



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.

ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,

Volumen 9, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN ADULTO CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO CON COMPLICACIÓN RESPIRATORIA

**NURSING CARE PROCESS FOR AN ADULT WITH TRAUMATIC
BRAIN INJURY AND RESPIRATORY COMPLICATIONS**

Patricia Rodríguez-Cortés

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Miguelina del C. Lomasto-Peralta

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.22237

Proceso De Atención De Enfermería A Un Adulto Con Trauma Craneoencefálico Con Complicación Respiratoria

Patricia Rodríguez-Cortés¹

paroco.95@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-6661-6445>

Licenciado en Enfermería, Estudiante Especialidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús", Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, Villahermosa, Tabasco, México.

Miguelina del C. Lomasto-Peralta

nurselomasto@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4827-6604>

Licenciado en Enfermería, Especialista de Cuidados Intensivos, Profesora Académica, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez", Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, Villahermosa, Tabasco, México.

RESUMEN

Introducción: El trauma craneoencefálico, mundialmente ocurren aproximadamente de 200 individuos de cada 10,000 residentes y de 10 a 15 casos corresponde TCE grave. Las fracturas del cráneo pueden dañar las arterias y provocar un hematoma epidural. Causando expansión por lesión arterial en esta región puede conducir un deterioro acelerado, que pone en riesgo la vida y requiere evaluación inmediata. **Objetivo:** Realizar intervenciones clínicas de enfermería en un paciente de TCE con hematoma epidural, posoperado de craneotomía y con alteración respiratoria, con la finalidad de favorecer en la mejora de su salud. **Método:** Se elaboró un plan de cuidados basado en la taxonomía NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** Se identificaron cuatro diagnósticos prioritarios, se encuentran respaldados por sus respectivos resultados e intervenciones, apoyado por las taxonomías. **Conclusiones:** La valoración es fundamental para identificar y establecer los diagnósticos de enfermería, priorizando las necesidades físicas, implementando cuidados respecto a sus padecimientos presentados, la correcta implementación de estas herramientas ayuda a reconocer las alteraciones, facilitar las intervenciones y así favorecer una mejora en su estado de salud fisiológico.

Palabras clave: Trauma craneoencefálico, Hematoma Epidural, Enfermería.

¹ Autor principal

Correspondencia: paroco.95@hotmail.com

Nursing Care Process for an Adult with Traumatic Brain Injury and Respiratory Complications

ABSTRACT

Introduction: Craniocerebral trauma, worldwide occurs in approximately 200 individuals out of every 10,000 residents and 10 to 15 cases correspond to severe TBI. Skull fractures can damage arteries and cause epidural hematoma. Causing expansion by arterial injury in this region can lead to accelerated, life-threatening deterioration requiring immediate evaluation. **Objective:** To perform clinical nursing interventions in a TBI patient with epidural hematoma, post-operated craniotomy and with respiratory alteration, in order to favor the improvement of his health. **Methods:** A care plan was elaborated based on NANDA, NIC and NOC taxonomy. **Results:** Four priority diagnoses were identified, supported by their respective outcomes and interventions, and supported by taxonomies. **Conclusions:** The assessment is fundamental to identify and establish the nursing diagnoses, prioritizing the physical needs, implementing care regarding their presented ailments, the correct implementation of these tools helps to recognize the alterations, facilitate interventions and thus favor an improvement in their physiological health status.

Key words: Cranioencephalic trauma, Epidural Hematoma, Nursing.

*Artículo recibido 04 Agosto 2025
Aceptado para publicación: 29 Agosto 2025*



INTRODUCCIÓN

El trauma craneoencefálico, mundialmente ocurren aproximadamente de 200 individuos de cada 10,000 residentes y de 10 a 15 casos corresponde TCE grave. Se encuentra mayor incidencia en el género masculino con una relación 2:3, con edad de entre los 15 y 30 años.(Pérez Canchila et al., 2023) La tasa de mortalidad a nivel global es de 579 por cada 100,00 personas en un lapso de un año, entre las causas relevantes son caídas y los incidentes de tránsito, entre las variables depende del sexo, edad y la ubicación geográfica.(Guaman Riofrio et al., 2023) A lo largo de un año, en Estados Unidos hay 1.700.000 traumas de cráneo, teniendo 275,000 hospitalizaciones y 52,000 muertes. Asimismo, el 80,000 a 90,000 individuos sufren limitación a largo plazo, cuyas consecuencias son complicaciones neuropsicológicas. Entre las lesiones por hematomas epidurales ocurren alrededor del 0,5% en pacientes, y el 9% con trauma craneoencefálico, se encuentran en coma.(“Soporte Vital Avanzado En Trauma,” 2018) En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (Ortiz Vega, 2012) a partir de 1990 el TCE se ubica entre las principales diez causas de mortalidad. El estado de Tabasco, durante el 2021 el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, brindo atención médica a 4864 pacientes por traumatismo de las cuales aproximadamente el 90% fueron por accidente vehiculares.(TABASCO Gobierno del Pueblo, 2022) La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Guaman Riofrio et al., 2023) conceptualiza al Trauma craneoencefálico (TCE) “lesión física o disminución funcional del contenido craneal subyacente a un intercambio brusco de energía mecánica, englobando aquellas causas que provocan confusión, hematoma, hemorragia o laceración del cerebro, cerebelo y tronco encefálico hasta la parte superior de las primeras cervicales”, derivado de esta definición se determina variables como la edad, sexo, ocupación, estatus socioeconómico, ubicación de residencia. Las lesiones cerebrales son la alteración del tejido cerebral por destrucción de la corteza o por movimientos internos del cráneo por aceleración y desaceleración, secundaria a lesiones focales que lesionan la barrera hematoencefálica, pero en cambio la lesión cerebral secundaria, se refiere a células cerebrales no afectadas por el suceso traumático inicialmente, sino que se manifiestan posterior al trauma.(Pérez Canchila et al., 2023) Por consecuencia involucran una serie de cambios metabólicos, moleculares, respuestas inflamatorios, alteraciones en los vasos sanguíneos, activados inmediatamente después del daño que pueden



agravarse: como lesión de masa, hipertensión intracranal, convulsiones, entre otros, también extracraneales: hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etc. (Altable & Labra, 2021)

De acuerdo al ATLS, (“Soporte Vital Avanzado En Trauma,” 2018) describe la fisiopatología del hematoma epidural, iniciando en la duramadre que es una membrana fibrosa adherida firmemente a la superficie interna del cráneo donde se divide en dos “hojas” que cubren los senos venosos largos, que suministran el mayor drenaje venoso del cerebro. En la línea media, el seno sagital superior drena hacia ambos senos transversos y sigmoideos bilateralmente, que suelen ser más largos y recibe mayor flujo venoso en el lado derecho. Las laceraciones de estos senos venosos pueden provocar hemorragia masiva y en las arterias meníngeas, estas se ubican entre la duramadre y la superficie interna del cráneo, en el espacio epidural por lo que las fracturas craneales pueden lacerar las arterias y así causar un hematoma epidural. Un hematoma aumenta rápidamente a una lesión arterial en esta zona, que conlleva a un rápido deterioro que constituyen emergencias que amenazan la vida y requiere evaluación médica urgente. La intervención de craneotomía descompresiva temprana dentro de las primeras horas donde se procede a retirar el hematoma derivado después de la lesión cerebral, con apertura de la duramadre, alcanzando parámetros óptimos de perfusión cerebral, ya que la tardanza de este procedimiento puede conllevar a secuelas significativas.(Antonio Cardenas, 2022) Las secuelas se muestran en varias fases, provocando alteraciones físicas, cognitivas y comportamentales, que varían para cada persona, que repercuten en las funciones de las actividades cotidianas, social, laboral y también de la calidad de vida ocasionando parálisis, dolor de cabeza, fatiga, convulsiones.(Lozada Lara et al., 2022)

Para poder tratar un TCE correctamente, es importante clasificarlo y conocer el grado de gravedad del mismo. Para ello, la valoración más utilizada es la escala de nivel de conciencia de Glasgow durante todo el proceso del TCE permitirá obtener una valoración clínica de la evolución y gravedad neurológica del paciente. Proporcionando los cuidados de enfermería para controlar su estado y evolución monitorizando las constantes vitales (T/A, SatO₂, FC, FR, TC), con control neurológico estricto, así como el tamaño y la reactividad de las pupilas, mantener al paciente en posición adecuada, control de glucemia capilar y solicitar la realización de pruebas complementarias.(Beltrán Rodríguez



et al., 2024) La atención de los usuarios con esta afección es indicativa de una intervención de enfermería sistematizada, integral y efectiva, con realización de una valoración neurológica precisa que ayude a observar las alteraciones, estructuras y funciones comprometidas, con el mantenimiento de parámetros fisiológicos como signos vitales, presión de perfusión cerebral, saturación de oxígeno y ventilación.(Almora Aldave et al., 2022)

Objetivo

Realizar intervenciones clínicas de enfermería en un paciente de TCE con hematoma epidural, posoperado de craneotomía y con alteración respiratoria, según en el modelo de Marjory Gordon, con la finalidad de favorecer en la mejora de su salud.

Especifico

- Describir los antecedentes del trauma craneoencefálico específicamente en la alteración respiratoria.
- Determinar con la herramienta de valoración del modelo de Marjory Gordon los patrones funcionales alterados para orientar la evaluación del paciente.
- Identificar los cuidados integrales de enfermería centrada en sus necesidades para la mejora de la salud del paciente.

Método

En la valoración se utilizó la herramienta de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para la construcción del caso clínico (Álvarez Suárez et al., 2010), basado en la taxonomía establecida por la NANDA 13.^a edición versión 2024-2026 (North American Nursing Diagnosis Association) (Herdman et al., 2024) donde se establecieron los diagnósticos, y la NOC Séptima edición (Clasificación de resultados de enfermería) (Moorhead et al., 2024), y la NIC Octava edición (Clasificación de intervenciones de enfermería) para desarrollar un plan de cuidados individualizados con el fin de mejorar el estado de salud del paciente. (M. Wagner et al., 2024)



Presentación del caso

Hombre de 36 años de edad, campesino, de religión católica, residente de Palenque Chiapas, México, con estudios de primaria. En los antecedentes médicos no presenta algún padecimiento clínico anterior a su patología. Inició su padecimiento actual cuando se encontraba consumiendo bebidas alcohólicas, situación que lo llevó a una caída de 3 metros de altura, provocando, contusión craneal en zona occipital, ocasionando perdida del estado de conciencia. Es trasladado al hospital de Palenque Chiapas, en donde valorado con una escala de coma de Glasgow de 8 puntos, presentado alteración pupilar de tipo anisocoria. Le realizaron estudios de Tomografía simple de cráneo que mostró hematoma epidural parietooccipital derecho, que desplazaba línea media, con fractura de las cervicales 6 y 7. Por lo cual se indica su traslado al Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa donde se inicia protección de la vía aérea con intubación endotraqueal, y posteriormente remitido a procedimiento quirúrgico, donde se realiza drenaje del hematoma epidural por craneotomía, a la semana se desteta pasando a modo ventilatorio no invasivo CPAP-PS.

Con la herramienta de valoración de enfermería del modelo de Marjory Gordon, se permite evaluar y abordar de manera holística el estado de salud del individuo y las necesidades del cuidado, recabando información por medio del expediente clínico y contacto directo del paciente, por consiguiente, se presentan los patrones alterados:

II. Nutricional-metabólico: Peso: 85 kg, Talla: 1.70 m, IMC: 29.4 kg/m², TC inicial: 37.2 °C y presencia febrícula durante 3 horas con 38°C, con sonda nasogástrica en ayuno. Cráneo con herida quirúrgica de 12 cm cerrada a nivel parietooccipital.

IV. Actividad ejercicio: escala de Daniels Al inicio del turno hemodinámicamente estable, con Ventilación mecánica no invasiva en modo CPAP-PS con FiO₂: 21%, PEEP :6 cmH₂O, PS: 7 cmH₂O, índice Tobin de 57.5 puntos. El cual es progresado en la primera hora a Nebulizador tipo puritan con mascarilla facial con FiO₂: 40%. Presentando a los 30 minutos, PANI: 151/92 mmhg, PAM: 103 mmhg, FC: 130 lpm, FR: 26 rpm, SatO₂: 99%, GASA: pH: 7.42, PaO₂/FIO₂: 738, pO₂: 155mmhg, pCO₂: 40mmhg, HCO₃: 28.2 mmol/L observando esfuerzo respiratorio en aumento, con tendencia a la agitación, a la auscultación de los campos pulmonares hay presencia de sonidos adventicios (sibilancias y estertores crepitantes), identificando broncoespasmo más sialorrea hialina. Con



limitación de la movilidad causado por la lesión en cervicales 6 y 7 con uso de collarín, manteniéndose en decúbito supino con trendelenburg invertido.

VI. Cognitivo perceptual: Paciente con TCE con Escala de coma de Glasgow de 9 puntos (O-3, V-2, M-4). CPOT: 2 puntos. Pupilas isocóricas, reactivas a la luz, posterior a procedimiento quirúrgico.

Tabla 1. Plan de cuidados individualizado en un paciente adulto con TCE

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)
Dominio: 4. Actividad/Reposo	Dominio:(NOC)
Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	II. Salud fisiológica
003337 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con secreciones excesivas de las vías respiratorias, fatiga de los músculos de la respiración evidenciado por sonidos respiratorios adventicios, alteración del ritmo respiratorio, hiperventilación, taquipnea.	Clase: 0415 Función respiratoria Indicadores: 041501 Frecuencia respiratoria Pre- Int (3) Post- Int (4) 041502 Ritmo respiratorio Pre- Int (3) Post- Int (4) Ruidos respiratorios auscultados Pre- Int (4) Post- Int (5)

Intervenciones de enfermería (NIC)

3350 Monitorización respiratoria

- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Observar los cambios de SaO₂ y CO₂ teleespiratorio y valores de gasometría arterial, según corresponda.



-
- Monitorizar las secreciones respiratorias del paciente.

3320 Oxigenoterapia

- Documentar las observaciones basales, incluidas la saturación, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia del pulso
- Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).
- Monitorizar el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y el nivel de conciencia.
- Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).

Fundamento científico

La oxigenoterapia es la concentración de oxígeno mayor de la que se encuentra en el aire ambiental (21%), para aumentar la concentración de oxígeno en sangre y evitar lesiones por hipoxia. El exceso de oxígeno o hiperoxia conlleva a la producción de radicales libres, los cuales son altamente perjudiciales para las células. La producción de estos radicales empieza a generar daño pulmonar y puede producir daños irreversibles en otros sitios del cuerpo como el cerebro.(Pírez et al., 2022)

Evaluación cualitativa:

El paciente se encontraba en Nebulizador Puritan previamente CPAP-PS, presentando niveles elevados de PaO₂/FiO₂, lo cual se relaciona con un alto aporte de oxígeno esto incrementando la frecuencia y profundidad del esfuerzo respiratorio, generando debilidad en los músculos accesorios de la respiración, al auscultarlo se detectaron estertores, crepitantes en ambos pulmones y sibilancias a nivel traqueal lo que le impedía realizar respiraciones espontáneas de manera efectiva, se administró broncodilatador para mejorar la ventilación y reducir la inflamación y así mejorar la apertura de las vías respiratorias. Se realizaron gasometrías arteriales y se monitorearon los signos vitales para ajustar el apoyo oxigenatorio con el objetivo de lograr un soporte ventilatorio espontáneo. Sin embargo, este proceso se vio dificultado por la disminución de la función cognitiva y neurológica del paciente.

Nota: Pre- Int (Pre-intervención), Post- Int (Post-intervención) refiriéndose a la Escala de Medición del 1 al 5 significando Grave(1) a Ninguno(5).



Tabla 2. Plan de cuidados individualizado en un paciente adulto con TCE

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)
Dominio: 11. Seguridad/protección	Dominio:(NOC)
Clase: 2. Lesión física	II. Salud fisiológica
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Clase:
relacionadas con mucosidad excesiva, retención de las secreciones evidenciada por cantidad excesiva de esputo, agitación psicomotriz.	E. Cardiopulmonar
	0410 Función respiratoria: permeabilidad de las vías respiratorias
	Indicadores:
	041017 Profundidad de la inspiración
	Pre- Int (2) Post- Int (4)
	041012 Capacidad de eliminar secreciones
	Pre- Int (2) Post- Int (4)
	041029 Estridor
	Pre- Int (2) Post- Int (3)

Intervenciones de enfermería (NIC)**3160 Aspiración de la vía aérea**

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral [PPC]) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

3390 Ayuda a la ventilación

- Mantener una vía aérea permeable.
- Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.



-
- Proporcionar aire humidificado, según esté indicado.
 - Administrar medicamentos (broncodilatadores, inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases

Fundamento científico

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que precisan ventilación mecánica, aumentan la producción de secreciones bronquiales obstruyéndose la vía aérea. Por ello es necesaria la aspiración para eliminarlas, procedimiento que mejora permeabilidad y oxigenación. (López Martín, 2020a)

Lo primordial es lograr niveles adecuados de Oxígeno (O2) y Dióxido de Carbono (CO2), garantizar la ventilación en los alveolos pulmonares, mantener las presiones intratorácicas, obtener la máxima seguridad y máxima comodidad para el paciente.(López Martín, 2020b)

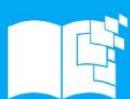
Evaluación cualitativa:

La presencia de estertores y crepitantes en el paciente y la pobre expectoración de las secreciones retenidas dificultaba el proceso fisiológico de respiración, al realizar la aspiración de manera regular en narina y boca, tenían características abundantes, claras y fluidas, el cual aseguro la permeabilidad de la vía aérea, mejorando el patrón respiratorio demostrado por una saturación adecuada y menor esfuerzo al respirar.

Nota: Pre- Int (Pre-intervención), Post- Int (Post-intervención) refiriéndose a la Escala de Medición del 1 al 5 significando Grave(1) a Ninguno(5).

Tabla 3. Plan de cuidados individualizado en un paciente adulto con TCE

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)
Dominio: 4. Actividad/reposo	Dominio:(NOC)
Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares	Clase: II. Salud fisiológica
00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral	E. Cardiopulmonar



ineficaz relacionado con lesión cerebral.

0406 Perfusión tisular: cerebral Indicadores:

040613 Presión arterial sistólica

Pre- Int (2) Post- Int (5)

040614 Presión arterial diastólica

Pre- Int (4) Post- Int (5)

040617 Presión arterial media

Pre- Int (3) Post- Int (5)

040619 Disminución del nivel de conciencia

Pre- Int (4) Post- Int (5)

Intervenciones de enfermería (NIC)

2550 Favorecimiento de la perfusión cerebral

- Monitorizar la presión arterial media (PAM).
- Monitorizar los valores de laboratorio para detectar cambios en la oxigenación o en el equilibrio acido-base, según corresponda.
- Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PO₂, pCO₂, pH y bicarbonato).
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaCO₂, SaO₂).

2620 Monitorización neurológica

- Monitorizar el nivel de conciencia.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
- Monitorizar las características del habla (p. ej., fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras).
- Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos.

Fundamento científico

El monitoreo del estado neurológico resulta esencial durante la lesión cerebral aguda. En general, el monitoreo persigue los siguientes objetivos: a) establecer e identificar la función de un órgano o



sistema; b) interpretar la fisiopatología; c) proveer datos fisiológicos que diagnostiquen situaciones anómalas; d) guiar la terapéutica; y d) ayudar a pronosticar. (Rubiños & Godoy, 2020).

Evaluación cualitativa:

Los pilares en los que se fundamenta la neuroprotección no farmacológica incluyen control de oxigenación cerebral, de presión arterial, temperatura, volemia, resistencia vascular y control de glucemia, los cuidados de enfermería se realizaron enfocados en la búsqueda de la limitación del daño, como el monitoreo constante del estado de conciencia del paciente mediante la escala de Glasgow, que se mantuvo en un puntaje de 9, indicando un nivel de conciencia disminuido, las pupilas del paciente estaban hiporreactivas, lo que podría ser indicativo de alteraciones neurológicas, el paciente permaneció bajo vigilancia continua para detectar cambios en su condición neurológica, destacando la respuesta al tratamiento y la vigilancia necesaria para prevenir complicaciones adicionales.

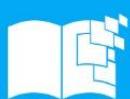
Nota: Pre- Int (Pre-intervención), Post- Int (Post-intervención) refiriéndose a la Escala de Medición del 1 al 5 significando Grave(1) a Ninguno(5).

Tabla 4. Plan de cuidados individualizado en un paciente adulto con TCE

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)
Dominio: 4. Actividad/reposo	Dominio:(NOC)
Clase: 2. Actividad/ejercicio	I. Salud Funcional
00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con inmovilidad prolongada, alteración de la integridad de las estructuras óseas evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas, disminución de la amplitud de movimientos.	Clase: C. Movilidad
	1913 Severidad de la lesión física
	Indicadores:
	191310 Fracturas vertebrales
	Pre- Int (2) Post- Int (4)
	191316 Deterioro de la movilidad
	Pre- Int (3) Post- Int (4)

Intervenciones de enfermería (NIC)

0844 Cambio de posición: neurológico



-
- Colocar en la posición terapéutica designada.
 - Emplear una mecánica corporal correcta al colocar al paciente.
 - Estabilizar la columna durante los cambios de posición, manteniéndola en una alineación anatómica (rotación nula).
 - Aplicar una ortosis de tipo collarín.

0740 Cuidados del paciente encamado

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

0910 Inmovilización

- Minimizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte corporal lesionada.
- Monitorizar la integridad cutánea bajo el dispositivo de soporte.
- Recomendar la realización de ejercicios isométricos, cuando proceda.

Fundamento científico

La ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas y actividades físicas, con el propósito de que el paciente disponga de medios para corregir o prevenir alteraciones, mejorar, restablecer o potenciar el funcionamiento físico, prevenir o reducir factores de riesgo para la salud, optimizar el estado general de salud, el acondicionamiento físico o la sensación de bienestar.(Ejercicio Terapéutico , 2018)

Evaluación cualitativa:

Se realizó la movilización del paciente con la correcta técnica de movilización en bloque para evitar el agravamiento de la lesión cervical. Durante los cuidados y procedimiento, se mantuvo el collarín cervical rígido para limitar la movilidad del cuello y prevenir el dolor asociado a la lesión y colchón.

El paciente fue posicionado en Trendelenburg invertido, con una inclinación de entre 30° y 40°, lo que permitió favorecer la expulsión de secreciones bronquiales y la sialorrea. Este posicionamiento también optimizó la permeabilidad de la vía aérea y mejoró el confort del paciente. Durante todo el



procedimiento, se monitoreó de cerca el bienestar del paciente, evaluando continuamente su respuesta y asegurando la seguridad durante la movilización.

Nota: Pre- Int (Pre-intervención), Post- Int (Post-intervención) refiriéndose a la Escala de Medición del 1 al 5 significando Grave(1) a Ninguno(5).

RESULTADOS

Se identificaron problemas relacionados con el trauma craneoencefálico y las alteraciones respiratorias, y se etiquetaron mediante la taxonomía NANDA, posterior los resultados e intervenciones planificadas para resolver los padecimientos presentados con las taxonomías NOC Y NIC. Descripto en las tablas 1 a la 4.

Los diagnósticos son:

003337 Patrón respiratorio ineficaz

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

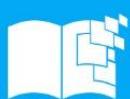
00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral

00085 Deterioro de la movilidad física

La atención por parte de especialistas en cuidados intensivos ante las situaciones del usuario por la problemática físicas posteriores a su padecimiento, fue promover el mejoramiento de la oxigenación, como control de las constantes vitales, aunque la movilidad del paciente fue estricta, observando cualquier riesgo por úlceras por presión. Las recomendaciones son, observar los cambios de niveles de conciencia, el control de la medicación, y mantenerlo en reposo, pero con ayuda de terapia física cuando sea indicado.

CONCLUSIÓN

El trauma craneoencefálico es una condición grave que requiere un tratamiento urgente, así como un manejo integral debido a la compresión de las estructuras nerviosas que derivan la función respiratoria sobre todo cuando afectan los nervios que inervan los músculos respiratorios. La valoración es fundamental para identificar y establecer los diagnósticos de enfermería, priorizando las necesidades físicas, implementando cuidados respecto a sus padecimientos presentados, lo que resultó un control de los signos y síntomas, por lo tanto, el correcto abordaje de estas herramientas ayuda a reconocer las



alteraciones, facilitar las intervenciones y así favorecer una mejora en su estado de salud fisiológico, con la finalidad de disminuir el daño y evitar complicaciones al paciente asociado a este tipo de eventos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almora Aldave, K. Y., Ayma Villa, I. S., Chávez Tacuche, R. A., Pérez Carrasco, S., & Zea Quintanilla, O. (2022). Proceso del cuidado enfermero aplicado en un adulto mayor con traumatismo craneoencefálico leve. *Investigación e Innovación*, 2(3), 234–243. <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1715>
- Altable, M., & Labra, I. (2021). Traumatismo Craneoencefálico y Secuelas. <https://www.researchgate.net/publication/348231276>
- Álvarez Suárez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. In Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Antonio Cárdenas, J. M. (2022). Intervenciones de enfermería en el periodo posoperatorio inmediato de un paciente sometido a craneotomía por hematoma epidural. *Investigación e Innovación*, 2(1), 182–196.
- Beltrán Rodríguez, N., Isabel Cólera Vidal, Igual Ramos, P., Orga Palomar, L., Fustero Montesa, A., & Avendaño Raigón, M. (2024). Cuidados de enfermería en un paciente con traumatismo craneoencefálico en el servicio de urgencias. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-un-paciente-con-traumatismo-craneoencefalico-en-el-servicio-de-urgencias/>
- Ejercicio terapéutico. (2018). <https://salud.asepeyo.es/profesionales/rehabilitacion/ejercicio-terapeutico/>
- Guaman Riofrío, M., Chamba Chamba, A., & Requelme Jaramillo, M. (2023). Abordaje de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico: a propósito de un caso. *Polo Del Conocimiento*, 8(1), 773–786. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i1>
- Herdman, T. H., Kamistsuru, S., & Takáo Lopes, C. (Eds.). (2024). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2024-2026* (13th ed.). Elsevier.



López Martín, I. (2020a). Sistema de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidado. Revista de Enfermería, 15(1), 1–15. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1051>

López Martín, I. (2020b). Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. Revista Ene de Enfermería, 15, 2–11.

Lozada Lara, L. M., Chipantiza Barrera, M. V., Yáñez Borja, A. B., & Alvera Arévalo, M. L. (2022). Daños neurológicos y psiquiátricos en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies, 3(3), 30–38. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i2.392>

M. Wagner, C., K. Butcher, H., & F. Clarke, M. (Eds.). (2024). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (8th ed.). Elsevier.

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (Eds.). (2024). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Vol. 7). Elviesier.

Ortiz Vega, J. (2012). Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo del trauma. In S. Martínez Dubois (Ed.), Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma (5th ed.). McGraw-Hill Education.

Pérez Canchila, L. F., Osorio Martínez, L. A., Díaz Díaz, J. L., Florez Sejin, S. E., Barreto Acevedo, J. A., Hernández Ruiz, R. Patricia, Cifuentes Ortiz, M. F., & Chaparro Giraldo, C. L. (2023). Fisiopatología del TEC grave en UCI en adultos y niños. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, 7(5), 1145–1158. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7792

Pírez, C., Peluffo, G., Giachetto, G., Menchaca, A., Pérez, W., & Machado, K. (2022). Oxigenoterapia. Archivos de Pediatría Del Uruguay, 91(1). <https://doi.org/10.31134/AP.91.S1.1>

Rubiños, C., & Godoy, D. A. (2020). Monitorización electroencefalográfica en el paciente crítico: ¿Qué información útil puede aportar? Medicina Intensiva, 44(5), 301–309. <https://doi.org/10.1016/j.medint.2019.03.012>

Soporte Vital Avanzado en Trauma. (2018). In ATLS (10th ed.).

TABASCO Gobierno del Pueblo. (2022, October 9). Preocupa a Hospital Rovirosa repunte de internamientos por accidentes vehiculares. <https://tabasco.gob.mx/noticias/preocupa-hospital->



rovirosa-repunte-de-internamientos-por-accidentes-
vehiculares#:~:text=Tan%20solo%20en%20el%202021%2C%20en%20el,de%20automotores%2
C%20ll%C3%A1mese%20motocicletas%2C%20pochim%C3%B3viles%20o%20autom%C3%B3viles
3viles

