

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados estandarizado para pacientes
politraumatizados en Unidades de Cuidados
Intensivos

*Standardized care plan for polytraumatized patients
in Intensive Care Units*

Autor/es

Mónica Miguel Sánchez

Director/es

José Antonio Tobajas Asensio

Facultad de Ciencias de la Salud

2021-2022

ÍNDICE

	Página
1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	4
3. Introducción.....	5
4. Objetivos.....	8
5. Metodología.....	9
6. Desarrollo.....	10
6.1 Valoración.....	10
6.2 Diagnósticos.....	16
6.3 Planificación.....	17
6.4 Ejecución.....	27
6.5 Evaluación.....	29
7. Conclusiones.....	30
8. Bibliografía.....	31
9. Anexos.....	36
- Anexo I.....	36
- Anexo II.....	37
- Anexo III.....	38
- Anexo IV.....	39
- Anexo V.....	40
- Anexo VI.....	41
- Anexo VII.....	42

1.RESUMEN

Introducción: El paciente politraumatizado es aquel que presenta varias lesiones traumáticas, causando alguna de ellas un riesgo importante para la vida. Los politraumatismos son la primera causa de muerte y morbilidad en niños y en adultos jóvenes en los países desarrollados. Algunas de las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y caídas desde alturas. Los pacientes politraumatizados presentan una mortalidad del 20%. Muchos pacientes se ven afectados posteriormente por una discapacidad, teniendo un impacto sobre la sociedad y suponiendo un alto coste monetario. Para la mejora del paciente es importante el enfoque multidisciplinario, tanto en los servicios de urgencias como en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), teniendo la enfermería un papel clave para la rehabilitación del paciente.

Objetivo: Diseñar un plan de cuidados estandarizado para pacientes politraumatizados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología: Se realizó la búsqueda bibliográfica en bases de datos (PubMed, Dialnet, SciELO), en la plataforma "eureka" para libros electrónicos y recursos web. En cuanto al desarrollo del plan de cuidados, se hizo una valoración mediante las Necesidades de Virginia Henderson. Para el diagnóstico, planificación y ejecución se utilizó la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Conclusiones: La aplicación de este plan de cuidados contribuye a elevar el nivel de calidad asistencial y conocimiento a los profesionales de enfermería, ya que es un paciente complejo y con una alta mortalidad. Además, tendría un impacto directo sobre el paciente politraumatizado en UCI, e indirecto sobre la familia y la sociedad.

Palabras clave: "paciente politraumatizado", "Unidad de Cuidados Intensivos", "plan de cuidados" y "enfermería"

2. ABSTRACT

Introduction: A polytraumatized patient has several traumatic injuries, some of them can cause an important risk for his or her life. Polytraumatism is the first death and morbidity cause in children and young adults in developed countries. Some of the most frequent causes are traffic accidents and falls from heights. Polytraumatized patients have a mortality of 20%. A lot of patients are affected by a disability afterwards, having a social impact and a high monetary cost. For patients' improvement a multidisciplinary approach is important, in urgency services as well as in Intensive Care Units (ICU), having nursing a key role in patients' rehabilitation.

Objective: Design a standardized care plan for polytraumatized patients in Intensive Care Units

Methodology: For methodology research some data bases were used (PubMed, Dialnet, SciELO), as well as "eureka" platform to find e-books and also some web resources. Related to the care plan development, the assessment was made using the fourteen Necessities by Virginia Henderson. NANDA, NOC and NIC taxonomy was used for diagnoses, outcomes and planning, and implementation.

Conclusions: The implementation of this plan contributes to raise the assistance quality level and the nursing professionals' knowledge, due to the complexity of this patient and the high mortality. Moreover, it would have a direct impact on the polytraumatized patient in ICU and indirect towards family and society.

Key words: "polytraumatized patient", "Intensive Care Unit", "care plan" and "nursing".

3.INTRODUCCIÓN

No hay un consenso sobre la definición de politrauma o trauma grave, algunas de ellas se refieren al número de lesiones, localización corporal, mecanismo de la lesión, etcétera. (1) En la actualidad, la más aceptada es que el paciente politraumatizado presenta varias lesiones traumáticas, causando alguna de ellas un riesgo importante para el mantenimiento de la vida.

“Se establece como politrauma aquel paciente con dos lesiones con una puntuación igual o superior a tres en la Escala Abreviada de Lesiones [*Abbreviated Injury Scale (AIS)*](Anexo I)] y una o más de las siguientes condiciones: hipotensión (Presión Arterial Sistólica (PAS) igual o inferior a 90 mmHg), alteración del nivel de consciencia [*Glasgow Coma Scale (GCS)* menor o igual a 8 puntos (Anexo II)], acidosis (déficit de bases menor o inferior a -6,0), coagulopatía PTT mayor o igual a 40 segundos o INR mayor igual a 1,4) y edad (mayor o igual a 70 años).” (2)

Los politraumatismos son la primera causa de muerte y morbilidad en niños y en adultos jóvenes en los países desarrollados. Más de 5 millones de personas mueren al año por lesiones traumáticas no intencionales, homicidios y suicidios. Aproximadamente, de 20 a 50 millones de personas sufren traumatismos no letales, a pesar de ello, muchos producen alguna discapacidad. Concretamente en España, los politraumatismos constituyen la primera causa de muerte en menores de 45 años, y la tercera a partir de esa edad. (1,3,4)

Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y caídas desde alturas. Los pacientes politraumatizados presentan una mortalidad del 20%. Más del 90% de estas muertes son causadas por el trauma primario, seguidas del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) y del fallo multiorgánico. (3)

A nivel mundial se utiliza la Escala de Gravedad Lesional / *Injury Severity Scale (ISS)* (Anexo III) para valorar la gravedad de las lesiones, considerándose una puntuación ≥ 16 correspondiente al paciente politraumatizado. (2)

Los equipos de emergencias extrahospitalarias son los primeros en atender a este tipo de paciente. Son los encargados de mantener la vía aérea permeable, controlar las hemorragias, el shock e inmovilizar adecuadamente al paciente. La atención al trauma durante la primera hora es descrita por el Advanced Trauma Life Support (ATLS®), considerado un "gold standard". Éstas son unas pautas creadas por médicos y enfermeras de Estados Unidos, que describen la correcta actuación frente a un paciente politraumatizado. (2,5)

La evaluación de estos pacientes consta de dos etapas: evaluación primaria y secundaria. La primaria consiste en la valoración ABCDE, no pudiendo continuar con un paso si no se ha solucionado el anterior, se reevalúa constantemente.

Una vez estabilizado el paciente se puede pasar a la evaluación secundaria. Se expone al paciente y se lleva a cabo una exploración exhaustiva de cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, cintura pélvica y extremidades.

Además, se hacen ciertas pruebas complementarias de forma sistemática: analítica completa, pruebas cruzadas, radiografía (Rx) cervical, torácica y pelviana. También una ecografía abdominal y una Tomografía Axial Computarizada (TAC). (5)

Los pacientes politraumatizados tienen un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad por sus lesiones en conjunto, que por la suma que supondría el riesgo de esas lesiones individualmente. La situación de estos pacientes supone un alto coste monetario, debido a sus largas estancias en la UCI, intervenciones quirúrgicas y secuelas posteriores. El impacto en la sociedad del paciente politraumatizado es mayor que el de pacientes con solo una lesión, debido a que muchos de ellos se ven afectados posteriormente por una discapacidad. (1,6,7,8)

Es importante el enfoque multidisciplinario, tanto en los servicios de urgencias como en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los pacientes dependen de los cuidados de enfermería para prevenir complicaciones y evaluar constantemente valores hemodinámicos, respiratorios, cuidados básicos, control del metabolismo, etcétera.

Es fundamental la actuación de enfermería, ya que además de participar en técnicas y en la valoración, deberá participar en su rehabilitación. Por ello es importante establecer un plan de cuidados en este tipo de paciente tan complejo, buscando mejorar su salud y evitar las potenciales complicaciones.

(9)

4. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Diseñar un plan de cuidados estandarizado para pacientes politraumatizados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos:

- Contribuir a la reducción de la morbimortalidad de los pacientes politraumatizados en la UCI.
- Aportar conocimientos actualizados para la elaboración de guías clínicas de enfermería en pacientes politraumatizados.
- Visibilizar la importancia de aplicar la metodología enfermera al paciente politraumatizado en la UCI.

5.METODOLOGÍA

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos Dialnet, PubMed y SciELO. Como criterio de búsqueda se estableció que los artículos se hubiesen publicado de 2017 a 2022.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº ARTÍCULOS UTILIZADOS
DIALNET	"paciente politraumatizado UCI"		33	3
PUBMED	"polytraumatized"	Free full text, humans	55	4
	"polytraumatized patient care"	Free full text, humans	12	1
	"sleep assessment critical patient"	Free full text, humans	50	1
SCIELO	"polytrauma"		12	2

Además, se consultaron libros electrónicos mediante la plataforma "eureka" de la editorial Médica Panamericana. Las palabras de búsqueda empleadas fueron: cuidados intensivos y enfermería; utilizando finalmente cinco libros.

Para el Plan de Cuidados se ha seguido el modelo de valoración de necesidades básicas según Virginia Henderson. En cuanto a las taxonomías NANDA, NOC y NIC se ha empleado "NNN Consult", actualizado en la versión 2021-2023.

6.DESARROLLO

6.1. Valoración

En el primer contacto con el paciente, antes de ingresar en la UCI, se realiza una evaluación inicial rápida. Se utiliza la regla mnemotécnica AMPLE (A: alergias; M: medicamentos; P: pasado/antecedentes; L: *last oral* /última ingesta; E: eventos ocurridos en el accidente).

Como recomienda el ATLS ®, se debe utilizar el método ABCDE. La "A" corresponde a *Airway* o vía aérea, debiendo asegurarse ésta con control cervical. La letra "B" se refiere a *Breathing* o ventilación, valorándose ésta y la oxigenación. La hemodinámica se evalúa mediante la "C", *Circulation* o circulación. El estado neurológico corresponde a la letra "D", *Disability* o déficit. La última letra es la "E", refiriéndose a *Exposure* o exposición, consiste en una exploración exhaustiva y prevenir la hipotermia. (10)

Para llevar a cabo la valoración del paciente se van a utilizar las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (11):

1. Respirar normalmente.

Para valorar al paciente en la UCI será necesaria una monitorización constante de su hemodinámica: presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), saturación de oxígeno (SatO₂), capnografía (sobre todo en casos de intubación orotraqueal (IOT)) y frecuencia respiratoria (FR).

Se debe inspeccionar el tórax, buscando asimetrías, respiración paradójica, cianosis, presencia de enfisema subcutáneo, vigilar el drenaje pleural si hubiera, etcétera. Antes de llegar a la UCI ya se habrán valorado algunos de estos aspectos y otros como la presencia de heridas penetrantes o ingurgitación yugular. Aun así, es importante seguir valorando estos aspectos para prevenir, identificar o evaluar la evolución de algunas complicaciones, como son el neumotórax a tensión, neumotórax abierto, hemotórax, contusión pulmonar, etcétera.

Además de por una alteración respiratoria, los tejidos pueden sufrir hipoxia por hipoperfusión. Por tanto, se tiene en cuenta el control de una posible hemorragia, ya que se asocia a un peor pronóstico. Se valora la perfusión tisular mediante la palpación de los pulsos radiales y femorales (pulsos periféricos), el pulso carotídeo (pulso central), diuresis, relleno capilar, nivel de consciencia y temperatura corporal. Estos signos son muy importantes para identificar si el paciente sufre un shock hemorrágico o hipovolémico, ya que es el tipo de shock más frecuente en el politrauma.

Las fracturas o luxaciones óseas pueden comprometer la perfusión de distintas estructuras, siendo necesario estabilizar estas lesiones. (10,12,13)

2. Comer y beber adecuadamente

El aparato digestivo puede sufrir daños primarios o secundarios. Los primarios pueden deberse a un traumatismo abdominal penetrante o contuso, o a una disfunción de los órganos que componen este aparato.

La vigilancia del funcionamiento del aparato digestivo tiene importancia en el paciente politraumatizado principalmente por los efectos sistémicos que se pueden producir, como el shock hipovolémico o shock séptico. A nivel local puede haber lesiones en estómago, intestino, vesícula biliar e incluso en otras zonas del abdomen como la vejiga.

Las lesiones en el aparato digestivo pueden evolucionar a la triada mortal de hipotermia, acidosis metabólica y coagulopatía. Los daños secundarios se deben a alteraciones en otros sistemas, como el nervioso o el cardiovascular (susceptible a isquemia provocando disfunción).

Realizar mediciones de la presión intraabdominal ayuda a la identificación de hipertensión intraabdominal (HIA) y el síndrome compartimental abdominal (SCA). (9)

Por tanto, para valorar el estado funcional del aparato digestivo se tendrá en cuenta la presencia de dolor, distensión abdominal, náuseas, diarrea, melenas o estreñimiento. Esto tiene importancia en el paciente politraumatizado, ya que las melenas pueden indicar una hemorragia y la diarrea suponer una importante pérdida de líquidos. Lo que se relaciona

directamente con la necesidad de circulación, siendo importante la reposición de líquidos. Aunque no se recomienda administrar líquidos en exceso, ya que acelera la aparición de la coagulopatía y puede provocar HIA y SCA.

Los profesionales de enfermería valorarán y manejarán la nutrición (administración y tolerancia), medicación, balance hidroelectrolítico, sondas nasogástricas (SNG), sondas rectales, drenajes, protección contra infecciones, etcétera. Las sondas nasogástricas tienen importancia tanto a nivel nutricional como a nivel protector, para evitar que se produzca una aspiración del reflujo gástrico a los pulmones. (14,15).

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Se consideran signos importantes el cambio en el tránsito intestinal, el aspecto de las heces y el reflujo gástrico.

El control de la diuresis es imprescindible para hacer el balance hídrico. Se valorará el sondaje vesical según el estado del paciente, dependiendo de su estado de consciencia o si hay fracturas en la pelvis. La presencia de sangre en el meato urinario y una fractura de pelvis, hace que un médico deba valorar si es conveniente realizar un sondaje vesical. También se valorará la colocación de SNG si hay una posible fractura del etmoides, en tal caso se colocará una sonda orogástrica. (12)

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

La capacidad del paciente de moverse puede verse afectada por daños musculares, óseos o neurológicos, ya sea por lesiones en nervios periféricos, cerebro o médula espinal.

Se llevará a cabo una valoración neurológica, en la que se utilizará la escala de Glasgow, se observará la reactividad, el tamaño y la simetría de ambas pupilas, y la focalidad neurológica. Esto nos puede indicar la necesidad de hacer un TAC craneal o un aumento de la presión intracraneal (PIC), lo que puede dar lugar a un edema cerebral, convulsiones, etcétera.

Relacionado con las lesiones musculares y óseas, se observará la presencia y aspecto de posibles heridas quirúrgicas, hematomas, inflamación y dolor. Se evaluarán signos de infección, el estado neurovascular de la extremidad, integridad de la piel, etcétera. Es importante tener en cuenta que la recuperación músculoesquelética se enlentece por la disfunción del sistema inmunitario. (6,9,12,16)

En la valoración neurológica de un paciente inestable hemodinámica o respiratoriamente inestable, no será válida la GCS. (5)

5. Dormir y descansar

En las unidades de cuidados intensivos hay una prevalencia de la alteración del sueño en los pacientes entre el 22 y el 61%. Se puede valorar de manera objetiva mediante la polisomnografía y la actigrafía, pero debido a la necesidad de personal cualificado y a que no todas las UCI tienen esa posibilidad, se utilizan métodos subjetivos como los cuestionarios. Por ejemplo el cuestionario Freedman, específico para UCI. (Anexo IV) La cantidad y la calidad del sueño se podrá valorar cuando el paciente esté consciente, no esté bajo sedación, sufra demencia, consuma sustancias de abuso, etcétera. (17)

6. Escoger ropa adecuada. Vestirse y desvestirse

El politraumatizado en la UCI llevará la ropa correspondiente a los pacientes, por lo que no será valorable si el paciente escoge ropa adecuada o no. Su forma de vestirse o desvestirse podría servir para valorar indirectamente su movilidad, que en la mayoría de los pacientes politraumatizados se verá afectada por lesiones y/o recomendación de reposo, coma, etcétera.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Tomar la temperatura A un paciente politraumatizado es importante para evitar la hipotermia, ya que tienen un riesgo elevado de sufrirla y además se asocia a alteraciones en la coagulación. Además, servirá para detectar una posible infección si presenta fiebre. (10,12)

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

No se valorará la capacidad del paciente de mantener su higiene corporal. Ya que su aseo y cuidado de la piel se llevará a cabo por el personal de la UCI.

Sí se valorarán posibles lesiones en la piel, como úlceras por presión (UPP), heridas quirúrgicas, aspecto y limpieza de ojos, conductos auditivos, boca etcétera.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

La American Pain Society (APS), estableció en 1996 la frase: "el dolor como quinto signo vital". Refiriéndose a la gran importancia de su valoración.

En pacientes que se puedan comunicar se podrá utilizar la Escala Visual Analógica (EVA), valorando del 1 al 10 el dolor, siendo 10 el máximo. Sin embargo, debido a su gravedad muchos pacientes en la UCI son incapaces de comunicarse. Aunque algunos no puedan hablar mantienen su capacidad motora y cognitiva, pudiendo comunicarse mediante escritura, símbolos, etcétera. En otros países se utiliza la *Behavioral Pain Scale* (BPS), sin embargo, en España se creó y se validó la Escala de Conductas Indicadoras del Dolor (ESCID). (Anexo V)

Como parte de la valoración de la seguridad del paciente, se valorará el nivel de sedación mediante la Richmond Agitation Scale (RASS). (Anexo VI) También se podría valorar objetivamente mediante el Bispectral Index (BIS®), valorándose de 0 a 100, siendo el 100 el paciente totalmente despierto. Aunque el uso del BIS® se recomienda solo en pacientes a los que se les administra relajantes neuromusculares. (18)

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones

Aunque la comunicación puede verse alterada por daños neurológicos o una traqueotomía, la audición se mantiene, aunque el paciente esté en coma. Además de humanizar al paciente en la UCI, comunicarse con él sirve como estímulo, contribuyendo a la recuperación neurológica. (9)

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Si el paciente se puede comunicar es conveniente preguntarle cómo está psicológicamente. Estudios sobre el Síndrome Post Cuidados Intensivos (SPCI), señalan que entre el 10 y el 60% de los pacientes que sobreviven a la UCI tienen síntomas de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, pudiendo persistir meses o años. También pueden sufrir Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). (19)

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Esta necesidad no es valorable cuando el paciente se encuentra en la UCI, pero sí pasado un tiempo, ya que a muchos de ellos no les es posible reincorporarse al mercado laboral y se ven afectadas sus actividades de la vida diaria (AVD). (18)

13. Participar en actividades recreativas

Considerar la posibilidad de que los pacientes que puedan, tengan una distracción durante su ingreso, ya sean actividades manuales, artísticas, leer, ver películas, internet, etcétera.

14. Satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Se puede valorar el estado cognitivo del paciente utilizando escalas validadas, por ejemplo, el cuestionario de Pfeiffer. (Anexo VII)

6.2. Diagnósticos

Diagnósticos reales
[00029] Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen sistólico m/p alteración de la tensión arterial
[00030] Deterioro del intercambio de gases r/c patrón respiratorio ineficaz m/p hipoxia
[00044] Deterioro de la integridad tisular r/c inmovilización/ dispositivos médicos/ afección grave m/p deterioro de la integridad cutánea/ sequedad ocular/ sangrado
Diagnósticos de riesgo
[00025] Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos
[00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c disminución de la circulación gastrointestinal y/o nutrición enteral
[00086] Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c traumatismo y/o obstrucción vascular
[00246] Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c personas que requieren intervención quirúrgica de urgencia y/o deterioro de la movilidad física
[00040] Riesgo de síndrome de desuso r/c disminución del nivel de consciencia y/o restricción de la movilidad prescrita

6.3 Planificación

NANDA: [00029] Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del volumen sistólico m/p alteración de la tensión arterial.

NOC	NIC
[0414] Estado cardiopulmonar [0422] Perfusión tisular	[6680] Monitorización de los signos vitales [4210] Monitorización hemodinámica invasiva [2620] Monitorización neurológica

INDICADORES	Escalas
[41401] Presión arterial sistólica [41402] Presión arterial diastólica [41404] Frecuencia cardíaca apical [41405] Ritmo cardíaco [41406] Frecuencia respiratoria [41412] Saturación de oxígeno	Escala 02 (Grado de desviación) 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
[41419] Distensión de las venas del cuello [41422] Edema periférico [41423] Edema pulmonar	Escala 14 (Grado de un estado) 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

<p>[42206] Flujo de sangre a través de la vascularización coronaria</p>	<p>Escala 02 (Grado de desviación)</p>
<p>[42207] Flujo de sangre a través de la vascularización pulmonar</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal</p>
<p>[42208] Flujo de sangre a través de la vascularización cerebral</p>	<p>2. Desviación sustancial del rango normal</p>
<p>[42209] Flujo de sangre a través de los vasos periféricos</p>	<p>3. Desviación moderada del rango normal</p>
	<p>4. Desviación leve del rango normal</p>
	<p>5. Sin desviación del rango normal</p>

NANDA: [00030] Deterioro del intercambio de gases r/c patrón respiratorio ineficaz m/p hipoxia.

NOC	NIC
[0403] Estado respiratorio: ventilación	[3140] Manejo de la vía aérea [3350] Monitorización respiratoria

INDICADORES	Escala
[40301] Frecuencia respiratoria [40302] Ritmo respiratorio [40303] Profundidad de la respiración	Escala 02 (Grado de desviación) 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
[40331] Acumulación de esputos	Escala 14 (Grado de un estado) 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

NANDA: [00025] Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos.

NOC	NIC
[0601] Equilibrio hídrico	<p data-bbox="756 450 1145 488">[4120] Manejo de líquidos</p> <p data-bbox="671 555 1230 593">[4020] Disminución de la hemorragia</p>

INDICADORES	Escala
<p data-bbox="240 875 600 913">[60101] Presión arterial</p> <p data-bbox="240 981 632 1019">[60105] Pulsos periféricos</p> <p data-bbox="240 1086 751 1176">[60107] Entradas y salidas diarias equilibradas</p>	<p data-bbox="810 875 1342 965">Escala 01 (Grado de deterioro de la salud)</p> <ol data-bbox="858 981 1315 1339" style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
<p data-bbox="240 1413 671 1503">[60108] Ruidos respiratorios patológicos</p> <p data-bbox="240 1570 584 1608">[60113] Ojos hundidos</p> <p data-bbox="240 1675 746 1765">[60117] Humedad de membranas mucosas</p>	<p data-bbox="810 1413 1283 1451">Escala 14 (Grado de un estado)</p> <ol data-bbox="858 1467 1059 1713" style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

NANDA: [00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c disminución de la circulación gastrointestinal y/o nutrición enteral.

NOC	NIC
[1015] Función gastrointestinal	[1874] Cuidados de la sonda gastrointestinal [1100] Manejo de la nutrición

INDICADORES	Escala
<p>[101503] Frecuencia de deposiciones</p> <p>[101504] Color de las deposiciones</p> <p>[101505] Consistencia de las deposiciones</p> <p>[101510] Cantidad de residuos en el contenido gástrico aspirado</p> <p>[101526] pH del contenido gástrico aspirado</p>	<p>Escala 01 (Grado de deterioro de la salud)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
<p>[101537] Pérdida de peso</p> <p>[101538] Hemorragia digestiva</p>	<p>Escala 14 (Grado de un estado)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

NANDA: [00086] Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c traumatismo y/o obstrucción vascular.

NOC	NIC
[0917] Estado neurológico: periférico	[2660] Manejo de la sensibilidad periférica alterada

INDICADORES	Escala
[91710] Función motora bilateral [91729] Tono muscular bilateral [91724] Discriminación de calor/frío bilateral	Escala 01 (Grado de deterioro de la salud) <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

NANDA: [00246] Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c personas que requieren intervención quirúrgica de urgencia y/o deterioro de la movilidad física.

NOC	NIC
[2305] Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	[0940] Cuidados de tracción/inmovilización

INDICADORES	Escala
<p>[230501] Vías aéreas permeables</p> <p>[230520] Drenado de los drenajes/tubos de la herida</p> <p>[230513] Nivel de conciencia</p> <p>[230515] Diuresis</p> <p>[230502] Presión arterial sistólica</p> <p>[230503] Presión arterial diastólica</p> <p>[230506] Frecuencia cardíaca apical</p> <p>[230507] Ritmo cardíaco apical</p>	<p>Escala 02 (Grado de desviación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
<p>[230523] Drenado en el apósito</p> <p>[230526] Náusea</p> <p>[230529] Dolor de garganta</p>	<p>Escala 14 (Grado de un estado)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

NANDA: [00040] Riesgo de síndrome de desuso r/c disminución del nivel de conciencia y/o restricción de la movilidad prescrita.

NOC	NIC
<p>[0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p> <p>[1104] Curación ósea</p>	<p>[840] Cambio de posición</p> <p>[740] Cuidados del paciente encamado</p> <p>[762] Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento</p>

INDICADORES	Escala
<p>[20401] Úlceras por presión</p> <p>[20405] Hipoactividad intestinal</p> <p>[20418] Trombosis venosa</p>	<p>Escala 14 (Grado de un estado)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
<p>[20412] Tono muscular</p> <p>[20414] Movimiento articular</p>	<p>Escala 01 (Grado de deterioro de la salud)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

<p>[110404] Osificación, consolidación y remodelación</p> <p>[110406] Recuperación de la función ósea</p>	<p>Escala 09 (Rango sobre el que se extiende una entidad)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso
<p>[110410] Infección del tejido circundante</p> <p>[110408] Edema</p>	<p>Escala 23B (Extenso – Ninguno)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno

NANDA: [00044] Deterioro de la integridad tisular r/c inmovilización y/o dispositivos médicos y/o afección grave m/p deterioro de la integridad cutánea y/o sequedad ocular y/o sangrado.

NOC	NIC
[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<p>[3590] Vigilancia de la piel</p> <p>[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</p> <p>[3660] Cuidados de las heridas</p>

INDICADORES	Escala
<p>[110101] Temperatura de la piel</p> <p>[110104] Hidratación</p> <p>[110105] Pigmentación anormal</p>	<p>Escala 01 (Grado de deterioro de la salud)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
<p>[110115] Lesiones cutáneas</p> <p>[110116] Lesiones de la mucosa</p>	<p>Escala 14 (Grado de un estado)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

6.4 Ejecución

Actividades dirigidas al estado hemodinámico y respiratorio:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, según corresponda, con el transductor a nivel de la aurícula derecha.
- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Explorar para detectar la presencia de hemorragia de las mucosas, la aparición de hematomas ante traumatismos mínimos, hemorragia de los sitios de punción y la presencia de petequias.
- Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.
- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados siguiendo las normas del centro y según esté indicado.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.

Cuidados neurológicos:

- Vigilar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Monitorizar la presión intracraneal (PIC) y la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Comprobar la discriminación afilado/rombo o calor/frío.
- Observar si hay parestesias: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia, así como el nivel de dolor.

Actuaciones relacionadas con el funcionamiento gastrointestinal y nutrición:

- Observar la correcta colocación de la sonda, siguiendo el protocolo del centro.
- Auscultar periódicamente los ruidos intestinales.
- Observar si se produce diarrea.

- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.

Procedimientos relacionados con la movilidad del paciente:

- Colocar al paciente con una alineación corporal correcta.
- Observar si se producen complicaciones por la inmovilidad (p. ej., trombosis venosa profunda, infección torácica, desgaste muscular, caída del pie).
- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Elevar la extremidad enyesada a la altura o por encima del nivel del corazón para reducir la tumefacción o la inflamación.
- Monitorizar la circulación y la función neurológica de los tejidos por encima y por debajo del yeso.
- Aplicar hielo durante las primeras 24-36 horas para reducir la tumefacción o la inflamación.

Actividades dirigidas al mantenimiento de la integridad tisular:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.

Fuente: NNN Consult (20)

6.5 Evaluación

Para evaluar el plan de cuidados, y por tanto la calidad asistencial, se utilizarían los indicadores de resultados de los NOC. Son específicos del plan y por tanto del paciente politraumatizado, concretamente se adecúan a los cuidados que puede requerir en la UCI.

Estos indicadores se podrían comparar al inicio del ingreso en UCI y al alta a planta de hospitalización. Es decir, la mejora de algunos valores como las constantes vitales, aspecto de piel y mucosas, estado neurológico (GCS) y la evolución de las lesiones (ISS), entre otros, indicarán que el plan de cuidados es adecuado.

7. CONCLUSIONES

La aplicación de este plan de cuidados contribuye a elevar el nivel de calidad asistencial y por tanto a reducir la morbimortalidad del paciente politraumatizado en la UCI.

El paciente politraumatizado habitualmente presenta un estado muy grave, por tanto, requiere que los profesionales de cuidados intensivos proporcionen unos cuidados de calidad de una manera integral. Una de las ventajas de este programa es que es estandarizado, pudiendo ser aplicado y adaptado a cualquier paciente politraumatizado en UCI.

La alta mortalidad y complejidad del paciente politraumatizado supone un reto para el personal de la UCI. Esto se debe a las características de los traumas sufridos, ya que pueden dañar en mayor o menor medida distintos órganos y sistemas. En la UCI pueden sufrir complicaciones de origen multifactorial, debido a las lesiones previas o a la estancia en la unidad en sí misma.

Este plan de cuidados tiene un impacto directo sobre el paciente, e indirecto sobre la familia y la sociedad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Frenzel S, Krenn P, Heinz T, Negrin L. Does the applied polytrauma definition notably influence outcome and patient population? – a retrospective analysis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2017 [consultado 9 Feb 2022];25(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577783/>
2. Morales Cané I. Aspectos prevalentes en la atención al paciente trauma grave en cuidados críticos: larga estancia, infección, administración de ácido tranexámico [Tesis doctoral]. Universidad de Córdoba; 2019. Disponible en: <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/18719/2019000001939.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Haider T, Halat G, Heinz T, Hajdu S, Negrin L. Thoracic trauma and acute respiratory distress syndrome in polytraumatized patients: a retrospective analysis. Minerva Anesthesiol. [Internet]. 2017 [consultado 9 Feb 2022];83(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28402091/>
4. Ferrando Sánchez M, Sanz Pérez L, Alastruey Gargallo M, Aranda Hernández B. Atención al paciente politraumatizado. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [consultado 9 Feb 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-al-paciente-politraumatizado-caso-clinico/>
5. Rincón Ferrari M, Carbajal Guerrero J, Egea Guerrero J. Manejo general del politraumatizado grave. En: Aragonés Manzanares R, de Rojas Román J. Cuidados Intensivos Atención Integral del Paciente Crítico [Internet]. 1ª ed. Madrid (España): Médica Panamericana; 2015 [consultado 9 Feb 2022]. p. 725 - 732. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.cuarzo.unizar.es:9443/VisorEbookV2/Ebook/9788498359671?token=790ac194-3b21-4fa0-88ef-be056b0b3f83#{%22Pagina%22:%22725%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}>

6. Pothmann C, Baumann S, Jensen K, Mica L, Osterhoff G, Simmen H et al. Assessment of polytraumatized patients according to the Berlin Definition: Does the addition of physiological data really improve interobserver reliability?. PLOS ONE [Internet]. 2018 [consultado 9 Feb 2022];13(8): e0201818. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6107114/>

7. Guisasola M, Alonso B, Bravo B, Vaquero J, Chana F. An overview of cytokines and heat shock response in polytraumatized patients. Cell Stress and Chaperones [Internet]. 2017 [consultado 9 Feb 2022];23(4):483-489. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045557/>

8. Auñón Martín I, Caba Doussoux P, Jiménez Díaz V, del Oro Hitar M, Lora Pablos D, Cecilia López D. Valoración de parámetros clínicos del paciente politraumatizado como predictores del gasto hospitalario y de su distribución. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología [Internet]. 2018 [consultado 9 Feb 2022];62(6):408-414. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-valoracion-parametros-clinicos-del-paciente-S1888441518300882>

9. Pereira de Souza L, Biavatti de Oliveira Algeri É, Augusto Pinheiro F, Guerino de Lima M. Pacientes con lesión traumática. En: Pietro P. Viana R, Torre C. Enfermería en Cuidados Intensivos Prácticas integradoras [Internet]. 1ª ed. Buenos Aires (Argentina): Médica Panamericana; 2019 [consultado 9 Feb 2022]. p. 679 - 687. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.cuarzo.unizar.es:9443/VisorEbookV2/Ebook/9789500695800?token=469940ea-e851-416d-8f4a-8165ccc51535#{%22Pagina%22:%22679%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}>

10. Papadakos P, Khan S. Politraumatismo grave. En: Hernández Martínez A, ed. Situaciones Clínicas en Anestesia y en Cuidados críticos [Internet]. 2ª ed. Madrid (España): Médica Panamericana; 2021 [consultado 20 Mar 2022]. p. 601-604. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.cuarzo.unizar.es:9443/VisorEbookV2/Ebook/9788491104100?token=4>

[8165ccc51535#{%22Pagina%22:%22257%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}](http://www.nnnconsult.com/8165ccc51535#{%22Pagina%22:%22257%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22})

20. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2021 [consultado 18 Abr 2022]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

9. ANEXOS

Anexo I

Escala AIS

“Puntúa las lesiones de forma individual y los clasifica de AIS 1 (Leve) al AIS 6 (Mortal).

1. Lesión menor
2. Lesión moderada
3. Lesión severa, sin compromiso vital
4. Lesión severa con compromiso vital, supervivencia probable
5. Lesión crítica, supervivencia incierta
6. Lesión incompatible con la vida”

Fuente: Ali Ali B, Fortún Moral M, Belzunegui Otano T, Reyero Díez D, Castro Neira M. Escalas para predicción de resultados tras traumatismo grave. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 [consultado 9 Feb 2022];40(1). Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100103

Anexo II

ESCALA DE GLASGOW DE NIVEL DE CONCIENCIA					
APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece órdenes	6
Orden verbal	3	Confuso	4	Localiza dolor	5
Estímulo doloroso	2	Palabras inapropiadas	3	Retirada al dolor	4
Ausente	1	Palabras incomprensibles	2	Flexión al dolor	3
		Ausente	1	Extensión al dolor	2
			Ausente		1
Puntuación máxima: 15 Puntuación mínima: 3					

Fuente: Manzanas J. Escala de Coma de Glasgow [Internet]. eSalud. 2019 [consultado 7 May 2022]. Disponible en: <https://www.esalud.com/escala-glasgow/>

Anexo III

Escala ISS

“El índice ISS es una escala ordinal y se calcula sumando el cuadrado de las tres lesiones con puntuación AIS más altas de tres regiones corporales diferentes. Estas regiones, 6 en total, son las siguientes: cabeza y cuello incluye columna cervical, cara, tórax incluye diafragma y columna dorsal, abdomen incluye columna lumbar, extremidades incluye anillo pélvico y por último lesiones externas (abrasiones, quemaduras, etc). El rango de puntuación es de 1 a 75, un AIS de grado 6 en una región corporal aporta automáticamente 75 puntos ya que es una lesión fatal”.

Injury Severity Score (ISS)

Body Region	Score	Abbreviated Injury Scale (AIS)
Head	1	Minor
Face		
Neck	2	Moderate
Thorax		
Abdomen	3	Serious
Spine		
Upper Extremity	4	Severe
Lower Extremity		
External and other	5	Critical
	6	Unsurvivable

Fuentes:

Ali Ali B, Fortún Moral M, Belzunegui Otano T, Reyero Díez D, Castro Neira M. Escalas para predicción de resultados tras traumatismo grave. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 [consultado 9 Feb 2022];40(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100103

Weaver J, Topping W, Chui J, Su J. Trauma unit MDCT in severely injured patients: an audit [Internet]. EPOS. 2020 [consultado 7 May 2022]. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/ecr2020/C-13680/background>

Anexo IV

1. Califique la calidad del sueño en casa: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Use la escala de 0 a 10 (1 es pobre y 10 es excelente)

2. Califique la calidad del sueño en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Use la escala de 0 a 10 (1 es pobre y 10 es excelente)

3. Califique la calidad del sueño en la UCI durante los siguientes días:
(1 es no dormir y 10 es excelente)
 - La primera noche en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - A media estancia en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Al final de la estancia en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Valore el grado general de somnolencia diurna durante su estancia en UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 es incapaz de mantenerse despierto y 10 es completamente alerta y despierto)

5. Valore el grado general de somnolencia diurna durante su estancia en UCI en los siguientes días:
(1 es incapaz de mantenerse despierto y 10 es completamente alerta y despierto)
 - Al principio de la estancia en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - A media estancia en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Al final de la estancia en la UCI: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Califique en qué medida interrumpieron las siguientes actividades/ factores ambientales su sueño durante su estancia en UCI:
(1 es no interrupción y 10 es interrupción significativa)
 - Ruido 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Luz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Cuidados de enfermería (ej. el baño...)
 - Test diagnósticos (ej. una radiografía...)
 - Actividades de enfermería (ej. constantes vitales: toma de tensión arterial, temperatura...)
 - Extracción de muestras de sangre
 - Administración de medicamentos

7. Califique en qué medida interrumpieron los siguientes ruidos su sueño durante su estancia en UCI:
(1 es no interrupción y 10 es interrupción significativa)
 - Alarmas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Pulsioxímetro (sonda de oxígeno del dedo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Escuchar gente hablando 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Aspiración de secreciones 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Nebulizadores- oxígeno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Teléfono 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Temperatura de la habitación: Frio Calor Adecuada

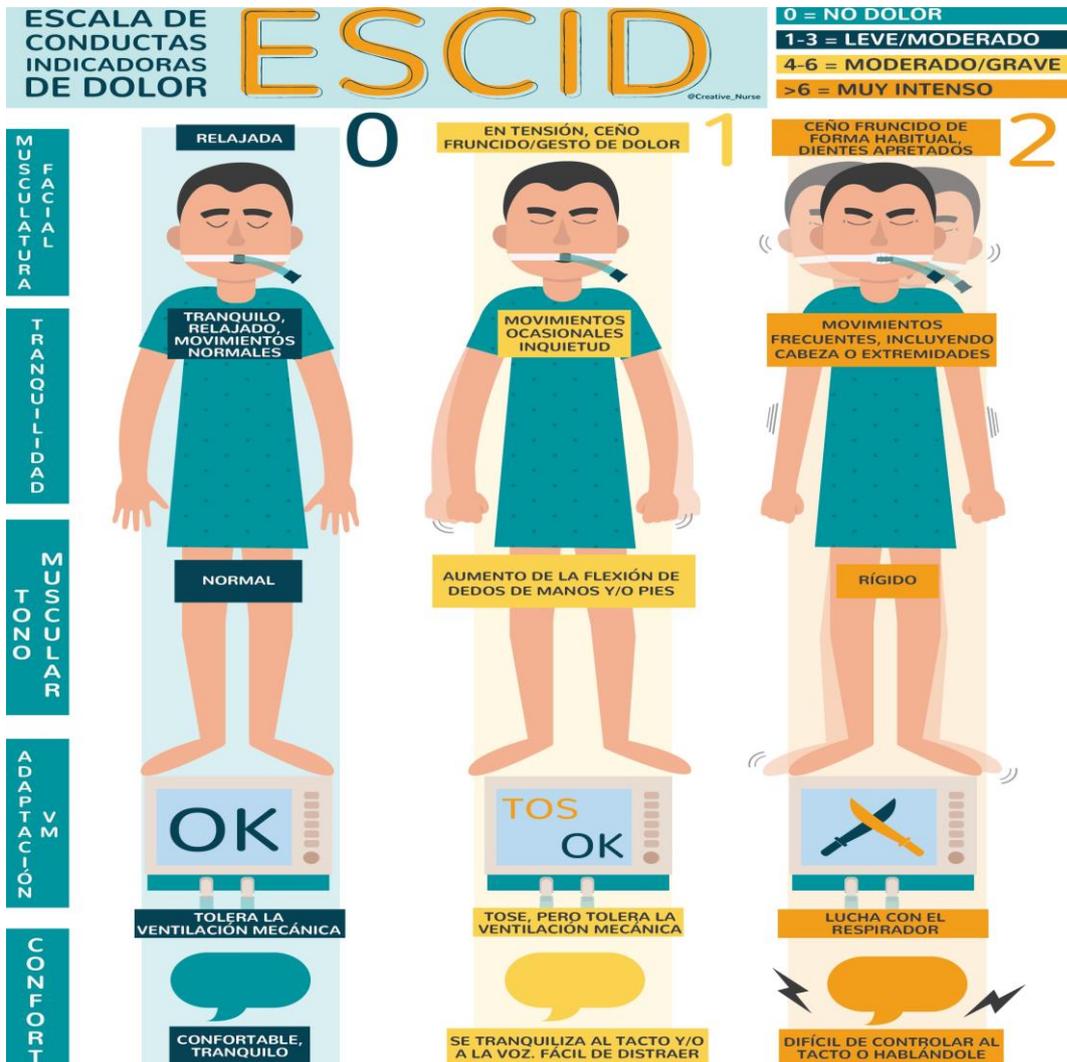
Medicación en casa para dormir: SÍ NO

Medicación en UCI para dormir: SÍ NO

Número de Box:

Fuente: Gómez Sanz C. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2013 [consultado 18 Abr 2022];24(1):3-11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-calidad-del-sueno-pacientes-ingresados-S1130239912000909>

Anexo V



Fuente: Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez AB, Millán Santos I; grupo del proyecto de Investigación ESCID. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 [consultado 18 Abr 2022]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2018/10/28/escala-escid/>

Anexo VI

Richmond agitation sedation scale (RASS)	
+4	Combativo. Ansioso. Violento.
+3	Muy combativo. Intenta retirarse catéteres, tubo endotraqueal.
+2	Agitado. Movimientos frecuentes. Lucha con el respirador.
+1	Ansioso. Inquieto, pero sin movimientos excesivos ni conducta violenta
0	Alerta y tranquilo.
-1	Adormilado. Despierta con la voz, mantiene ojos abiertos más de 10 segundos.
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz. Mantiene los ojos abiertos menos de 10 segundos.
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la voz. No dirige la mirada.
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
-5	Sedación muy profunda. No hay respuesta a la estimulación física.

Fuente: Martínez Sedas G. El paciente ha sido intubado, ¿ahora qué sigue?

Consideraciones de los cuidados postintubación en prehospital [Internet].

EMergiendo. 2021 [consultado 7 May 2022]. Disponible en:

<https://emergiendo.org/el-paciente-ha-sido-intubado/>

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

PREGUNTAS	ERRORES
¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es?	
¿En qué lugar estamos? (Descripción o nombre)	
¿Cuál es su número de teléfono? (O dirección completa)	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente?	
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
Reste de tres en tres desde 29	

“Valoración:

- **Normal:** si el paciente comete uno o dos errores se considera que el paciente no tiene deterioro.
- **Deterioro leve:** el número de errores es de tres o cuatro.
- **Deterioro moderado:** el paciente ha cometido entre cinco y siete errores.
- **Deterioro severo:** el paciente ha cometido más de siete errores.”

Fuente: Piquero I. Escala de Pfeiffer: qué es, para qué sirve y cómo se interpreta [Internet]. psicologia-online.com. 2021 [consultado 18 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/escala-de-pfeiffer-que-es-para-que-sirve-y-como-se-interpreta-5753.html#:~:text=escala%20de%20Pfeiffer-,Qu%C3%A9%20es%20la%20escala%20de%20Pfeiffer,de%20la%20versi%C3%B3n%20en%20castellano>