

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 pediátrico con traumatismo encéfalo craneal en el Servicio Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018

Por:

Patricia Evelyn Mendoza Reyes

Asesor:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ELIZABETH GONZALES CÁRDENAS, adscrita 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 presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con traumatismo encéfalo craneal en el Servicio Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada MENDOZA REYES PATRICIA EVELYN, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019.



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con traumatismo encéfalo craneal en el Servicio Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Presidente



Mg. Delia Luz León Castro

Secretario



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

A sesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos.....	ix
Símbolos usados.....	x
Resumen.....	xii
Capítulo I	13
Valoración.....	13
Datos generales	13
Valoración según patrones funcionales:.....	14
Datos de valoración complementarios:	16
Exámenes auxiliares	16
Tratamiento médico.....	18
Capítulo II.....	20
Diagnóstico, planificación y ejecución	20
Diagnóstico enfermero	20
Primer diagnóstico.....	20
Segundo diagnóstico.	20
Tercer diagnóstico.....	21
Cuarto diagnóstico.....	21
Quinto diagnóstico.	21
Sexto diagnóstico.	22
Séptimo diagnóstico.	22

Octavo diagnóstico.....	22
Noveno diagnóstico.....	22
Decimo diagnóstico.....	23
Planificación.....	23
Priorización.....	23
Plan de cuidados.....	25
Capítulo III.....	31
Marco teórico.....	31
Deterioro de la ventilación espontánea.....	31
Disminución del gasto cardiaco.....	33
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.....	37
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	39
Hipertermia.....	42
Capítulo IV.....	45
Evaluación y conclusiones.....	45
Evaluación por días de atención:.....	45
Primer diagnóstico.....	45
Segundo diagnóstico:.....	45
Tercer diagnóstico:.....	45
Cuarto diagnóstico:.....	46
Quinto diagnóstico:.....	46
Conclusiones.....	46
Bibliografía-.....	47

Apéndices..... 50

Índice de tablas

Tabla 1	16
Hemograma	16
Tabla 2	17
Gasometría arterial	17
Tabla 3	17
Bioquímica	17
Tabla 4	17
Examen de orina simple:	17
Tabla 5	25
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento de la presión parcial de dióxido de carbono, disminución de la saturación de oxígeno.	25
Tabla 6	26
Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la frecuencia cardíaca, postcarga y precarga evidenciada por disminución de la frecuencia cardíaca, alteración de la presión arterial, piel fría, edema.	26
Tabla 7	28
Diagnóstico de enfermería: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral evidenciado por PIC mayor a 12 mmHg, ensanchamiento de la curva de la presión intracraneal	28
Tabla 8	29

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vía aérea relacionada con deterioro neuromuscular, vía aérea artificial, evidenciadas por sonido respiratorio anormal, tos ineficaz, cantidad excesiva de secreciones.	29
Tabla 9	30
Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con aumento de la tasa metabólica, posible sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, ruborizada.....	30

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	50
Apéndice B: Consentimiento informado	53
Apéndice C: Escalas de evaluación	54

Símbolos usados

OMS: Organización mundial de la salud.

MINSA: Ministerio de Salud

AGA: Análisis de gases arteriales.

BHE: Balance hídrico estricto

CO₂: Dióxido de carbono

PO₂: Presión parcial de oxígeno

CVC: Catéter venoso central

TEC: Traumatismo encéfalo craneal.

Mg/Dl: Miligramos por decilitros.

mmHg: Milímetros de mercurio

TET: Tubo endotraqueal

UCI: Unidad de cuidados intensivos

HCO₃: Bicarbonato

PIC: Presión intracraneal

PPC: Presión perfusión cerebral

TAC: Tomografía axial computarizada

LCR: Líquido cefalorraquídeo

HTE: Hipertensión endocraneal

PAE: Proceso de atención de enfermería

P.O.I.: Post operado inmediato

SOP: Sala de operaciones

AO: Apertura ocular

RM: Respuesta motora

RV: Respuesta verbal

PA: Presión Arterial

PCMV: Ventilación controlada por presión

PEEP: Presión positiva al final de la expiración.

FIO₂: Fracción inspiratoria de Oxígeno

FSC: Flujo sanguíneo cerebral

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente P. C. M, durante el turno diurno y noche a partir de su primer día de su ingreso al servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital nacional de Lima. El diagnóstico médico del paciente al ingreso fue de post operado inmediato de craneotomía más evacuación de hematoma parieto- temporal derecho por traumatismo encéfalo craneal grave, más fractura de base del cráneo. El proceso de atención de enfermería se realizó en el transcurso de 2 días, la primera etapa de valoración se realizó a través de la guía de Marjory Gordon, en la segunda etapa de diagnóstico se identificaron 10 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: deterioro de la ventilación espontánea, disminución del gasto cardiaco, disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, limpieza ineficaz de vía aérea e hipertermia. Los objetivos generales fueron: el paciente mejorará la ventilación espontánea, el nivel de gasto cardiaco, mejorará el equilibrio adaptativo intracraneal, mantendrá vía aérea permeable, recuperará la temperatura corporal dentro de los valores normales. En la tercera etapa se planificó diversos cuidados de enfermería con enfoque al diagnóstico de enfermería, las cuales se ejecutaron en el transcurso de los días de atención. En la última etapa de evaluación, el primero, tercero y cuarto objetivo se lograron alcanzar; sin embargo, el segundo y quinto objetivo fueron alcanzados parcialmente ya que aún mantenía episodios de PIC elevadas y picos febriles. En conclusión, se aplicó el PAE a paciente pediátrico lográndose brindar cuidados de calidad.

Palabras clave: *Proceso de atención de enfermería, Traumatismo encéfalo craneal*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: P. C. M.

Edad: 15 años.

Motivo de ingreso: Paciente escolar ingresa al servicio de emergencia pediátrica, tras sufrir caída desde el tercer piso de vivienda, aproximadamente de una altura de 9 mt. Perdiendo el conocimiento de manera inmediata, siendo trasladado por el personal de atención extra hospitalaria, durante el trayecto presenta un episodio de convulsión tónico-clónico, ingresa a shock trauma con un Glasgow de 8pts (AO=2, RM=5, RV=1), por lo cual es intubado y conectado a ventilación mecánica; según tomografía cerebral 20/08/18, se evidencia fractura de base del cráneo, hematoma subdural traumática parieto-temporal derecho, es evaluado por neurocirugía, siendo programado para SOP, hemotórax en lado derecho, evaluado por cirugía de tórax, colocándole dren torácico derecho. El paciente ingresa al servicio de cuidados intensivos pediátrico, POI de craneotomía más evacuación de hematoma parieto- temporal derecho, aproximadamente de 4cm, bajo sedo analgesia con tendencia a la bradicardia, hipotensión PA= 90/55 mm Hg, portador de dren torácico derecho. Diagnóstico médico: P.O.I Craneotomía más evacuación de hematoma parieto- temporal derecho por traumatismo encéfalo craneal grave, más fractura de base del cráneo, Insuficiencia respiratoria aguda, Trastorno acido base: acidosis respiratoria descompensada.

Días de hospitalización: Primer día de Hospitalización en el servicio de Cuidados intensivos pediátricos.

Días de atención de enfermería: Los días de atención de enfermería fueron de 2 días.

Valoración según patrones funcionales:**Patrón I: Percepción – control de la salud.**

La madre del paciente refiere que su hijo no tiene antecedentes de enfermedades o cirugías anteriores, no consume alcohol, tabaco u otras sustancias, tiene sus vacunas completas. Paciente con estado de higiene regular.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente con temperatura corporal de 36.5 C al ingreso, en el transcurso llega a 38.2 °C, piel tibia e hidratada. La madre refiere “mi hijo es de comer muy bien, nunca he tenido problema, come lo normal en un día sus tres comidas desayuno, almuerzo y cena”. Paciente en NPO, portador sonda oro gástrico de 12 french, residuo gástrico escaso bilioso, en bolsa colectora, mucosa oral integra, semiseca, caries en dos piezas dentarias. Abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos. Cabello abundante corto, herida operatoria a nivel parieto- temporal derecho cubierto con gasas ligeramente manchada con secreción hemática, presencia de catéter transperitoneal para monitoreo de PIC. Peso 40 Kg, talla 1.45mt, IMC 19 (normal) grupo sanguíneo O positivo, Hb: 10 gr/dL, albumina 3.6 gr/dL piel integra no presenta lesiones por presión, no se observa lesiones a nivel de la mucosa oral, piel poco hidratada.

Patrón III: Eliminación.

Portador de sonda Foley N° 10, orina con ligera coluria, tendencia a la oliguria. Paciente no realiza aun deposición.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria.

Paciente con apoyo ventilatorio, en ventilación mecánica invasiva, portador de tubo endotraqueal N° 6.5 fijado a 20 cm en comisura labial con tensoplast, acoplado a parámetros

establecidos en PCMV, FiO₂ = 0.60, PEEP= 5, PC= 12, FR= 16, sensibilidad= 1.5. A la auscultación murmullo vesicular disminuido a nivel del hemitorax derecho, en base, roncus difusos. Portador de dren torácico derecho con escasa secreción serohemática oscilante. Presencia de secreciones bronquiales ligeramente amarillentas, poca cantidad, reflejo tusígeno disminuido.

Actividad circulatoria

Paciente con hemodinamia inestable con tendencia a la hipotensión. Portador de línea arterial nivel radial derecho para monitoreo de presión arterial. Soporte de vasopresor noradrenalina a 6cc/H (0.1mcg/min) manteniéndose PAM mayor a 80 mm Hg, FC = 55-60 lpm, ritmo sinusal, pulsos disminuidos, llenado capilar mayor a 2 seg. Frialdad distal, edema +++ manos, edema + en miembros inferiores.

Capacidad de autocuidado

Paciente no moviliza los miembros superiores e inferiores por efectos de sedoanalgesia, solo al estímulo doloroso se observa leve contracción muscular de la mano.

Patrón V: Descanso – sueño.

La madre refiere “mi hijo nunca ha tenido problemas para poder descansar, se va a dormir temprano aproximadamente a las 9 p.m., y se despierta entre las 6 a 6:30 a.m. para que se aliste e ir a la escuela con su hermana”. Paciente bajo neuroprotección.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente sedado, RASS -4, pupilas isocóricas 2 /2 mm, hipo reactivas 2/2 mm, hipotonía muscular. Con monitoreo de PIC que se mantiene mayores de 12 mm Hg, PPC entre 55-60 mm Hg.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

Sedoanalgesiado, no evaluable emocionalmente, percepción hacia el entorno

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Recibe visita de los padres, manifiestan preocupación por el estado de salud y son afectivos con el paciente.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Paciente de sexo masculino. Se observa genitales externos de acorde a su edad.

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

Paciente bajo sedoanalgesia, tranquilo acoplado a soporte ventilatorio, evitando cualquier estímulo externo que aumente situación de estrés del paciente. Padres preocupados por el estado de salud de su hijo, llorosos.

Patrón X: Valores y creencias.

El paciente y los padres profesan la religión católica. Paciente bautizado.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Hemograma

Compuesto 21/08/18	Valor encontrado
Hb	10
Hto	30.1%
Leucocitos	11,370
Plaquetas	200000
Abastionados	3
Basofilos	0.3
Linfocitos	1400

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Anemia leve, leucocitosis.

Tabla 2
Gasometría arterial

Compuesto	Valor encontrado
PH:	7.31
PaO ₂ :	140 mmHg
PCO ₂ :	48mmHg
HCO ₃ :	18.6 mmol/L
SaO ₂ :	95%
PaFio ₂ :	215 mmHg
Lac	2.5 mmol/L
cBase:	7.3 mmol/L

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Acidosis mixta, Pafio₂disminuido, hiperoxia.

Tabla 3
Bioquímica

Compuesto	Valor encontrado
Cloro sérico	112.8
Potasio sérico	4.6
Sodio sérico	140
Glucosa	109
Calcio	9

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Hipercloremia.

Tabla 4
Examen de orina simple:

Compuesto	Valor encontrado
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1023
Ph	6.0
Bilirrubina	Negativo
Cuerpos cetonicos	Negativo
Glucosa	Negativo
Proteínas	Trazas
Sangre	+++
Nitritos	Positivo
Células epiteliales	0
Leucocitos	353
Hematíes	344
Cilindros	Negativo

Cristales	Negativo
Filamentos mucoide	Negativo
Hongos	Negativo

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: La orina es de aspecto turbio, presencia de leucocitos elevados y hematíes.

Interconsultas

Neurocirugía 21/09/18 2 p.m.

Paciente P.O.I. Craneotomía más evacuación de hematoma parieto- temporal derecho por traumatismo encéfalo craneal grave, más fractura de base del cráneo. Bajo sedoanalgesia, hemodinamia inestable con soporte de vasopresor, pupilas hipo reactivas, isocóricas, reflejo corneal positivo, con monitoreo de presión intracraneal(PIC) a través de catéter transparenquimal encontrándose entre 11-14 mm Hg. Se recomienda: monitoreo continuo de funciones vitales, herida operatoria, mantenimiento de PIC menor a 11, PPC 65-75 mm Hg, continuar con tratamiento de cuidados intensivos, se evaluará a solicitud ante cualquier descompensación o signos de alarma.

Tratamiento médico.

Primer día (21/08/18)

NPO + SNG a gravedad

CINa 3 % 1000ml

CIK 20% (1 amp)

Sulfato de Magnesio (1 amp)

80 cc/h

Midazolam 50 mg/ 100 ml CINa 0.9%

Fentanilo 1 mg / 100 ml CI Na 0.9%

RASS -4

Noradrenalina 8 mg/ dextrosa 5% 100 PAM mayor a 80 mm Hg.

Omeprazol 40 mg EV c/24 h.

Metoclopramida 10 mg EV c/8 h.

Paracetamol 500 mg sng c/8 h.

Fenitoina 300 mg ev c/8 h.

Segundo día (22/08/18)

Nutrición enteral 20 cc/h.

CINa 3 % 1000 ml

CIK 20% (1 amp) 80 cc/h

Sulfato de Magnesio (1 amp)

Midazolam 50 mg/ 100ml CINa 0.9%

Fentanilo 1 mg / 100 ml Cl Na 0.9% RASS -4

Noradrenalina 8 mg/ dextrosa 5% 100 PAM mayor a 80 mm Hg.

Omeprazol 40 mg EV c/24 h.

Metoclopramida 10 mg EV c/8 h.

Paracetamol 500 mg sng c/8 h.

Fenitoina 300 mg ev c/8 h.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂), disminución de la saturación de oxígeno.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontánea.

Factor relacionado: Alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento de la presión parcial de dióxido de carbono, disminución de la saturación de oxígeno.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Disminución de la frecuencia cardiaca, alteración de la presión arterial, piel fría, edema.

Etiqueta diagnóstica: Disminución del gasto cardiaco.

Factor relacionado: alteración de la frecuencia cardiaca, postcarga y precarga.

Enunciado diagnóstico. Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca, poscarga y precarga evidenciado por disminución de la frecuencia cardiaca, alteración de la presión arterial, piel fría, edema.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: PIC mayor de 12 mm Hg., ensanchamiento de la curva de la presión intracraneal.

Etiqueta diagnóstica: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.

Factor relacionado: lesión cerebral.

Enunciado diagnóstico: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral evidenciado por PIC mayor a 12 mm Hg, ensanchamiento de la curva de la presión intracraneal.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Sonido respiratorio anormal., tos ineficaz, presencia de secreciones.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Factor relacionado: deterior neuromuscular, vía aérea artificial.

Enunciado diagnóstico. Limpieza ineficaz de vía aérea relacionada con deterioro neuromuscular, vía aérea artificial evidenciadas por sonido respiratorio anormal, tos ineficaz, presencia de secreciones.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: Piel caliente al tacto, piel ruborizada.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado / Factor de riesgo: Aumento de la tasa metabólica, posible sepsis

Enunciado diagnóstico. Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, posible sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada.

Sexto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Factor de riesgo: Estado de salud física comprometida.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con estado de salud física comprometida.

Séptimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: procedimientos invasivos, dispositivos invasivos.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, dispositivos invasivos.

Octavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la mucosa oral.

Factor de riesgo: factor mecánico (intubación endotraqueal), factores estresantes, obstáculos para autocuidado orales.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con factor mecánico (intubación endotraqueal), factores estresantes, obstáculos para autocuidado orales.

Noveno diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de ulcera por presión.

Factor de riesgo: con disminución de la movilidad, disminución de la perfusión tisular, edema, aumento de la temperatura corporal 1-2c.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de ulcera por presión relacionado con disminución de la movilidad, disminución de la perfusión tisular, edema, aumento de la temperatura corporal 1-2c.

Decimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración.

Factor de riesgo: disminución del nivel de conciencia, intubación oral, tos ineficaz.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia, intubación oral, tos ineficaz.

Planificación**Priorización.**

1. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento de la presión parcial de dióxido de carbono, disminución de la saturación de oxígeno.
2. Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca, postcarga y precarga evidenciada por disminución de la frecuencia cardiaca, alteración de la presión arterial, piel fría, edema.
3. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral, evidenciado por PIC mayor a 12 mm Hg, ensanchamiento de la curva de la presión intracraneal.
4. Limpieza ineficaz de vía aérea relacionada con deterioro neuromuscular, vía aérea artificial, evidenciado por sonido respiratorio anormal, tos ineficaz, presencia de secreciones.
5. Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, posible sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, ruborizada.

6. Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con estado de salud física comprometida.
7. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, dispositivos invasivos.
8. Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con factor mecánico (intubación endotraqueal), factores estresantes, obstáculos para autocuidado orales.
9. Riesgo de ulcera por presión relacionado con disminución de la movilidad, disminución de la perfusión tisular, edema, aumento de la temperatura corporal 1-2c.
10. Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia, intubación oral, tos ineficaz.

Plan de cuidados.

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por aumento de la presión parcial de dióxido de carbono, disminución de la saturación de oxígeno

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/08/18			22/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mejorará la ventilación espontánea durante su hospitalización. Resultados:	1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo.	→	→				→
1. Paciente mejorará el nivel de dióxido de carbono.	2. Verificar nivel de oxigenación a través de SaO ₂ , Po ₂ .	→	→				→
2. Paciente mejorará el nivel de oxigenación (SaO ₂).	3. Monitorear parámetros ventilatorios, acoplamiento del paciente.						
	4. Asegurar y programar las alarmas del ventilador mecánico.						
	5. Vaciar el agua condensada en las trampas de los corrugados del ventilador mecánico.	→	→				→
	6. Control de gasometría arterial.	→	→				→
	7. Realizar seguimiento de los informes radiológicos.	→	→				→
	8. Midazolam 50mg/ 100ml ClNa 0.9% + Fentanilo 1mg/100 ml Cl Na 0.9% RASS - 4.	→	→				→

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca, postcarga y precarga evidenciada por disminución de la frecuencia cardiaca, alteración de la presión arterial, piel fría, edema

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/08/18			22/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mejorará gasto cardiaco al término del turno.	1. Administrar medicamentos vaso activo: Noradrenalina titulable a PAM mayor a 80 mmHg.	10am →	----				9pm →
Resultados: 1. El paciente presentará presión arterial dentro de los límites normales para la edad.	2. Monitorizar presión venosa central (PVC). 3. Monitorear y registrar la frecuencia, ritmo cardiaco y presión arterial invasiva, pulsos periféricos, temperatura central y periférica.	→	→				→
2. El paciente presentará frecuencia cardiaca dentro de los límites para su edad.	4. Administrar solución salina según prescripción médica: 500 ml de ClNa 0,9 E.V.	→	5pm				
3. El paciente presentará piel tibia al tacto, disminuirá edema de manera progresiva.	5. Controlar electrocardiograma. 6. Obtener muestra sanguínea para control post- operatoria. (hemograma, electrolitos séricos). 7. Controlar los resultados de laboratorio. (tiempo de protombina, hemograma, electrolitos, etc). 8. Observar pulsos periféricos, llenado capilar, temperatura y color de la piel. 9. Vigilar cantidad de diuresis a horario y característica. 10. Vigilar los dispositivos invasivos (línea arterial) para monitoreo hemodinámico invasivo, calibración cada turno, posición del punto cero del transductor a nivel de la aurícula derecha.	→ → → → → → →	→ → → → → → →				→ → → → → → →
			6pm				

-
11. Realizar un balance hídrico estricto.
 12. Administrar productos sanguíneos:
transfusión de paquete globular.
-

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral evidenciado por PIC mayor a 12 mmHg, ensanchamiento de la curva de la presión intracraneal

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/08/18		22/08/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mejorará la capacidad adaptativa intracraneal al término del turno.	1. Monitorear y registrar las funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, FR, SaO2).	→	→				→
Resultados:	2. Mantener temperatura corporal dentro de T 36-37 C.	→	→				→
1. El paciente presentará presión intracraneal dentro de los límites normales.	3. Mantener la permeabilidad del catéter transparenquimal.	→	→				→
2. El paciente presentará perfusión cerebral dentro de los límites normales.	4. Calibrar el transductor, nivelar a punto a nivel del pabellón auricular.		→				→
	5. Monitorizar PIC, PAM, PPC.		→				→
	6. Monitorizar nivel de dióxido de carbono.		→				→
	7. Mantener una posición neutra del paciente, cabecera de la cama entre 30-35 grados.	→					
	8. Mantener la glicemia dentro de los parámetros entre 80-130 mg/Dl.	→	→				→
	9. Administrar solución hipertónica según prescripción médica.		6pm				12-6 am
	10. Favorecer un ambiente tranquilo, asegurar una adecuada sedoanalgesia, según escala de RASS.	→	→				→
	11. Evitar aspiraciones endotraqueales innecesarias u otra actividad, que aumente la PIC.	→	2pm				
	12. Administrar fenitoina 300mg ev c/8h.						10pm-6am

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vía aérea relacionada con deterioro neuromuscular, vía aérea artificial, evidenciadas por sonido respiratorio anormal, tos ineficaz, cantidad excesiva de secreciones

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/08/18			22/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas.	1. Monitorear estado respiratorio: anotar el movimiento torácico, simetría, utilización de músculos accesorios.	→	→				→
Resultados:	2. Verificar posicionamiento del tubo endotraqueal.	→	→				→
1. El paciente presentará disminución de sonidos respiratorios al término del turno.	3. Auscultar sonidos respiratorios antes y después de las aspiraciones.	→	→				→
2. El paciente disminuirá cantidad de secreciones bronquiales.	4. Hiperoxigenar al 100% a través del ventilador mecánico antes y después de cada aspiración endotraqueal.	→	→				→
3. El paciente recuperará reflejo tusígeno.	5. Determinar la necesidad de aspiraciones de secreciones oral o traqueal.	→	→				→
	6. Seleccionar una sonda de aspiración acorde al diámetro del tubo endotraqueal.	→					→
	7. Proporcionar una dosis adicional de sedación, según indicación médica.	10 am →					10pm X
	8. Registro de características y cantidad de secreciones.	11am	→				→
	9. Realizar seguimiento de los informes radiológicos.						

Tabla 9

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con aumento de la tasa metabólica, posible sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, ruborizada

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/08/18			22/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente recuperará la temperatura corporal dentro de los límites normales.	1. Monitoreo de la temperatura a horario y funciones vitales (FC, FR, SaO2, PA). 2. Observar el color de piel y la temperatura. 3. Aplicar medios físicos, aligeramiento de cubierta.	→	→				→
Resultados: 1. El paciente mantendrá piel tibia. 2. El paciente disminuirá el rubor en piel.	4. Administrar medicamento Paracetamol 500 mg SNG, según prescripción médica. 5. Vigilar posibles efectos adversos después de la administración de la medicación.	→	→				→

Capítulo III

Marco teórico

Deterioro de la ventilación espontánea.

Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida (NANDA, 2017).

El intercambio de gases se da frente a la relación entre la ventilación y la perfusión, ocurriendo a nivel alveolar, a nivel del alveolo y el intercambio con los capilares esta consiste en un endotelio capilar con una membrana basal, espacio intersticial y epitelio alveolar, la barrera alveolo- capilar mide solo 0,5 micras, lo que facilita un eficiente intercambio gaseoso, siempre y cuando exista una ventilación normal (Fernandez, 2012).

Un proceso inflamatorio a nivel del tejido pulmonar, sea por una lesión traumática, produce edema en el tejido, ocupando las proteínas a nivel alveolar, debido al aumento de la permeabilidad, disminuyendo la superficie alveolar para un adecuado intercambio gaseoso (Fernandez, 2012).

Los alveolos y los capilares están dispuestos, de forma tal que cada alveolo es perfundido por más de un capilar, con el objetivo de disminuir la interface entre la sangre y el gas alveolar, la membrana de los capilares se unen a la membrana basal del epitelio alveolar, siendo una sola, para así facilitar el intercambio de gases (Guzmán, 2014).

La lesión traumática del tórax conlleva a múltiples complicaciones como una de ellas es el hemotórax, es la presencia de sangre coagulada en la cavidad pleural, que debe ser drenado a través de la colocación de un drenaje torácico, sino se evacua puede conllevar a proceso

infeccioso bronco pleural, la membrana del tejido pulmonar se ve alterada por tanto el intercambio gaseoso disminuido como es el caso del paciente (Garcia, 2005).

Los factores relacionados, según NANDA (2017), son alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios.

Dentro de las Intervenciones de enfermería el vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, la evaluación constante de las características de una adecuada ventilación, nos ayudara a identificar posibles complicaciones que sean la causa de un inadecuado intercambio gaseoso, la frecuencia respiratoria que se encuentre dentro de los parámetros normales de acorde a la edad del paciente pediátrico, el ritmo regular, una adecuada profundidad que permita el ingreso de aire y expulsión de esta, permitiendo un adecuado volumen para el intercambio gaseoso (Bertet, 2015).

Verificar nivel de oxigenación a través de SaO₂, Po_{2a} saturación de oxígeno indica el porcentaje de oxígeno que transporta la sangre en relación a la máxima capacidad de transporte de esta, en un paciente pediátrico escolar una saturación mayor de 95% se podría considerar dentro de lo normal, con este las células son satisfechas sus necesidades, ante una lesión pulmonar muchas veces este nivel se encuentra por debajo de lo normal, lo que nos indica la necesidad de apoyo de oxígeno u otra medida de soporte (Society, 2013).

El monitoreo de parámetros ventilatorios, acoplamiento del paciente. La evaluación del acoplamiento del paciente frente al modo ventilatorio y parámetros establecidos, es de gran importancia ya que, si el paciente se encuentra con un soporte ventilatorio total y sedoanalgesiado, se debe dejar de apoyar por el ventilador, así disminuimos el sobreesfuerzo del paciente, mal estado respiratorio de este que podría conllevar a múltiples complicaciones o lesiones que se podría ocasionar por la presión positiva del ventilador mecánico ejercido hacia el

organismo. Asegurar y programar las alarmas del ventilador mecánico, las alarmas dan a conocer si el paciente se encuentra acoplado dentro de los parámetros establecido en el ventilador mecánico, si los volúmenes que tiene el paciente está acorde a lo establecido, así como si el paciente diera más o menos de los parámetros establecidos acorde a la edad, peso, dispositivo invasivo (Alvarez, 2016).

Vaciar el agua condensada en las trampas de los corrugados del ventilador mecánico. Todo ventilador mecánico que apoye a un paciente pediátrico debe de contar con un sistema de humidificación activa, ya que el árbol bronquial no es igual al de un adulto, existe mayor riesgo de colapso, esta humidificación forma la acumulación de agua en los corrugados del ventilador que llevan a la trampa y todo el sistema, es importante evacuar este exceso de agua porque puede interferir en la sensibilidad del ventilador mecánico, identificando mayor resistencia cuando solo es la presencia de agua, además esta agua acumulada puede ir en grandes volúmenes hacia el árbol bronquial del niño. Control de gasometría arterial, la gasometría arterial permite analizar el estado ventilatorio a través de los niveles de dióxido de carbono, el estado de oxigenación a través de la P_{O_2} , SaO_2 , y un tercer parámetro que es el estado acido-base a través del nivel del PH y HCO_3 , en las unidades de cuidados críticos es básico el monitoreo de estos parámetros (Bertet, 2015).

El seguimiento de los informes radiológicos. La toma de radiografía de tórax es de suma importancia para poder evaluar la evolución de las lesiones pulmonar presentes e identificar lesiones que puedan desarrollarse (Castillo, 2017).

Disminución del gasto cardiaco.

La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo (NANDA, 2017).

La disminución del gasto cardiaco representa una condición en el cual el corazón es incapaz de mantener una perfusión adecuada sobre los órganos y tejidos del cuerpo. El bajo gasto cardiaco, estado fisiopatológica que puede ser grave y poner en riesgo la vida de la paciente. La enfermera ha de tener conocimiento, pericia, dominio de tecnología, experticia, habilidad para valorar, observar y prever el deterioro de la salud (Ramos, 2014).

El bajo gasto cardiaco, incapacidad de la bomba cardiaca de efectuar un adecuado volumen minuto cardiaco (VMC) en el cual no se satisface las necesidades de oxígeno a nivel tisular y desechar los productos de desecho (Estela, 2012).

El gasto cardiaco representa al volumen de sangre bombeada por un minuto a la circulación sistémica, es igual al total del volumen sistólico por la frecuencia cardiaca, el volumen sistólico depende directamente de tres factores la precarga, postcarga y contractibilidad, si uno de estos se encuentra alterado afectará el nivel de gasto cardiaco como ocurre en el paciente después del trauma sufrido, y ser intervenido de una cirugía compleja presenta disminución de la frecuencia cardiaca, Presión arterial disminuido. En pediatría el principal mecanismo de compensación es la frecuencia cardiaca si alguno de los factores descritos esta alterado, ocurrirá un bajo gasto cardiaco, por tanto hipo perfusión que alterara el estado hemodinámico del paciente y agravar su estado de salud (Ramos, 2014).

La presión arterial representa la tensión que ejerce la sangre al recorrer el sistema circulatorio logrando la perfusión, la presión sistólica es un indicador del adecuado estado hemodinámico. La presión representa tres parámetros la presión sistólica, diastólica y media, si se encuentran alterados ocurrirá una hipo perfusión, se observara piel fría, pálida, pulsos débiles, llenado capilar lento como se puede observar en el paciente, poniendo en riesgo la vida del paciente (Ramos, 2014).

El factor relacionado, según NANDA (2017), fue alteración de la frecuencia cardíaca, postcarga y precarga.

Las intervenciones de enfermería frente a este diagnóstico son monitorear y registrar la frecuencia, ritmo cardíaco y presión arterial invasiva, pulsos periféricos, permite conocer de manera continua el estado hemodinámico del paciente, para poder tomar decisiones de manera rápida y oportuna, ya que el paciente presenta inestabilidad hemodinámica tendencia a la hipotensión, pulsos periféricos disminuidos, soporte de vasopresor para el mantenimiento de la presión arterial.

La administración de solución salina según prescripción médica, se emplea habitualmente, su efecto es que se difunde al espacio extravascular de manera rápida, así corregir la hipovolemia (Moreno, 2014).

Obtener muestra sanguínea para control post- operatoria. (Hemograma, electrolitos séricos), es importante en el paciente ya que ante un acto operatorio se produce pérdida de sangre, debido a la manipulación del sitio operatorio, influye la cantidad de sangrado, el tiempo del acto quirúrgico, debemos de tener un control posterior así obteniendo el estado hemodinámico del paciente y tomar decisiones (Miranda,2011).

Administrar medicamentos inotrópicos (Noradrenalina en infusión continua). Los receptores alfa y beta estimulan este vaso activo, los alfa 1 son excitadores y se encuentran en el cerebro, fibras musculares, vasculares. Catecolamina que estimula receptores adrenérgicos α , es el fármaco vasoconstrictor por excelencia. Actúa sobre los receptores $\alpha 1$ produciendo vasoconstricción de los vasos de resistencia y capacitancia (CMAEP, 2015).

El monitoreo de la presión venosa central (PVC) permite conocer las presiones de cavidad derecha del corazón. Permite conocer la presión existente en la aurícula derecha para

valorar la volemia y tono vascular del paciente, a través d un catéter venoso central.(Miranda, 2011).

Observar pulsos periféricos, llenado capilar, temperatura y color de la piel. La hipotensión altera estos indicadores al presentarse pulsos disminuidos, llenado capilar mayor a 2 seg. Temperatura baja, frialdad de la piel, nos da información que el paciente está en estado de hipo perfusión y tomar medidas preventivas, o no permitir que se agrave (Ramos, 2014).

Vigilar cantidad de diuresis a horario y característica. A través de la monitorización a cada hora de la diuresis, nos permitirá conocer el estado de perfusión, lo ideal es de 1ml/kg/hr en los niños y 2 ml/kg/hr en los lactantes son los números que deben recordarse como indicadores de que la perfusión renal es adecuada (Ceraso, 2001).

Vigilar los dispositivos invasivos (línea arterial) para monitoreo hemodinámico invasivo, calibración cada turno, posición del punto cero del transductor a nivel de la aurícula derecha. El monitoreo de la presión arterial invasiva tiene mayor precisión en situaciones críticas del paciente, nos permite una medición continua de la presión sistólica, diastólica y media, así permitiendo conocer la perfusión arterial del organismo (Marcelo, 2008).

En los servicios de cuidados intensivos encontramos pacientes con múltiples complicaciones, fallo multiorgánico que necesitan de un monitoreo real, constante como lo es la monitorización de presión arterial por medio de la línea arterial (Blasco & Blasco, 2011).

El balance hídrico estricto, permite un control de estado hídrico, nos permite conocer de manera horaria el equilibrio entre el ingreso y egresos de los medicamentos, infusiones, nutrición del paciente es importante para no agravar mayor pérdida de líquidos, o caso contrario la sobrecarga hídrica, agravando así su mal estado del paciente (Ceraso, 2011).

Administrar productos sanguíneos: transfusión de paquete globular. A través de la transfusión aportamos hematíes, reponemos la volemia mejorando así el transporte de oxígeno y favoreciendo el intercambio de este a nivel celular, en especial en pacientes pediátricos debemos de mantener un óptimo nivel de hemoglobina (Vergara, 2014).

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

Compromiso de los mecanismos de la dinámica de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no (NANDA, 2017).

La presión intracraneal (PIC) representa la fuerza que ejerce los tres compartimientos que en una persona deben estar equilibradas, siendo estos el tejido cerebral, líquido cefalorraquídeo (LCR) y sangre. La cual nos permite identificar si se encuentra por encima del rango el paciente estaría presentando una hipertensión endocraneal, así poder tomar las medidas terapéuticas apropiadas y evitar lesiones posteriores (Rada, 2014).

La dinámica cerebral es indispensable entenderla para reconocer las lesiones cerebrales que se pueden originar ante un trauma, la bóveda craneal representa a un contenedor rígido. El cual contiene tejido cerebral inmerso en LCR. El valor normal en niños es de 5-10 mm Hg. El LCR se produce a nivel de plexos coroideos dentro de los ventrículos. La teoría de Monro-Kellie considera tres elementos: cerebro, sangre intracraneales y LCR, se mantiene constantes, si una de ellas se altera, las otras dos deben compensarlas (Villanueva, 2008).

La HTE frecuente complicación de los pacientes pediátricos que sufrieron un traumatismo encefalocraneal, constituye una causa de muerte. Con el aumento de la presión intracraneal por encima del rango normal es un signo de hipertensión endocraneal, si esta se

altera también se ve disminuida la perfusión cerebral (PPC), que es el producto de la diferencia entre la presión arterial media y la PIC, que lo ideal para un niño escolar es de 50- 90mmHg, por ello que la presión arterial, PIC están directamente relacionadas si una e altera el PPC será alterada. Como es el caso del paciente quien presenta aumentos de la PIC y disminución de la presión arterial por encontrarse en su ingreso hipotenso, su perfusión cerebral era inferior, esta situación podría desencadenar posibles complicaciones neuronales en su futuro (Rada, 2014).

El factor relacionado, según NANDA (2017), fue aumento de la presión intracraneal, disminución de la perfusión cerebral menor a 60mmHg, lesión cerebral.

Dentro de las intervenciones de enfermería se debe considerar monitorear y registrar las funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, FR, SaO₂). Tener un registro continuo de las funciones vitales de un paciente neurocrítico es vital, nos permite saber el estado hemodinámico real y tomar decisiones terapéuticos junto con el equipo de salud, así brindando lo mejor para la pronta o estabilización del estado de salud de la paciente (Soriano, 2012).

Mantener temperatura corporal dentro de T 36-37 C. Un aumento de la temperatura podría provocar aumento de la PIC. Es de gran importancia la prevención de la hipertermia, pues ocasionaría mayor daño neurológico (Oliva, 2016).

Como a su vez, el monitorizar PIC, PAM, PPC. El monitoreo de la PIC en pacientes neurocriticos es indispensable ya que ayudará a mantener una adecuada perfusión cerebral, previniendo lesiones secundarias (Arribas, 2014), como así el monitorizar nivel de dióxido de carbono, un aumento de la PaCo₂ produce vasodilatación y el FSC también aumenta al igual que el PIC. En cambio cuando la presión arterial de CO₂ disminuye, se produce vasoconstricción, al igual también disminuye el FSC y PIC (Villanueva, 2008).

La posición neutra del paciente, cabecera de la cama entre 20-30 grados. La alineación corporal y mantener la cabeza en posición neutra, evitando su rotación, ayudara en no aumentar la PIC(Ballestero, 2010) . La hiperflexión o hiperextensión de la columna cervical favorece el aumento de la PIC debido al drenaje venoso cerebral aumentado, debemos de mantener la posición de la cama, asegurando los 20-30 grados después de cada procedimiento al paciente (Gil, 2014).

La glicemia dentro de los parámetros entre 80-130 mg/Dl. Mediante estudios en pacientes con micro diálisis cerebral, se ha detectado en periodos cortos de hipoglicemia se produce incremento en relación lactato/piruvato, aumentando el riesgo de presentar lesiones isquémicas a nivel cerebral, por ello la importancia de evitar la hipoglicemia (Arribas, 2014).

La solución hipertónica según prescripción médica. Con nivel de evidencia II el uso de solución hipertónica 3% en infusión continua de 0.1-1, l/kg/h, manteniéndose una osmolaridad de 360 mmol/L. el retiro debe ser lento, siempre vigilando la posibilidad de hipertensión endocraneal (Oliva, 2016).

Un ambiente tranquilo, asegurar una adecuada sedo analgesia. El uso de sedantes permitirá mantener la anestesia y sedación, para así poder favorecer ventilación, disminuir la PIC Y favorecer el flujo sanguíneo cerebral. Así previniendo lesión cerebral secundaria, disminuyendo la tasa metabólica cerebral (Oliva, 2016). El dolor aumenta en dos o tres veces más la tasa metabólica cerebral de oxígeno, así como el estrés, aumenta el sistema simpático aumentando la presión arterial y sangrado cerebral (Oliva, 2016).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables (NANDA, 2017).

Asimismo, el paciente crítico presenta dificultades en función del aparato respiratorio según la obstrucción de la vía aérea sea completa o parcial. Los pacientes con ventilación mecánica se pueden detectar la obstrucción, señalada por las alarmas de apnea y presiones de insuflación. Si el paciente respira de manera espontánea se manifestará por distrés, retracciones torácicas y respiración paradójal (Afuso, 2010).

La mayoría de los pacientes en ventilación mecánica se encuentran inconscientes, para ello es importante la observación de la expansión del tórax, ya que si el dispositivo artificial de la vía aérea se encuentra obstruido no ingresara el aire, por tanto no se permitirá un adecuado intercambio gaseoso, agregando la relajación muscular que se encuentran inducidas no se permitirá la fuerza muscular necesaria para la ventilación de manera espontánea, el reflejo de tos es ausente y disminuida lo cual no permitirá la expulsión de las secreción (Afuso, 2010).

Los factores relacionados, según NANDA (2017), fueron el deterioro neuromuscular, vía aérea artificial, mucosidades excesivas evidenciadas por sonido respiratorio anormal, tos ineficaz, cantidad excesiva de secreciones.

Dentro de las intervenciones de enfermería el monitoreo del estado respiratorio: movimiento torácico, simetría, utilización de músculos accesorio. La evaluación constante del movimiento de los músculos respiratorios de la pared torácica es primordial, da a conocer la simetría durante el ingreso del aire durante la inspiración y la expulsión de esta durante la expiración, cuando hay mucosidad se disminuye el calibre del árbol bronquial lo que dificulta el ingreso del aire o la expulsión de esta, pudiéndose identificar a través del uso de los músculos intercostales, jadeo, elevación diafragmática (Afuso, 2010).

Verificar posicionamiento del tubo endotraqueal. La mala posición del tubo endotraqueal es una de las complicaciones en un 12 a 15% de los pacientes que se encuentran intubados, la

población pediátrica tiene mayor riesgo de la posición debido a la corta longitud de la tráquea. El dispositivo debe de estar ubicado entre 4-5 cm por encima de la carina, entre la tercera- cuarta vertebra dorsal, se debe de documentar el tamaño de inserción (Sociedad, 2012).

Auscultar sonidos respiratorios antes y después de las aspiraciones. Los ruidos respiratorios se dan en las vías respiratorias grandes, donde se induce las vibraciones debido a la turbulencia y velocidad del aire. Estas vibraciones se transmiten en el tejido pulmonar y pared torácica, siendo audibles. Según las características de los sonidos respiratorios indican alteraciones fisiopatológicas, es importante identificar los tipos de ruidos así permitirá conocer si hay secreciones, broncoespasmo o alguna obstrucción de la vía aérea (Bertet, 2015).

Hiperoxigenar al 100% a través del ventilador mecánico. Hiperoxigenar de preferencia con un respirador, durante al menos 30 segundos, a menos que exista una contraindicación para el aumento de la FiO₂. Si se realiza con el respirador se deja transcurrir 2 minutos, permitirá mantener una adecuada nivel de oxigenación durante la aspiración (Felipe, 2011).

Determinar la necesidad de Aspiraciones de secreciones oral o traqueal. La aspiración se debe realizar en presencia de secreciones visibles y no debe ser realizada de forma rutinario, es decir tener un horario a pesar de no presenciar secreciones nivel de evidencia III, permitirá mantener las vías aéreas artificiales permeables (Felipe, 2011). La necesidad de aspiración se dará frente a los siguientes signos: secreciones visibles o audibles, desaturación, aumento de la presión pico, disminución del volumen, aumento de la frecuencia respiratoria, sonidos respiratorios, diaforesis nivel de evidencia IV (Afuso, 2010).

Seleccionar una sonda de aspiración acorde al diámetro del tubo endotraqueal. Tener en cuenta el tamaño del tubo endotraqueal, para así utilizar un diámetro menor con la sonda de aspiración, evitando posibles lesiones en la mucosa del árbol bronquial (Bertet, 2015).

Proporcionar una dosis adicional de sedación, según indicación médica. La sedación en los pacientes neurocríticos es de suma importancia, mantener una adecuada sedación ante la aspiración permitirá en que la PIC no aumente más allá del rango que pueda conllevar a un riesgo neurológico irreversible, debido a la hipertensión endocraneal como son los infartos cerebrales y vasoespamos (Rada, 2014).

El registro de características y cantidad de secreciones. La evaluación constante de las características de la secreción nos dará a conocer si se está desarrollando una posible infección, ya que estas cambiarían la coloración desde un color amarillento hasta purulenta, otro signo es el incremento de las secreciones bronquiales (Afuso, 2010).

Realizar seguimiento de los informes radiológicos. La toma de radiografía de tórax es de suma importancia para poder evaluar la evolución de las lesiones pulmonar presentes, como es el caso del paciente que presento un hemotórax por traumatismo, presentando un dren torácico, a través de la radiografía también evaluamos el posicionamiento de los dispositivos invasivos y posibles complicaciones respiratorias que se puedan agregar en un paciente crítico en ventilación mecánica (Bertet, 2015).

Hipertermia

Estado en que la temperatura corporal está por encima de los límites normales (NANDA, 2017).

Representa el incremento de la temperatura corporal, no encontrando respuesta satisfactoria del hipotálamo, por lo que se considera patológica, desencadenando síndromes menores o leves y cuadros clínicos mayores que ponen en riesgo la vida del paciente (Moreno, 2012).

La fiebre se desencadena como una respuesta de defensa frente a diversas causas que pueden ser infecciosas o no, siendo dentro de las infecciosas del tracto respiratorio, la postoperatoria, cuando esta se torna persistente puede conllevar a un desenlace fatal. La fiebre persistente mayormente se asocia a bacterias Gram negativas, la presencia de dispositivos invasivo también es un factor de riesgo a infecciones, generando esta mayor tasa metabólica en el organismo (Salvador, 2016).

Las complicaciones secundarias a la fiebre conlleva a un aumento del estrés en el sistema metabólico y hemodinámico nivel de evidencia IV (Dueñas, 2010).

Los factores relacionados según NANDA (2017) para este diagnóstico son: aumento de la tasa metabólica, posible sepsis.

Dentro de las Intervenciones de enfermería el monitoreo de la temperatura a horario y funciones vitales (FC,FR,SaO2, PA) .La evaluación constante de la temperatura nos permitirá conocer si la hipertermia es sostenida, o solo pico febriles, orientándonos a las posibles causas, si son solo picos febriles podría estar relacionado a un cuadro de estrés, efectos de medicación, si la fiebre es persistente es más seguro un proceso infeccioso (Moreno, 2012).

Observar el color de piel y la temperatura. El paciente cuando presenta fiebre se produce una mayor vasodilatación por el exceso de temperatura, el cual se observa directamente en la coloración de la piel, como en el tacto la sensación de calentura, podremos observar ruborización de las mejillas, frente y en los miembros superiores y tórax (Arribas, 2014).

Aplicar medios físicos y aligeramiento de cubiertas. La aplicación de medios físicos antitérmicos, se debe realizar un monitoreo de las funciones vitales, dentro de los cuales los parámetros cardiorrespiratorios, verificar el grado de enfriamiento, debe ser lenta, si se da

demasiado rápido puede causar temblores aumentando la tasa metabólica, y posteriormente la temperatura corporal central, Grado A (Dueñas, 2010).

El aligeramiento de ropa ayudara a disminuir la temperatura corporal, permitiendo la exposición de la piel al ambiente un método de enfriamiento (Dueñas, 2010).

La administración de paracetamol 500mg SNG, según prescripción médica. Es un analgésico y antipirético, inhibe la síntesis de prostaglandinas, bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico, actúa sobre el dolor y la fiebre (Gozzoli, 2012). Vigilar posibles efectos adversos después de la administración de la medicación. La evaluación del efecto de la administración del antipirético, se debe realizar posteriormente para identificar posibles efectos adversos que pueden afectar el estado hemodinámico como la hipotensión (Gozzoli, 2012).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendieron al paciente P.C.M. en dos días al paciente, desde las fechas del 21/08/18 al 22/08/18 en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima. El primer día de atención fue de 12 horas en el turno diurno y en el segundo día de atención fue el turno de noche.

En el primer día se obtuvo 10 diagnósticos de enfermería, en el segundo día se identificó 7 diagnósticos de enfermería.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Deterioro de la ventilación espontánea.

Objetivo alcanzado: El paciente mejoró la ventilación espontánea al presentar nivel de SaO₂ mayor a 95%, PaO₂ mayores a 90 mm Hg y Paf_iO₂ mayores a 250.

Segundo diagnóstico:

Disminución del gasto cardiaco.

Objetivo alcanzado: El paciente mejoró el gasto cardiaco al presentar presión arterial medias mayores a 80 mm Hg, mejoro pulsos periféricos de manera palpable, llenado capilar menor a 2 segundos.

Tercer diagnóstico:

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente mejoró la capacidad adaptativa intracraneal, presentando por momentos los valores de la PIC menores a 12 mm Hg, la PPC se mantuvo mayores a 60 mm Hg.

Cuarto diagnóstico:

Limpieza ineficaz de vía aérea

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente presentó limpieza eficaz de vía aérea, disminuyó sonidos respiratorios roncantes y secreciones bronquiales, apoyado en el reflejo tusígeno.

Quinto diagnóstico:

Hipertermia

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente recupero la temperatura corporal dentro de los límites normales evidenciándose piel tibia, no ruborizada, pero aun presentaba picos febriles.

Conclusiones

Se concluye que, para el primero, tercero y cuarto objetivo se lograron alcanzar; sin embargo, el segundo y quinto objetivo fueron alcanzados parcialmente ya que aún mantenía episodios de PIC elevadas y picos febriles.

Se concluye que se debe seguir realizando mayores proyectos de atención de enfermería en diversas patologías del paciente pediátricos, así mejorando el nivel de atención.

Bibliografía-

- Afuso, M. I. (2010). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *SciELO*, 27(4), 270–280.
- Álvarez, F. (2003). PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS : VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. *Enfermero Docente*, 24–30.
- Arribas, M. (2014). *Curso de cuidados de enfermería al paciente neurocrítico*. (Asociación para el fomento de la Investigación y la Docencia en Neurotraumatología y Neurocirugía, Ed.) (segunda). España.
- Ballesteros, J. (2010). TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS, 6–8.
- Bertet, M. (2015). Semiología respiratoria. *Pediatras. CAP*, (1), 7–12.
- Blasco, S., & Blasco, N. (2011). Estudio comparativo de la presión arterial invasiva frente a la presión arterial no invasiva . Valoración de la diferencia . Comparative study of invasive blood pressure versus non-invasive blood pressure. *Enfermería Global*, 24(December 2008), 85–93.
- Castillo, A. (2017). Ventilación mecánica invasiva en el paciente pediátrico. *Neumología Pediátrica*, 12(1), 15–22.
- Ceraso, D. H. (2001). Hipotensión Arterial y Shock. *2do Congreso Virtual de Cardiología*. Retrieved from <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/PDF/cerasoe.PDF>
- CMAEP. (2015). Norepinefrina-Noradrenalina, 2–5. Retrieved from http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Norepinefrina_Noradrenalina.pdf
- Dueñas, M. (2010). Manejo de la fiebre.
- Felipe, T. (2011). Aspiración de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía. *Gerencia Del Area de Salud de Plasencia*, 1–13.
- Fernandez, R. (2012). Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA*, 30(8).

- Garcia, L. (2005). Hemotórax retenido ¿ Qué debo saber una vez que lo he encarado ? *Trauma*, 8, 82–88.
- Gil, C. (2014). Cuidados de enfermería al paciente con traumatismo craneoencefalico grave. aplicación de las medidas generales de tratamiento. *Hospital Universitario Vall d Hebron*.
- Gozzoli, V. (2012). Metamizol. *Pediamecum*, 4–7.
- Guzman, E. (2014). *Oxigenacion*.
- Marcelo, A. (2008). Comportamiento de las líneas arteriales de pacientes hospitalizados , en la UCI Adulto del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 23(4), 231–240.
- Miranda, R. (2011). Cuidados de enfermería a niños con afecciones del sistema cardiovascular. *Universidad de Ciencias Medicas de La Habana*, 1–81.
- Moreno, A. (2014). Manejo del paciente en situacion de shock. *Sociedad Argentina de Terapia Intensiva*, 1–16.
- Moreno, M. (2012). Trastornos de la regulación de la temperatura, 1–66.
- NANDA. (2017). *Diagnósticos de enfermería: Definición y clasificación*.
- Neres, L. (2012). Prevalencia del diagnóstico de enfermería de disminución del gasto cardíaco y valor predictivo de las características definidoras en pacientes en fase de evaluación para trasplante cardíaco. *Latino- Am Enfermagem*, 20(2), 1–9.
- Oliva, M. (2016). Traumatismo craneoencefálico grave en pediatría. *Medicos Asociacion Medica*, 61(55).
- Rada, S. (2014). *TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO INGRESADO EN LA UCI- A DEL*.

- Ramos, J. (2014). Síndrome de bajo cardíaco. *Enfermería Cardiológica*, 22, 115–121.
- Salvador, J. (2016). Fiebre en la unidad de cuidados intensivos. *Asociación Médica*, 61.
- Sociedad, A. (2012). Cuidado de la vía aérea en el paciente crítico. *Sociedad Argentina de Terapia Intensiva*, 2.
- Soriano, T. (2012). Atención de enfermería al paciente neurocrítico., 41.
<https://doi.org/10.1007/s00292-010-1378-y>
- Villanueva, D. (2008). Hipertensión intracraneal.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____	N° Cama: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____
Procedencia: TRAUMA SHOCK () TOPICO EME () OBSERVACION EME () HOSP. PEDIATRIA () C.Qx () URPA ()	
Peso: _____	Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____
Fuente de Información: Madre: _____	Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____
Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____	
Fecha de Ingreso: _____	Hora: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()
Persona Responsable: _____	

<div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</div> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () CARDIOPATIA () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra () LME() LM () L. MIXTA () PEDICULOSIS ()</p> <p>Factores de Riesgo: Peso: Normal () bajo() sobrepeso () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previas: Si () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No ()</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON RELACIONES-ROL</div> <p>Especifique: _____ Se relaciona con el entorno: Si () No () Vive con los padres (solo al ingreso) Si () No () Ocupación y hora de trabajo de los padres (solo al ingreso) Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones : Con los padres : Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NO APLICA: (ej.: TETsedado,incociente)</p> <p>Con el personal : Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NE..... Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No () LOS PADRES SON: Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () quien: problemas de drogadicción: si () no () quien: Pandillaje: Si () No () Otros: _____</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</div> <p>Especifique: _____ Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto () Somnoliento () Confuso () Irritable () Estupor () Comatoso () Letárgico ()</p>	<div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON VALORES-CREENCIAS</div> <p>Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No () Restricción Religiosa: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</div> <p>Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON DESCANSO-SUEÑO</div> <p>Sueño: a) conservado () b) Insomnia () c) Alterado: Por enfermedad () Por terapéutica ()</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</div> <p>Motivo: _____ Ventilación /oxigenación : Espontanea () Asistida () Especificar :..... Simetría torácica: Simétrico() asimétrico () Murmullo vesicular: ACP () HTI () HTD () Ruidos agregados : Ninguno () roncantes () crepitantes () subcrepitantes () estridor () Sibilantes () : Inspiratorio () espiratorio () Uso de músculos respiratorios : Ninguna () intercostales () subcostales () supraclaviculares () subxifoidales () Características del patrón respiratorio: Frecuencia : Eupnea () braquipnea () taquipnea() DISNEA () NO APLICA () ejp: TET Ritmo : Regular () irregular () Profundidad: Normal () superficial () profunda ()</p>
--	--

Comentarios: _____

Tono muscular :

Conservada () hipotónico () hipertónico ()

Convulsión :

Si () No () observación.....

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()

No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()

TAMAÑO:

Comentarios: _____

Escala de Glasgów: Lactante

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Baluceo 5	Mov. Espont. 6
Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5
Al dolor 2	Llanto al dolor 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Se queja al dolor 2	Flexión anormal 3
	Sin respuesta 1	Ext. Anormal 2
		Sin respuesta 1

Puntaje Total: _____

Escala de Glasgów: Pre- Escolar

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Orientado 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confuso 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapropiado 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Sonido inespec. 2	Decorticación 3
	Ninguno 1	Descerebración 2
		Ninguno 1

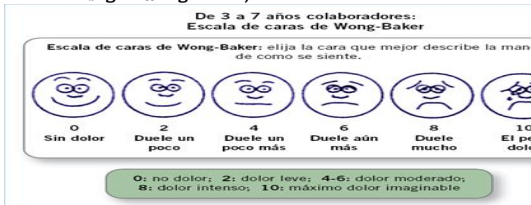
Puntaje Total: _____

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje () Otros:

_____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;



Escala Ramsay:

Nivel	Definición
1	Paciente ansioso, agitado, intranquilo o ambos
2	Paciente cooperativo, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a las órdenes
4	Dormido con breve respuesta a la luz y el sonido
5	Dormido con solo respuesta al dolor
6	Sin respuesta a estímulos incluido el dolor fuerte

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()

Marmárico () Reticulado ()

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____

Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

Hidratación de piel y mucosas : Húmeda/ turgente () seca ()

Higiene :

Buena () regular () mala ()

Observación: _____

Edema: Si () No () + () ++ () +++ ()

Especificar Zona: _____

Comentarios: _____

Abdomen:

Blando depresible () Globuloso depresible ()

Timpánico () doloroso ()

Ruidos Hidroaereos:

PRESENTES () AUSENTES ()

Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No ()

UBICACIÓN: Derecho () Izquierdo ()

CARACTERÍSTICAS:

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:

Ritmo cardiaco :

Regular () irregular () **Taquicardia () bradicardia ()**

Pulso: presente () ausente ()

Ubicación Pulso: Carotideo () Pedio () Axilar () Otro:

Características de pulso periférico :

Normales () filiformes () saltones ()

Edema :

Presente () ausente ()

Lugar:

Llenado capilar:

Perfusión Tisular Cerebral:

Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()

Comentarios: _____

Capacidad de autocuidado:

0 = Independiente () 1 = Ayuda de otros ()

2 = Ayuda del personal () 3 = Dependiente ()

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

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _____

Escala de Caídas:

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
Déficits sensoriales	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Estado mental	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
Deambulación	Extremidades	1
	Orientado	0
Deambulación	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

PATRÓN ELIMINACIÓN

Flujo Urinario :

Normal () Oliguria () Anuria ()

Poliuria () Disuria () Globo vesical ()

Características de la orina :

Amarillo ámbar () hematórica () colúrica ()

Sedimentosa () Piuria ()

Uso de dispositivos:

Sonda Foley ()

Catéter vesical () :

Intermitente () permanente ()

Evacuación intestinal :

Normal () estreñido () diarrea ()

Características:

Grumosa () acuosa () semiacuosa ()

Melena () disintérica () acolia ()

COLOR:

Portador :

yejunostomía () colostomía ()

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Escala de Norton:**ESCALA DE NORTON MODIFICADA**

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTAJUE DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTAJUE DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTAJUE 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTAJUE MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()

GRANDE ()

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()

Ralo () Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () **MUGUET** ()

PLACAS BLANQUESINAS () **CARIES** () **HALITOSIS** ()

Observaciones: _____

Malformación Oral: Si () No ()

Especificar: _____

Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()

Cuanto Perdió: _____

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Disminuido () Náusea () Vómitos ()

Cantidad de los vómitos: _____ Características:-

¿ _____

Dificultad para Deglutir: Si () No ()

Especificar: _____

Alimentación: NPO ()

Enteral : deglución directa ()

infusión :

STP ()

Bolos:

SNG () SOG () SGT ()

Otros: _____

Tolerancia Enteral :

Adecuada ()

Inadecuada:

Nauseas () vómitos () RG ()

Parenteral:

NPP () NPT ()

Integridad de la piel y mucosa :

intacta ()

lesiones: eritema () úlcera () necrosis () **EQUIMOSIS** ()

FLICTEMAS () **VESICULAS** () **ESCORIACIONES** ()

Lugar: _____

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Si () No ()

Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

Termorregulación :

Normotermia () **hipotermia** () **hipertermia** ()

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No ()

Especifique: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

 Nombre de la enfermera:

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 respecto al trabajo académico es “_____” y su objetivo. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. _____ bajo la asesoría de la Mg. _____. 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 trabajo

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación (y la de mi menor hijo) 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 trabajo.

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

Nombre del padre, madre o tutor:

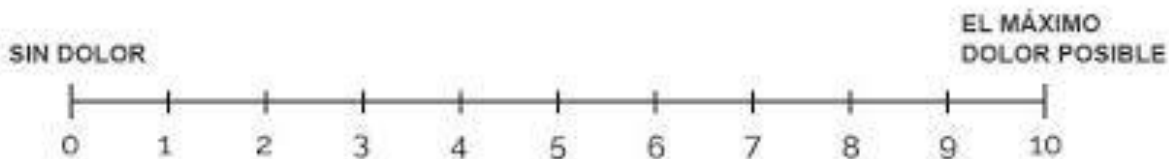
DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



De 3 a 7 años colaboradores: Escala de caras de Wong-Baker

Escala de caras de Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera de como se siente.



0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado;
8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

