

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Linfoma
no Hodgkin cerebral de células tipo B en el Servicio de Medicina
Interna de una clínica privada de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería en Oncología

Por:

Mary Elizabeth Chacon Chise

Asesor:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, diciembre 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

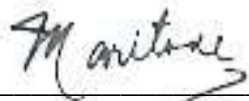
Yo, Dra. María Teresa Cabanillas Chavez, agregada a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el proyecto de investigación: “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Linfoma no Hodgkin cerebral de células tipo B en el Servicio de Medicina Interna de una clínica privada de Lima, 2021” compone la memoria que presenta la licenciada: Mary Elizabeth Chacon Chise, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de Enfermería en Oncología, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintiocho días del mes de abril de 2021.

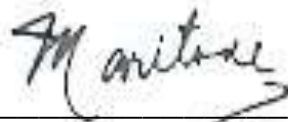


Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Linfoma
no Hodgkin cerebral de células tipo B en el Servicio de Medicina
Interna de una clínica privada de Lima, 2021**

TRABAJO ACADÉMICO

**Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería en Oncología**



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, 13 de octubre de 2021

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales:	10
Datos de valoración complementarios:	154
Exámenes auxiliares.	154
Tratamiento médico.....	166
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución.....	18
Diagnóstico enfermero	18
Primer diagnóstico.....	18
Segundo diagnóstico.....	18
Tercer diagnóstico.....	188
Cuarto diagnóstico.	19
Quinto diagnóstico.....	19
Séptimo diagnóstico	20
Octavo diagnóstico.....	20

Noveno diagnóstico.....	20
Décimo diagnóstico.....	21
Planificación.....	22
Priorización.....	22
Plan de cuidados.....	2424
Capítulo III: Marco teórico.....	316
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	67
Evaluación por días de atención:.....	67
Primer diagnóstico.....	667
Segundo diagnóstico.....	667
Tercer diagnóstico.....	667
Cuarto diagnóstico.....	678
Quinto diagnóstico.....	678
Conclusión.....	68
Bibliografía.....	690
Apéndices.....	776

Índice de tablas

Tabla 1 Grupo sanguíneo y factor RH.....	154
Tabla 2 Exámen completo de orina.....	155
Tabla 3 Hemograma completo	155
Tabla 4 Diagnóstico de enfermería: Limpieza Ineficazde vías aéreas	244
Tabla 5 Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz	256
Tabla 6 Diagnóstico de enfermería: Hipertermia.....	268
Tabla 7 Diagnóstico de enfermería : Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	2730
Tabla 8 Diagnóstico de enfermería : Motilidad gastrointestinal disfuncional	2933

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	76
Apéndice B: Consentimiento informado.....	77
Apéndice C: Escalas de evaluación (EVA y Glasgow).....	78

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

PIC: Presión intracraneana

IMC: Índice de masa corporal

SNG: Sonda nasogástrica

SOG: Sonda orogástrica

NET: Nutrición enteral

HTA: Hipertensión arterial

LNH: Linfoma no Hodgkin

P.A.: Presión arterial

F.C.: Frecuencia cardíaca

F.R.: Frecuencia respiratoria

Tº: Temperatura

Cl Na: Cloruro de sodio

EVA: Escala visual analógica para la medición del dolor

Hb: Hemoglobina

EV: Endovenoso

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización panamericana de la salud

MINSA: Ministerio de Salud

CBN: Cánula binasal

Resumen

El propósito del presente estudio es la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE), a paciente de iniciales C. C. S, durante tres días, a partir del segundo día de hospitalización en el servicio de medicina de una clínica privada. El diagnóstico médico del paciente al ingreso fue Linfoma No Hodgkin Cerebral. El presente estudio ha sido realizado en base a una exhaustiva valoración subjetiva y objetiva según el modelo de Marjory Gordon, quien estableció una teoría que consta de 11 patrones funcionales los mismos que ayudaron a encontrar las alteraciones de salud que afectaron al paciente en estudio. En los dos días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos enfermeros, de los cuáles se priorizaron 5 diagnósticos que fueron: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Patrón respiratorio ineficaz, Hipertermia, Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal y Motilidad gastrointestinal disfuncional. Como objetivos generales se consideró: El paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno, paciente presentará Patrón respiratorio eficaz, paciente presentará disminución de hipertermia, paciente mejorará disminución de la capacidad adaptativa intracraneal y finalmente paciente recuperará la motilidad gastrointestinal. De los objetivos propuestos se lograron alcanzar el primero, segundo y tercero; los objetivos cuarto y quinto fueron parcialmente alcanzados, quedando por continuar con los cuidados de enfermería.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, Linfoma no Hodgkin.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: C. C. S.

Edad: 42 años

Motivo de ingreso: Paciente adulto varón de 42 años ingresa a las 16: 52 p.m. en camilla con familiares, en mal estado general con diagnóstico médico linfoma no Hodgkin, trastorno de sensorio, hipertensión endocraneana y crisis convulsivas; con piel semiturgente, mucosas orales secas, Glasgow 11 pts, con roncales y crépitos en campos pulmonares, con apoyo de oxígeno por CBN a 3 litros por minuto, saturando 92%, portando SOG clampada para alimentación, con acceso venoso periférico permeable perfundiendo CINA 9% 1000 a 15 gts, miembros superiores e inferiores si fuerza muscular y flacidez, micción espontanea con apoyo de pañal, con grado de dependencia III y tras exámenes realizados se decide su hospitalización para manejo oncológico.

Diagnóstico médico: Linfoma no Hodgkin Cerebral difuso de células grandes B.

Días de hospitalización: 2 meses

Días de atención de enfermería: 2 días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud

Paciente de 42 años con buen estado de higiene. Los antecedentes de enfermedades y/o quirúrgicas del paciente en estudio son dados por colaboración de su hijo y hermana. Ella refiere: que ha tenido consultas médicas anteriores solo por

rinitis faringitis, “apendicetomía hace varios años, convulsiones desde hace un mes, estereotaxia 10 julio 2021”. Los familiares amplían la información que el paciente estaba siendo tratado en Hospital de Ciencias Neurológicas con diagnóstico médico a descartar Brucelosis (por primera biopsia); sin embargo, por sugerencia de otro médico deciden realizarle una segunda biopsia en donde se evidencia linfoma cerebral, por lo cual tras exámenes realizados se decide su hospitalización para manejo oncológico.

Las alergias descritas al tramadol y loratadina, con respecto a los estilos de vida/hábitos: consumía comida con alto consumo de grasa y bastante carne.

Hospitalizaciones Previas: en el mes de junio acudió a una clínica privada por presentar desvanecimientos y cefalea, al no haber habitaciones libres para hospitalización fue a otra clínica, donde lo hospitalizan y le realizan primera biopsia sin hallar diagnóstico definido, se lo trata por brucelosis; sin embargo, al persistir convulsiones es llevado a hospital Nacional Mogrovejo, paciente más complicado sin diagnóstico certero le realizan segunda biopsia donde se confirma Linfoma. La familia refiere que se sintieron más tranquilos al saber el diagnóstico.

Reporte de patología inmunohistoquímica (17/08/21): LINFOMA DIFUSO de células grandes B, TIPO NO centro germinal.

(Tomografía) TEM cerebral (15/04/21): Masa sólida heterogénea de bordes imprecisos asociada a edema vasogénico que ocupa la fosa temporal derecha e hipodensidad parenquimal área 20x20 mm en región profunda occipital de mismo lado.

Patrón II: Nutricional metabólico

El paciente, al examen físico, ha adelgazado tiene un peso aproximado de 60 kg IMC 21, con piel pálida +/-+++, caliente/rubicunda, T°38.5°C. Se evidencia poca

turgencia de piel y deshidratación, en cuero cabelludo con puntos de sutura afrontados por biopsias realizadas, con dentadura completa más prótesis fijas, mucosa oral intacta en regular estado de higiene; portador de sonda orogástrica clampada para alimentación, fórmula osmolite por tomas (fecha colocación 18-07-21), con dificultad para deglutir y apetito disminuido por nivel de conciencia, abdomen distendido con residuo gástrico mayor a 200 ml y ruidos hidroaéreos disminuidos. Los familiares refieren que si ha tenido cambios de peso “estaba con buen peso, pero al pasar las semanas se nota que ha bajado de peso”, con riesgo muy alto de LPP según la escala de Norton.

Patrón III: Eliminación

El paciente no realiza deposiciones de forma regular, deposiciones/día 1 o cada 2 a tres días. Micción espontánea con apoyo de pañal.

Patrón IV: Actividad – ejercicio

Actividad respiratoria: el paciente presenta actividad respiratoria alterada por disnea FR: 24 respiraciones por minuto, con apoyo ventilatorio por CBN a 3 Lts Saturando 92%, en ambos campos pulmonares se auscultan sonidos respiratorios anormales roncus y crépitos a predominio derecho, con reflejo tusígeno ausente y eliminación de secreciones bucofaríngeas densas en regular cantidad, con necesidad de aspiración a demanda.

Actividad circulatoria, con pulso periférico normal, FC:100 latidos por minuto, porta catéter periférico en antebrazo de miembro superior derecho y miembro inferior derecho con fecha: 20-07-2021.

Ejercicio capacidad de autocuidado: grado de dependencia III, fuerza muscular disminuida con flacidez e inmovilidad de miembros superiores e inferiores (cuadriparesia flácida), la Escala de riesgo de caídas según Downton: Riesgo alto. En compañía de familiar y/o cuidadora de forma permanente.

Patrón V: Descanso – sueño

Según lo que refiere el hijo del paciente, el sueño se ha mantenido alterado con intervalos de 5 a 6 horas, no usando ningún medicamento para dormir.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo

El paciente, a la evaluación cognitiva, está somnoliento, desorientado en tiempo espacio y persona con Glasgow 11, a la evaluación del dolor con Escala visual analógica 3 por ceño fruncido. Con pupilas isocóricas reactivas.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

El paciente se muestra intranquilo. Los familiares presentan preocupación por el estado de salud e incertidumbre con respecto al avance de la enfermedad oncológica.

Patrón VIII: Relaciones – rol

El familiar refiere que se dedicaba a realizar trabajos generales de administración, padre divorciado y sostenedor de dos hijos que vive en su casa y también su hermana, quienes están pendiente del estado de salud de su familiar.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción

El paciente sin secreciones anormales en genitales, con testículos palpables y normales, ausencia de masas escrotales no tiene vida sexual activa según refiere su hijo, desde que se divorció.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés

La familia refiere: “nos sentimos preocupados, temerosos porque no sabemos si se recuperara, ya hemos estado en dos hospitales donde lo único que le ponían era suero y peor lo hemos visto deteriorarse”. La hermana del paciente refiere también “él es sustentador del hogar, y uno de sus hijos sufre de convulsiones cuando se enferma”.

Patrón XI: Valores y creencias

El paciente es de religión católica y sus familiares católicos. Aceptan la visita del sacerdote y pastor de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD).

Exámenes complementarios

RX Tórax 27/7/21:

Reforzamiento de la trama bronquial, engrosamiento pleural apical bilateral.

TAC Tórax 26/7/21:

Infiltrado intersticial bibasal difuso a predominio derecho.

Interconsultas

I/C Medicina física y rehabilitación 24/07/21:

Diagnóstico de Cuadriparesia flácida-Fisioterapia diaria.

I/C Gastroenterología (25/07/21):

Colocación de SNY y NET Survimed en lugar de osmolite, y de persistir hipo agregar procinéticos (Levosulpiride 25 mg c/12h).

I/C Neumología: Diagnóstico:

Bronquitis aguda no especificada cobertura antibiótica, NBZ 4 gts

FN+2ccHipersodio+3ccSF cada8h, solicitar IFI viral.

I/C Infectología:

Traqueitis, Bronquitis aguda

Datos de valoración complementarios

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Grupo Sanguíneo y Factor RH

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

Interpretación: Grupo sanguíneo más predominante en nuestro medio.

Tabla 2

Examen de proteínas totales y fraccionadas y electrolitos

Proteínas totales y fraccionadas	Resultados	Rango de referencia
Proteínas totales	4.98	6.4 - 8.3
Albumina	3.18	3.5 – 5.2
Globulina	1.80	2.6 – 3.5
Electrolitos		
Sodio	125.2	135 - 147
Potasio	3.55	3.5 – 5.0
Cloro	88.9	95 - 111
Creatinina	0.27	0.70 – 1.20

Interpretación: Presenta hipoalbuminemia, hiponatremia, hipocloremia

Tabla 3

Hemograma completo.

Compuesto	Resultados	Valor mínimo	Valor máximo
Hemoglobina	11.7	12.3 gr/dl	15.3 gr/dl
Hematocrito	32.8	35.0 gr/dl	47.0 gr/dl
Volumen corpuscular medio	87.70	0.00	1.10
HB. Corpuscular media	31.30	82	98

Conc.HB. corpuscular media	35.7	27	32
Glóbulos rojos	3 430 000/mm ³	4 100 000	5 100 000
Glóbulos blancos	4.98/mm ³	4 500	11 000
Segmentados %	86%	55	75
Eosinófilos %	0%	0.0	4.0
Abastionados %	0%	0.0	4.0
Basófilos %	0%	0.00	0.0
Monocitos %	5%	2.0	8.0
Linfocitos %	9%	17.0	45.0
Segmentados	4.3	0.0	0.4
Linfocitos	0.4	2.00	7.00
Monocitos	0.2	1.50	4.00
Plaquetas	150	150 000	450 000
Volumen plaquetario medio	7.9	6.5	9.5
Gamma Glutamil Transpeptidasa	56	11	50

Interpretación: Anemia leve y linfocitopenia

Tratamiento médico

Primer día (20/07/2021)

Dieta licuada fraccionada 4 tomas por sonda orogástrica

Cabecera 30°

Cloruro Sodio 9% +1 Hipersodio+1 Kalium -- I

Dexametasona 8 mg c/6h EV

Ketoprofeno 100mg c/12h EV

Omeprazol 40 mg c/24h EV

Fenitoína 100mg c/8h EV

Nebulización 3cc ClNa 9% + flumucil1/2 amp+3 gts fenoterol c/6h INH

Diazepam10mg por razones necesarias si hay convulsión EV

Oxigeno 3 Lts por CBN saturación menor a 90%

Aspiración de secreciones a demanda

Administrar paracetamol 1g EV (por T°38.5 a más).

Segundo día 23/07/2021

Dieta Osmolid por SNG1200 en 20 hrs/ 800cc/ 1200 survimed SNY

Dextrosa al 5%1000+2H+Bicarbonato de Sodio 4 ampollas I-II-III/2

CINa9%100+complejo B en 12h EV

Ranitidina 50 mg cada 12h EV

Fenitoína 100mg cada 8h EV

Manitol 200cc cada 6h EV

Dexametasona 8 mg cada 8h EV

Metoclopramida 10mg cada8h EV

Fluimucil 300mg cada 8h EV

NBZ 4gts Fenoterol+3ccSF Inhalatorio

Clorfenamina 10 mg C/8h EV

Ketoprofeno 100mg C/24h EV

Si temperatura mayor a 38.5°C avisar al médico tratante

Levosulpiride 25 mg EV C/8

Diazepam prn convulsion

Furosemida 20mg EV si BH +300stat.

Fisioterapia respiratoria

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico

Etiqueta: limpieza ineficaz de las vías aéreas

Factor relacionado: retención de secreciones.

Características definitorias: sonidos respiratorios de roncus y crépitos, cantidad excesiva de esputo, disnea e inquietud.

Enunciado diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios de roncus y crépitos, cantidad excesiva de esputo, disnea e inquietud.

Segundo diagnóstico

Etiqueta: Patrón respiratorio ineficaz

Factor relacionado: Deterioro neurológico/convulsiones

Características definitorias: disnea, taquipnea, inquietud, saturación menor a 85% sin apoyo ventilatorio.

Diagnóstico del enfermero: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neurológico/convulsiones evidenciado por disnea, taquipnea, inquietud, saturación menor a 85% sin apoyo ventilatorio.

Tercer diagnóstico

Etiqueta: Hipertermia

Factor relacionado: Enfermedad secundario a Linfoma

Características definitorias: Piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquicardia, T° 38.5°C

Enunciado de diagnóstico: Hipertermia relacionado con enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquicardia, T°38.5°C.

Cuarto diagnóstico

Etiqueta: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

Factor relacionado: Lesión cerebral secundario Linfoma cerebral

Características definitorias: Convulsiones, somnoliento, desorientado en tiempo espacio y persona con Glasgow 11.

Enunciado de diagnóstico: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado a Lesión cerebral secundario Linfoma cerebral evidenciado por convulsiones, somnoliento, desorientado en tiempo espacio y persona con Glasgow 11.

Quinto diagnóstico

Etiqueta: Motilidad gastrointestinal disfuncional

Factor relacionado: Alimentación enteral e Inmovilidad

Características definitorias: abdomen distendido, hipo, aumento del residuo gástrico y dificultad para defecar

Enunciado de diagnóstico: Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado a alimentación enteral e inmovilidad evidenciado por hipo, aumento del residuo gástrico y dificultad para defecar.

Sexto diagnóstico

Etiqueta: Protección ineficaz

Factor relacionado: Cáncer

Características definitorias: Inmovilidad por cuadriplejía y deterioro neurosensorial.

Enunciado de diagnóstico: Protección ineficaz relacionado por cáncer evidenciado por Inmovilidad por cuadriplejía y deterioro neurosensorial.

Séptimo diagnóstico

Etiqueta: Dolor agudo

Factor relacionado: Agentes lesivos biológicos, cáncer.

Características definitorias: Expresión facial del dolor, cambios en parámetros fisiológicos FC 100 x', FR 20 x' y conducta expresiva de inquietud.

Enunciado de diagnóstico: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos: cáncer. evidenciado por expresión facial del dolor, cambios en parámetros fisiológicos FC 100 x', FR 20 x' y conducta expresiva de inquietud.

Octavo diagnóstico

Etiqueta: Ansiedad de la familia

Factor relacionado: Factores estresantes por enfermedad.

Características definitorias: Preocupación de familiares a causa de cambios en acontecimientos vitales.

Enunciado de diagnóstico: Ansiedad relacionado con factores estresantes por enfermedad evidenciado por preocupación de familiares a causa de cambios en acontecimientos vitales.

Noveno diagnóstico

Etiqueta: Riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Factor riesgo: Ampliación de la duración del cuidado requerido, falta de experiencia con los cuidados, gravedad de la enfermedad del receptor del cuidador.

Enunciado de diagnóstico: Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con ampliación de la duración del cuidado requerido, falta de experiencia con los cuidados, gravedad de la enfermedad del receptor del cuidador.

Décimo diagnóstico

Etiqueta: Disposición para mejorar el bienestar espiritual.

Factor relacionado: Familia expresa deseos de mejorar comunión espiritual.

Enunciado de diagnóstico: Disposición para mejorar el bienestar espiritual relacionado con familia expresa deseos de mejorar comunión espiritual.

Undécimo diagnóstico

Etiqueta: Deterioro de la movilidad física.

Factor relacionado: Deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza muscular

Características definitorias: Disminución de la amplitud de movimiento, inestabilidad postural.

Enunciado de diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza muscular evidenciado por la disminución de la amplitud de movimiento e inestabilidad postural.

Planificación

Priorización

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios de roncus y crépitos, cantidad excesiva de esputo, disnea e inquietud.
2. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con Deterioro neurológico/convulsiones evidenciado por disnea, taquipnea, inquietud, saturación menor a 85% sin apoyo ventilatorio.
3. Hipertermia relacionada con enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquicardia, T°38.5°C.
4. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado a Lesión cerebral secundario Linfoma cerebral evidenciado por convulsiones, somnoliento, desorientado en tiempo espacio y persona con Glasgow 11.
5. Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado a alimentación enteral e inmovilidad evidenciado por hipo, aumento del residuo gástrico y dificultad para defecar.
6. Protección ineficaz relacionado por cáncer evidenciado por Inmovilidad por cuadriplejía y deterioro neurosensorial.
7. Dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos: cáncer evidenciado por expresión facial del dolor, cambios en parámetros fisiológicos FC 100x', FR 20x' y conducta expresiva de inquietud.

8. Ansiedad relacionada con factores estresantes por enfermedad evidenciado por preocupación de familiares a causa de cambios en acontecimientos vitales.
9. Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con ampliación de la duración del cuidado requerido, falta de experiencia con los cuidados, gravedad de la enfermedad del receptor del cuidador.
10. Disposición para mejorar el bienestar espiritual relacionado con familia expresa deseos de mejorar comunión espiritual.
11. Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza muscular evidenciado por la disminución de la amplitud de movimiento, inestabilidad postural.

Plan de cuidados

Tabla 4

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios de roncus y crépitos, cantidad excesiva de esputo, disnea e inquietud

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/07/21		23/07/21			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente logrará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno. Resultados: 1. El paciente disminuirá sonidos respiratorios anormales, durante el turno. 2. El paciente movilizará secreciones, durante el turno. 3. El paciente disminuirá disnea progresivamente, durante el turno. 4. Paciente se mostrará menos inquieto y más tranquilo, durante el turno.	1. Valorar características de las secreciones: color, volumen, olor y consistencia, durante el turno.	8:00	14:00				20:00
	2. Mantener la cabeza elevada ángulo de 30° por estado de conciencia alterado en el paciente, durante el turno.			18:00			→
	3. Monitorizar funciones vitales: FC, FR, Saturación de Oxígeno cada 4 horas.		→				20:00 - 24:00
	4. Administrar Fluimucil 600mg c/8h EV.	8:00	12:00 - 16:00	4:00			4:00
	5. Nebulizar con 5 gts de fenoterol + ½ amp fluimucil+5cc de C/Na c/ 4 horas o según valoración de enfermería.	10:00	18:00				4:00
	6. Realizar vibro terapia después de cada nebulización, si procede.		→				→
	7. Aspirar según sea necesario, limitando el tiempo menor a 15 seg, seleccionando la sonda correcta, de manera muy aséptica y registrar características y cantidad de secreciones.	8:00 - 10:00	14:00 - 18:00	19:00			22:00 - 2:00 - 6:00
	8. Vigilar la fluidoterapia permanente.			18:00			7:00
	9. Realizar BH estricto cada 12 h		→	7:00			

Tabla 5

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neurológico/convulsiones evidenciado por disnea, taquipnea, inquietud, saturación menor a 85% sin apoyo ventilatorio

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/07/21		23/07/21			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente presentará patrón respiratorio eficaz, durante el turno.	1. Valorar patrón actividad ejercicio: frecuencia profundidad y ritmo de las respiraciones; disnea; signos de hipoxemia e hipoxia en caso de que el paciente lo presente, durante el turno.	8:00	16:00				20:00 – 24:00
Resultados:	2. Realizar monitoreo hemodinámico de la FR, FC Y la Sat O2 cada 4 horas y prevenir desaturaciones.	8:00 -12:00	15:00-18:00				20:00 – 24:00 – 3:00 - 6:00 24:00
1. El paciente disminuirá disnea, progresivamente durante el turno.	3. Mantener al paciente en la posición se 30 a 45° con cabecera elevada, durante el turno.	8:00	14:00				
2. El paciente disminuirá taquipnea leve y presentará respiraciones por debajo de 20, durante el turno.	4. Observar simetría de los movimientos torácicos, durante inspiraciones y espiraciones que realice el paciente, durante el turno.	→	→				→
3. El paciente disminuirá inquietud mostrándose más tranquilo, durante el turno.	5. Administrar Oxigenoterapia por dispositivo de bajo o alto flujo según necesidad, durante el turno.						
4. El paciente mantendrá saturación de O2 de entre 90 a 100% sin apoyo ventilatorio progresivamente durante estancia hospitalaria.	6. Valorar resultados del análisis de gases arteriales conjuntamente con la satO2 y valores hematológicos, cuando se dispongan de resultados de extracción de muestra.	→	→				→
	7. Educar a familia y cuidadores sobre la importancia de la oxigenoterapia en relación al estado de conciencia del paciente para que su colaboración sea oportuna, durante el turno.	→	→				→

Tabla 6

Hipertermia relacionada con enfermedad evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquicardia, T°38.5°C

Objetivo / Resultados	Planificación	Ejecución					
		Intervenciones		20/07/21		23/07/21	
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente presentará temperatura corporal adecuada durante el turno.	1. Valorar patrón nutricional metabólico: color, calor y rubor de la piel; escalofríos y sudoración profusa en el paciente, durante el turno.	8:00	16:00			8:00	
Resultados:	2. Controlar funciones vitales: T°, FC, FR; cada 3 horas.	8:00 - 12:00	15:00 - 18:00			20:00 - 24:00	6:00 - 2:00
1. El paciente evidenciará valores de la T° dentro los parámetros normales (36.5 – 37.2 °C), durante el turno.	3. Aligerar cobertores y realizar medios físicos al paciente si presenta incremento de temperatura corporal, durante el turno.	8:00	16:00				
2. El paciente presentará FC dentro de los parámetros normales (60 – 100 X'), durante el turno.	4. Coordinar con médico tratante y personal de laboratorio para toma de hemocultivo, urocultivo, en caso el paciente presente hipertermia, durante el turno.	→					
3. El paciente presentará piel tibia y sin rubor.	5. Administrar paracetamol 1 gr EV condicional a hipertermia, durante el turno.	11:00	18:00			22:00	
	6. Iniciar cobertura antibiótica según indicación médica, si el paciente presenta hipertermia, durante el turno.	→					
	7. Revalorar la temperatura y mantener registro con hora y situaciones adversas que se presente en el paciente, durante el turno.	→					
	8. Educar a cuidador sobre: no arropar, mantener un ambiente ventilado y mantener constante higiene al momento de tener contacto con el paciente, durante el turno.	→					

Tabla 7

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado a Lesión cerebral secundario Linfoma cerebral evidenciado por convulsiones, somnoliento, desorientado en tiempo espacio y persona con Glasgow 11

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/07/21		23/07/21			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mejorará capacidad adaptativa intracraneal progresivamente con tratamientos oncológicos, durante proceso hospitalario.	1. Valorar patrón perceptivo cognitivo: pupilas reactivas y/o areactivas, nivel de conciencia y estado neurológico permanentemente durante el turno.	8:00	14:00				20:00
	2. Valorar escala de coma de Glasgow, en el paciente, permanentemente durante el turno.	8:00	13:00				24:00
Resultados:	3. Valorar el aparato motor: movimientos involuntarios, reflejos, patrones anormales en el paciente, durante el turno.	→	→				
1. El paciente disminuirá frecuencia de convulsiones progresivamente durante su proceso hospitalario.	4. Mantener permanentemente al paciente con cabecera elevada en posición de 30°, durante el turno.	→	→				→
2. El paciente presentará equilibrio hídrico y estímulos ambientales controlados para así evitar sobrecarga de líquidos y aumento de la PIC, durante el turno.	5. Realizar Monitorización hemodinámica PA, FC. SatO2 y T°, cada 3 horas.	8:00	14:00				22:00
	6. Valorar detenidamente incremento de la PIC en el paciente, durante el turno.	11:00	18:00				2:00 6:00
3. El paciente recuperará estado de alerta y orientación en tiempo espacio y persona	7. Considerar si el paciente está inconsciente o con un reflejo tusígeno, intacto, mantener abierta las vías respiratorias mediante una aspiración	10:00	18:00				

4. El paciente mejorará estado neurológico con Glasgow 15, progresivamente.	periódica, limitando el tiempo de aspiración entre 10 a 15´.			
	8. Administrar manitol al 20% 200 EV cada 6 horas.	→	→	→
	9. Administrar fenitoína 100mg c/8 horas EV.	7:00	13:00	19:00 1:00
	10. Administrar diuréticos, condicional a BH+300 stat	9:00	17:00	1:00
	11. Controlar la distensión vesical y el estreñimiento.	7:30		
	12. Mantener la restricción hídrica.	→	→	→ →
	13. Proporcionar un ambiente tranquilo, limitando los estímulos nocivos.	→	→	→
	14. Controlar BHE y controlar diuresis horaria	→	→	→ →
	15, Administrar Diazepam PRN convulsión	→	→	→
	16. Restringir las visitas.	→	→	

Tabla 8

Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado a alimentación enteral e inmovilidad evidenciado por hipo, aumento del residuo gástrico y dificultad para defecar

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/07/21		23/07/21			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo: El paciente mejorará motilidad gastrointestinal disfuncional durante proceso hospitalario.	1. Valorar el patrón nutricional metabólico: deglución, alimentación enteral, estado de conciencia, presencia de hipo y distensión abdominal en el paciente, permanentemente durante el turno.	8:00	17:00				20:00
Resultados esperados:							
1. El paciente logrará ingerir alimentos por vía oral durante su proceso hospitalario.	2. Valorar situación de SNG (posición, localización, fijación), características de residuo gástrico que presenta el paciente, durante el turno.	8:00	16:00				20:00
2. El paciente presentará disminución de hipo progresivamente durante su hospitalización.	3. Valorar tipo y cantidad de dieta enteral a administrar, según indicación nutricional requerida específicamente para el paciente, durante cada turno.	→	→				→
3. El paciente disminuirá residuo gástrico durante hospitalización.	4. Valorar patrón eliminación: presencia de deposiciones, características, frecuencia de las mismas, durante el turno.	8:00	16:00				21:00
4. El paciente realizará deposiciones	5. Coordinar con nutrición sobre la dieta e importancia de suplementos nutricionales que el paciente necesitara según	8:00	→				→

formadas, durante el turno.	requerimientos nutricionales, durante el proceso hospitalario.			
	6. Examinar abdomen en busca de distensión, enbalonamiento, depresión y sonidos a la percusión, durante el turno.	→	→	21:00
	7. Colocar al paciente en posición fowler para su NET por SOG y SNG; dieta fraccionada 4 tomas de 250ml/ Osmolid a 60cc/h 20 horas y reposo gástrico de 4 horas.	→	→	→
	8. Valorar resultados de laboratorio: Hemograma completo, proteínas totales y fraccionadas, en caso haya resultados por muestras obtenidas.	10:00	14:00	→
	9. Pesar al paciente diariamente.	7:00		
	10. Administrar Metoclopramida 10mg EV cada 8 horas.	8:00	16:0	24:00
	11. Administrar Dislep 25mg EV C/8h.	10:00	18:00	2:00
	12. Administrar analgésicos, si paciente evidencia dolor.	9:00	18:00	6:00

Capítulo III

Marco teórico

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Según el trabajo de Fernández-Carmona et al. (2017), el reflejo de la tos es el mecanismo natural de eliminación y medio de defensa fundamental para mantener la vía respiratoria libre de elementos extraños, que al no ser eficaz causa debilidad muscular, disnea o alteración del funcionamiento del sistema mucociliar como mecanismo de defensa y el trabajo respiratorio. Ocasiona hipoxemia, hipercapnia, atelectasia, infección y otros, generando situaciones que pongan en riesgo la vida de la persona con presencia de secreciones bronquiales significativas.

Otro dato significativo, es que la dificultad para eliminar las secreciones puede deberse a su consistencia, cantidad o pacientes que tienen incapacidad para toser y el signo más común de retención de secreciones es la presencia de ruidos agregados en los pulmones del paciente especialmente roncales en la región hiliar. Si estos ruidos no desaparecen luego de la tos, el paciente tiene dificultad para eliminar secreciones. Las enfermedades que requieren de aspiración debido a un exceso de producción de secreciones son Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, fibrosis quística, cualquier patología que deteriore los mecanismos de la tos como depresión del Sistema Nervioso Central, enfermedad neuromuscular también pueden producir retención de secreciones y necesitan de aspiración (Romero et al., 2017).

Por su lado, NANDA (2018) refiere que la limpieza ineficaz de las vías aéreas es la incapacidad para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio y mantener las vías aéreas permeables.

En base a estas evidencias bibliográficas, el paciente en estudio presenta el diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas como accionar prioritario, puesto que presenta una lesión cerebral, con disminución de los reflejos tusígeno y faríngeo, es portador de SNG; siendo estos aspectos factores determinantes para un riesgo de bronco aspiración y de más complicaciones tempranas respiratorias y neurológicas.

Según la Guía de cuidados de enfermería al paciente con linfoma de Hodgkin (LH), un caso clínico presentado en una universidad de España, país donde la supervivencia de los pacientes con LH, es indicativo de la eficacia y estrategias nacionales del sistema nacional de salud y dentro de ello se encuentra el excepcional trabajo realizado por el personal de enfermería no solo en el campo clínico hospitalario, sino en el campo comunitario. Se encarga de la detección temprana de problemas de salud oncológicos y establecer planes de cuidados oportunos. En el presente trabajo se priorizó el presente diagnóstico, sin dejar de poner énfasis en los cuidados relacionado con la educación al paciente y la familia (Diaz, 2017).

En tal caso, el paciente en estudio tiene como primer diagnóstico de enfermería Limpieza ineficaz de vías aéreas. Existen situaciones que predisponen a una limpieza ineficaz de vías aéreas, y en relación con el caso en estudio; la lesión cerebral, tronco encefálico o la de los nervios craneales puede dar lugar a varios déficits diferentes de la función deglutoria y reducción de la actividad ciliar que ponen al paciente en inminente riesgo de una aspiración por acumulo de secreciones, disminución de movimientos de boca o lengua, disartria y ausencia o disminución de los reflejos; faríngeo, nauseoso, tusígeno y deglutorio (Tortota & Derrickson, 2018).

Con respecto a las características definitorias, según el presente caso en estudio, sonidos respiratorios de roncus y crépitos, cantidad excesiva de esputo, disnea e inquietud contrastadas con el estudio realizado por Amaya (2019), menciona que el aumento y retención de secreciones a nivel bronquial y exudado en los alveolos, provoca los sonidos adventicios de roncus y crépitos. Fernández-Carmona et al. (2017) coinciden en que los sonidos adventicios crepitantes se dan por acúmulo de líquido, secreciones espesas y espasmo alveolo-bronquial. Por otro lado, Báez et al. (2016) señalan que la presencia de secreciones en regular cantidad se da también por la presencia de elementos extraños a nivel bucofaríngeo, y Fernández-Carmona et al. (2017) también mencionan que la dificultad respiratoria o disnea se ocasiona por la disminución del flujo aéreo de los bronquios y alveolos. Kasper et al. (2015) reafirman que la disnea es una sintomatología común y el inicio de los otros síntomas clínicos compensatorios como la taquicardia, taquipnea, hipoxia, hipoxemia y entre otros.

Precisamente cabe señalar que la Limpieza ineficaz de las vías aéreas imposibilita intercambio de oxígeno normal. Por tal razón, se priorizan los cuidados frente a este diagnóstico, ya que el paciente en estudio presenta todos los factores que desencadenan la limpieza ineficaz de vías aéreas. En primer lugar, el problema de fondo es la alteración del sistema nervioso central (a causa del linfoma cerebral) que ha originado que el paciente presente cuadriparesia, que lo coloca en la incapacidad de mostrar su reflejo tusígeno y no poder eliminar por sí solo las secreciones acumuladas. También, se une a ello la presencia de un dispositivo extraño al fisiológico, la sonda nasogástrica para alimentación, situaciones que priorizan las intervenciones para lograr

una limpieza eficaz de vías aéreas y evitar una posible bronco aspiración u otras más grave.

Los factores relacionados considerados, según NANDA, son: ambientales; tabaquismo, irritación por humo, espasmo, vía aérea artificial, cuerpos extraños, exudado alveolar, retención de secreciones, mucosidad excesiva, secreciones bronquiales; fisiológicos, disfunción neuromuscular, hiperplasia paredes bronquiales, Infección asma, vías aéreas alérgicas. Y según Prieto et al. (2017) enfatiza que los factores de riesgo ante una aspiración son; alteración del nivel de conciencia, disminución de los reflejos faríngeo, tusígeno o deglutorio, presencia de sondas de alimentación, presencia de distensión gástrica, y precisamente estos son los factores relacionados en el paciente en estudio, que según la literatura descrita los responsables de la limpieza ineficaz en este caso son retención de secreciones, cuerpo extraño (portador de SNG), disfunción neuromuscular, en los que se han basado los objetivos trabajados.

Frente a este problema priorizado se realizaron las intervenciones siguientes:

Valorar patrón perceptivo cognitivo: reflejo de deglución y faríngeo; nivel de conciencia. capacidad para eliminar secreciones, ruidos respiratorios. Ello permite a la enfermera pensar en el entorno fisiológico cognitivo en que surgió y se desarrolló la alteración (Kasper et al., 2015) y patrón actividad ejercicio en donde son valorados la frecuencia y profundidad de las respiraciones, disnea, saturación de oxígeno y presencia de cianosis. Estas alteraciones en la función respiratoria se dan por la alteración de la permeabilidad de las vías aéreas que justamente se pretenden mejorar con una adecuada valoración inicial (Fernández-Carmona et al., 2017).

Valorar la presencia de agentes como la SNG, que puedan inducir a la producción excesiva de moco (Dubón & Bustamante, 2016).

Continuar manteniendo la cabeza elevada en un ángulo de 30° (Fowler o Semifowler), esta posición permite la máxima expansión torácica para los pacientes que se encuentran postrados en cama, a la vez el profesional de enfermería cuida que el paciente postrado mantenga sus cambios posturales sin dejar de alternar la máxima expansión pulmonar en ambos lados del tórax (Fernández-Carmona et al., 2017).

Observar presencia de tos excesiva y presencia de secreciones visibles para que estas no sean causa de una complicación inminente en las vías aéreas del paciente con disminución del nivel de conciencia (Romero et al., 2017).

Evaluar movimientos respiratorios y auscultar ambos campos pulmonares, observando presencia de ruidos respiratorios; la obstrucción parcial de las vías respiratorias altas produce un ronquido durante la inspiración y la obstrucción de vías respiratorias bajas no es fácil de identificar, pero levemente puede oírse estridor u otros ruidos adventicios (Romero et al., 2017).

Administrar flumucil 600mg c/8 horas por vía endovenosa, es un fármaco con propiedades mucolíticas que fluidifican las secreciones para que sean fácilmente eliminadas. (Hernandez et al., 2020).

Nebulizar al paciente con 5 gts de fenoterol más 5cc de ClNa; los nebulizadores se usan para aportar humedad y medicamentos que se pueden usar con los sistemas de oxígeno para administrar aire humedecido al paciente y lograr una tos eficaz que harán desprender y desplazar las secreciones adheridas a las paredes bronquiales

para que puedan ser movilizadas y expulsadas por el paciente (Hernandez et al., 2020).

Realizar vibroterapia después de cada nebulización si procede; la percusión, la vibración y el drenaje postural son funciones que realizan los profesionales de enfermería o equipo multidisciplinar, cada postura se mantiene 10 minutos y después de ello se debe auscultar sonidos adventicios para facilitar la aspiración de secreciones y mejorar el intercambio gaseoso (Fernández-Carmona et al., 2017).

Aspirar según sea necesario, limitando el tiempo menor a 15 segundos, seleccionando la sonda correcta y de manera muy aséptica y facilitar la eliminación de secreciones: porque la aspiración de secreciones: permite la eliminación de secreciones, realizarlo siempre después de una preoxigenación para evitar hipoxemia, incremento de la PIC, arritmias o traumatismos, si se aspira más del tiempo indicado las secreciones pueden aumentar o disminuir el aporte de oxígeno (Fernández-Carmona et al., 2017).

Una vez realizado el procedimiento se debe registrar las características y cantidad de las secreciones (Romero et al., 2017).

Realizar monitorización de las funciones vitales: FC, FR, saturación de oxígeno porque nos permitirá evidenciar la inestabilidad hemodinámica existente (Dubón y Bustamante, 2016).

Vigilar fluidoterapia permanente, una adecuada hidratación mantiene la humedad adecuada de las mucosas respiratorias, facilitando el efecto de la acción de los cilios cuando el entorno es bajo en humedad (Bibiano, 2018).

Patrón respiratorio ineficaz

El sistema respiratorio está formado por las estructuras que realizan el intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre. El oxígeno (O₂) es introducido dentro del cuerpo para su posterior distribución a los tejidos y el dióxido de carbono (CO₂) producido por el metabolismo celular es eliminado al exterior. La función principal del sistema respiratorio es mantener la concentración de gases, oxígeno y dióxido de carbono en unos rangos que garanticen el estado homeostático del cuerpo humano. el paciente necesita utilizar su musculatura para ventilar, siendo la misma facilitadora del trabajo respiratorio (Hein, 2017).

Así mismo, Kasper et al. (2015) mencionan que existe un patrón respiratorio ineficaz cuando el aparato respiratorio es incapaz de mantener un intercambio gaseoso adecuado. Puede deberse a causas intrapulmonares (componente del aparato respiratorio que esté afectado) o extrapulmonares (trastornos que afectan al cerebro, sistema neuromuscular, medula espinal, tórax, pleura y vías aéreas superiores), y con ello es importante enfatizar que cuando cambia el patrón ventilatorio también varía la concentración de oxígeno inspirado; puesto que la función normal celular depende de que exista un adecuado aporte de oxígeno que satisfaga las necesidades metabólicas, con el objetivo de proporcionar una cantidad suficiente de concentración de oxígeno para lograr una oxigenación tisular adecuada, siempre y cuando el gasto cardiaco y la concentración de la hemoglobina sean normales.

Del mismo modo, anatómicamente los pequeños bronquios, de diámetro inferior a 1 mm no poseen pared cartilaginosa y su estabilidad se mantiene gracias al parénquima pulmonar subyacente. Por ello, en caso disminuya el volumen pulmonar,

ocasionarán un cierre de los pequeños bronquios, haciendo que los alveolos situados debajo de ellos permanecerán mal ventilados, ocasionando el colapso alveolar como a una disminución de determinados territorios alveolares. Y si la perfusión en estos territorios alveolares se mantiene, esta no se oxigenará, haciendo un cortocircuito intrapulmonar y en los territorios menos ventilados, la oxigenación será parcial llevando a complicaciones respiratorias graves (Kasper et al., 2015).

Los síntomas respiratorios tienen gran importancia en la atención al paciente oncológico. En primer lugar, porque existe una prevalencia a la disnea, tos y ansiedad intensa. Por ello, es imprescindible mantener las vías aéreas permeables para mejorar el patrón respiratorio (Tortota y Derrickson, 2018). Además, la valoración y el mantenimiento de las vías respiratorias es una responsabilidad del profesional de enfermería y a menudo requiere que se intervenga de forma inmediata. Siendo esto base, para aplicarlo con el paciente en estudio, pues la clínica coincide con los argumentos presentados. Por tal motivo, es que el paciente en estudio amerita que se intervenga conjuntamente tanto el patrón respiratorio como el neurológico, esto por la enfermedad que presenta. Según los casos clínicos investigados en relación a la patología del paciente en estudio, no se priorizaron ninguno de los diagnósticos aquí considerados.

La etiqueta de patrón respiratorio ineficaz es definida como “inspiración y/o espiración que no proporciona ventilación adecuada”; este posee 16 características definidoras, y 18 factores relacionados con las cuáles se trabajó para el diseño del diagnóstico enfermero (Seganfredo et al., 2017).

Según Ospina (2015), los linfomas difusos de células B grandes son el grupo de neoplasias linfoides altamente agresivas si no son tratadas a tiempo llevando incluso a la muerte, a su vez son potencialmente curables si se detentan precozmente para dar un tratamiento oportuno. En contraste con el paciente en estudio, este no se detectó de forma oportuna haciendo que se evidencien complicaciones; sin embargo, a la luz de lo diagnosticado, se empezó a brindar los cuidados de enfermería y evitando desenlaces mayores y evidenciándose satisfactoriamente, mejoría progresiva en el paciente en estudio.

Frente a las características definitorias descritas con respecto al paciente en estudio son; disnea, taquipnea, inquietud, saturación menor a 85% sin apoyo ventilatorio. Según (Naretto et al. (2015) menciona que la disnea es una sensación subjetiva de dificultad respiratoria y es el inicio de varios síntomas de origen coronario o respiratorio, concuerda con éste concepto de Vera (2016) como una sensación subjetiva de “falta de aire”, por lo que es fundamental un tratamiento oportuno de acuerdo a la causa.

Por otro lado, Arandía y Bertrand (2018) afirman que la taquipnea es la manifestación más común de todas las enfermedades respiratorias y claro está que es una respuesta frente a una descompensación metabólica. Así mismo, Amaya (2019) reafirma que la taquipnea se produce de forma secundaria a estados patológicos y fisiológicos teniendo origen intra o extrapulmonar.

Así mismo, Sarabia et al. (2015) definen a la saturación de oxígeno como uno de los valores fisiológicos que depende del estado circulatorio y respiratorio, del medio ambiente, de enfermedades concomitantes y otros a los que está expuesta la persona.

Como también Calvo et al. (2020) dicen que con el control de la saturación de oxígeno se permite determinar la cantidad adecuada de oxígeno que es circundante en los vasos sanguíneos para permitir una adecuada perfusión celular. Podemos ver, que intervenir de forma oportuna a las características definitorias ya mencionadas, el paciente no presentará las complicaciones que implican falla cardíaca, respiratoria u otras con respecto a su enfermedad.

Los factores relacionados considerados, según NANDA, son: ansiedad, deformidad de la pared torácica, deformidad ósea, deterioro musculoesquelético, deterioro neurológico (ejemplo: convulsiones), deterioro neuromuscular, dolor, fatiga, fatiga de músculos respiratorios, posición corporal que inhibe la expansión pulmonar, entre otros. Y, en el caso del paciente en estudio las causas son el deterioro neurológico (lesión cerebral y convulsiones) y el dolor, tales evidencias son producto de las interacciones fisiológicas propias de la enfermedad; donde en primera instancia se afectó la función motora que está modulada por la acción de la corteza cerebral, ganglios, cerebelo y su disfunción causa deterioro neuromuscular (Kasper et al., 2015).

Así mismo, el dolor, que es una sensación desagradable está directamente relacionada con los nervios periféricos. Y la incapacidad para manejar adecuadamente el dolor puede tener consecuencias; como la hiperreactividad autonómica (incremento de la PA, FC, Supresión de la motilidad gastrointestinal, secreciones reducidas) y movilidad reducida ocasionando desgaste muscular, ansiedad y problemas respiratorios, es así que el dolor debe atenderse como el “quinto signo vital” (Brunton et al., 2018). En base a ello, se plantearon los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Basado en estos criterios, se procedió a brindar los cuidados de enfermería a través de las siguientes intervenciones:

Valorar patrón actividad ejercicio: frecuencia profundidad y ritmo de las respiraciones; porque los centros respiratorios en el bulbo raquídeo y en la protuberancia en el tronco del encéfalo controlan la respiración y una lesión a nivel cerebral los afecta en lo siguiente: disnea (puede aparecer por niveles de esfuerzo o en reposo); hipoxemia e hipoxia, que son manifestaciones de la insuficiencia respiratoria que afectan la difusión de oxígeno y paralelamente síntomas neurológicos alteraciones motoras que impiden que el organismo realice un proceso de intercambio de oxígeno normal, por ello es importante la primera valoración objetiva y subjetiva en el paciente (Romero et al., 2017).

Realizar monitoreo hemodinámico de la FR, PA, FC Y la Sat O₂ cada tres horas. La taquicardia Arandía y Bertrand (2018) y la hipertensión debutan conforme aumenta el gasto cardíaco para aportar mayores cantidades de oxígeno a los tejidos; la FR nos muestra hasta qué nivel es su esfuerzo respiratorio; la monitorización permitirá evidenciar cualquier cambio a nivel respiratorio y la saturación de O₂ es la medida de la cantidad de oxígeno unida a la hemoglobina la adecuada valoración es vital (Romero et al., 2017).

Mantener al paciente en 30°, facilitando la expansión pulmonar, se optimizará la oxigenación, ventilación a la eliminación de secreciones reduciendo el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias; a la par también termina mejorando el desplazamiento diafragmático, incrementando la PaCO₂ la prevención de desaturaciones implica hiperoxigenar al paciente antes de una aspiración de

secreciones, sedación del paciente para controlar la ansiedad, controlar la fiebre, continuamente monitorizar con un pulsioxímetro que avise los signos de desaturación (Kasper, y otros, 2015).

Observar simetría de los movimientos torácicos; las alteraciones en la forma y movimientos pueden ser asimétricas por la presencia de abombamiento (como es el caso del derrame pleural o del neumotórax hipertensivo), y por retracción unilateral (como puede ser en la condensación pulmonar o en la atelectasia). Al auscultar ruidos respiratorios anormales, los roncus son ásperos, retumbantes de tono grave, producidos por el flujo aéreo a través de secreciones en las vías aéreas mayores, éstos ruidos anormales son los que acompañan a los respiratorios normales, a los que pueden modificar. Unos tienen su origen en los bronquios o en el pulmón, y otros en la cavidad pleural (Báez et al., 2016).

Administrar oxigenoterapia por dispositivo de bajo flujo según el requerimiento del paciente. Según Calvo et al., (2020), el oxígeno se administra para tratar o prevenir la hipoxemia. Dicho de otro modo, el objetivo de la oxigenoterapia es incrementar el contenido de O₂ revirtiendo las alteraciones neurológicas, cardíacas y renales; por consiguiente, disminuir el trabajo respiratorio y el stress miocárdico. Así mismo, las cánulas nasales que son pequeños tubos de plástico introducidos en las ventanas nasales, es el sistema más cómodo que incrementa el FiO₂ un 4% respecto al aire ambiente por cada litro por minuto de incremento en el flujo, pero a flujos altos produce desecación de la mucosa nasal. Kasper et al. (2015) mencionan que debe administrarse solo en caso de ser necesario para mantener la oxigenación tisular

puesto que la exposición continua de niveles elevados de oxígeno puede causar toxicidad.

Incentivar uso de Inspirómetro incentivo; en caso del paciente en estudio no se le realiza por su estado alterado de conciencia; sin embargo, su uso es importante porque es un componente de limpieza bronquial, con diseño que permite realizar inspiraciones prolongadas, lentas y profundas para ablandar las secreciones respiratorias, facilitar el intercambio de gases en el aparato respiratorio y expandir los alvéolos colapsados (Sánchez & Vega, 2015).

Valorar resultados del análisis de gases arteriales conjuntamente con la satO₂ y valores hematológicos, la gasometría arterial es un procedimiento diagnóstico importante y normalmente los profesionales de enfermería especializados son los responsables de su obtención para evaluar la función respiratoria y oxigenación por ello la interpretación de niveles de gases en sangre arterial debe realizarse de modo rápido y eficaz (Rodríguez et al., 2019).

Educar a familia y cuidadores sobre la importancia de la oxigenoterapia en relación al estado de conciencia (Sistema Nacional de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

Administrar Ketoprofeno para el control del dolor, que actúa como un analgésico, antiinflamatorio y antipirético por la inhibición de la ciclooxigenasa y las prostaglandinas. La incapacidad para manejar adecuadamente el dolor puede tener importantes consecuencias en la función fisiológica del paciente, como la hiperreactividad autonómica (incremento de la PA, FC, Supresión de la motilidad gastrointestinal, secreciones reducidas); y movilidad reducida, lo que lleva a un

desgaste muscular, endurecimiento de las articulaciones y descalcificación, depresión, síndrome de impotencia, ansiedad; el dolor debe atenderse como el “quinto signo vital” (Brunton et al., 2018).

Hipertermia

Dentro de la sintomatología inicial se puede encontrar síntomas B, tales como fiebre, sudoración nocturna y baja de peso (25%), cefalea (29%), diplopía que compromete el VI par (52%), parestesias faciales trigeminales (38%) y parálisis facial (25%), entre otros específicos en cada paciente (Alvares et al., 2021).

Kasper et al. (2015) definen a la temperatura corporal como una función del hipotálamo, tanto las neuronas de la porción preóptica anterior como la posterior reciben dos tipos de señales de calor y frío que llega de los nervios periféricos y otra de la temperatura de la sangre; estos dos tipos de señales se integran en el centro termorregulador del hipotálamo. La fiebre es una desviación del punto de ajuste del nivel “normotérmico” a otro febril, que pudo ocasionarse por cualquier agente pirógeno exógeno. Y precisamente en el caso del presente estudio la sintomatología característica es la fiebre, por disminución de los linfocitos (Govindan & Morgensztern, 2016).

Por otro lado, la fiebre se define como la elevación de la temperatura corporal por encima de la temperatura normal (37°C), debido a un reajuste del termostato del hipotálamo. El Hipotálamo es una pequeña parte del diencefalo situada debajo del tálamo, dentro de una de sus importantes funciones está la de controlar la temperatura corporal, donde si la temperatura de la sangre que atraviesa el hipotálamo es más alta que la normal. El hipotálamo ordena al SNC que estimule la pérdida de calor, y si la

temperatura de la sangre es más baja de lo normal el hipotálamo genera impulsos que prueben la producción y retención de calor (Tortota & Derrickson, 2018).

Así mismo, la velocidad de las reacciones metabólicas cerebrales se eleva de forma directamente proporcional al incremento de la temperatura corporal en un 5 a 7 % por cada grado centígrado. Ello es significativo que a medida que se incrementan las demandas metabólicas, el flujo sanguíneo al tejido cerebral debe aumentar para mantenerlas. He ahí la importancia de prevenir la hipertermia en el paciente con lesión neurológica. Y, por el contrario, los estudios señalan que; los pacientes sometidos a hipotermia moderada de 33.5 a 34.5°C demostraron una disminución significativa de la PIC; puesto que con la hipotermia se reducen las demandas metabólicas cerebrales y con ello se reduce la PIC (Diaz, 2017).

Particularmente, según NANDA (2018-2020), la fiebre es la elevación de la temperatura corporal superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Considerando las características definitorias que se encontraron en el paciente en estudio tenemos a; piel caliente al tacto, piel ruborizada taquicardia y T^a 38.5°C. según Sanz (2017) define a la fiebre como una respuesta adaptativa del organismo que se da con el incremento de la temperatura corporal, es un signo que va acompañada de piel caliente y rubicunda generando gran malestar. También Bibiano (2018) coincide con que el incremento de la temperatura corporal acompañada de piel caliente al tacto, son respuestas orgánicas a una infección que incluso pueden comprometer la vida de la persona.

Sanz (2017) menciona que la respuesta del organismo frente al aumento de la temperatura ambiental, se da con vasodilatación periférica, sudoración profusa o rubicunda, hipotensión, taquicardia o hasta causar hipoperfusión (fallo renal o hepático). Y con respecto a la taquicardia, Arandía y Bertrand (2018) refieren que se produce en respuesta a la elevación de la temperatura a nivel del hipotálamo, bulbo y médula espinal; así mismo, afecta otros mecanismos de la pérdida de calor como la vasodilatación cutánea.

Por consiguiente, según Castañeda-Ruiz et al. (2017), los ganglios linfáticos agrandados en un paciente con LNH pueden tener síntomas asociados como; dolor abdominal, fiebre sudoración excesiva, falta de apetito, pérdida de peso; en este caso de estudio cerebral, la sintomatología predominante es la fiebre y las sudoraciones nocturnas extremas es importante el identificar el foco de la hipertermia ya sea por la misma enfermedad u otra causa, en caso del paciente en estudio está todavía por descartarse, sin embargo coincide con la sintomatología por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquicardia, T°38.5.

A continuación, se describen los factores relacionados considerados, según NANDA, (2018-2020): actividad vigorosa, agentes farmacológicos, aumento de la tasa metabólica, deshidratación, disminución de la respuesta sudorativa, enfermedad, isquemia, sepsis, temperatura ambiental elevada y traumatismos. Sin embargo, en el caso del paciente en estudio las causas directamente responsables de la hipertermia es la enfermedad oncológica y es en base a ello que se plantearon los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería realizadas estuvieron direccionadas a disminuir la hipertermia, por lo que se procedió a brindar los siguientes cuidados. En primer lugar, es importante la valoración del patrón nutricional metabólico: color, calor y rubor de la piel; escalofríos y sudoración profusa; porque estos son los primeros síntomas que se manifiestan en un paciente con incremento de la temperatura corporal y el reconocerlos permitirá actuar oportunamente; ya que la fiebre aumenta la necesidad de oxígeno (es decir, por cada 1°C que se rebasen los 37°C, hay un incremento de 13% en el consumo de oxígeno); por tal motivo, es importante actuar oportunamente reduciendo la temperatura central y así mitigar los efectos nocivos que ejerce sobre el encéfalo (Kasper et al., 2015).

Controlar funciones vitales: T°, FC, FR que permitan identificar nivel de hipertermia, el bulbo raquídeo que es el centro regulador de la temperatura corporal, la frecuencia respiratoria y cardiaca están estrechamente ligados a identificar un proceso de hipertermia, además la patología que presenta el paciente es una causa de fiebre recurrente, por tal motivo monitoreo de funciones vitales debe ser oportuna (Prieto et al., 2017).

Aligerar cobertores y realizar medios físicos, permitirán disminución del calor de forma mecánica y coordinar con médico tratante y personal de laboratorio para toma de hemocultivo, urocultivo y descartar foco causante de infección (Macedo, 2018).

Administrar metamizol 1 gr EV condicional. Como antipirético de acción rápida que debe usarse con precaución y tomando en cuenta la normotensión del paciente. Iniciar cobertura antibiótica según indicación y según resultados de hemo o urocultivo (Brunton et al., 2018).

Revalorar la temperatura y mantener registro con hora y situaciones adversas. Educar a cuidador sobre: no arropar, mantener un ambiente ventilado y mantener constante higiene al momento de tener contacto con el paciente (Sistema Nacional de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

El cerebro es el órgano con mayor actividad metabólica del organismo; recibe el 15 % del gasto cardíaco y demanda el 20 % de oxígeno; donde el flujo sanguíneo depende del gradiente de presión de la perfusión sanguínea y la resistencia vascular, ello gracias a mecanismos de autorregulación. Si se interrumpe el flujo sanguíneo o es menor a 15ml/100g/minuto por lo menos 5 segundos se puede presentar daño cerebral irreversible (Cárdenas, 2018).

Por otro lado, el tumor cerebral o intracraneal es aquel proceso expansivo neoformativo cuyo origen está en alguna de las estructuras que contiene la cavidad craneal que contiene; el líquido cefalorraquídeo, la sangre y el tejido cerebral, que, al haber compresión por el tumor, son desplazados. Y cuando ya no puede salir más líquido o sangre de la cavidad, se eleva la presión intracraneana (PIC) (Prieto et al., 2017).

Se define también que en pacientes con tumores malignos de encéfalo se da un crecimiento anormal de tejido en el encéfalo, puede ser grave ya que la compresión del tejido adyacente provoca un aumento en la presión intracraneana, en casi todos los tumores encefálicos primarios (aquellos que se originan en el encéfalo) son gliomas que derivan de la neuroglia; y los síntomas causados por los tumores cerebrales dependen de su tamaño, localización y velocidad de crecimiento. Y pueden ser, dolor

de cabeza, trastornos de equilibrio y coordinación, mareos trastornos del lenguaje, náuseas/ vómitos, fiebre, alteraciones en la frecuencia cardíaca y respiración, somnolencia, debilidad de los movimientos y convulsiones (Tortota & Derrickson, 2018).

A la vez, es importante saber que el incremento de la PIC se da cuando el volumen de la cavidad excede a la capacidad compensatoria, provocando alteraciones cerebrovasculares con obstrucción del flujo sanguíneo. Por ello es importancia evitar su incremento. Para evitar el incremento de la PIC se deben considerar: posición a 30° que ayuda al retorno venoso, evitar aspiración de secreciones innecesarias o la tos, evitar las maniobras de Valsalva previniendo manejando el estreñimiento, prevenir la hipercapnea, manejar el dolor con analgesia adecuada, es fundamental mantener un equilibrio hidroelectrolítico o control estricto del balance hídrico (Prieto et al., 2017).

Los síntomas de los tumores cerebrales varían dependiendo del tamaño, de la ubicación y de las características biológicas del tumor; déficit neurológico focal (parestesias, alteraciones del lenguaje, náuseas), convulsiones, trastornos neurológicos no focales (cefaleas, demencias, vómitos y cambios de personalidad) (Prieto et al., 2017).

Una convulsión es un síntoma que alerta de una disfunción en el cerebro. Puede aparecer como consecuencia de un tumor cerebral. Se pueden manifestar de diferentes formas e intensidades que pueden ir desde mínimos movimientos de corta duración a situaciones que conllevan pérdida de conocimiento con movimientos totalmente incontrolados. Depende de que parte del cerebro se encuentra afectada. Cuando las convulsiones se repiten las denominamos entonces epilepsia (Pérez, 2019).

Por último, la incidencia de crisis post traumáticas en los pacientes con lesiones cerebrales es significativa; empero, debido al riesgo de una lesión isquémica secundaria a las convulsiones es necesaria la administración oportuna de antiepilépticos. Al mismo tiempo, cabe resaltar que las convulsiones incrementan las demandas metabólicas el flujo y volumen sanguíneo cerebral y por consiguiente la PIC. Además de todo al estar alterado el flujo sanguíneo se desencadena la isquemia cerebral, donde se seleccionan los depósitos energéticos cerebrales y se produce una destrucción neuronal irreversible, es imprescindible iniciar el tratamiento con fenitoína y controlar las convulsiones (Cárdenas, 2018).

Según NANDA (2018-2020), la disminución de la capacidad adaptativa intracraneal es un compromiso de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el aumento del volumen intracraneal, ocasionando aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), como respuesta a una variedad de estímulos, nocivos o no.

El paciente en estudio fue diagnosticado de linfoma no Hodgkin (NHL) de células B a nivel cerebral y ello está directamente relacionado con las alteraciones neurológicas que presenta el paciente al momento de la valoración. En aras de ampliar el panorama encontramos que, el LNH altera el ADN de un solo linfocito y da una proliferación exagerada y descontrolada de éstos ocasionando una transformación maligna de la célula y llevando a la formación del tumor en los ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo, como en el caso del paciente en estudio a nivel cerebral. Por tal razón ocasionaron en el paciente convulsiones y daño cerebral (Govindan & Morgensztern, 2016).

Sin embargo, varios estudios coinciden en que el linfoma difuso de células grande B (LBDCG) denominado así en el 2001 por la WHO, es la forma más frecuente de linfoma no Hodgkin. Se trata de una enfermedad curable en más del 50% de los casos, por supuesto con su detección y tratamiento oportuno (Zerga, 2015). Siendo la forma más eficaz de detección son mediante biopsia y estudio histopatológico, justamente lo que le realizaron al paciente en estudio para su diagnóstico (Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, 2016). Así mismo, otra fuente señala que la terapia de cada paciente y su pronóstico dependen indudablemente del diagnóstico histopatológico temprano (Montes et al., 2017).

En cuanto a las características definitorias determinadas en el paciente en estudio que son; convulsiones, somnolencia, desorientado en tiempo espacio y Glasgow 11. Según Kasper et al. (2015), es la convulsión como movimientos incontrolables producidos por la actividad eléctrica neuronal anormal. Así mismo, Sequeira y Chang (2018) coinciden que la convulsión hace referencia a episodios paroxísticos ocasionando signos y síntomas transitorios visuales, motores, somatosensoriales o de comportamiento. Y en cuanto a la somnolencia Portilla et al. (2018) describen que se conoce también como la tendencia a quedarse dormido, puede ser un síntoma principal de un sinfín de patologías, de entre ellas dentro del grupo de las causas secundarias esta al cáncer y/o problemas neurológicos y el tratamiento ira en función a la causa subyacente. Y en cuanto a la Escala de Coma de Glasgow Ordoñez-Rubiano et al. (2019) que esta escala fue diseñada valorar el deterioro del estado de conciencia en pacientes con lesión cerebral, esta escala se convirtió en el método estándar de oro, es el método más utilizado por su practicidad y

objetividad. Gracias a ello, se puede evaluar lo antes posible el daño cerebral ocasionado y actuar oportunamente.

Al analizar detenidamente estas características, todo coincide con lo que menciona Pérez (2019) que un tumor cerebral debuta con crisis convulsivas, lentitud de pensamiento (desorientación), somnolencia cambios de comportamiento y alteraciones en el lenguaje y movimientos (Glasgow). Estos síntomas precisamente se evidenciaron en el paciente en estudio, por tan motivo, se generaron los cuidados que se detallan más adelante.

Por consiguiente, los factores relacionados considerados, según NANDA son: Aumento sostenido de la presión intra craneana (PIC), disminución de la perfusión cerebral, hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal, lesión cerebral (tumor cerebral). Por ello, en el caso del paciente en estudio las causas directamente responsables de la disminución de la capacidad adaptativa intracraneal es la lesión cerebral por tumor. En base a ello que se plantearon los objetivos y las intervenciones de enfermería.

En definitiva, siendo esta patología una de las más frecuentes a nivel mundial, que GLOBOCAN 2012 la ubica dentro de las 10 neoplasias más frecuentes en todo el mundo, en el Perú ocupa el cuarto lugar con una incidencia que ha ido incrementándose según datos (INEN, 2000-2014), convirtiéndose en un problema de salud pública, con diferentes características clínicas, agresivas, diferente pronóstico y respuesta al tratamiento. Por lo cual, es necesario el trabajo multidisciplinar para mejorar las respuestas terapéuticas (Castañeda-Ruiz et al., 2017).

A continuación, las acciones realizadas por el personal de enfermería con el objetivo de contrarrestar la misma sintomatología y evitar mayores complicaciones neurológicas propias de la enfermedad en el paciente en estudio. En primer lugar, valorar patrón perceptivo cognitivo: pupilas, nivel de conciencia. Cuando los mecanismos de compensación no son suficientes, el aumento de PIC puede comprometer la vida del paciente o provocar graves discapacidades neurológicas. Por ello es imprescindible realizar un correcto control neurológico para detectar complicaciones potenciales de forma precoz y controlar la evolución del enfermo neurológico (Prieto et al., 2017).

La valoración del nivel de conciencia implica, al haber una alteración se hace evidente cuando; existe desorientación, no obedece órdenes o necesita estímulos para mantenerse alerta (Alvares et al., 2021).

La valoración de la función motora se evidencia en movimientos motores involuntarios, tono y fuerza muscular evaluando independientemente cada extremidad. Determina la situación clínica del paciente y proporciona una referencia para cuantificar los cambios: los cambios repentinos en los signos neurológicos indican, a menudo, desorientación. Las respuestas pupilares reflejan el estado del mesencéfalo y la protuberancia (Kasper et al., 2015).

La escala de coma de Glasgow es de gran utilidad, tanto para conocer el estado neurológico y, muy importante la evolución del paciente. Determina las mejores respuestas de la apertura ocular, respuestas motoras y respuestas verbales; valora la tendencia y la probabilidad de aumento de la PIC y es eficaz para comprobar la

localización, la amplitud y la evolución de la lesión del SNC (Tortota & Derrickson, 2018).

Valorar el aparato motor: movimientos involuntarios, reflejos, patrones anormales; los movimientos significativos comprenden las muecas o las retiradas ante estímulos dolorosos u otros como postura o flexión anómala de las extremidades; indican, normalmente una lesión cortical difusa. Por otro lado, la ausencia de movimientos espontáneos en un lado corporal indica una lesión en las vías motoras del hemisferio cerebral opuesto (Kasper et al., 2015).

Mantener al paciente en posición de 30°: al mantener la cabecera elevada, de ese modo se facilita el drenaje venoso del cerebro. La obstrucción de las venas yugulares puede dificultar el drenaje venoso cerebral (Bibiano, 2018).

Realizar Monitorización hemodinámica PA, FR SatO₂, FiO₂, T°. Un aumento de la presión arterial estimula a los receptores de estiramiento de los pequeños vasos sanguíneos cerebrales, causando vasoconstricción; cuando la PA es baja, disminuye la estimulación de estos receptores, causando relajación y vasodilatación, también pueden aparecer cambios de la FC y arritmias, reflejando presión o lesión en el tronco encefálico. Del mismo modo, el patrón de la respiración cambia, de acuerdo con el deterioro progresivo de la función nerviosa y quedar afectados los centros de la respiración (Calvo et al., 2020).

La temperatura es generalmente normal en las fases iniciales, si continúa aumentando la PIC, se altera la función hipotalámica y la temperatura puede elevarse notablemente. La fiebre aumenta la necesidad de oxígeno (es decir, por cada 1°C que se rebasen los 37°C, hay un incremento de 13% en el consumo de oxígeno). Por tal

motivo, es importante actuar oportunamente reduciendo la temperatura central y así mitigar los efectos nocivos que ejerce sobre el encéfalo (Kasper et al., 2015).

Valorar incremento de la PIC, los factores determinantes son la hiperdinamia con aumento de la frecuencia cardiaca presión arterial y gasto cardiaco como mecanismo compensatorio es una forma frecuente de daño cerebral. La isquemia del centro vasomotor en el tronco encefálico desencadena una respuesta isquémica en el SNC. La isquemia neuronal en el centro vasomotor causa un aumento notable de la PAM, con una elevación importante de la PAS y aumento de la presión diferencial. El aumento de la PAM provoca una disminución reflexiva de la FC. La isquemia del tronco encefálico causa hernia cerebral (Cárdenas, 2018).

En pacientes inconscientes o con un reflejo tusígeno intacto, mantener abierta las vías respiratorias mediante una aspiración periódica, limitando el tiempo de aspiración entre 10 a 15'; porque la aspiración durante más de 15' en un paciente con la PIC elevada puede causar hipercapnea, que causa a su vez vasodilatación de los vasos cerebrales, aumento del volumen de sangre cerebral e hipertensión intracraneal. Así mismo, una aspiración correcta minimiza el riesgo de hipoxemia (Cárdenas, 2018).

Administrar Fenitoína 100mg cada 8 horas por vía endovenosa; es un antiepiléptico derivado hidantoínico, que inhibe la propagación de la actividad convulsivante en la corteza motora cerebral, estabilizando el umbral para promover la difusión de sodio desde las neuronas (Brunton et al., 2018).

Administrar manitol al 20% cada 6 horas por vía EV, porque el manitol es un diurético osmótico que eleva la osmolaridad del líquido tubular, inhibiendo la reabsorción de agua y electrolitos, eleva la excreción urinaria de agua, sodio, cloro y

bicarbonato; así mismo, el manitol puede mejorar la perfusión a las áreas isquémicas cerebrales, produciendo vasoconstricción cerebral y por lo tanto reduciendo la PIC (Hernandez et al., 2020).

Administrar Furosemida 20 mg endovenoso, siendo un diurético no osmótico puede actuar de forma que facilita la salida de sodio y agua desde las zonas edematosas y disminuyendo la producción de líquido cefalorraquídeo (Hernandez et al., 2020).

Administrar fenitoína 100mg c/8 horas EV, ya que inhibe la propagación de la actividad convulsivante en la corteza motora cerebral y estabiliza el umbral promoviendo la difusión de sodio desde las neuronas, como también es antiarrítmico, al estabilizar las células del miocardio; para el uso de diuréticos osmóticos deberá tenerse un adecuado control de funciones vitales, si se utilizan para tratar el edema cerebral, pueden causar hipotensión y disminución del gasto cardíaco; sin embargo los diuréticos osmóticos reducen eficazmente la PIC (Brunton et al., 2018).

Controlar la distensión vesical y el estreñimiento, porque el estreñimiento y la distensión vesical aumentan la presión intratorácica o intraabdominal, y es un riesgo para el paciente con trastorno venoso cerebral. Mantener la restricción hídrica, de ese modo se permitirá disminuir el edema cerebral al reducir el agua total corporal (Bibiano, 2018).

Proporcionar un ambiente tranquilo, limitando los estímulos nocivos; evitar realizar movimientos bruscos de la cama, limitar las situaciones que causen molestias emocionales, advertir a los familiares de que eviten conversaciones desagradables o que puedan estimular emocionalmente al paciente: porque, los estímulos nocivos y las

molestias emocionales causan aumento de la presión intracraneana (Sistema Nacional de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

Controlar BHE, un control estricto entre los ingresos y egresos de agua, permitirá que se evidencie cualquier alteración en la eliminación o no de líquidos por parte del paciente (Tortota & Derrickson, 2018).

Controlar diuresis horaria, la vasopresina tiene un papel determinante en la concentración de la orina, se estimula por la hipertermia el dolor y entre otros será evidencia del funcionamiento del riñón, y el daño que pueden estar causando los medicamentos (como el manitol) provocando poliuria (Tortota & Derrickson, 2018).

Mantener restricción hídrica; el sodio y el cloro son los principales componentes de los coloidosmóticas, en el plasma e intersticio, es por ello que la sobrecarga hídrica está directamente con efectos negativos multisistémicos como; delirio, edema visceral, alteración de mecanismos de pared torácica, aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de la presión de perfusión y demás (Carrillo-Esper et al., 2017).

Administrar Diazepam si presenta convulsión; ansiolítico derivado de la benzodiazepina que actúa facilitando la unión GABA con su receptor incrementando su actividad, sobre el sistema límbico, tálamo e hipotálamo, ocasionando depresión del SNC, relajación de músculos esqueléticos y actividad anticonvulsiva (Brunton et al., 2018).

Coordinar estrechamente con el médico tratante inicio de tratamiento con radioterapias y quimio para educar a la familia sobre los cuidados Restringir las visitas; porque cualquier estímulo, puede aumentar la PIC, pues la situación del paciente es crítica (Vite, 2017).

Riesgo de Motilidad gastrointestinal disfuncional

La barrera más extensa que separa al organismo del medio ambiente externo es el epitelio intestinal. No siendo una barrera pasiva sino defensa activa contra a las bacterias, virus, parásitos y moléculas que vienen del exterior, incluyendo los alimentos. Las enzimas y las sales biliares secretadas al lumen del intestino, digieren los nutrientes que están en los alimentos y los enterocitos se encargan de su digestión terminal, así como de transportar en forma eficiente los compuestos resultantes, mediante procesos selectivos y regulados o por difusión pasiva. La nutrición tiene la suma de todas interacciones que se dan lugar en el organismo pasando por un proceso bioquímico y fisiológico, que pueden ser alteradas por varios factores, entre ellos por la infranutrición, que incrementa la sensibilidad a infecciones, descenso de la competencia inmunitaria y deficiencias en el funcionamiento pulmonar (García, 2017).

El funcionamiento anómalo de los mecanismos de la deglución se da debido a alteraciones en la estructura y función de la boca, faringe o esófago; y pueden relacionarse con alteraciones neuromusculares, fatiga o alteraciones del nivel de conciencia. Donde se pueden evidenciar ausencia de manejo de secreciones orales, ausencia de los reflejos nauseoso, tusígeno, deglutorio, gorgoteo al hablar, disminución de los movimientos linguales o bucales, sibilantes, crepitantes/ronquidos, elevación de la temperatura (Tortota & Derrickson, 2018).

Al mismo tiempo, es importante resaltar que la inervación del intestino delgado y el colon es intrínseca (o también llamada sistema nervioso intestinal que modifica la secreción, absorción y flujo sanguíneo mucoso) y extrínseca que ésta última forma parte del sistema nervioso autónomo y así mismo modula las funciones motora y

secretora, es decir, modulan de forma refleja la motilidad intestinal, el flujo sanguíneo y la secreción (García, 2017).

Básicamente, la motilidad gastrointestinal que se da en el intestino delgado, durante el ayuno, dando lugar a las contracciones intestinales que duran aprox. 60 minutos. Seguidamente, la motilidad del colon origina contracciones de duración corta (movimientos masivos de todo el colon), por lo general en las mañanas y después de las comidas. Y por último se da normalmente la motilidad posprandial del colon; con contracciones fásicas y tónicas y duran 2 horas aprox. Para seguir con contracciones del sigmoides y el recto, terminando con la maniobra de Valsalva o pujo que permite la evacuación de heces. Esta descripción fisiológica nos permite comprender que al verse alterado o disminuido produce los efectos seguidamente mencionados y por cuales se realizan un plan de intervención (Kasper et al., 2015).

Además, estos pacientes con afecciones neurológicas se presentan un mayor riesgo de desarrollar ciertas complicaciones, sobre todo, aspiración pulmonar por la alimentación enteral, alteración del reflejo nauseoso, retraso del vaciado gástrico durante la fase precoz de una lesión de medula espinal y en pacientes con convulsiones. La pronta instauración del apoyo nutricional tiene especial importancia en pacientes con lesiones cefálicas; puesto que, las reservas de glucógeno se agotan rápidamente y se comienzan a usar las proteínas corporales para cubrir las necesidades energéticas. Además, los pacientes con lesión cerebral presentan una respuesta inflamatoria que pueden conllevar a la fiebre y por consiguiente aumento de las necesidades de proteínas y calorías; empero se han evidenciado mejoras de

supervivencia de pacientes con lesiones cerebrales que inician precozmente apoyo nutricional (Kasper et al., 2015).

Según NANDA (2018), el riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional es vulnerable a sufrir aumento, disminución, falta de actividad peristáltica o actividad peristáltica ineficaz, del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud, relacionado a alimentación enteral, hipo, residuo gástrico.

Las características definitorias consideradas para el estudio de caso presente son; hipo, aumento del residuo gástrico y dificultad para defecar. Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer (2020) menciona que el hipo es una serie de espasmos que afecta el diafragma que se irrita súbitamente y se contrae entre dos respiros normales y dentro de la variedad de causas encontramos a las lesiones cerebrales, abotagamiento y acumulación de gases en el estómago y cambios de temperatura; estos directamente relacionados con el paciente en estudio.

Con respecto al residuo gástrico, Pereira et al. (2016) deducen que el incremento del volumen gástrico residual ha sido el mayor obstáculo para iniciar la nutrición enteral en pacientes críticos; sin embargo, la medición del volumen residual gástrico no deja de ser una herramienta esencial para pacientes que no pueden ingerir alimentos por vía oral. Además, ese mismo artículo muestra que las alteraciones de la motilidad gástrica incluyen una disminución del vaciamiento gástrico, esta hipomotilidad antral, reducción de las contracciones del estómago, presencia de sonda nasogástrica, vaciamiento enlentecido y edad avanzada pueden inducir una retención gástrica, aumentando el riesgo de aspiración; dando lugar a complicaciones como déficit neurológico con disminución del nivel de conciencia (Cáceres et al., 2016).

Y, por último, con respecto al estreñimiento o dificultad para defecar (Govindan & Morgensztern, 2016) mencionan que es un síntoma frecuente que le caracteriza a pacientes oncológicos con alteraciones neurológicas que están inmovilizadas y su manejo dependerá del tratamiento de la enfermedad de fondo. Dicho esto, es importante precisar que todas las intervenciones de enfermería se han plasmado para evitar las complicaciones ya mencionadas con respecto al paciente en estudio.

En tal sentido, los factores relacionados considerados según NANDA son: alimentación enteral, ansiedad, envejecimiento, ingestión de material contaminado, inmovilidad, intolerancia alimentaria, malnutrición, prematuridad, régimen terapéutico, sedentarismo. Sin embargo, en el caso del paciente en estudio las causas directamente responsables de la motilidad gastrointestinal disfuncional son, alimentación enteral e inmovilidad. Justamente, la NET precisa de cuidados específicos para evitar complicaciones en el paciente.

En base a lo expuesto se procedió a brindar los respectivos cuidados de enfermería a través de las siguientes intervenciones:

Valorar el patrón nutricional metabólico: deglución, estado de conciencia; el propósito de una valoración de nutrición (según sus componentes; valoraciones antropométricas, bioquímicas, clínicas y dietéticas). La capacidad de mantener un estado nutricional adecuado es un problema habitual en la práctica oncológica porque, tanto el desarrollo de la propia enfermedad neoplásica como el tratamiento oncoespecífico que se administra, pueden ocasionar un estado de malnutrición energética-nutricional, por ello es importante la valoración oportuna. (Cáceres et al., 2016).

Valorar situación de SNG, residuo gástrico; las sondas nasogástricas que son introducidos y se evalúa adecuadamente su correcta localización a nivel del estómago para prevenir la adhesión o irritación gástrica; la SNG se usa para pacientes con vaciamiento gástrico adecuado (Tortota & Derrickson, 2018).

Verifique la localización correcta de la sonda; para ello el estudio de PH de 1-5 normal, un PH de 6 o más es indicativo que el contenido procede de una zona inferior a tubo digestivo o aparato respiratorio (Montoya, 2021).

Valorar tipo de dieta enteral; como una alternativa de garantizar una nutrición adecuada, se utiliza la dieta enteral, porque el paciente no puede ingerir los alimentos, y según el cribado nutricional, el personal de nutrición y enfermería están al pendiente de los micronutrientes administrados (Montoya, 2021).

Valorar patrón eliminación: presencia de deposiciones, características, frecuencia; fisiológicamente son los esfínteres anales externo e interno, los encargados de controlar si se realiza la defecación o no, juntamente con la cantidad de movimientos intestinales que son variados depende a la dieta, salud, medicamentos y estrés; sin embargo, la gama normal de actividad intestinal debe ser dos o tres defecaciones por día (Tortota & Derrickson, 2018).

Coordinar con nutrición sobre dieta e importancia de suplementos nutricionales, porque los productos para usos nutricionales por SNG son una categoría de alimentos que han sido diseñados para pacientes específicos que tienen su capacidad de comer, ingerir, digerir o absorber limitada; en tal caso, existen para ello existen las fórmulas de NE, los suplementos de NE, las fórmulas para errores innatos del metabolismo y los

productos para rehidratación oral, que son controlados directamente por el personal especializado (Montoya, 2021).

Examinar abdomen en busca de distensión, embalonamiento, depresión, sonidos a la percusión. Colocar al paciente en posición fowler para NET por SNG para disminuir riesgo de aspiración y mediante la gravedad lograr una completa digestión (Castañeda-Ruiz et al., 2017).

Valorar resultados de laboratorio: Hemograma completo, proteínas totales y fraccionadas, para intervenir con fórmulas nutricionales específicas (Tortota & Derrickson, 2018).

Pesar al paciente diariamente, en el mismo momento del ingreso, en la misma balanza y con la misma ropa, de esta manera tendremos datos objetivos de pérdida o ganancia de peso, entendiendo de la importancia de un estado nutricional adecuado para mantener una buena respuesta frente a la enfermedad es incuestionable (Lozano-Ballena et al., 2018).

Valorar presencia de hipo, frecuencia e intensidad. Observar deterioro de las mucosas orales y anales. Informar al paciente que identifique y comunique los estados febriles, hemorragias o heces oscuras que se presenten el paciente a causa de complicaciones no solo por la NET, sino también por su enfermedad y sus efectos (Tortota & Derrickson, 2018).

Controlar efectividad métodos antieméticos; casi todos los antiheméticos actúan en el SNC, pero se debe tener precaución con los efectos adversos como la discinesia tardía en paciente de edad avanzada, además trastornos del ritmo cardíaco con uso

frecuente, por ello es importante el registro de enfermería y cumplimiento adecuado de la administración de medicación antihemética (Kasper et al., 2015).

Fomentar el reposo gástrico de 4 horas en infusiones continuas; la sobrecarga puede ocasionar complicaciones graves como diarrea, vómitos, obstrucción de la sonda por viscosidad, hiper o hipoglucemias; entre muchos otros, por ello se recomienda iniciar con una infusión a ritmos y volúmenes bajos, depende de la condición física y nutricional del paciente para establecer una estrategia adecuada de NE; por ello, el personal de enfermería y su cuidado es determinante en todo momento de infundir la dieta enteral (Tortota & Derrickson, 2018).

Determinar el nivel de conocimiento del cuidador e instruir según a ello en manejo de la SOG; las intervenciones de enfermería de educación para la salud del adulto con LNH y su familia. Son benéficas y reducen el riesgo de infección y limitan la exposición a gérmenes oportunistas en el medio hospitalario: lavado de manos, evitar la visita de personas enfermas o propensas a enfermar, uso de mascarilla y mandilón en caso sea necesario. (Montoya, 2021)

La educación a la familia es primordial, puesto que un diagnóstico de NHL suele causar conmoción al paciente, a sus familiares y a sus amigos. Algunas de las reacciones o emociones que las personas pueden tener son; negación, depresión, desesperanza y miedo; para que pueden sobrellevar mejor la situación es importante que su plan de tratamiento se ha establecido para generar en ellos la esperanza de una recuperación (Castañeda-Ruiz et al., 2017).

Administrar Dislep 25mg por vía EV; es un antagonista selectivo de receptores periféricos de dopamina de pared gastrointestinal, que tiene una acción

gastroprocinética y mejora la motilidad y tránsito intestinal, así mismo evita los vómitos, náuseas y el vértigo (Brunton, Hilal-Dandan, & Knollmann, 2018).

Administrar analgésicos en caso presente dolor, la incapacidad para manejar adecuadamente el dolor puede tener importantes consecuencias negativas en la función fisiológica del paciente, como la hiperreactividad autonómica (incremento de la PA, FC, Supresión de la motilidad gastrointestinal, secreciones reducidas); y movilidad reducida, lo que lleva a un desgaste muscular, endurecimiento de las articulaciones y descalcificación, depresión, síndrome de impotencia, ansiedad; el dolor debe atenderse como el “quinto signo vital”. (Brunton et al., 2018).

En general, la quimioterapia y la radioterapia son las dos formas principales de tratamiento para el NHL. Si bien la radioterapia no suele ser la única terapia curativa, ni la principal, es un tratamiento adicional importante en ciertos casos (Leukemia y Lymphoma Society, 2014). Sin embargo, el paciente en estudio todavía no iniciaba su tratamiento por falta de estabilidad en su salud. Sin embargo, la familia cumplía un papel determinante pues siempre estaban al pendiente.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el presente proceso de atención de enfermería a la paciente C. C. S durante dos días, del día 20/07/21 al día 23/07/21, en el turno diurno para el primer día y en el turno nocturno para el segundo día, se identificaron cuatro diagnósticos: el primer día y seis el segundo día, priorizándose cinco de ellos, después de haber ejecutado la mayoría de las intervenciones, se realizó la evaluación de los resultados esperados:

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Objetivo alcanzado: El paciente presentó limpieza eficaz de vías aéreas, al evidenciar secreciones fluidas en escasa cantidad, disminuyó sonidos respiratorios adventicios con ausencia de disnea, se muestra tranquilo y FR: 19 x´

Segundo diagnóstico

Patrón respiratorio ineficaz

Objetivo alcanzado: El paciente presentó patrón respiratorio eficaz evidenciándose disminución de disnea, respiraciones dentro de los parámetros normales (19 rpm) y presenta saturación 93% sin apoyo mostrándose más tranquilo por momentos.

Tercer diagnóstico

Hipertermia

Objetivo alcanzado: El paciente disminuyó hipertermia al evidenciar T° 36.9°C. manifestarse tranquila, se evidencia con piel tibia al tacto y con ausencia rubicundez y FC 72 x`.

Cuarto diagnóstico

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente disminuyó frecuencia de convulsiones y mejoro su estado neurológico a Glasgow 12 por momentos despierta; sin embargo, continúa desorientado en tiempo espacio y persona y por momentos somnoliento.

Quinto diagnóstico

Motilidad gastrointestinal disfuncional

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente realiza deposición con estimulación y tratamiento, disminuye residuo gástrico; sin embargo, continúa presentando hipo y alimentación enteral por déficit neurológico.

Conclusión

Se concluye que, de los cinco objetivos planteados, el primero, el segundo y el tercero fueron alcanzados; sin embargo, el cuarto y el quinto fueron parcialmente alcanzados; necesítándose trabajar más y con mayor detenimiento y eficacia en el cuidado del paciente en estudio.

Cabe recalcar que de los objetivos alcanzados, en los tres primeros diagnósticos, los cuidados de enfermería han sido determinantes en el corto tiempo de estancia hospitalaria por los daños irreversibles que puede tener el paciente relacionado con la aspiración o una tardía permeabilidad de vías aéreas; sin embargo,

el paciente en los dos primeros días de atención tuvo un adecuado intercambio gaseoso y oxigenación eficiente a nivel cerebral; así mismo, el control de la hipertermia precozmente fueron efectivas no solo gracias a los cuidados de enfermería brindados; también al apoyo con compromiso de la familia en cada intervención.

Mientras tanto los objetivos cuarto y quinto diagnóstico (Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal y Motilidad gastrointestinal disfuncional) fueron parcialmente alcanzados debido a que requieren de un mayor tiempo de tratamiento y no son directamente dependientes del accionar de enfermería sino de un cumplimiento diario del tratamiento indicado que incluso va más allá del inicio del tratamiento oncológico y su hospitalización.

Finalmente, al ser los profesionales de enfermería, la columna vertebral del sistema de salud se puede decir que el trabajo de investigación realizado ha permitido evidenciar que un paciente oncológico debe ser valorado holísticamente, para lograr una recuperación o en los peores casos brindar un cuidado digno y oportuno en los cuidados paliativos que requiera hasta el día de su muerte. Justamente por estas razones, no se debe dejar de mencionar que el paciente en mención, después de un largo proceso de tratamiento recuperó sus funciones cognitivas, motoras, fisiológicas y emocionales de un modo satisfactorio.

Bibliografía

- (GOTEL) Grupo oncológico para el tratamiento y estudio de linfomas, sociedad española de hematología y hemoterapia(SEHH), Sociedad Española de Anatomía Patológica(SEAP). (2017). *Recomendaciones para el estudio histopatológico, Inmunohistoquímico, citogenético y molecular e informe diagnóstico de los procesos neoplásicos linfoides*. España: Libro blanco de la anatomía patológica en España.
- Acero, R., Aguirre, D., Amaya, O., Andrews, S., Arango, E., Arias, F., Camacho, F. (2009). *Guías para manejo de urgencias* (3ra Edición ed.). Bogotá, Colombia: Viceministerio de salud y bienestar.
- Alvarez, J., Peláez, N., & Muñoz, A. (mayo de 2006). Utilización clínica de la Nutrición Enteral. *Nutricion Hospitalaria, II*.
- Barone, L. (2000). *Anatomía y fisiología del Cuerpo Humano*. Buenos Aires: Cultura Librera Americana S.A.
- Berman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería Kozier y Erb* (9a edición ed., Vol. I). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Bibiano, C. (2018). *Manual de Urgencias* (3ra Ed. ed.). (C. Bibiano, T. García, C. Ibero, & M. -G. Mir, Edits.) Madrid, España: Servicio de Urgencias/ Hospital Universitario Infanta Leonor. Obtenido de <https://www.urgenciasyemergen.com>
- Brunton, L., Hilal-Dandan, R., & Knollmann, B. (2018). *Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la Terapéutica* (13a Edición ed.). México: Mc GRAW HILL Global Educación Holdings, LLC.

- Cárdenas-Cardos, R., Aguilar-Ortiz, M., Velazco-Hidalgo, L., García-Vázquez, P., Rivera-Luna, R., & Marhx-Bracho, A. (septiembre-octubre de 2015). Linfoma no Hodgkin primario del sistema nervioso central en un paciente pediátrico sin inmunodeficiencia relacionada. *Acta Pediátrica de México*, 36(5), 389-396. Obtenido de www.actapediatrica.org.mx
- Cardona Duque , E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. *IATREIA*, 221-229.
- Carrillo-Esper, R., Ponce-Medrano, J., Aguilar-Montiel, M., Rendón-Jaramillo, L., Sánchez-Jurado, J., Roldán-Rodríguez, E., & Carrillo-Cordova, D. (marzo de 2017). Efectos de la sobrecarga hídrica y electrolítica en el perioperatorio. *Revista mexicana de anestesiología*, 40(1), 47-53. Obtenido de www.medigraphic.org.mx
- Castañeda-Ruiz, P., Via-Rada, F., Serra-Jaramillo, R., Paz-Cornejo, E., & Salas-Sánchez. (9 de jul./set. de 2017). Linfoma difuso de células B grandes: ¿una sola enfermedad? *SCIELO - Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.34 (no.3), 3. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2803>
- Castells, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería* (Segunda ed.). Madrid, España: Elsevier.
- Coronado, M., González-Barca, E., López-Hernández, A., Martín, A., & Montalbán, C. (2016). *Guía de GELTAMO para tratamiento del Linfoma B difuso de células grande (LBDCG)*. Madrid- España: de la edición: Treelogy Medical Marketing S.L.Impreso en España / Printed in Spain.

- Departamento de metodologđia enfermera (FUDEN). (2009). *Lenguaje especialista del cuidado ISSN 19890745 Vol 1*. Madrid: Edici3n Internacional.
- Diaz, B. (2017). *Guía de cuidados de enfermería en el paciente con linfoma Hodgkin a propósito de un caso clínico*. Tenerife-España: Universidad de la Laguna.
- Dub3n, M., & Bustamante, L. (Febrero de 2016). Bronquitis aguda. *Responsabilidad profesional*, 59(1), 27-31.
- Fenton, M., & Moret, A. (2005). *Temas de enfermería Médico-Quirúrgica*. (M. Rodríguez, Ed.) La Habana, Cuba: Ciencias M3dicas Ecimed.
- Fernández, A., Vizcaíno, A., Rodríguez, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. *Clínica e investigaci3n en Ginecología y obstetricia*, 89-132.
doi:10.1016/j.gine.2009.06.002
- Fernández-Carmona, A., Olivencia-Peña, L., Yuste-Ossorio, M., & Peñas-Maldonado, L. (Mayo de 2017). Tos ineficaz y tecnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar. *Elsevier Medicina Intensiva*, 50-59.
- García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermeria en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.
- Gonzales, G., Perez, M., Castañeda, M., & Jimenes, S. (2013). *Intervenciones de enfermería en la atenci3n del aulco con Linfoma no Hodgkin: Evidencias y recomendaciones*. México D.F.: Cenetec.

- Govindan, R., & Morgensztern, D. (2016). *Manual Washington de Oncología* (Tercera ed.). (R. Govindan, & D. Morgensztern, Edits.) Mexico D.F.: Wolters Kluwer/ Washington University in St. Louis. School of Medicine.
- Guerrero, J. d., Landy, M., & Calderon, V. (30 de Abril de 2020). Atención de Enfermería según el modelo de Marjory Gordon en paciente con esclerosis lateral amiotrófica. *Acronos - Editorial Científico Técnica*.
- Guevara, N. M., Jaramillo, P. E., & Gaviria, L. M. (July/Sept. de 2013). Linfoma B difuso de células grandes: factores pronósticos en la era del rituximab. *Scielo IATREIA*, vol.26 (no.3), 1-4.
- Hospital General Universitario de Alicante: Unidad de Cuidados Intensivos. (2012). *Guía práctica de enfermería en el paciente crítico* (2da Edición ed.). Alicante: Agencia Valenciana de salud.
- Hospital Maria Auxiliadora. (2012). *Guías de cuidados en Enfermería en paciente oncológico*. Lima: Departamento de Enfermería/ Servicio de oncología.
- Ige-Afuso, M., & Chumacero-Ortiz, J. (Diciembre de 2010). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *Scielo Perú Acta Medica Peruana*, V. 27.
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 159-167.
- Kasper, D., Hauser, S., Jameson, L., Fauci, A., Longo, D., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison Principios de Medicina Interna* (19a edición ed., Vol. I). (D. Kasper, S. Hauser, L. Jameson, A. Fauci, D. Longo, & J. Loscalzo, Edits.) México D.F.: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Leukemia y Lymphoma Society. (2014). *Algún día es hoy Linfoma No Hodgkin*.

Rochester University: SPECTRUM.

Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. (2010). *Terapia respiratoria*. Hospital Universitario Reina Sofía.

Marino, P. (2008). *El libro de la UCI* (3ra ed.). Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins.

Montes, S., Mollejo, M., Fraga, M., García, J., Villar, J., Martínez, A., García, R. (Mayo de 2017). Recomendaciones para el estudio histopatológico, inmunohistoquímico, citogenético y molecular e informe diagnóstico de los procesos neoplásicos linfoides. Consenso SEAP-SEHH-GOTEL. (S. Coordinador Montes, Ed.) *Recomendaciones del club de Linfomas de la SEAP*, 64-173.

Natalia Carvalho Borges 1. (s.f.).

Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363.

doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>

Navarro, V., & Falcon, A. (2007). *Manual para la Instrucción del Socorrista*. Cuba:

Damují Rodas.

Ospina, J. (2015). *Caracterización de los pacientes con diagnóstico de linfoma B difuso de célula grande en el instituto nacional de cancerología*. Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Medicina Interna, Bogotá D.C.

- Prieto, I., del Amr, B., Castro, I., García, V., Alvarez, S., Martinez, P., Díaz, E. (2017). *Enfermería y Neurociencias HUCA* (2a Versión ed.). EUROC.
- Rivas, S. (2013). *Linfoma primario del sistema Nervioso Central*. Mexico D.F.: Instituto Nacional de cancerología, Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 293-297.
- Rosales Barrera, S. (2004). *Fundamento de Enfermería 3º Edición*. México, México: El Manual Moderno.
- Ruiz, E. (2018). *Manual de cardiooncología*. Lima, Perú: Unigraph S.R.L.
- Seganfredo, D., Beltrao, B., Silvia, V., Lopes, M., Castro, S., & Almeida, M. (2017). Análisis del patrón respiratorio ineficaz y ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem RLAE*, 1-9.
- Sistema Nacional de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Intervenciones de enfermería para atención del adulto con Linfoma No Hodgkin flicular*, 1-65. (I. M. Social, Ed.) México: Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de prestaciones Médicas/ Unidad de atención médica/ Coordinación de unidades médicas de alta especialidad/ Coordinación técnica de excelencia clínica.
- Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS). (2014). Linfoma no Hodgkin. *Algún día es hoy*, 1-56.
- Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. (2016). Guía de GELTAMO para tratamiento del linfoma B difuso de células grande (LBDCG). *GELTAMO (Grupo Español de Linfomas/Trasplante Autólogo de Médula Ósea)*.

Tortota, G., & Derrickson, B. (2018). *Principios de Anatomía y Fisiología* (15a edición ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Urden, L., Lough, M., & Stacy, K. (2002). *Cuidados Intensivos en Enfermería*. Madrid: Hancourt/ Oceano.

Villalonga, R. (2014). *Fisioterapia respiratoria en el paciente post quirurgico*. Hospital Universitario de Bellvitge/ Servicio de Anestesiología y terapia del dolor.

Zerga, M. (octubre de 2015). Linfoma difuso de células grandes B de mal pronóstico. Desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas. *Medicina personalizada: Hematología*, 19, 183 - 193.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración según los 11 patrones funcionales de la salud

DATOS GENERALES																																									
Nombre del usuario: _____		Fecha nacimiento: _____ Edad: _____																																							
Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____		Persona de referencia: _____ Telf. _____																																							
Procedencia: Admisión / Emergencia / Otro _____ tipo de atención: SOAT () SIS () ESSALUD () OTROS: _____																																									
Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla ()																																									
Peso: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Tº: _____ Sat O2 _____																																									
Fuente de Información: Paciente () Familiar () Amigo () PNP () SERENA ZGO () BOMBERO () Otros: _____																																									
Motivo de ingreso: _____		Dx. Médico: _____ Fecha de la valoración: _____																																							
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD																																									
<div style="background-color: #f2f2f2; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD</div> <p>Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Gastritis () Úlcera () TBC () Asma () Otros: _____ Sin problemas importantes Intervenciones quirúrgicas No () Si () fecha: _____ Especificar: Alergias y otras reacciones: No () Si () Fármacos: () Alimentos: () Signos - síntomas: Otros: Factores de riesgo Obesidad No () Si () Consumo de tabaco No () Si () Consumo de alcohol No () Si () Consumo de drogas No () Si () Otros: Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Free. Última dosis _____ Estado de higiene: Buena () Regular () Mala () Antecedentes de Enfermedades: Neurológico: ACV () Parkinson () Otros: _____ Cardíaco: HTA () FA-V () IMA () Otros: _____ Respiratorio: TBC () Asma () Bronquitis () EPOC () Otros: _____ Gastrointestinales: Úlceras () Gastritis () Otros: _____ Metabólicos renal: DM () DM () IRCT () HD () Otros: _____</p>	<div style="background-color: #f2f2f2; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</div> <p>Estado emocional: Tranquilo () Ansioso () Negativo () Temeroso () Irritable () Indiferente () No responde () Preocupaciones principales/comentarios Ha sufrido de violencia: No () Si () Física () Sexual () Psicológica () Conducta: Introverso () Extroverso () Estado Emocional Asequible () Ansioso () Triste () Negativo () Temeroso () Agresivo () Otros: _____ Tiene alguna discapacidad: No () Si () Especifique: _____</p>																																								
<div style="background-color: #f2f2f2; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)</div> <p>Ocupación: Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Conviviente () Otro: _____ Relación Familiar: Afectiva () Indiferente () Hostil () Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros: _____ Barrera de comunicación: Edad () Idioma () Ninguno () Otros: _____</p>	<div style="background-color: #f2f2f2; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO</div> <p>Problemas para dormir: Si () No () Especificar: ¿Toma algún medicamento para dormir? Si () No () Especificar:</p>																																								
<div style="background-color: #f2f2f2; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS</div> <p>Religión: Restricciones religiosas: Comentarios adicionales: _____</p>	<div style="background-color: #f2f2f2; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO</div> <p>Estado de conciencia: Despierto () Somnoliento () Soporoso () inconsciente () Orientado: Tiempo () Espacio () Persona () Deterioro Sensorial: Ninguno () Auditivo () Visual () Habla/lenguaje () Otro: _____ Dolor/Molestias: No () Si () Localización: _____ Escala de dolor: EVA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">Escala de coma de Glasgow</th> <th style="background-color: #f2f2f2;">Puntuación</th> <th style="background-color: #f2f2f2;">Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">RESPUESTA APERTUR A</td> <td>Espontánea</td> <td>4</td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Por orden</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Por estímulo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sin respuesta</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">RESPUESTA VERBAL</td> <td>Orientada</td> <td>5</td> <td rowspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Confusa</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Inapropiada</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Incomprensible</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sin respuesta</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">RESPUESTA MOTORA</td> <td>Obedece</td> <td>6</td> <td rowspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Localiza al dolor</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Retira al dolor</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Flexión (decorticación)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Extensión (descerebración)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Interpretación: _____ TCE leve 14-15 TCE moderado: 9-13 TCE SEVERO < 8</p>	Escala de coma de Glasgow		Puntuación	Puntaje	RESPUESTA APERTUR A	Espontánea	4		Por orden	3	Por estímulo doloroso	2	Sin respuesta	1	RESPUESTA VERBAL	Orientada	5		Confusa	4	Inapropiada	3	Incomprensible	3	Sin respuesta	1	RESPUESTA MOTORA	Obedece	6		Localiza al dolor	5	Retira al dolor	4	Flexión (decorticación)	3	Extensión (descerebración)	2	Ninguna	1
Escala de coma de Glasgow		Puntuación	Puntaje																																						
RESPUESTA APERTUR A	Espontánea	4																																							
	Por orden	3																																							
	Por estímulo doloroso	2																																							
	Sin respuesta	1																																							
RESPUESTA VERBAL	Orientada	5																																							
	Confusa	4																																							
	Inapropiada	3																																							
	Incomprensible	3																																							
	Sin respuesta	1																																							
RESPUESTA MOTORA	Obedece	6																																							
	Localiza al dolor	5																																							
	Retira al dolor	4																																							
	Flexión (decorticación)	3																																							
	Extensión (descerebración)	2																																							
Ninguna	1																																								

Sedación: Si () No () especifique.....
 Medicación: Si () No ()
 especifique.....

Escala de RAMSAY:

DESPIERTO	DORMIDO
Ansioso agitado o inquieto o ambos. Colaborador orientado y tranquilo. Responde únicamente a las órdenes.	Dormido, pero con respuesta viva a estímulos débiles. Dormido con respuestas débil a estímulos fuertes. Dormido, pero no responde.

Total Ramsay: _____
 Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas ()
 Reactivas () No reactivas ()
 Tamaño: Midriasis () Miosis ()
 Hemiparesis: MSD () MSI () MID () MII ()
 Hemiplegia: MSD () MSI () MID () MII ()
 Tamaño: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA
 Hiperventilando () Hiporventilando ()
 Vías Aéreas: Permeables No () Si ()
 Especifique _____
 Ruidos respiratorios: Normales () Crepitos () Sibilantes ()
 Roncus () Disminuidos () Estertores ()
 otros: _____

Se cansa con facilidad: No () Si ()
 Reflejo de la tos: Presente () Disminuido () Ausente ()
 Apoyo ventilatorio: No () Si () Especifique: _____
 Llenado Capilar: No () Si () Especifique: _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA
 Pulso: _____ Regular () Irregular ()
 Especifique: _____
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Edema: No () Si ()
 Localización: _____
 +(0-0.65cm) () ++(0.65-1.25cm) () +++(1.25-2.50cm) ()
 Riego periférico:
 MI I Tibia () Fría () Caliente ()
 MID Tibia () Fría () Caliente ()
 MSI Tibia () Fría () Caliente ()
 MSD Tibia () Fría () Caliente ()
 Frecuencia: Bradicardia (<50 lpm) ()
 Taquicardia (>140 lpm) ()
 Ritmo: Rítmico () Arritmia () Amplitud: Filiforme () Lleno ()
 Sincronía:
 Sincrónica () Asincrónica ()

Cateteres Invasivos: Periférico () Catéter central () N° _____
 Fecha de colocación: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO
 1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3= Totalmente dependiente

	II	III	III
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno () muletas () andador () bastón ()
 S. ruedas () Otros: _____
 Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez () Contracturas ()
 Parálisis () Otros: _____
 Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()
 Comentarios adicionales: _____

Índice de Katz
 1= Independencia 2= Dependencia parcial 3= Totalmente dependiente

KATZ	1	2	3
Lavarse			
Vestirse			
Uso de servicios higiénicos			
Movilizarse			
Continencia			
Alimentación			

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Piel: Turgente () Pálida () Diaforética () Ictérica () Cianótica ()
 Otros: _____
 Integridad: Intacta () Lesiones () Flebitis () Hematomas ()
 Especificar: _____
 UPP: I° () II° () III° () IV ()
 Cavidad bucal:
 Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis ()
 Mucosa oral: Intacta () Lesiones ()
 Hidratación: Si () No ()
 Especifique _____
 Cambio de peso durante los últimos días: Si () No ()
 Especificar: _____
 Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()
 otros: _____
 Dificultad para deglutir: Si () No ()

Motivo
 Náuseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad: _____
 Especifique _____
 Dispositivos para alimentación: Si () No ()
 Tipo: _____
 Drenaje Si () No () características: _____ Volumen: _____
 Abdomen: Blando () Depresible () Distendido () Doloroso ()
 Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales ()
 Disminuidos () Ausentes ()
 Glicemia _____
 Drenajes: No Si Especificar: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 N° de deposiciones/día: Normal () Estreñimiento () Diarrea ()
 Ostomía () Melenas () Moco ()
 Características: _____
 Hábitos vesicales: Espontánea () Disuria () Retención ()
 Hematuria () Incontinencia () Otros: _____
 Sistema de ayuda: Sonda Foley N° _____ Colector () Pañal ()
 Otros: _____ Fecha de colocación: _____
 Drenaje: SNG () Kher () B. Colostomía () Dren Laminar () DTG ()
 Hemobac () otros: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Usa Métodos anticonceptivos: No () Si ()
 Especifique _____
 N° de parejas sexuales: _____ FUR: _____ N° de Hijos: _____
 Secreciones anormales en genitales: No () Si ()

Nombre del enfermero (a) _____
 Firma _____
 CEP: _____
 Fecha _____

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Linfoma no hodgkin cerebral de células B grandes difusas de una clínica privada Lima-2021”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales C. C. C. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic.Mary Elizabeth Chacon Chise, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

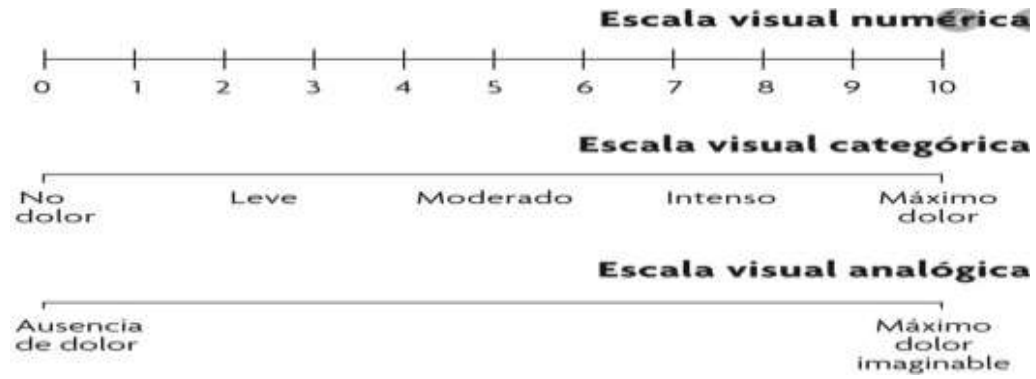
Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

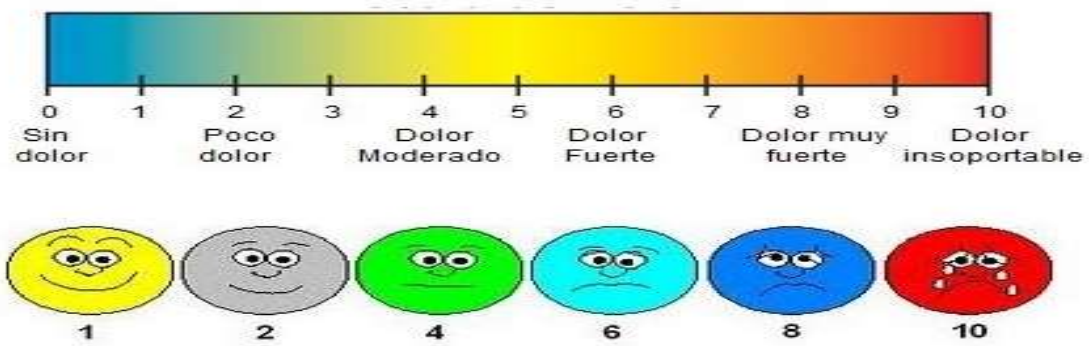
Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

Escala del dolor



Escalas de dolor



LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.







OCULAR

4	3	2	1
ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN
			

VERBAL

5	4	3	2	1
ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA
				

MOTORA

6	5	4	3	2	1
ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
					
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	