

Cuidado de enfermería en pacientes con deterioro neurológico severo: un enfoque integral y humanizado

Nursing care in patients with severe neurological impairment: a comprehensive and humanized approach

Estrada Jiménez Elizabeth¹, Santana Llamas Camilo²

¹ Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias Naturales y Exactas, Campus Guanajuato, Universidad de Guanajuato. e.estradajimenez@ugto.mx

² Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Resumen

El presente caso clínico describe el cuidado de enfermería brindado a una paciente femenina de 56 años, con antecedente de hemangioblastoma cerebeloso, sometida a craneotomía y resección tumoral, cuya evolución posterior se complicó con deterioro neurológico progresivo, meningitis bacteriana, neumonía asociada a la ventilación mecánica y absceso cerebral, requiriendo manejo quirúrgico adicional mediante ventriculostomía. Al momento del registro del caso, la paciente se encuentra en estado neurocrítico, con ventilación mecánica invasiva.

Las principales intervenciones de enfermería estuvieron orientadas a la vigilancia neurológica y hemodinámica, mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, prevención de infecciones asociadas a dispositivos invasivos, cuidados de la piel y prevención de lesiones por presión, así como movilización pasiva y acompañamiento emocional familiar a su responsable del cuidado. Se procuró mantener comunicación terapéutica continua con la paciente durante todos los procedimientos.

Aunque no se observaron cambios neurológicos significativos durante el seguimiento, se logró mantener estabilidad clínica, prevenir complicaciones adicionales y favorecer mejores condiciones generales de cuidado. Este caso permitió reconocer la importancia del juicio clínico, el cuidado integral y sensibilidad humana dentro de la atención del paciente crítico.

Palabras clave: neurocrítico, hemangioblastoma, deterioro neurológico, cuidado humanizado.

Introducción

El sistema nervioso central (SNC) es una de las estructuras más complejas e importantes del organismo, responsable de regular funciones motoras, sensitivas, cognitivas, emocionales y vitales. Por su integración anatómica y funcional, este permite mantener la homeostasis y coordinar la respuesta del cuerpo ante estímulos internos y externos. Por ello, cualquier alteración neurológica puede generar repercusiones significativas en la funcionalidad y calidad de vida de las personas.

Entre las patologías que afectan al SNC se encuentran los tumores cerebrales, los cuales pueden ocasionar compresión de estructuras neurológicas, aumento de la presión intracraneal y deterioro progresivo del estado neurológico. Dentro de ellos destaca el hemangioblastoma, una neoplasia vascular poco frecuente, generalmente benigna, que suele localizarse en el cerebelo, tronco encefálico o médula espinal. A pesar de su comportamiento histológico benigno, su localización puede comprometer estructuras vitales y producir manifestaciones como cefalea, náuseas, vómito, alteraciones de la marcha y deterioro neurológico progresivo.

El tratamiento de elección suele ser la resección quirúrgica; sin embargo, este procedimiento puede asociarse a complicaciones graves como meningitis, abscesos cerebrales, alteraciones severas del estado de conciencia, dependencia ventilatoria y necesidad de dispositivos invasivos para el manejo neurocrítico. En este contexto, el paciente requiere vigilancia continua y cuidados especializados orientados a preservar la estabilidad neurológica y fisiológica.



Asimismo, el cuidado de enfermería debe trascender el manejo técnico, incorporando principios de atención humanizada. Aun cuando existan limitaciones en la comunicación o alteraciones del estado de conciencia; resulta indispensable mantener un trato digno, respetuoso e individualizado que favorezca el confort, la seguridad y la preservación de la dignidad humana.

El presente caso clínico aborda el cuidado integral de una paciente femenina de 58 años con deterioro neurológico severo posterior a la resección de un hemangioblastoma cerebeloso, presentó múltiples complicaciones neurocríticas y requirió soporte vital avanzado, vigilancia continua y cuidados especializados de enfermería.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 56 años, quien, de acuerdo con información proporcionada por familiar, inició aproximadamente en octubre de 2025 con sintomatología neurológica progresiva caracterizada por cefalea persistente, episodios frecuentes de vértigo, alteraciones del equilibrio, dificultad para la marcha, disminución de la movilidad y deterioro funcional progresivo; manifestaciones compatibles con síndrome cerebeloso. Debido a la continuidad y progresión de los signos y síntomas, se realizaron múltiples valoraciones médicas y estudios de imagen, entre ellos una resonancia magnética, en la cual se logró identificar una lesión intraxial cerebelosa de características compatibles con un hemangioblastoma cerebeloso.

Considerando el compromiso neurológico progresivo ocasionado por dicha lesión tumoral, el equipo médico decidió realizar manejo neuroquirúrgico mediante craneotomía suboccipital y resección tumoral, procedimiento efectuado en marzo de 2026. De acuerdo con el relato de su cuidadora principal, después de la operación la paciente presentó inicialmente una evolución favorable, encontrándose consciente, orientada, con capacidad para comunicarse verbalmente e interactuar con su entorno de manera adecuada. Sin embargo, conforme transcurrieron los días la paciente comenzó a presentar alteraciones progresivas del estado mental, manifestando episodios de delirio, alucinaciones auditivas y visuales, desorientación y deterioro neurológico progresivo, además de alteraciones respiratorias e infecciosas que condicionaron dependencia progresiva de cuidados especializados.

Debido al deterioro neurológico y respiratorio, requirió ventilación mecánica invasiva prolongada y posteriormente una colocación de traqueostomía para protección de la vía aérea y soporte ventilatorio continuo. Durante su estancia hospitalaria desarrollo neumonía asociada a la ventilación mecánica por *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, así como meningitis bacteriana postquirúrgica.

Se documentó la formación de absceso cerebral, motivo por el cual fue sometida nuevamente a intervención neuroquirúrgica para drenaje y lavado de material purulento intracraneal el 15 de mayo del 2025. Además, se le realizó la colocación de ventriculostomía funcional en región parietal izquierda y drenaje neuroquirúrgico tipo drenovac en región derecha para vigilancia y drenaje intracraneal continuo.

A partir de esta intervención quirúrgica fue que llegó a recuperación al servicio de cirugía, en donde se encuentra en estado neurocrítico, dependencia ventilatoria y deterioro severo del estado de conciencia, requiriendo vigilancia y cuidado especializado de todo el personal multidisciplinario, y donde inicia la implementación del plan de cuidados y la valoración de enfermería.

Valoración de enfermería

La valoración de enfermería se realizó mediante los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, utilizando información obtenida a partir de la revisión del expediente clínico, la evolución hospitalaria y la exploración física del paciente. Durante la valoración se identificaron alteraciones principalmente en los patrones percepción y manejo de la salud, nutrición, actividad/ ejercicio, eliminación y cognitivo-perceptual, relacionadas con el proceso infeccioso, el antecedente de trasplante renal y las múltiples comorbilidades del paciente.

En el patrón percepción y manejo de la salud, el paciente presenta antecedente de enfermedad renal crónica, hipertensión arterial sistémica, fibrilación auricular paroxística e inmunosupresión secundaria a trasplante renal y tratamiento farmacológico crónico. Además, contaba con antecedentes de terapia de reemplazo renal y presencia de fistula arteriovenosa funcional.



Debido a sus antecedentes y al contexto de inmunosupresión, la paciente presentaba alto riesgo de complicaciones infecciosas y deterioro sistémico, requiriendo vigilancia estrecha y monitorización continua durante su estancia hospitalaria. La paciente y sus familiares referían adecuado apego terapéutico y conocimiento general sobre su enfermedad y tratamiento farmacológico.

Respecto al patrón nutricional-metabólico, durante la fase aguda del padecimiento, se documentaron datos compatibles con respuesta inflamatoria sistémica, manifestados por fiebre persistente, celulitis en extremidad inferior derecha y deterioro progresivo del estado general. A la exploración física se observó piel seca con descamación bilateral en pies, así como antecedente de aumento de la temperatura local, dolor y sensibilidad en extremidad inferior derecha. La paciente mantenía dieta para nefrópata durante su estancia hospitalaria, con periodos intermitentes de ayuno relacionados con estudios diagnósticos y procedimientos médicos.

En el patrón de eliminación, el antecedente de enfermedad renal crónica y trasplante renal representan factores importantes para la vigilancia continua de la función renal, el equilibrio hidroelectrolítico y la respuesta al tratamiento. Durante la evolución clínica se documentó deterioro transitorio de la función del injerto renal asociado al estado séptico, con recuperación progresiva posterior. La última valoración de uresis registrada en la valoración fue de cantidad adecuada para el turno según su índice urinario y características de la orina la cual fue concentrada. Sus últimos laboratorios (Urea: 47.1, BUN: 22 y creatinina de 1.10) nos muestran un avance positivo en la acumulación de azoados.

En relación con el patrón actividad-ejercicio, el paciente presentó dolor en extremidad inferior derecha previo a su ingreso hospitalario, además el antecedente de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, lo que delimita de cierta manera la movilidad total del paciente, así como la tolerancia a la actividad, sin contar los dispositivos médicos que le auxilian. Sin embargo, durante el curso del día el paciente se levanta a hacer recorridos por los pasillos del piso, se levanta a realizar su aseo, entre otras actividades.

Durante el patrón cognitivo perceptual, durante la hospitalización se documentaron episodios transitorios de letargo y confusión aguda posteriores al choque séptico, posteriormente resueltos. Al momento de la valoración, la paciente se encontraba en la escala de Glasgow en un valor de 15 puntos, consciente, orientada y cooperadora durante su atención.

Dentro de los otros patrones de la valoración, el patrón rol relaciones se identificó con una adecuada red de apoyo familiar, observándose acompañamiento constante por parte de sus hijos durante el proceso de hospitalización. Asimismo, el paciente mostró disposición para colaborar con el personal de salud y mantener comunicación durante su atención hospitalaria la mayor parte del tiempo.

Finalmente, en el patrón afrontamiento y tolerancia al estrés, se identificaron fluctuaciones en el estado de ánimo relacionadas con la complejidad de la condición clínica, la prolongación de la estancia intrahospitalaria y la dependencia parcial para algunos cuidados. En determinados momentos, el paciente presentó episodios de irritabilidad, desmotivación y resistencia parcial al cuidado, los cuales repercutieron ocasionalmente en la interacción con sus familiares cuidadores y en su participación durante algunas intervenciones terapéuticas.

Signos vitales y estudios paraclínicos

Al momento de la valoración, el paciente presentó tensión arterial de 130/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 81 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, temperatura de 36.2 °C y saturación de oxígeno de 98%, con llenado capilar aproximado de 2 segundos y Glasgow de 15 puntos.

Dentro de los estudios paraclínicos destacaban elevación previa de azoados durante la fase aguda del choque séptico, con mejoría progresiva posterior de la función renal. En los laboratorios posteriores, se reportó Urea de 47.1 mg/dL, BUN de 22 mg/dL, creatinina de 1.10 mg/dL, sodio DE 135 mEq/l, potasio de 3.8 mEq/L, calcio de 9.4 mg/dL y fósforo de 2.9 mg7dL.

Exploración física por sistemas

Estado general: Paciente masculino de la séptima década de la vida, consciente, alerta y cooperador durante la valoración actual, orientado en tiempo, espacio y persona. Se observa con facies acorde a edad cronológica, con estado general delicado, pero hemodinámicamente estable al momento de la exploración.

Neurológico. Paciente consciente y orientado en sus tres esferas neurológicas, Glasgow de 15 puntos al momento de la valoración actual. Durante su estancia intrahospitalaria presentó episodios transitorios de letargo y confusión aguda posteriores al choque séptico, actualmente resueltos.



Cabeza y cuello: Cráneo normo cefálico, sin alteraciones aparentes a la inspección. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. Mucosas orales hidratadas. Presencia de catéter venoso central en región subclavia izquierda, sin datos aparentes de infección al momento de la valoración.

Respiratorio: Tórax simétrico, con adecuada mecánica ventilatoria. Ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax, sin presencia de estertores ni ruidos agregados. Saturación de oxígeno dentro de parámetros aceptables durante vigilancia hospitalaria.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos arrítmicos con presencia de soplo sistólico. Pulsos periféricos palpables y llenado capilar inmediato. Antecedente de fibrilación auricular paroxística y marcapasos bicameral. Hemodinámicamente estable al momento de la presente valoración. Su último ecocardiograma transesofágico muestra endocarditis infecciosa de válvula izquierda, con evidencia de lesión nodular adherida en la cara ventricular de valva no coronaria de aproximadamente 4 a 6 mm.

Gastrointestinal: Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible y no doloroso a la palpación. Peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal.

Genitourinario/Renal: Antecedente de enfermedad renal crónica y trasplante renal bajo tratamiento inmunosupresor crónico. Durante la evolución clínica presentó alteración transitoria de la función renal asociada al estado séptico, con un fallo de hasta el 18% del injerto, con mejoría progresiva posterior.

Tegumentario: Piel con resequedad y descamación bilateral en pies. En extremidad inferior derecha se documentó antecedente de proceso infeccioso de tejidos blandos con datos inflamatorios previos caracterizados por eritema, aumento de la temperatura local, dolor y sensibilidad a la palpación durante fase aguda del padecimiento. Se observaron hematomas en extremidades superiores secundarios. Múltiples procedimientos invasivos y manipulación hospitalaria.

Musculoesquelético: Extremidades superiores e inferiores simétricas. Presencia de fístula arteriovenosa funcional en extremidad superior izquierda, con datos de permeabilidad conservada. Dolor previo en extremidad inferior derecha previo al ingreso hospitalario, con cambios locales de temperatura y sensibilidad durante la fase aguda del cuadro infeccioso. Pulsos periféricos conservados.

El familiar cuenta con presencia continua de familiar primario responsable del cuidado, quien permanece acompañando a la paciente durante la estancia hospitalaria y participa activamente en actividades relacionadas con el cuidado básica y vigilancia del estado general. La familiar refiere reorganización de actividades personales y laborales para poder brindar acompañamiento continuo, evidenciando una red de apoyo familiar significativa durante el proceso de su atención.

APatrón Funcional Alterado	Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Problema/Alteración identificada
Nutricional - Metabólico	Alimentación enteral mediante sonda de gastrostomía con dieta polimérica, irritación cutánea en pliegues abdominales, higiene bucal inadecuada, palidez tegumentaria, presencia de heridas quirúrgicas, llenado capilar mayor a 4 segundos. Lesión por presión en nuca.	Dependencia total para la alimentación y la higiene.	
Eliminación	Portadora de sonda Foley de 16 Fr. Gasto urinario que oscila entre 0.8 y 1.5 ml/kg/hr. Azoados elevados en laboratorio (Urea 64 mg/dL, BUN: 29 mg/dL, Creatinina 4.2)	Dependencia total para la eliminación urinaria.	Riesgo de perfusión tisular renal ineficaz.

	Uresis con características sedimentosas y sonda con restos de suciedad fuera.		
Actividad - Ejercicio	Dependencia ventilatoria, traqueostomía, aspiración de secreciones constante movilidad limitada, ventilación mecánica invasiva, dependencia total para la movilización. Elevaciones en la TA.	Familiar refiere disminución progresiva de movilidad desde el inicio del padecimiento.	Patron respiratorio Ineficaz. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Deterioro de la movilidad física.
Cognitivo - perceptual	Glasgow de 8 puntos, estado estuporoso, respuesta motora inconsistentes, mirada fija, aumento de la presión intracraneal que derivo en necesidad de ventriculostomía y drenaje neuroquirúrgico. RASS -4	Familiar refiere episodios previos de delirio y alucinaciones auditivas y visuales.	Perfusión tisular cerebral ineficaz.

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente caso clínico se respetaron en todo momento los principios de confidencialidad y privacidad de la paciente, evitando incluir datos personales o información que permitiera su identificación. La información utilizada fue obtenida mediante la familiar, revisión del expediente clínico, y la evaluación y observación durante la práctica clínica, con fines exclusivos académicos y formativos.

Asimismo, se procuró mantener un manejo ético y responsable de la información clínica, utilizando únicamente los datos relevantes para la comprensión y análisis del caso. Las imágenes y documentos clínicos empleados fueron anonimizados, omitiendo nombres, fechas específicas, números de expediente y cualquier otro elemento identificable.

Debido a que el presente trabajo tiene finalidad académica y no incluye datos personales ni material fotográfico identificable del paciente, no fue necesario exponer información sensible que comprometiera su identidad.

El caso se presenta con el objetivo de fortalecer el aprendizaje clínico, el razonamiento enfermero y la formación profesional basada en la evidencia y el cuidado humanizado.

Intervenciones de enfermería

Tabla 2. Intervenciones de enfermería implementadas y justificación

Diagnóstico de enfermería	Intervenciones y actividades realizadas	Justificación
Perfusión tisular cerebral ineficaz relacionada	Monitorización neurológica continua mediante valoración del nivel de conciencia y respuesta pupilar. Mantenimiento de cabecera elevada entre 30° y 45°, alineación cefálica neutra y vigilancia del drenaje ventricular. Control hemodinámico y observación de signos de hipertensión intracraneal.	Las alteraciones intracraneales pueden comprometer la perfusión cerebral y favorecer el deterioro neurológico. La vigilancia continua permite detectar cambios tempranos y aplicar medidas dirigidas a optimizar la oxigenación y perfusión del tejido cerebral.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Aspiración de secreciones mediante técnica estéril y sistema cerrado. Vigilancia de la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y características de las secreciones. Higiene oral y humidificación de la vía aérea.	Los pacientes con alteración neurológica presentan disminución de los mecanismos de protección de la vía aérea y mayor riesgo de acumulación de secreciones. La eliminación adecuada de estas favorece el intercambio gaseoso y disminuye el riesgo de infecciones respiratorias.
Deterioro de la movilidad física	Realización de cambios posturales programados, movilización pasiva de extremidades y mantenimiento de una adecuada alineación corporal. Utilización de dispositivos de apoyo para prevenir contracturas.	La inmovilidad prolongada favorece la pérdida de masa muscular, rigidez articular y alteraciones circulatorias. La movilización temprana y los cambios de posición contribuyen a prevenir lesiones relacionadas a la dependencia.

Evaluación y resultados

Tabla 3. Evaluación y resultados obtenidos.

Diagnóstico de enfermería	Evaluación y resultados
Perfusión tisular cerebral ineficaz	Se mantuvo vigilancia neurológica continua, permitiendo la identificación oportuna de cambios en el estado neurológico. La paciente permaneció bajo monitoreo estrecho debido a la persistencia de alteraciones neurológicas secundarias a su patología de base.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	La permeabilidad de la vía aérea se mantuvo mediante aspiración gentil oportuna de secreciones. Se observó adecuada oxigenación y disminución de episodios de acumulación de secreciones durante los cuidados proporcionados.
Deterioro de la movilidad física	Se conservaron los rangos articulares mediante movilización pasiva y cambios posturales. No se identificaron contracturas ni complicaciones musculoesqueléticas durante el periodo de atención.

Discusión

El presente caso permitió comprender de manera más amplia la complejidad del cuidado del paciente crítico especialmente el paciente neurológico, y la gran importancia que tiene enfermería dentro de su evolución y vigilancia continua. Gran parte de las decisiones e intervenciones realizadas durante la atención de la paciente estuvieron fundamentadas en conocimientos previamente abordados durante la formación académica del equipo de enfermería, particularmente en temas relacionados con la vigilancia neurológica, el cuidado de pacientes críticos, manejo de dispositivos básicos y avanzados, entre otros, que permitieron darle una respuesta y una comprensión al porqué de cada intervención.

Gracias a la formación tanto teórica como practica adquirida por los autores de este estudio, permitió desarrollar un mayor juicio clínico y capacidad de observación durante la estancia con esa paciente. El conocimiento previo sobre signos de alarma neurológico, alteraciones gasométricas, complicaciones



relacionadas con ventilación mecánica y cuidados del paciente favoreció una participación más activa dentro de la atención brindada a la paciente. A su vez, permitió que las observaciones y sugerencias que se realizó durante algunos cuidados fueran tomadas en cuenta dentro del equipo de trabajo, fortaleciendo así la confianza y participación durante la práctica clínica.

Al reflexionar posteriormente sobre las decisiones tomadas durante el cuidado de la paciente, resultó evidente la relación de muchas de ellas con los objetivos ampliamente descritos en el abordaje del paciente neurocrítico. Viene a bien mencionar la mnemotecnica GHOST-CAP, propuesta por el médico intensivista Fabio Silvio Taccone y colaboradores (2020), que si bien es de implementación reciente, resulta de vital importancia para el manejo de pacientes como la de este caso; esta nemotecnica es utilizada como referencia para las metas de tratamiento en el paciente neurocrítico que abarca glucosa, hemoglobina, oxigenación, sodio, confort, tensión arterial y presión parcial de dióxido de carbono. Aspectos que, si se revisa con el presente estudio, la paciente mostró estos valores alterados. Esta mnemotecnica que aprendí durante mi formación, me ayudo a identificar aquellos parámetros que estaban alterados y con los cuales debía tener cuidado y consideración, para evitar aún más el deterioro de la paciente.

Pero, además de los aspectos fisiológicos, uno de los elementos que más impacto generó a los autores de este estudio durante la atención brindada, fue la incertidumbre respecto al grado de percepción que la paciente podía conservar sobre su entorno y sobre los cuidados que se le realizaban diariamente. A pesar de la incertidumbre, de la alteración severa del estado de conciencia, la escasa respuesta motora y la nula capacidad de comunicación verbal, durante todo el periodo de atención se procuró mantener interacción continua con la paciente, explicándole procedimientos, hablando con ella durante los cuidados diarios y procurando que cada intervención se realizara de la manera tranquila y respetuosa, con la apertura de que aunque sea algo dentro de sus funciones neurológicas pudiera percibir esa delicadeza en cada cuidado y ese sentimiento de respeto y dignidad.

Esta conducta coincide con lo señalado por la American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2022), la cual recomienda mantener comunicación terapéutica y orientación frecuente en pacientes críticamente enfermos, aun cuando presentan alteraciones importantes en el estado neurológico, debido a la posibilidad de conservar cierto grado de percepción auditiva o procesamiento sensorial residual. Diferentes estudios relacionados con neurorrehabilitación y trastornos de conciencia han descrito que algunos pacientes pueden conservar respuestas cerebrales ante estímulos auditivos aun cuando clínicamente muestran mínima interacción con el entorno.

Más allá de confirmar el grado real de percepción conservado por la paciente, esta experiencia me permitió comprender que el trato digno y respetuoso no debe depender del nivel de respuesta neurológica observado. Esa incertidumbre que sentí respecto a cuanto podía la paciente percibir, reforzó aún más la necesidad de realizar cada procedimiento procurando preservar su comodidad, dignidad y bienestar emocional durante la atención.

Del mismo modo, el caso me permitió reconocer que el cuidado de enfermería no se limita únicamente al paciente, sino también al entorno familiar que atraviesa junto con ella el proceso de enfermedad. La convivencia continua con su cuidadora permitió comprender el importante desgaste emocional, social y económico que genera una hospitalización prolongada y un estado crítico de salud, que muchas veces no se toma en cuenta. A través de conversaciones cotidianas, dudas, preocupaciones y experiencias compartidas durante los turnos, fue posible establecer una relación terapéutica más cercana que permitió comprender mejor tanto a la paciente con su contexto familiar y emocional. Esto permitió reflexionar sobre como pequeñas acciones, espacios de escucha y muestras de apoyo pueden llegar a tener un impacto significativo durante el proceso de atención, especialmente en familiares que permanecen durante largos periodos dentro del entorno hospitalario y que, en muchas ocasiones, también requiere acompañamiento emocional y contención por parte del personal de enfermería.

Conclusiones

El cuidado de la paciente en estado neurocrítico representa uno de los mayores retos dentro de la práctica de enfermería, no solo por la complejidad fisiológica y clínica que implica, sino también por el nivel de vulnerabilidad física, emocional y social que rodea tanto al paciente como a su familia.



A lo largo de este caso clínico, fue posible comprender que la evolución del paciente no depende únicamente de grandes intervenciones, sino también de cuidados continuos, vigilancia constante y acciones por parte de todos los involucrados, como lo fue el equipo de enfermería. Aparentemente pequeñas que contribuyen significativamente al mantenimiento de su bienestar, dignidad y estabilidad.

Esta experiencia me permitió reconocer la importancia de brindar cuidado basado en conocimientos científicos y evidencia clínica, pero sin dejar de lado el aspecto humano del paciente crítico, en donde, sin importar la condición del paciente, el trato digno, la comunicación terapéutica y el respeto continúan siendo elementos fundamentales dentro del día a día de la atención de enfermería.

Este caso también permitió reflexionar acerca del impacto que la enfermedad crítica genera sobre la familia, y de la importancia del acompañamiento emocional durante el proceso de hospitalización prolongada. Escuchar, orientar y brindar apoyo forman parte del cuidado integral que enfermería proporciona diariamente.

Finalmente, el caso permitió reafirmar que la práctica de enfermería requiere de conocimientos científicos y habilidades técnicas, así como sensibilidad humana y la capacidad de reconocer las necesidades físicas, emocionales y sociales presentes durante la enfermedad.

Más allá de realizar procedimientos, el cuidado implica comprender que cada intervención puede influir en la experiencia humana del paciente y su familia durante uno de los momentos de mayor vulnerabilidad de sus vidas. Como señalo Jean Watson: “El cuidado es la esencia de la enfermería y el elemento central más profundo y unificador de la práctica de enfermería”.

Referencias

American Association of Critical-Care Nurses. (2022). *AACN scope and standards for acute and critical care nursing practice* (3rd ed.). AACN Publishing.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Elsevier.

Gordon, M. (2014). *Manual de diagnósticos enfermeros* (13.ª ed.). Elsevier.

López-Morales, A. B., Calderón-Dimas, C., Rodríguez-Benítez, G., López-Castillo, R., & García-Sandoval, A. (2015). Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(2), 43–49. https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/24

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (6.ª ed.). Elsevier.

NANDA International, Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2024). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024–2026*. Elsevier.

Taccone, F. S., De Oliveira Manoel, A. L., Robba, C., & Vincent, J.-L. (2020). Use a “GHOST-CAP” in acute brain injury. *Critical Care*, 24(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2825-7>

