se le observa con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico en modo SIMV, con fio2 al 35%, presencia de sonda nasogástrica para alimentación, sonda fowley, catéter venoso central dos lúmenes perfundiendo CI Na 0,9% 1000cc a 15gts x'. Además, se observa piel y mucosas secas, cabeza parte lateral con puntos de intervención quirúrgica, se auscultan pulmones y se evidencia sonidos roncales y sibilantes, presenta laceraciones con presencia de sangre, en miembro inferior derecho e izquierdo se observa hematoma y herida en el pie facie plantar.

Al control de signos vitales se encuentran con FC: 72x' FR: 35' PA: 115/85X'
T°: 36,5° SO2: 96%

En la entrevista madre refiere "señorita, estoy preocupada por la salud de mi hijo, tengo miedo que no despierte"

Tratamiento Prescrito

CINa 0,9% 1000cc a 15gts x'

Fenitoina 20mg EV c/8h

Morfina 1mg EV C/24h

Midazolam 3mg EV PRN convulsión \geq 3'

Levetiracetam 225mg por SNG C/12h

Paracetamol 225mg por SNG PRN T \geq 38°C

Clindamicina 200mg EV C/8h

Hipromelosa 1gota cada ojo c/3 horas

Higiene bucal clorhexidina 0,12% c/6h

Teniendo en cuenta el instrumento de entrevista en la valoración, se van a dividir en 3 patrones funcionales: Nutricional – metabólico, actividad – reposo; y, medida de seguridad.

Patrón II: Nutricional metabólico: Paciente con piel y mucosas secas.

Patrón IV: Actividad- Ejercicio: Se le observa con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico en modo SIMV, con Fio2 al 35%, SO2 96%. Pulmones roncantes sibilantes, frecuencia respiratoria de 35x´.

Patrón XI: Medida de seguridad: Se observa cabeza parte lateral con puntos de intervención quirúrgica, presenta laceraciones con presencia de sangre, en miembro inferior derecho e izquierdo se observa hematoma y herida en el pie facie plantar. Presencia de catéter venoso central. Presencia de sonda nasogástrica para alimentación. Administración de hipromelosa 1gota cada ojo c/3 horas.

Fase diagnóstica

En la fase diagnostica se encontraron 6 diagnósticos de enfermería, los cuales serán priorizados mediante la teórica de Dorothea Orem es decir desde los cuidados que el paciente no pueda abordar el enfermero lo hará. Mencionamos los siguientes diagnósticos de enfermería:

Diagnóstico 1: 00033 deterioro de la ventilación espontanea r/c fatiga de los músculos de la respiración e/p Se le observa con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico en modo SIMV, con fio2 al 35%, SO2:96%. Se le ausculta en los pulmones roncantes, sibilantes FR: 35 R x´.

Diagnóstico 2: 00039 Riesgo de aspiración r/c Alimentación enteral.

Diagnóstico 3: 00027 Déficit de volumen de líquidos r/c acceso inadecuado de líquidos e/p piel y mucosas secas.

Diagnóstico 4: 00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c Personas expuestas al incremento de patógeno en el ambiente y contaminación de herida quirúrgica.

Diagnóstico 5: 00219 Riesgo de sequedad ocular r/c disminución de la frecuencia de parpadeo.

Diagnóstico 6: 00004 Riesgo de Infección r/c Procedimiento invasivo 2.2.

Priorización del Diagnóstico de enfermería.

Fase de planificación

Se ejecuto un plan de cuidado especializado para los 4 diagnósticos priorizados, utilizando la taxonomía NOC para identificar los indicadores esperador y el NIC para definir los cuidados de enfermería (Cuadros 1, 2, 3 y 4).

Tabla 1: Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00033) Deterioro de la ventilación espontánea

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>00033 deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de los músculos de la respiración e/p Se le observa con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico en modo SIMV, con fio2 al 35%, SO2:96%. Se le ausculta en los pulmones roncales, sibilantes FR: 35 R x´</p>	<p>NOC: ESTADO RESPIRATORIO VENTILACIÓN (0403) Indicadores: (040301) Frecuencia Respiratoria: Puntuación inicial 2 (DSD RN). Puntuación diana: Aumentar a 4.</p> <p>(040310) Ruido respiratorios patológicos: Puntuación inicial 2 (S). Puntuación diana: incrementar a 4.</p> <p>(040309) Utilización de músculos accesorios Puntuación inicial 2 (S). Puntuación diana: Aumentar a 4.</p>	<p>NIC: MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA 3300 -Verificar y ajustar el modo de ventilación, en este caso el SIMV.</p> <p>-Monitorear los niveles de FiO2 y ajustar según parámetros de saturación de oxígeno.</p> <p>-vigilar los signos que indican al incremento del esfuerzo respiratorio: incremento de FC o FR.</p> <p>-Posicionar al paciente en semi fowler para facilitar la expansión pulmonar y el intercambio gaseoso.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO NOCE:</p> <p>CR1: (040301) Frecuencia Respiratoria: Puntuación Final 4 (DSD) Puntuación de cambio +2</p> <p>CR2: (040310) Ruido respiratorios patológicos: Puntuación Final 4 (S) Puntuación de cambio +2</p> <p>CR3: (040309) Utilización de músculos accesorios Puntuación Final 4 (S) Puntuación de cambio +2</p>

Tabla 2: Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00039) Riesgo de aspiración

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>00039 Riesgo de aspiración r/c Alimentación enteral</p>	<p>NOC: ESTADO DE DEGLUCIÓN (1010) Indicadores: (101015) Mantiene la cabeza relajada y el tronco</p> <p>Puntuación inicial 2 (SC). Puntuación diana: Aumentar a 4.</p>	<p>NIC: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA 1056</p> <p>-Administrar la alimentación enteral lentamente.</p> <p>-Ubicar al usuario en postura semi fowler para minimizar los riesgos de aspiración.</p> <p>-Evaluar la tolerancia del usuario a la alimentación enteral.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO NOCE:</p> <p>- CR1: (101015) Mantiene la cabeza relajada y el tronco</p> <p>Puntuación final 4 (SC)</p> <p>Puntuación de cambio +2</p>

Tabla 3: Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00027) Déficit de volumen de líquidos

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>00027 Déficit de volumen de líquidos r/c acceso inadecuado de líquidos e/p piel y mucosas secas</p>	<p>NOC: EQUILIBRIO HÍDRICO (0601)</p> <p>Indicadores:</p> <p>(060107) Ingreso y salidas diarias equilibradas</p> <p>Puntuación inicial 2 (SC). Puntuación diana: Aumentar a 4</p> <p>(060117) Humedad de membranas mucosas</p> <p>Puntuación inicial 2 (SC). Puntuación diana: Aumentar a 4</p>	<p>NIC: MANEJO DE LÍQUIDOS (4120)</p> <p>-Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</p> <p>-Monitorizas funciones vitales.</p> <p>-Administrar líquidos.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO NOCE:</p> <p>- CR1: (060107) Entradas y salidas diarias equilibradas</p> <p>Puntuación Final 4 (SC)</p> <p>Puntuación de cambio +2</p> <p>- CR2: (060117) Humedad de membranas mucosas</p> <p>Puntuación Final 4 (SC)</p> <p>Puntuación de cambio +2</p>

Tabla 4: Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c Personas expuestas al incremento de patógeno en el ambiente y contaminación de herida quirúrgica.</p>	<p>NOC: CURACIÓN DE LA HERIDA (1103)</p> <p>Indicadores:</p> <p>(110214) Formación de cicatriz: Puntuación inicial 2 (E). Puntuación diana: Aumentar a 4.</p> <p>(110306) Secreción serosanguinolenta: Puntuación inicial 2 (E). Puntuación diana: Aumentar a 4.</p> <p>(110322) Inflamación de la herida: Puntuación inicial 2 (S). Puntuación diana: Aumentar a 4</p>	<p>NIC: CUIDADOS DE LA HERIDA 3660</p> <p>-Eliminar las gasas y el esparadrapo</p> <p>-Vigilar las características de las heridas quirúrgica (color, tamaño, olor)</p> <p>-Desinfectar con solución salina fisiológica no tóxico según corresponda.</p> <p>-Examinar la herida cuando se realiza el cambio de gasas o apósitos.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO NOCE:</p> <p>- CR1: (110214) Formación de cicatriz: Puntuación final 4 (E) Puntuación de cambio +2</p> <p>- CR1: (110306) Secreción serosanguinolenta: Puntuación final 4 (E) Puntuación de cambio +2</p> <p>- CR1: (110322) Inflamación de la herida: Puntuación final 4 (S) Puntuación de cambio +2</p>

Fase de ejecución

En esta fase se tomaron en cuenta las intervenciones de enfermería, tanto de manera independiente como en colaboración. No obstante, es importante reconocer que, a pesar de las intervenciones, el proceso no siempre es una recuperación total, dado que la situación de mejora depende del paciente.

Fase de evaluación

Los resultados que se obtuvieron en el paciente con TCE fueron exitosos. Para el primer diagnóstico priorizado del deterioro de la ventilación espontánea, se logró manejar la ventilación mecánica invasiva, puesto que posicionamos en semi fowler, monitorizamos la SO₂ y la FR que estaba alterada se estabilizó. Asimismo. Se utilizó escalas de medición de los indicadores logrando el 100% del resultado esperado (cuadro 1).

El segundo diagnóstico priorizado denominado riesgo de aspiración, se logró que el paciente no tenga aspiraciones, porque se posicionó adecuadamente la cabeza y tronco, con ello evitamos que aparezcan más aspiraciones. Por lo tanto, se logró al 100% (cuadro 2).

El tercer diagnóstico priorizado del déficit de volumen de líquidos, esta evidenciada por la sequedad de piel y mucosas, por lo que, sí se cumplió con el indicador de equilibrio hídrico, manteniendo hidratadas las mucosas con la administración de líquidos y humedeciendo sus labios con torundas de algodón hidratadas. Por lo que, sí se cumplió al 100% (cuadro 3).

El cuarto diagnóstico priorizado del riesgo de infección de la herida quirúrgica, se logró al 100% porque evitamos que esto suceda a través de los cuidados a la herida, por ejemplo, se lavó la herida con la solución salina y se colocó el apósito de manera cuidados y debidamente con el lavado de manos para evitar la proliferación de infección (cuadro 4).

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente proceso de enfermería tenía por objetivo desarrollar un plan de cuidado integral para pacientes hospitalizados con traumatismo craneoencefálico, del paciente preescolar con iniciales C.J.T internado en el Hospital Regional Lambayeque, 2024. Los hallazgos más importantes fueron que estaba conectado a un tubo endotraqueal de ventilador mecánico y con sonda nasogástrica para poder ser alimentado.

Se realizaron 6 diagnósticos de enfermería, 2 de ellos problemas reales y 4 de riesgos, los de riesgo fueron importantes de abordar a tiempo, así se evitaba tener otro problema real y complicaciones del paciente.

Al realizar comparaciones con el estudio de Samaniego Namicela y León Bustamante, investigación las características clínicas del TCE, con el objetivo de saber que tan común son los TCE en los accidentes automovilísticos (19). Se concluye que la mayor parte de los usuarios tenían diversas lesiones y complicaciones graves.

Por otro lado, el estudio de Kiening, se centró en simular el TCE y observar los efectos fisiopatológicos, se concluyó que este modelo precisó el daño cerebral, con esto en cuenta se desarrollaron tratamientos para que crucen la barrera hematoencefálica, y que la terapia sea más efectiva (20).

Otro estudio de gran importancia es el de Mao, con el objetivo de cómo las tendencias de edad influyen en el tratamiento y el resultado. Aquí se concluyó que los pacientes presentan peores condiciones a través de mayores de edad como de infantes, con mucha más posibilidad de someterse a cirugías.

Con estos resultados de literatura científica, se suma el mío, haciendo resaltar cinco diagnósticos priorizados: deterioro de la ventilación espontánea, riesgo de aspiración, déficit de volumen de líquidos, riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Asimismo, para los diagnósticos de 00033 deterioro de la ventilación espontánea; 00039 Riesgo de aspira, 00027 Déficit de volumen de líquidos; 00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica. Sí se logró el resultado esperado noche, siendo del 100%.

Para estos diagnósticos logrados se actuaron de forma inmediata y holística. En el diagnóstico de deterioro de la ventilación espontánea, revisamos la historia clínica y evaluamos la gravedad del TCE, con ello en cuenta, educamos a los familiares del paciente en tener en cuenta la posición semi fowler del paciente (21). Además, se tuvo en cuenta cada 4 hrs la SO2 del paciente. En este sentido se lograron los resultados esperados NOCE.

El diagnóstico de riesgo de aspiración, se logró el resultado esperado NOCE al 100%. Se hicieron cambios de posición y se utilizó la observación y examen para evaluar que el paciente no se aspire. Además, la alimentación fue lenta y continua (22).

Según Virginia Retuerta en su estudio sobre el cuidado de la sonda nasogástrica, se resaltó la importancia de la educación para los familiares, se concluyó que se necesita de un cuidado diario y de total vigilancia para que la zona de implantación y la administración de alimentos líquidos se complique y agrave la salud del paciente (23).

El diagnóstico de déficit de volumen de líquidos, se realizó el NOCE al 100%. Esto debido a que el actuar de enfermería fue de calidad, porque se utilizó torundas de algodón para humedecer los labios del paciente y se administró líquidos según la indicación médica. Además, se realizó el balance hídrico de las entradas y salidas del paciente, para evaluar su estado de salud (24).

Finalmente, para el diagnóstico de riesgo de infección de la herida quirúrgica, realizamos un buen lavado de manos, la asepsia y antisepsia con esto se evitó infectar la incisión quirúrgica. Logrando así el resultado esperado NOCE al 100%.

Los estudios no dicen que es importante lavarnos las manos porque con ellos eliminamos los microorganismos, reduciendo la carga bacteriana y evitando las infecciones cruzadas. De igual manera, los cuidados post operatorios consisten en tener la herida limpia y seca, teniendo los antisépticos necesarios para evitar infectar el sitio quirúrgico (25).

CONCLUSIÓN

El deterioro de la ventilación espontánea fue abordado con intervenciones específicas como la monitorización continua de la frecuencia respiratoria y la administración de soporte ventilatorio cuando fue necesario. Se logró un cumplimiento del 100% en las intervenciones de enfermería, lo que permitió estabilizar al paciente y mejorar la eficacia respiratoria. Estas acciones facilitaron una mejor oxigenación.

Para el diagnóstico de riesgo de aspiración. Se realizaron medidas preventivas para mitigar el riesgo de aspiración, tales como la correcta posición del paciente y la lenta administración de alimentos con la sonda nasogástrica. Se logró el 100% en las intervenciones necesarias, lo que resultó en una reducción significativa del riesgo asociado. La educación al usuario y su entorno sobre las prácticas seguras durante la alimentación fue de mucha ayuda, porque así se comprendieron los factores de riesgo y se evitaron las complicaciones.

El diagnóstico de déficit de volumen de líquidos fue tratado mediante la administración adecuada de líquidos intravenosos y el del balance hídrico. Se alcanzó un cumplimiento del 100% de las actividades NIC, lo que ayudó a restablecer el equilibrio hídrico del paciente. La educación sobre signos de deshidratación y la importancia de una torunda con agua fueron esenciales para empoderar al familiar del paciente en el cuidado de la salud del menor.

Finalmente, el diagnóstico de riesgo de infección de la herida quirúrgica. Se llevó a cabo intervenciones preventivas para minimizar el riesgo de infección en el sitio quirúrgico, incluyendo técnicas asépticas durante los cuidados y una observación directa a los posibles signos de infección. Se logró un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas, lo que contribuyó a mantener limpia la herida y prevenir infecciones cruzadas.

V. REFERENCIAS

1. Narváez, Eraso, Moreno, proceso de formación de enfermeras(os) de cuidados críticos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2024 [citado 2024 Oct 18] ; 23(73): 593-626. Disponible: 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>
2. Piñón, Montes, Correa, Pozo, Almeida. Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con TEC. *Rev cuba anestesiol reanim* [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Oct 18]; 19 (3). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182020000300005&lng=es. Epub 30-Nov-2020.
3. Guzmán Francisco. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colomb. Med.* [Internet]. 2020 Sep [cited 2024 Oct 18]; 39(Suppl 3): 78-84. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000700011&lng=en.
4. Paredes. traumatismo craneoencefálico síntomas, diagnóstico y tratamiento [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. FDA; 2021 [cited 18 Oct 2024]. Disponible: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/el-traumatismocraneoencefalico-lo-que-debe-saber-sobre-los-sintomas-el-diagnostico-y-tratamiento>
5. Jiménez, Donaire, manejo del traumatismo craneoencefálico [Internet]. Gob.pe. [cited 14 Ene 2025]. Disponible en: <https://goo.su/9vxzF>
6. Moreno, Yepes, Arias, Síndrome de dificultad respiratoria aguda CES Med. [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 Oct 18]; 34 (spe): 69-77. Disponible: <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.covid-19.10>.
7. Rodríguez, Barrese, Iglesias, Diaz. Síndrome de dificultad respiratoria aguda en niños. *Medisur* [Internet]. 2019 Feb [citado 2024 Oct 18]; 17(1): 126-135. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100126&lng=es.
8. Institutos Nacionales de Salud, Insuficiencia respiratoria [Internet]. NHLBI, NIH. [cited 2024 Oct 18]. Disponible: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insuficiencia-respiratoria/causas>
9. Collazo, Sosa. Clasificación funcional del trauma craneoencefálico. *Archivo Hosp Univ "Gen Calixto García"*. 2024;12(2): e1259. Acceso: 22/12/2024. Disponible:

- <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1259>
10. Zeballos, F. (2024). Terapia Intensiva Adulto del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Tarija. Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano, 5(2), 192–205. Disponible en: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.129>
 11. Mayuri, (2024). Características clínicas epidemiológicas de adultos con traumatismos craneoencefálicos tratados en el Hospital Regional de Ica 2019 al 2021. Revista Científica Alicia. Disponible: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/3f0660a4-644f-4acf-bcf8-24cc7d7fd1e6>
 12. González; Peralta (2024). Características de pacientes con traumatismos craneoencefálico por accidentes de tránsito atendidos por emergencia del hospital regional Lambayeque 2016-2017. Revista Científica Alicia. Disp: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5978>
 13. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta médica peru [Internet]. 2019 [citado el 18 de octubre de 2024];28(2):87–104. Disponible: <https://goo.su/dysgg6o>
 14. Gob.pe. [citado el 18 de octubre de 2024]. Disponible: <https://www.hcllh.gob.pe/wpcontent/uploads/2021/11/Guias-Clinicas-De-Intervencion-De-Enfermeria-DeEmergencia-el-HCLLH-2015.pdf> 70
 15. Cortes, Morales, Ortiz. Manejo de las secreciones traqueobronquiales. Neumol. cir. torax [revista en la Internet]. 2019 Sep [citado 2024 Oct 18] ; 78(3): 313-323. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002837462019000300313&lng=es. Epub 12-Feb-2021.
 16. López. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. Ene. [Internet]. 2021 [citado 2024 Oct 18]; 15(1): 1051. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2021000100007&lng=es. Epub 06-Dic-2021.
 17. Rojas, Castro, Chacón, López, Urbina. Hidratación parenteral. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2009 Dic [citado 2024 Oct 18] ; 72(4): 154-162. Disponible: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400009&lng=es.
 18. Oscar, Raab. Deshidratación en niños [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 18 de octubre de 2024]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/otros-trastornos-en-lactantes->

[yni%C3%B1os-peque%C3%B1os/deshidrataci%C3%B3n-en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200182&lng=es) -
[ni%C3%B1os?ruleredirectid=758](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200182&lng=es)

19. Ramírez, Navarro, Clavería, Molina, Cox. Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2018 Abr [citado 2024 Oct 18] ; 89(2): 182-189. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200182&lng=es. Epub 06-Abr-2018. <http://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062018000100185>.
20. BEDOYA, CRISTIAN, & VELÁSQUEZ, ANDREY. (2014). Análisis de la Incidencia del Miedo en la Organización Desde la Perspectiva Psicobiológica. Revista Colombiana de Psicología, 23(2), 351-362. Retrieved October 18, 2024, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692014000200009&lng=en&tlng=es.
21. García, Rodríguez, Novales, Villegas. Factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en pediátricos. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2024 Oct 18]; 57(3425-433. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000300006&lng=es.
22. Ana, CARLoS HARTmANN. factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 18 de octubre de 2024]. Disponible: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372502/28-manuscrito-12-3-10-20200421.pdf>
23. Camejo, González, Morales, Rivera, Mayuris. Factores de riesgo de infecciones adquiridas en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Bayamo. 2018- 2019. Multimed [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Oct 18]; 24(2): 309-323. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000200309&lng=es. Epub 23-Abr-2020. 71
24. Riquelme, Jiménez, Duarte, Núñez, Gallardo. Vigilancia de las infecciones por procedimientos invasivos en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos polivalente. Pediatr. (Asunción) [Internet]. 2013 Apr [cited 2024 Oct 18]; 40(1): 35-39. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032013000100005&lng=en.
25. López. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. Ene. [Internet]. 2021 [citado 2024 Oct 18] ; 15 (1): 1051. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100007&lng=es. Epub 06-Dic-2021

ANEXOS

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES					
Nombre del paciente: Carlos Jiménez Toro					
Fecha de nacimiento: 2021		Edad: 5 años		Sexo: Femenino	
Dirección: Las Lomas – Piura / Los Rosales Mz: Z Lote: 22					
Servicio: Medicina Mujer - Mercedes		Fecha de ingreso: 25/11/2024		Hora:	
Procedencia: Admisión() Emergencia(x) Otro hospital() Otro()					
Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla () Otros ()					
Peso: 15Kg	Estatura: 92	PA: 115/85mmHg	FC:	FR: 35	T°: 37.3
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 (X)		ESPECIFIQUE:		FECHA:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO (MOTIVO DE INGRESO): Pancreatitis aguda					

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES							
PATRON I: PERCEPCION DE LA SALUD				M	T	N	
Alergias y otras reacciones:							
Fármacos () 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() no(✓)							
Cantidad /frecuencia: _____							
Realiza ejercicio: si() no(✓)							
Se auto medica : si() no(✓)							
Estado de higiene	BUENO	REGULAR	MALO				
Corporal	✓						
Higiene oral		✓					
Estilo de alimentación		✓					
PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO				M	T	N	
PESO=15Kg TALLA=96 IMC=17							
GLUCOSA=							
PESO: 75Kg							
Delgadez (IMC <18.5) ()							
)Normal (IMC >18.5<25)()							
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 ()							

SNG / SOG /SNY/Gastrostomía/Yeyunostomía				
Sonda a gravedad: si () no ()				
Características				
ABDOMEN	Blando / depresible	✓	✓	
	Globuloso			
	Distendido / timpánico			
	Doloroso			
	PIA			
	Drenes			
RHA	Presencia de heridaoperatoria			
	Normal			
	Aumentados			
RESIDUO GÁSTRICO	Disminuidos			
	SI (características)			
PIEL / MUCOSAS	NO			
	Húmedas			
	Secas	✓	✓	
	Palidez			
	Ictérica			
	Cianosis:			
INTEGRIDAD DELA PIEL	Distal ()			
	Peribucal ()			
	General ()			
INTEGRIDAD DELA PIEL	Intacta			
	Dispositivos invasivos:si (✓)	✓	✓	
	no ()			
	Ubicación: _____			
	Ictericia			
	Sudoración			
	Lesión por venopunción			
	Equimosis			
	Hematomas			
	Flogosis			
	Incisión OX			

	Localización:			
EDEMAS	SI/++++			
	NO	✓	✓	
	Donde:			
TERMOREGULACIÓN	Nomotermia	✓	✓	
	Hipotermia			
	Hipertermia	✓	✓	
PATRÓN III: ELIMINACIÓN		M	T	N
SISTEMA URINARIO	Espontánea			
	Sonda vesical	✓	✓	
	Anuria			
	Talla vesical			
	Oliguria			
	Poliuria			
SISTEMA GASTROINTESTINAL	Deposición:			
	Estreñimiento ()			
	Formada ()			
	Blanda ()			
	Dura ()			
	Líquida ()			
	Frecuencia:			
	Melena			
ostomía			
SISTEMA RESPIRATORIO	Patrón respiratorio			
	Ruidos respiratorios:	✓	✓	
	Murmullo vesicular ()			
	Sibilantes (✓)			
	Estertores ()			
	Roncos (✓)			
	Tos efectiva:			
	si () no ()			
Secreción Bronquial:				
Cantidad: _____				
Características: _____				
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 ()				
Fatiga : Si () No ()				
Escala de Downton:				
Puntaje: _____				
ACTIVIDAD CARDIOVASC.	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				

	Hipotensión				
	Flujo urinario, aprox.(ml/kg/h)				
	Inotrópicos				
	Vasodilatadores				
	Diuréticos				
	ACTIVIDAD RESPIRATORIA	Respiración : Regular () Irregular (✓) SO ₂ = 96%	✓	✓	
		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				
	Comatoso				
	Sedado (RASS)	✓	✓		
ESCALA DE GLASGOW	Puntaje _____				
	Respuesta ocular: 4 3 2 1				
	Respuesta Verbal: 4 3 2 1 Respuesta Motora: 6 5 4 3 2 1				
P U P I L A S	Isocóricas	✓	✓		
	Anisocóricas: D > I I > D				
	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 (✓)					

COMUNICACIÓN	Alteración del habla:SI () NO (✓) Disartria () Afasia ()			
	Barreras : Nivel de conciencia () Edad () Barreras físicas () Diferencia Cultural () Barrera Psicológica () Medicamentos ()			
DOLOR	Agudo () Localización:			
	Crónico () Localización:_____			
	EVA			
PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO		M	T	N
Autoestima elevada ()				
Autoestima media ()				
Autoestima baja ()				
Escala de Rosenberg /Puntaje (28)				
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 ()				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: Cuidado de un paciente con traumatismo Craneoencefálico en un hospital público de Chiclayo - 2024

Yo de iniciales C.J.T he sido invitado a participar en la entrevista para el proyecto de investigación titulado “Cuidado de un paciente con traumatismo Craneoencefálico en un hospital público de Chiclayo - 2024”. Cuyo objetivo de esta investigación es ejecutar un plan de cuidados de enfermería en la atención hospitalaria de un usuario con diagnóstico Traumatismo Craneoencefálico.

Entiendo que mi intervención es totalmente voluntaria, puedo alejarme del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto perjudique mis cuidados de enfermería.

He recibido una explicación detallada sobre lo que implica mi participación, he leído la información proporcionada y, tras aclarar todas mis dudas, acepto participar de manera libre y voluntaria en este estudio.

Firma de participante