

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Proceso enfermero a paciente con tumor maligno del encéfalo parte no especificada, hemorragia intracraneal en hemisferio no especificado e hidrocéfalo obstructivo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2021

Trabajo académico para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados
Intensivos Pediátricos

Por:

Roxana Elizabeth Maldonado Mendoza

Asesor(a):

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, 10 de octubre de 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Elizabeth Gonzales Cárdenas, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“Proceso enfermero a paciente con tumor maligno del encéfalo parte no especificada, hemorragia intracraneal en hemisferio no especificado e hidrocéfalo obstructivo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2021”** de la autora Roxana Elizabeth Maldonado Mendoza tiene un índice de similitud de 19% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 10 días del mes de octubre del año 2024.

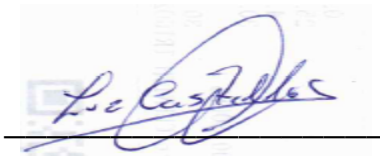


Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Proceso enfermero a paciente con tumor maligno del encéfalo parte no
especificada, hemorragia intracraneal en hemisferio no especificado e
hidrocéfalo obstructivo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de
una clínica privada de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos



Dra. Luz Castillo Zamora

Dictaminador

Lima, 10 de octubre de 2024

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Metodología.....	8
Valoración.....	9
Planificación.....	12
Evaluación.....	14
Resultados.....	15
Discusión.....	15
Referencias.....	27
Apéndices.....	35

Proceso enfermero a paciente con tumor maligno del encéfalo parte no especificada, hemorragia intracraneal en hemisferio no especificado e hidrocéfalo obstructivo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2021.

Lic. Roxana Elizabeth Maldonado Mendoza^a y Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas^b.

^aAutor del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú. ^bAsesora del Trabajo Académico Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Resumen

Un tumor cerebral es considerado como una neoplasia frecuente en la etapa escolar, los factores que los predisponen pueden ser genéticos o de origen desconocido, puede presentarse de forma súbita y con comportamientos variables que podrían dificultar el diagnóstico prematuro. El objetivo es gestionar un proceso de atención de enfermería a un paciente pos operado inmediato de tumor cerebral bajo el Enfoque cualitativo, tipo de estudio caso único, método el proceso de atención de enfermería que incluye a una paciente de 7 años, para la recolección de datos se utilizó el marco de valoración con los once patrones funcionales de Marjory Gordon. Se encontraron 4 patrones alterados y se priorizaron Se identificaron catorce diagnósticos de enfermería, en base a la Taxonomía II de la NANDA I de los cuales se priorizaron tres: Deterioro del intercambio gaseoso, Hipotermia y Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, en base al formato SSPFR (signos y síntomas, problema y factor relacionado); la planificación se realizó con la Taxonomía NOC-NIC. Se ejecutaron las actividades planificadas y finalmente se evaluaron los indicadores del NOC, obteniéndose una puntuación de cambio de 0, +2, 0, que mejora con los cuidados que se brindan. En conclusión, se logró gestionar el proceso de atención de enfermería a un paciente pos operado de Exéresis de tumor cerebral en ángulo pontocerebeloso izquierdo

Palabras claves: Paciente, Proceso de atención de enfermería, tumor cerebral.

Abstract

A brain tumor is considered a frequent neoplasm in the school stage, the predisposing factors may be genetic or of unknown origin, it may appear suddenly and with variable behaviors that could make premature diagnosis difficult. The objective is to manage a nursing care process for a patient immediately post-operative for a brain tumor under the qualitative approach, single case study type, method of the nursing care process that includes a 7-year-old patient, for the collection of For the data, the assessment framework with the eleven functional patterns of Marjory Gordon was used. Fourteen altered patterns were found and prioritized. Fourteen nursing diagnoses were identified, based on NANDA I Taxonomy II, of which three were prioritized: Impaired gas exchange, Hypothermia, and Risk of ineffective cerebral tissue perfusion, based on the format SSPFR (signs and symptoms, problem and related factor); the planning was carried out with the NOC-NIC Taxonomy. The planned activities were executed and finally the NOC indicators were evaluated, obtaining a change score of 0, +2, 0, which improves with the care provided. In conclusion, it was possible to manage the nursing care process for a post-operative patient of exeresis of a brain tumor in the left cerebellopontine angle.

Keywords: Patient, Nursing care process, brain tumor.

Introducción

Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer, estima que para el 2022 solo en Estados Unidos se determinaron un aproximado de 25050 tumefacciones malignas del encéfalo o como también de la médula espinal, y un aproximado de 18280 fallecerán por causa de los tumores, también menciona que una persona tiene en su vida tiene menos de 1% de tener este tipo de cáncer (American Cancer Society [ACS], 2022a).

Según los datos actuales esto representa un aproximado de 10% de los accidentes cerebrovasculares, y está relacionado con algún tumor presente en encéfalo, así mismo este presenta con más frecuencia en en personas mayores de 60 años, pero también puede ocurrir en niños En estudios realizados en los últimos años en los principales centros de neurocirugía, alrededor de un tercio de los pacientes con derivaciones desarrollan síntomas en el primer año y el 90% en los primeros 10 años. trabajar (Chong, 2020).

Estas son masas anormales de células que se salen de control en el cerebro o la médula espinal En la mayoría de las otras partes del cuerpo, es importante distinguir entre un tumor benigno (no canceroso) y una masa maligna (cáncer). Por otro lado, se puede mencionar que los tumores de carácter benigno no se desarrollan con invasión de los tejidos y tampoco se propagan a determinadas áreas, tampoco representan una amenaza para la vida del ser humano, a diferencia de los tumores malignos se convierten en un peligro para la vida es porque llegan a propagarse por múltiples lugares del cuerpo (Revuelta, 2019).

Para comprender los tumores del encéfalo y de la médula espinal, es importante comprender la estructura y el funcionamiento normales del sistema nervioso central, que es el término médico para el cerebro y la médula espinal. Siendo que el encéfalo es considerado la parte central del pensamiento, el sentimiento, la memoria, el habla, la vista, el oído, el

movimiento, así como la respiración y muchas otras funciones, mientras que la La médula espinal y unos nervios especiales llamados nervios craneales ayudan a comunicar el cerebro con todo el cuerpo humano. cuerpo. Estos mensajes le dicen a nuestros músculos cómo moverse, transmiten información recopilada por nuestros sentidos y ayudan a coordinar las funciones de nuestros órganos internos (Canales et al., 2021).

Hay varios grupos de factores etiológicos; Menos del 10 % de los niños con tumores cerebrales tienen un síndrome hereditario que aumenta el riesgo de desarrollar este tipo de tumor. La exposición a la radiación ionizante en el útero o directamente de la radioterapia craneal es una causa bien documentada de tumores cerebrales en los niños (Gómez - Vega et al., 2019).

En si la mayoría de estudios que se realiza de los tumores presentes en la edad temprana son de estudios epidemiológicos desarrollados bajo el diseño de casos y controles, donde se puede comparar las exposiciones que tiene el niño con presencia o no presencia de un tumor cerebral determinado (Maravilla, 2019).

Según la literatura los tumores cerebrales dan su origen en las diferentes células del encéfalo y estas pueden ser clasificados en: quienes no presentan células malignas o cancerosas, cuando se extirpan estos tumores en su gran parte no vuelven a crecer después de que se lo extrae, cuando se presentan en el cerebro no tienden a extenderse a los tejidos cercanos, pueden causar síntomas dependiendo el tamaño y de donde estén ubicados respectivamente (American Society of Clinical Oncology, 2019).

Son los que se caracterizan por presentar celular cancerosas, generalmente los tumores malignos cerebrales crecen con mayor rapidez y estos se pueden extender por los tejidos cercanos y otros, no es su característica de extenderse a otra parte del cuerpo, pero si pueden crecer nuevamente después de ser extirpados, pueden dar su aparición en cualquier tiempo o a

cualquier edad, cabe resaltar que los tumores cerebrales son diferentes en los bebés y niños, así como en los adultos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Es una realidad que en los niños, en sí en los más pequeños, la frecuencia de la presencia de síntomas no son referidos, la aparición y desarrollo del tumor puede ser insidioso y manifestando pocos cambios específicos, pero ante todo esto se puede presentar cambios bruscos en el carácter del niño, irritabilidad acompañado de presencia de vómitos, los cambios que puede presentar el niño, para los padres pueden pasar desapercibidos, así como durante la evaluación de un pediatra (Pollack et al., 2019).

La presencia del dolor de cabeza puede ir acompañada de vómitos, estos pueden ser al despertar o antes de dormir, a veces se predice con la presencia de náuseas, los síntomas pueden variar de acuerdo al tamaño y la ubicación del tumor, los síntomas pueden variar de un niño a otro (ACS, 2020b).

Para el diagnóstico se requiere un examen donde se debe incluir un estudio neurológico, en el que se tienen que evaluar los determinados reflejos, fuerza muscular, movimientos de los ojos y la boca, así como la coordinación (Newman, 2019).

El diagnóstico requiere las siguientes pruebas apropiadas junto con el análisis: tabúes computarizados, Magnetial-Enjoy, cinturón, positrón, biopsia y análisis de sangre. En la última década hay algunos logros con la tecnología de copia de reserva, con el equipo de incluido para mejorar y los cadáveres determinan qué niños se pueden realizar, esto proporciona nuevos métodos para la mejor detección, y especialmente las características de algunos tumores, entre los logros relevantes. Para el proceso de metabolismo, es una resonancia magnética que proporciona información muy valiosa debido a la información funcional proporcional (Hinkle & Cheever, 2019).

Cuando se trata de tratamiento, se presentan algunas opciones, pero vale la pena mencionar que hay tres tipos principales o quizás los más realistas, la cirugía, la quimioterapia y la radiación, deben tener en cuenta el tratamiento de los tumores cerebrales. Hay una aparición de niños y el trabajo dominante en colaboración con diferentes especialidades de nervios pediátricos: la intervención quirúrgica es uno de los tratamientos más prácticos, y así es cómo acceder directamente a los tumores, la intervención es rechazar todo lo que Dependerá de los tumores y adecuado para la ubicación, existen algunos métodos y métodos nuevos. Intervención de ultrasonido, registros de neuropatía en cirugía, migración de neuronas, láser, ultrasonido, TACI en cirugía, etc (Chávarry, 2019).

Se puede aplicar en determinados tumores de localización profunda, esto puede estar seguido a una determinada cirugía mucho más amplia. Las intervenciones paliativas consisten en la colocación de un determinado drenaje ventricular temporal externo, la inserción de una derivación permanente de LCR esto se realiza en el preoperatorio o como también en el postoperatorio a esto también se realiza la apertura del III ventrículo mediante la neuroendoscopia (Mayo Clinic, 2022).

Este tratamiento está prescrito en el tratamiento de los tumores malignos, estos pueden estar en residiviar, excéresis incompleta hasta en tumores en niveles bajos en cuanto al grado de inextirpables. La intención del tratamiento es radiar el lecho tumoral juntamente con su borde adyacente, si bien es cierto que hay discrepancias entre autores y especialistas en cuanto a la aplicación de la radioterapia en el eje creneospinal, debido a los riesgos que pueda tener o complicaciones que se puedan presentar. En la actualidad existen diferentes tipos de modalidades de radioterapia, la radioterapia hiperfraccionada, la radiocirugía estereotáxica y la

braquiterapia intersticial. Actualmente está indicando o recomendado la radioterapia en niños mayores de 3 años (RadiologyInfo, 2022).

El tratamiento con la quimioterapia está indicado en tumores que presentan alto riesgo para la salud, como en el meduloblastoma de alto riesgo y los astrocitomas de alto grado. Este tratamiento se recomienda después de la elección de una radioterapia, o viceversa, la ventaja al aplicar la quimioterapia después de la radioterapia es que el aprovechamiento de la ruptura de la barrera hematoencefálica, donde es producida por la intervención quirúrgica en la extirpación del tumor, también existe mejor eficacia de la quimioterapia antes de la radioterapia debido que aún no existe cambios vasculares y que estos impiden el paso de las diferentes drogas de tratamiento, así mismo el nivel de toxicidad es mucho menos cuando se administra después de la radioterapia, por lo que se puede tolerar en dosis mucho más altas y en constante repetición (Camarena De La Cruz, 2019a).

El Proceso de Enfermería es el enfoque más completo del mundo donde la práctica científica de enfermería se valida a través de la toma de decisiones y la resolución de problemas. Esto corresponde a 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por la promoción de la atención reflexiva y estructurada, la atención continua y personalizada, la gestión del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico sobre los recursos humanos (Juárez-Rodríguez et al., 2019).

Hoy en día, un gran número de enfermeros trabajan profesionalmente con personas, familias o comunidades y son responsables de brindar cuidados específicos en función de las necesidades de las personas con otros problemas de salud. En general, se puede decir que el enfoque de la profesión de enfermería determina en qué enfocarse en la práctica de enfermería, hacia sus juicios clínicos y decisiones profesionales. “La práctica tiene como objetivo el cuidado

de individuos (individuos, familias, grupos, comunidades) que están en constante interacción con el medio ambiente, viviendo una vida saludable”, dice Kerouac. Así, “la práctica de enfermería va más allá de realizar muchas tareas rutinarias, requiriendo recursos intelectuales, intuición para tomar decisiones, y para emprender acciones reflexivas y reflexivas que atiendan las necesidades específicas del cuerpo individual”, según Dyers en 1986. La práctica profesional de enfermería incluye la provisión de cuidados personalizados, la intervención de la enfermera como fuente de terapia y la integración de habilidades específicas (Zarate, 2019).

Metodología

El estudio se enfoca en un caso clínico de tipo cualitativo único, el método es el proceso de atención de enfermería, el medio por el cual se diagnostican, planifican, realizan y evalúan las actividades, también cuenta para la integridad, integridad, seguridad y continuidad que requiere el cuidado. sujetos en diferentes momentos y bajo diferentes condiciones (Miranda-Limachi et al., 2019). Brinda atención personalizada, continua y de alta calidad de acuerdo con la prioridad de sus problemas reales o potenciales. Garantiza una ayuda de calidad para las personas atendidas: personas, familias y comunidades (Moya, 2018).

El sujeto de estudio fue un paciente de 7 años, diagnosticado de tumor maligno del encéfalo especificada, hemorragia intracraneal en hemisferio no especificado e hidrocéfalo obstructivo. La recolección de información se realizó a través de la observación, entrevista y el instrumento fue la guía de valoración por patrones funcionales según Marjory Gordon. Para el procesamiento de los datos según los patrones afectados, se seleccionaron 3 diagnósticos por riesgo de vida que se elaboraron en base a la taxonomía NANDA Internacional; luego se elaboraron los objetivos y las intervenciones en base a la taxonomía NOC-NIC. La ejecución de las intervenciones se realizará según los NIC elegidos según el NOC Principal del DxE.

priorizado “Deterioro del intercambio gaseoso” y modificar los factores que ayudan a solucionar el problema del paciente se tomará en cuenta la preparación de los materiales y equipos, preparación del ambiente, preparación del paciente física y psicológicamente, y el registro de los datos a valorar y evaluar. Por otro lado, se reconocerán las potenciales complicaciones que estén asociadas a las intervenciones.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: A. S. G.

Sexo : Femenino

Edad : 7 años

Días de atención de enfermería: 1 día

Motivo de Ingreso: Paciente ingresa procedente de sala de operaciones para soporte ventilatorio, neuroprotección y monitoreo de sangrado.

Diagnóstico médico: Postoperado inmediato de exéresis de tumor cerebral en ángulo pontocerebeloso izquierdo; Insuficiencia respiratoria por 1; D/C Edema cerebral citotóxico; D/C Trastorno hematológico por pérdidas; D/C Trastorno hidroelectrolítico y Coma profundo D/C farmacológico.

Fecha de valoración: 09/01/2021.

Descripción de los Patrones Funcionales de Salud.

Patrón I: Percepción-Control de la Salud. Madre refiere que su hija no tiene ninguna enfermedad congénita, presentó una cirugía de tracción de falange proximal (14/02/2020), estado de higiene buena, tiene como antecedentes familiares abuelo materno con neoplasia maligna

intra-abdominal y abuelo paterno con hipertensión arterial (HTA). Presenta rinitis alérgica eventualmente, no toma ninguna medicación. Tiene las vacunas completas hasta la edad, excepto el refuerzo contra meningococo.

Patrón II: Nutricional-Metabólico. Paciente escolar pos operada, con mucosas orales intactas e hidratadas, dentadura completa, peso de 26.300 kilos, talla de 125 cm, piel pálida, hipotermia (temperatura de 35.2° C) se evidencia frialdad en miembros superiores, se mantiene con manta térmica, presenta herida operatoria en zona temporo-parietal izquierda con puntos de sutura cubiertos de gasa + esparadrapo con secreciones hemáticas en poca cantidad, se evidencia SNG a gravedad, no edemas, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos ausentes, escala de Braden de 13 pts (Riesgo Medio), HGT 114 mg /dl.

Patrón III: Eliminación. Paciente pediátrico pos operada con flujo urinario normal, con presencia de sonda foley N°10 conectado a bolsa colectora donde se evidencia orina color ámbar, apoyo de pañal para cuantificar deposiciones, hasta la valoración no realizó deposiciones. En casa realizaba 1 deposición al día.

Patrón IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Paciente pediátrico pos operada presenta tórax simétrico, con ventilador mecánico + circuito cerrado + capnografía, programado en modo VC-AC FiO₂ 0.50 PEEP 7, frecuencia respiratoria 18x', SatO₂: 100%, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, no hace uso de los músculos accesorios. El resultado del AGA sería Acidosis Mixta Hiperclorémica, pH 7.35 – 7.45, PO₂: 80 - 100, PCO₂: 35 – 45 mmHg.

Actividad Circulatoria. Presenta una FC: 60 por minuto, PA: 112/74 mm Hg, ritmo cardíaco regular, llenado capilar <3'', riego periférico normal, presencia de catéter venoso

central en subclavia derecha, línea arterial en radial izquierda, con dos catéteres periféricos en MSD y MSI.

Actividad Capacidad de Autocuidado. Fuerza muscular conservada, capacidad de autocuidado grado III, dependiente y con ayuda del personal. Escala Morse de 50 puntos, categorizado en riesgo alto.

Patrón V: Descanso-Sueño. Paciente pediátrico postoperada bajo sedación. Madre refiere que normalmente la paciente duerme entre 8-9 horas en el día, no presenta problemas para dormir como antecedente.

Patrón VI: Perceptivo-Cognitivo. Paciente pediátrico pos operada bajo sedación, RASS - 5 puntos, pupilas 2/2mm, no reactivas, ausencia de reflejos al estímulo doloroso. EVA 0 puntos.

Patrón VII: Autoconcepción-Autoconcepto. Madre de la menor refiere que su hija es responsable, cariñosa y le gusta los deportes.

Patrón VIII: Relaciones-Rol. Paciente bajo sedación, madre refiere que la paciente se relaciona con su entorno, es alegre, tiene una relación afectiva con los padres. Tiene una familia nuclear.

Patrón IX: Sexualidad-Reproducción. Paciente con apariencia física adecuada para la edad, no se evidencian lesiones, ni secreciones anormales en genitales.

Patrón X: Adaptación-Tolerancia a la Situación y al Estrés. Madre de la menor se muestra preocupada por el estado de su hija, paciente bajo sedación.

Patrón XI: Valores y Creencias. Paciente bautizada de bebé en la iglesia católica, padres católicos, no tienen ninguna restricción religiosa.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Deterioro del intercambio gaseoso (00030)

Características Definitorias. pH arterial anormal (acidosis), gasometría arterial anormal (Acidosis mixta hiperclorémica).

Factor Relacionado. Cambios en la membrana alveolo capilar

Enunciado Diagnóstico. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a cambios en la membrana alveolocapilar evidenciado por pH arterial anormal (acidosis), gasometría arterial anormal (Acidosis mixta hiperclorémica).

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Hipotermia (00006).

Características Definitorias. Piel fría al tacto, pálida, temperatura 35.2°C con presencia de manta térmica.

Factor Relacionado. Exposición a un ambiente frío (tumor maligno del encéfalo parte no especificada e hidrocéfalo obstructivo).

Enunciado Diagnóstico. Hipotermia relacionada a traumatismo (tumor maligno del encéfalo parte no especificada e hidrocéfalo obstructivo) evidenciado por Piel fría al tacto, pálida, control de temperatura 35.2°C con presencia de manta térmica y acidosis metabólica.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)

Factor de Riesgo. Tumor y lesión cerebrales.

Enunciado Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz como se evidencia tumor y lesión cerebrales.

Planificación

Plan de cuidados (Ver apéndice A).

Primer Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gases.

Resultados Esperados. NOC [0402] Estado respiratorio: intercambio de gases.

Indicadores.

- ✓ 040210 pH arterial
- ✓ 040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión
- ✓ 040208 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial
- ✓ NOC [0600] Equilibrio electrolítico y ácido - base

Segundo Diagnóstico. Hipotermia

Resultados Esperados. NOC [0800] Termorregulación

Indicadores.

- ✓ [080020] Hipotermia
- ✓ [080018] Disminución de la temperatura cutánea
- ✓ [080007] Cambios en la coloración cutánea

Intervenciones de Enfermería. NIC [3900] regulación de la temperatura.

Actividades.

- ✓ [390001] Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda
- ✓ [390002] Observar el color y la temperatura de la piel
- ✓ [390003] Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia
- ✓ [390004] Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda.

Tercer Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Resultados Esperados. NOC [0909] Estado neurológico.

Indicadores.

- ✓ [090901] Conciencia
- ✓ [090902] Control motor central
- ✓ [090906] Presión intracraneal
- ✓ [090909] Reactividad pupilar.

Intervenciones de Enfermería. NIC [2550] Mejora de la perfusión cerebral.

Actividades.

- ✓ [255001] Consulta con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos.
- ✓ [255003] Administrar analgésicos, según corresponda.
- ✓ [255004] Monitorizar el estado neurológico.
- ✓ [255007] Monitorizar el estado respiratorio.

Evaluación

En la Evaluación se lograron los resultados esperados:

DX1. Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alveolo-capilar evidenciado por pH arterial anormal (acidosis), gasometría arterial anormal (Acidosis mixta hiperclorémica).

Puntuación Basal: 1

Puntuación de cambio: 0

DX2. Hipotermia relacionada a traumatismo (tumor maligno del encéfalo parte no especificada e hidrocéfalo obstructivo) evidenciado por Piel fría al tacto, pálida, control de temperatura 35.2°C con presencia de manta térmica y Acidosis Mixta Hiperclorémica

Puntuación Basal: 1

Puntuación de cambio: +2.

DX3. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relación a pérdida de la autorregulación, tumor cerebral, lesión cerebral.

Puntuación Basal: 1

Puntuación de cambio: 0

Resultados

Se identificó 14 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizó el diagnóstico de Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a cambios en la membrana alveolo- capilar evidenciado por pH arterial anormal (acidosis), gasometría arterial anormal (acidosis Acidosis mixta hiperclorémica); Hipotermia relacionada a traumatismo (tumor maligno del encéfalo parte no especificada e hidrocefalo obstructivo) evidenciado por piel fría al tacto, pálida, control de temperatura 32.5°C con presencia de manta térmica y acidosis metabólica; Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relación a perdida de la autorregulación, tumor cerebral, lesión cerebral;. Se han elaborado planes de cuidados de enfermería y se están ejecutando las intervenciones y actividades planificadas. Como resultado de la acción, se obtuvo una puntuación de cambio 0, +2, 0.

Discusión

Deterioro del Intercambio de Gases

Herdman y Kamitsuru (2018a) señalan que el intercambio gaseoso deteriorado es un exceso o deficiencia de oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

De acuerdo a Maia et al. (2018) el deterioro del intercambio gaseoso es una condición clínica grave con "exceso o falta de oxígeno y/o eliminación de dióxido de carbono de la membrana alvéolo-capilar"..

Del mismo modo, González (2022) refiere que la hipoxemia o disminución del oxígeno en sangre luego es generado por dos mecanismos abiertos. Puede ser porque no se entrega oxígeno (hipoventilación alveolar) o porque no hay sangre para transportar. La hipercapnia, que es un nivel elevado de dióxido de carbono (CO₂) en la sangre, se debe a que la sangre que lo contiene no llega a los alvéolos (p. ej., es “expulsada” debido a una ventilación insuficiente, volumen por minuto, volumen tidal); o debido al aumento de la producción de CO₂ (aumento del trabajo respiratorio sin hiperventilación alveolar compensatoria).

Asimismo, el paciente de estudio presentó como características definitorias: pH: 7.35 – 7.45 arterial anormal (acidosis), que de acuerdo a Benito et al. (2020a) se refiere al desequilibrio ácido-base, en el que los principales cambios son el pH de la sangre arterial > 7,45 y la concentración plasmática de HCO₃ > 25 mmol/l y el aumento de la PCO₂ debido a la hipoventilación compensatoria secundaria (aumento de la PCO₂ en 0,7 mmHg por mmol/l, aumenta el HCO₃, gasometría arterial anormal (Acidosis Mixta), PO₂: 80 - 100, PCO₂: 35 – 45 mmHg; de acuerdo a Hinkle Suddarth y Cheever Brunner (2019) se refiere a la acidosis metabólica asociada con acidosis respiratoria. Cualquier combinación es posible, excepto la acidosis y la alcalosis respiratorias concurrentes, porque una persona no puede respirar demasiado rápido y demasiado lento al mismo tiempo.

Por otro lado, cabe señalar que el paciente en estudio presentó como factor relacionado a cambios en el revestimiento de los capilares de los alvéolos. Por lo tanto, el intercambio de gases depende de la relación entre ventilación y perfusión. La ventilación y la perfusión inadecuadas o ambas conducen a un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión. El equilibrio ácido-base en pacientes con hipotermia se verá alterado por muchos factores: disminución de la presión de

perfusión tisular, acidosis láctica debido al temblor, disminución del metabolismo. Enfermedades del hígado, riñones, sistema respiratorio. depresión (Camarena De La Cruz, 2019b).

Las intervenciones seleccionadas para este diagnóstico fueron manejo de la ventilación mecánica invasiva, para la cual, se seleccionaron las siguientes actividades:

Vigilar condiciones que requieren ventilación mecánica (p. ej., fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de fármacos, acidosis respiratoria refractaria) (Butcher et al., 2019). De acuerdo a Molina Villamar y Rizzo Huacon (2018) La finalidad de la ventilación mecánica es corregir la hipoventilación, mejorar la oxigenación y el transporte de oxígeno, reducir el trabajo respiratorio, favorecer el descanso y la regeneración muscular, y garantizar el confort del paciente minimizando la asincronía. La escala de síntomas refleja cuán dependiente es una persona, la ayuda que necesita y le permite adaptar el ventilador a sus necesidades.

Asegúrese de que las alarmas de los ventiladores estén conectadas (Butcher et al., 2018a). Según Álvarez et al. (2019a) la ventilación mecánica consiste en disparar una serie de alarmas en el ventilador, que es un sistema de seguridad que vela por el bienestar del paciente. Mediante señales sonoras y luminosas avisan al personal médico que atiende al paciente de la incompatibilidad de los parámetros programados en el ventilador con las indicaciones recibidas del paciente. Las alarmas más comunes del ventilador están relacionadas con la presión de las vías respiratorias (Paw), el volumen minuto (VM) y la frecuencia respiratoria (FR).

Explicar al paciente y a la familia las razones y sentimientos por el ventilador asociados con el uso del ventilador (Butcher et al., 2018b). Este punto es de suma importancia porque de acuerdo a Álvarez et al. (2019b) El ciclo de ventilación se divide en cuatro etapas: (1) La

transición de la exhalación a la inhalación. (2) Fase inspiratoria. (3) Cambiar de inhalación a exhalación. (4) Fase de exhalación.

Vigilar la disminución del volumen espiratorio y el aumento de la presión inspiratoria. (Butcher et al., 2018c). La monitorización de las propiedades mecánicas (tanto estáticas como dinámicas) del sistema respiratorio es fundamental para el diagnóstico y pronóstico del proceso patológico subyacente, así como para la toma de decisiones terapéuticas adecuadas (Osuna-Padilla et al., 2020).

Controlar las actividades que aumentan los niveles de O₂ (fiebre, escalofríos, convulsiones, dolor o atención primaria) puede sobrecargar la configuración del ventilador y provocar la desaturación de O₂ (Butcher et al., 2018d). El profesional de la salud debe planificar las acciones que deben tomarse para ayudar al paciente a lograr sus objetivos. Las actividades de una enfermera profesional deben identificar las necesidades del paciente y estar basadas en los principios básicos y científicos de la enfermería (Manzanares & Niño, 2021).

Estar atento a los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio, como un aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria y aumento de la presión arterial (Butcher et al., 2018e). Para este propósito se utiliza un dispositivo llamado oxímetro de pulso. El oxímetro de pulso mide la saturación de oxígeno en los tejidos, el oxímetro de pulso emite luz que penetra en la piel del área carnosa (generalmente el dedo o el lóbulo de la oreja) (Félix-Sifuentes, 2018).

Monitorizar el impacto de la ventilación mecánica en el estado psicofisiológico del paciente (Butcher et al., 2018). Esta técnica no es fácil y supone una carga considerable, especialmente para la enfermera que debe estar al lado de la cama del paciente durante las primeras horas (Ramos Navajas et al., 2022).

La aspiración depende de la presencia de sonidos externos y/o aumento de la presión inspiratoria (Butcher et al., 2018f). La aspiración mecánica de mucosidades bronquiales consiste en la extracción retardada de mucosidades nasofaríngeas, orofaríngeas y bronquiales mediante un dispositivo de succión diseñado específicamente para este fin. El procedimiento no debe tomar más de 10 segundos (Hinkle Suddarth & Cheever Brunner, 2019).

Supervisar el avance del paciente con la configuración actual del ventilador y realice los ajustes adecuados según las indicaciones del médico (Butcher et al., 2018). El monitoreo del paciente en un ventilador consiente, además, valorar varias medidas de la mecánica respiratoria, conocer el cambio de varios elementos del sistema respiratorio y dirigir la terapia Ajustar el ventilador (Miller, 2018).

Hipotermia

Herdman et al. (2021) describen la hipertermia como una elevación de la temperatura corporal arriba de los mínimos estándar. Definiéndola, como la elevación de la temperatura corporal arriba de lo normal. La hipotermia está relacionada a traumatismo (tumor maligno del encéfalo parte no especificada e hidrocéfalo obstructivo). También refieren, que es afín con la mengua del metabolismo declarado por disminución de la temperatura por debajo de 36° C, palidez, frialdad cutánea y escalofríos.

La hipotermia (temperatura corporal anormalmente baja) y la congelación son condiciones peligrosas que pueden ocurrir cuando una persona está expuesta a temperaturas muy bajas. La hipotermia ocurre con la exposición prolongada a temperaturas muy bajas. Cuando estás expuesto a temperaturas frías, tu cuerpo comienza a perder calor más rápido de lo que genera calor. La exposición prolongada agota las reservas de energía del cuerpo, lo que hace que la temperatura corporal baje. Una temperatura corporal demasiado baja afecta el cerebro y hace

que la víctima no pueda pensar con claridad o moverse con normalidad. Esto hace que la hipotermia sea especialmente peligrosa porque es posible que la persona no sepa lo que está sucediendo y no pueda actuar (Chaca, 2018a).

Aunque la hipotermia ocurre más comúnmente en climas muy fríos, puede ocurrir incluso en climas cálidos (superiores a 40 °F) si una persona se resfría por la lluvia, el sudor o por sumergirse en agua fría. La temperatura del cuerpo se conserva entre límites angostos debido a la capacidad del centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior para nivelar los dispositivos de generación y disipación de calor. Esta función se realiza en función de los cambios térmicos en la piel y el suministro de sangre a los órganos internos (Picón-Jaimes et al., 2020).

El calor se pierde a través de cinco mecanismos: radiación (55-65% del calor perdido), conducción (10-15%, aunque este porcentaje es mucho mayor en agua fría), convección (aumentada con el viento), respiración y evaporación (bajo la influencia del viento). influencias medioambientales. temperatura y humedad (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Las intervención seleccionada para este diagnóstico fue la regulación de la temperatura, para la cual, se seleccionaron las siguientes actividades:

Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda. Según De La Mora Robles et al. (2019) en estos casos es recomendable medir la temperatura a la paciente al menos 5 veces por día, dejando de hacerlo o disminuyendo la cantidad dependiendo de cómo avanza su estado de recuperación.

Observar el color y la temperatura de la piel, según, Hinkle y Cheever (2019) se debe observar el color y la temperatura de la piel con la finalidad de confirmar que está cumpliendo sus funciones de forma correcta y así evitar infecciones u otro tipo de complicación. Uno de los

factores mejor conocidos y estudiados sobre la regulación del flujo sanguíneo cerebral es la temperatura tisular. Observar el color y la temperatura de la piel, así mismo, Observar y registrar si hay signos y síntomas de hiponatremia o hipertermia. Banda et al. (2019) enfatiza que el efecto de la temperatura corporal sobre el CBF altera los requerimientos metabólicos del tejido cerebral. La tasa metabólica del cerebro cae drásticamente cuando baja la temperatura del cerebro.

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. Al respecto, Gallegos y Jarrín (2019) mencionan que es por este motivo que se le deberá tomar la temperatura las veces que sean necesarias según corresponda. Observando síntomas como escalofríos, confusión, pérdida de la memoria, somnolencia, etc. La hipotermia reduce la tasa de gasto de energía asociada con el mantenimiento de la integridad celular en términos de función electrofisiológica y composición basal. El efecto de la hipotermia moderada sobre la oxigenación cerebral se ha utilizado como mecanismo de protección contra la hipoxia grave o el daño neurológico en una amplia variedad de pacientes, incluidos los pacientes con traumatismo craneoencefálico, ahogamiento y cirugía a largo plazo.

Usar un colchón caliente, una manta caliente y un ambiente cálido para elevar la temperatura de su cuerpo si es necesario. Chaca (2018b) menciona que la hipotermia perioperatoria es una complicación común y a menudo subestimada en pacientes quirúrgicos y causa un aumento significativo de eventos adversos, como eventos cardiovasculares, infecciones del sitio quirúrgico y sangrado intraoperatorio debido a coagulopatía. Por lo que, se debe usar un colchón caliente, una manta caliente y un ambiente cálido para elevar la temperatura de su cuerpo si es necesario.

Los pacientes con sospecha de hipotermia primero deben quitarse la ropa húmeda o mojada y aislar del frío, luego proceder a secarse y colocarse ropa aislante. También, almacenar

en posición horizontal y se deben evitar movimientos excesivos. En resumen, medidas para evitar la pérdida de calor y la progresión de la hipotermia (Samaniego, 2019).

Los pacientes con hipotermia requieren una estrecha vigilancia de los signos vitales, incluida la temperatura corporal central, para controlar la eficacia del recalentamiento. A menudo son hipovolémicos y con alto riesgo de arritmias malignas y shock, que puede agravarse con el calentamiento (Benito et al., 2020b). Este calentamiento puede ser:

Calentamiento Externo Pasivo (REP): La temperatura corporal aumenta 0,1-0,7°C por hora. Este es el método más simple, basado en la capacidad del paciente para generar y retener calor a pesar de la hipotermia. Consiste en colocarlo en una habitación cálida con una temperatura de 25-30°C y aislarlo con mantas u otros elementos; Si no responde a este tratamiento, debe combinarse con otros métodos (Aruquipa, 2020a).

Calentamiento Externo Activo (REA): Es un método más rápido que el método anterior, capaz de aumentar la temperatura de 1° a 7°C por hora, dependiendo del método utilizado. Esta técnica consiste en un colchón, una manta eléctrica, una almohadilla térmica y un baño en agua a una temperatura de 40-45°C. Esta forma de recalentamiento tiene el potencial de exacerbar los efectos de la hipotermia al causar vasodilatación periférica, posiblemente provocando un shock hipovolémico (shock de calentamiento) (Benito et al., 2020c).

En general, el calentamiento debe realizarse lo antes posible y utilizando la técnica menos agresiva para evitar complicaciones. La decisión debe considerar factores como la edad del paciente, la gravedad, la duración y la causa de la hipotermia, las arritmias cardíacas u otros criterios clínicos de alto riesgo, la termogénesis de los pacientes y la disponibilidad de soporte técnico. SIDA. El pronóstico dependerá tanto de la gravedad como de la duración de la hipotermia y de las comorbilidades. La tasa de mortalidad en pacientes con hipotermia accidental

aislada es del 6-10% y en pacientes con múltiples comorbilidades llega al 75% (Uriostegui - Santana et al., 2017).

Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral

Heathe Herdman y Kamitsuru (2018b) lo definen como una amenaza de circulación reducida del tejido cerebral, perfusión tisular ineficiente, asociada con trastornos neurológicos con deterioro significativo de la ventilación espontánea. Los sujetos desarrollan una perfusión tisular cerebral ineficiente debido al establecimiento de un estado hiperactivo debido al aumento de la liberación de catecolaminas, lo que resulta en un aumento del gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el consumo de oxígeno y un mayor riesgo de isquemia. enfermedad isquémica del corazón (Hernández-González & Salgado, 2019).

En pacientes neurológicos con tumores son particularmente diferentes de la mayoría de los otros pacientes quirúrgicos. El cerebro tiene un número limitado de respuestas al trauma, y estas respuestas ocurren durante un período de tiempo rígido e inflexible. Pequeños cambios en la presión arterial o la temperatura, que la mayoría de los pacientes aceptan fácilmente, pueden destruir un número variable de neuronas en pacientes con tumores cerebrales y conducir a una recuperación neurológica completa o a un deterioro neurológico grave. Por lo tanto, el riesgo de lesión es un problema potencial que complica aún más la condición del paciente (Gómez-Vega et al., 2019).

Las intervenciones seleccionadas para este diagnóstico fueron mejora de la perfusión cerebral y monitorización neurológica, para la cual, se seleccionaron las siguientes actividades:

Consulta con el médico para determinar parámetros hemodinámicos. La monitorización hemodinámica proporciona información sobre la eficiencia del sistema cardiovascular de los pacientes en estado crítico, por lo que es un elemento fundamental en el diagnóstico y manejo

terapéutico de los pacientes con alteración de la perfusión tisular (Hernández - González & Salgado, 2019).

Administrar analgésicos, según corresponda. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) La estructura básica de la escalera de tres peldaños es la siguiente: Primer peldaño o peldaño inferior (dolor leve): no narcóticos/excipientes. Segunda etapa o intermedia (dolor moderado): opioide débil / - no opioide / - excipientes.

Monitorizar el estado neurológico. La monitorización neurológica es un componente importante del manejo adecuado de los pacientes neurológicos. La evidencia científica existente muestra la necesidad de contar con herramientas de cabecera que permitan conocer el estado cerebral de un paciente en tiempo real (Benito Fernández et al., 2020).

Monitorizar el estado respiratorio. La monitorización de la respiración incluirá la recopilación y el análisis de datos del paciente para garantizar la permeabilidad de las vías respiratorias y el intercambio de gases, es decir, para evitar alteraciones o insuficiencias respiratorias (Correa Levano, 2019).

Monitorizar las entradas y salidas. El control de la ingesta de líquidos es importante en pacientes con enfermedad renal porque la acumulación de líquido puede tener consecuencias graves según el grado de insuficiencia renal. Por lo tanto, la cantidad recomendada de líquido depende de la etapa de la enfermedad, así como de la causa de la misma (Aruquipa, 2020b).

Controlar el tamaño, la forma, la simetría y la respuesta de la pupila. Se pueden observar dos reflejos en la respuesta de la pupila a los estímulos luminosos, uno es un reflejo luminoso directo, que consiste en levantar un párpado mientras se cierra el otro para comprobar si la pupila se contrae. Por otro parte, la valoración pupilar consiste en medir la forma, tamaño, simetría y la respuesta a estímulos lumínicos, una valoración adecuada se detectará cualquier signo de

deterioro del estado neurológico, si se hace correctamente se reducen las posibles consecuencias para el organismo que pueden ser irreversibles (Bueno & Fleta, 2019).

Observar si hay respuesta de Cushing. Esto debe observarse en niños con retraso en el crecimiento, aumento de peso y fenotipo característico. Se propone iniciar un protocolo diagnóstico que incluya: estudio de hipercortisolemia, sitio de producción de cortisol e imagen, con el fin último de realizar un tratamiento quirúrgico radical. La presión de perfusión cerebral determina la cantidad de sangre que llega al parénquima. A ver si hay una respuesta de Cushing. La hipotensión y el control de la presión intracraneal determinan la presión de perfusión cerebral. La medición de la presión intracraneal primero determina la presión de perfusión, si la presión de perfusión cerebral baja puede causar isquemia cerebral secundaria (Hinkle & Cheever, 2019).

Vigilar el nivel de las tendencias Glasgow. Así mismo se debe Supervise los parámetros de laboratorio para detectar cambios en la oxidación o el equilibrio ácido-base. Un equilibrio razonable entre la perfusión cerebral, la presión arterial media y la presión intracraneal asegura un suministro suficiente de oxígeno a los tejidos hasta cierto límite crítico, por ejemplo, menos de 50 mmHg; Los cambios en la regulación del flujo sanguíneo cerebral (FSC), el suministro inadecuado de oxígeno y el aumento de la presión intracraneal contribuyen al daño cerebral. Monitorizar el estado respiratorio, esta intervención es importa debido a que se ve afectado el órgano que controla la respiración (Ordóñez-Rubiano et al., 2019).

Vigilar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila. Cuando el cerebro es afectado directamente, se ve reflejado en la alteración de los pares craneales, y uno de ellos es el par craneal, que está conectado con la vista, si se ve afectado este par craneal se verá reflejado en los problemas de la vista; otra intervención se debe monitorizar el tiempo de protrombina, hematocrito, electrolitos y Monitorizar el estado neurológico. El flujo sanguíneo cerebral (FSC)

está regulado por la presión arterial, el transporte de oxígeno a los tejidos cerebrales, la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO_2), la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR), el pH y la viscosidad de la sangre. Cuando los vasos sanguíneos no pueden dilatarse, el FSC está dañado, la hipertensión crónica cambiará el mecanismo, porque la dilatación no se produce ni con la más mínima hipoperfusión (Canales et al., 2021).

Conclusiones

Dependiendo de los problemas identificados en el paciente, se gestionó el proceso de atención de enfermería, en sus cinco fases, lo que ayudo a priorizar las intervenciones por cada diagnóstico, dando así un cuidado enfermero eficaz, con la finalidad de la recuperación del paciente.

Se aplicó el proceso de atención de enfermería a paciente de 7 años, en el cual se realizaron las 5 fases del proceso enfermero iniciando por la recolección de datos a través de la valoración, luego se identificaron los diagnósticos de enfermería según datos significativos del paciente, se planifico los cuidados de enfermería priorizando los problemas que requerían pronta solución por parte de la enfermera y equipo de salud, de esa manera se alcanzó los objetivos y resultados esperados, en cuarto lugar se ponen los planes en marcha y finalmente la evaluación donde los objetivos no se alcanzó en su totalidad, sin embargo, se logró parcialmente.

Referencias

- Juárez-Rodríguez, A.P., García-Campos, L., Alina, P. & Rodríguez, J. (2019). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109–111. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24975>
- Álvarez Guerrero, M., Guamán Méndez, S. A. & Quiñonez Cuero, J. V. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Cambios*, 18(1), 96–110. <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/392/197>
- ACS. (2020). Signos y síntomas del cáncer. *American Cancer Society*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/senales-y-sintomas-del-cancer.html>
- ACS. (2022). Estadísticas importantes sobre los tumores de encéfalo y los tumores de médula espinal. *American Cancer Society*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tumores-de-encefalo-o-de-medula-espinal/acerca/estadisticas-clave.html>
- American Society of Clinical Oncology (2019). ¿Qué es el cáncer? *Cancer.Net*. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cancer/conceptos-básicos-sobre-el-cancer/¿que-es-el-cancer>
- Aruquipa coloma, E. (2020). *Implementación guía de atención de enfermería en paciente post operatorio inmediato, cirugía laparoscópica según taxonomía NANDA, NIC - NOC 2018 - 2020 en sala de recuperación, Clínica San José 2019. [Tesis de Especialidad, Universidad Mayor de San Andrés]*. Repositorio institucional. <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/24142/TE->

1579.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Banda Jara, B., Quiñones, A., Pool, M. & Carvajal, A. (2019). Hipertemia secundaria a sobrecalentamiento en recién nacidos a término. *Revista Medica La Paz*, 25(2).

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200005&script=sci_arttext

Benito Fernández, F. J., Martínez Mejías, A., Velasco Zúñiga, R., Fernández Santervás, Y., García Herrero, M. A., De La Rosa Sánchez, D., Guerra Díaz, J. L., Pérez Cánovas, C. & Storch de Gracia Calvo, P. (2020). *Serie: Protocolos de la AEP* (3ra ed.). Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

Bueno Aranda, L. & Fleta Gálvez, Á. (2019). Exploración Neurológica: Valoración Pupilar. *Ocronos: Revista Médica y de Enfermería*, 12 de febrero.

<https://revistamedica.com/exploracion-neurologica-valoracion-pupilar/#:~:text=En la reactividad pupilar con,la pupila se contrae rápidamente.>

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ma ed.). Elsevier.

<https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/butcher/978-84-9113-404-6>

Camarena De La Cruz, R. M. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con accidente cerebro vascular isquémico, en un Servicio de Emergencia de una clínica de Lima, 2018* [Trabajo académico de especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/8a65836d-99e9-4110-95af-46c7bdb6a52>

Canales, L., Pérez, B., De Grazia, J., López, L., Miranda, G., Orellana, P., Torres, A., Salas, Á., Núñez, R. & López, M. (2021). Perfusión cerebral por tomografía computada: Utilidad más

allá del infarto cerebral agudo. *Revista Chilena de Radiología*, 27(1), 27–39.

<https://doi.org/10.4067/S0717-93082021000100027>

Chaca Llanos, A. P. (2018). *Factores clínicos y quirúrgicos asociados a hipotermia intraoperatoria en intervenidos a cirugía abdominal con anestesia general Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2017* [Tesis de especialidad, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4013>

Chávarry Copara, R. M. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con varicela complicada y shock séptico en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2018* [Tesis de Especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/334e1bee-523d-4419-8a1c-5ee64f5a7dcc>

Chong, J. Y. (2020). *Hemorragia intracerebral: Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas*. Manual MSD Versión Para Público General. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/hemorragia-intracerebral>

Correa Levano, C. A. (2019). *Cuidado enfermero en cirugía laparoscópica por colelitiasis paciente Unidad de Recuperación Hospital Félix Torrealva, Ica 2019* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.unsa.edu.pe/items/377572be-192b-407b-8251-d19e81d9c2f6>

De La Mora Robles, J., Maté Moreno, M., Boscá Crespo, A. & Aguado Guerrero, F. (2019).

Trastornos de la Regulación de la Temperatura.

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/temp.pdf>

- Félix-Sifuentes, D. J. (2018). Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1), 169–174. www.medigraphic.org.mx
- Gallegos Mazza, C. S. & Jarrín Jaramillo, M. F. (2019). *Hipotermia asociada a temblor en pacientes post- quirúrgicos en el área de recuperación del Hospital Pablo Arturo Suarez Octubre a diciembre 2018* [Tesis de especialidad, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio institucional. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/beeb6809-853a-440b-9714-96aedf005a42>
- Gómez-Vega, J. C., Ocampo-Navia, M. I. & Feo-Lee, O. (2019). Epidemiología y caracterización general de los tumores cerebrales primarios en el adulto. *Universitas Medica Colombia*, 60(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n1/0041-9095-unmed-60-01-00047.pdf>
- González García, J. A. (2022). Alteraciones del Intercambio gaseoso. *Fisioterapia*, 7. <https://www.madrimasd.org/blogs/fisioterapia/2022/03/30/alteraciones-del-intercambio-gaseoso/>
- Herdman, H. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnóstico enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020* (11ma ed.). Elsevier.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2021). *Diagnóstico enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* (12da ed.). Elsevier.
- Hernández-González, G. L. & Salgado Reyes, J. M. (2019). Monitorización de la perfusión tisular en el paciente críticamente enfermo. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 43–47. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hinkle Suddarth, J. L. & Cheever Brunner, K. H. (2019). *Enfermería Medicoquirúrgica (Vol. I;*

14ta ed.). Wolters Kluwer. <https://www.berri.es/pdf/BRUNNER Y SUDDARTH ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA, 2 Vols./9788417370350>

Instituto Nacional del Cáncer (2020). *Factores de riesgo: Radiación*.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/radiacion>

Maia Pascoal, L., Venícios de Oliveira Lopes, M., Resende Chaves, D. B., Amorim Beltrão, B.,

Martins da Silva, V. & Magalhães Monteiro, F. P. (2018). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Enfermagem*, 43(6).

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFp6hb39cJXmsmg7gDz88B4b/?lang=es&format=pdf>

Manzanas Ojal, S. & Niño Tena, A. (2021). Caso clínico: cuidados de enfermería a un paciente con ventilación mecánica tras sufrir un coma. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2 (10).

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-con-ventilacion-mecanica-tras-sufrir-un-coma/>

Maravilla Galdámez, S. A. (2019). *Causas en el retraso de diagnóstico de los tumores cerebrales en los pacientes de 0 a 18 años del servicio de oncología del Hospital Nacional de niños Benjamín Bloom entre enero de 2013 a diciembre de 2016* [Tesis de especialidad, Universidad de El Salvador]. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152126/521-11106131.pdf>

Mayo Clinic (2022). Tumores cerebrales pediátricos: Síntomas y causas. *Mayo Clinic*.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pediatric-brain-tumor/symptoms-causes/syc-20361694>

Miller, F. (2018). *Neumonía Asociada al Ventilador*. Anestesia tutorial of the week.

https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/382_spanish.pdf

- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 374–389.
<https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.4.623>
- Molina Villamar, J. A. & Rizzo Huacón, D. J. (2018). *Rol de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en UCI del Hospital del Noerte de Guayaquil en el periodo 2018* [Tesis de licenciatura. Universidad de Guayaquil].
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/35440>
- Newman, G. (2019). Cómo evaluar el sistema nervioso autónomo: Trastornos neurológicos. *Manual MSD Versión Para Profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurológicos/examen-neurológico/cómo-evaluar-el-sistema-nervioso-autónomo>
- OMS (2019). La Carga de Cánceres Malignos. *Organización Mundial de La Salud*.
<https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>
- Ordóñez-Rubiano, E., Moreno-Castro, P., Pineda-Parra, A., Mora-Maldonado, L., Peña-Segovia, A., Olivella-Montaña, M. C., Acosta, E., Enciso-Olivera, C., Marín-Muñoz, J., Ardila, A. & Ordóñez-Mora, E. (2019). Neuroanatomía funcional de la escala de coma de Glasgow. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 33(2), 91–99. <https://aanc.org.ar/ranc/items/show/1254>
- OMS. (2020). La OMS publica la versión digital de su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. *Organización Mundial de La Salud*. <https://www.who.int/es/news/item/27-02-2020-who-launch-e-eml>
- Osuna-Padilla, I. A., Maldonado-Valadez, P. P. & Rodríguez-Llamazares, S. (2020). Terapia nutricional a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y ventilación mecánica no

invasiva: revisión narrativa de la literatura. *Revista de nutrición clínica y metabolismo*, 3(1), xx. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.021>

Picón-Jaimes, Y. A., Orozco-Chinome, J. E., Molina - Franky, J. & Franky-Rojas, M. P. (2020).

Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertemia e hipotermia. *Revista de La Facultad de Ciencias de La Salud UNAB*, 23(1).

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087985/3714.pdf>

Pollack, I. F., Agnihotri, S. & Broniscer, A. (2019). Childhood brain tumors: current management, biological insights, and future directions. *Journal of Neurosurgery. Pediatrics*, 23(3), 261–273. <https://doi.org/10.3171/2018.10.PEDS18377>

RadiologyInfo.org. (2022). Tratamiento de los tumores cerebrales. *RadiologyInfo.Org Para Pacientes*. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/thera-brain>

Ramos Navajas, I., Miñana Muñóz, A. M., López Herrero, L., Martín Cabrero, A. & Martín Serrano, A. R. (2022). Cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 20 de enero.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-ventilacion-mecanica-no-invasiva-articulo-monografico/>

Revuelta Rodríguez, L. (2019). *Tumores Cerebrales en el Sistema Nervioso Central en la población infantil y el tratamiento logopédico* [Tesis de Pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio institucional.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/37026/TFG-M-L1655.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Samaniego Sanabria, R. F. (2019). *Caracterización de recién nacidos con atresia esofágica tratados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Materno Infantil*

Santísima Trinidad, 2014-2017 [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional del Caaguazú]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/handle/123456789/179>

Uriostegui - Santana, M. E., Nava - López, J. A. & Mendoza-Escoto, V. M. (2017). Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(1), 29–37. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70611>

Zarate Grajales, R. (2019). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 16(48). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100000009

Apéndices

Apéndice A. Plan de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a cambios en la membrana alveolo- capilar evidenciado por pH arterial anormal (acidosis), gasometría arterial anormal (acidosis mixta hiperclorémica).	Resultado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso	2	Mantener en: 3	Intervención: Manejo de líquidos/electrolitos		2	0
			Aumentar a: 4	Actividades			
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales.	M-T-N		
				Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados.	M-T-N		
	Indicadores			Administrar líquidos si está indicado.	M-T-N		
	pH arterial	1		Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa.	M-T-N	2	
	Equilibrio entre ventilación y perfusión	2		Asegurarse que la solución intravenosa que contenga electrolitos se mantenga a un ritmo constante, según corresponda.	M-T-N	2	
	Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO ₂)	2		Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos.	M-T-N	2	
	Escala: Grave (1) a Ninguno (5)			Llevar un registro preciso de entradas y salidas.	M-T-N		
	Indicadores			Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.	M-T-N		
Deterioro cognitivo	1		Vigilar los signos vitales según corresponda.	M-T-N	2		
Resultado: Equilibrio electrolítico y acido - base			Intervención: Monitorización de signos vitales				

	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			Actividades			
	Indicadores			Monitorizar el pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.	M-T-N		
	Potasio sérico	2		Mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.	M-T-N	2	
				Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia.	M-T-N		
				Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias según corresponda.	M-T-N		
				Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.	M-T-N		
				Intervención: Manejo del equilibrio ácido básico: acidosis metabólica.			
				Actividades			
				Monitorizar el patrón respiratorio.	M-T-N		
				Monitorizar las causas de HCO ₃ o de exceso de hidrogeno.	M-T-N		
				Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno.	M-T-N		
				Monitorizar los desequilibrios electrolíticos asociados con la acidosis metabólica.	M-T-N		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Hipotermia relaciona a traumatismo (tumor maligno del encéfalo parte no especificada e hidrocéfalo obstructivo) evidenciado por piel fría al tacto, pálida control de Temperatura 35.2° C con presencia de manta térmica y acidosis metabólica.	Resultado: Termorregulación	1	Mantener en: 3 Aumentar a: 4	Intervención: Regulación de la temperatura Actividades		3	+2
	Escala: Grave (1) a ninguno (5)			Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda	M-T-N		
				Observar el color y la temperatura de la piel	M-T-N		
	Indicadores			Observar y registrar si hay signos y síntomas de hiponatremia o hipertermia	M-T-N		
	Disminución de la temperatura cutánea	1		Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda	M-T-N	3	
	Hipotermia	1		Intervención: Tratamiento de la hipotermia Actividades		3	
	Resultado: Signos vitales						
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal			Minimizar la estimulación del paciente, para no precipitar una fibrilación ventricular.	M-T-N		
	Indicadores			Aplicar recalentamiento externo activo	M-T-N		
	Temperatura corporal	1		Evitar el recalentamiento externo activo con hiponatremia grave	M-T-N	3	
				Monitorizar las complicaciones asociadas con el recalentamiento extracorpóreo	M-T-N		
				Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia.	M-T-N		
			Intervención: Regulación hemodinámica				

				Actividades			
				Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico	M-T-N		
				Determinar el estado de perfusión	M-T-N		
				Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión	M-T-N		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relación a pérdida de la autorregulación, tumor cerebral, lesión cerebral.	Resultado: Estado Neurológico	2	Mantener en: 2	Intervención: Mejora de la perfusión cerebral		2	0
			Aumentar a: 3	Actividades			
	Escala: Gravemente comprometido (1) a No comprometido (5)			Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos	M-T-N		
	Indicadores			Monitorizar el tiempo de protrombina, hematocrito, electrolitos.	M-T-N		
				Administrar analgésicos, según corresponda.	M-T-N		
	Conciencia	1		Monitorizar el estado neurológico	M-T-N	1	
	Control motor central			Controlar los valores de laboratorio para detectar cambios en la oxigenación o en el equilibrio acido-base		2	
		1			M-T-N		
	Presión intracraneal	2		Monitorizar las entradas y salidas	M-T-N	2	
	Reactividad pupilar	3		Monitorizar el estado respiratorio	M-T-N	3	
	Patrón respiratorio	3		Intervención: Monitorización neurológica		3	
Capacidad cognitiva	1		Actividades		1		
Resultado: Estado circulatorio			Vigilar el nivel de las tendencias Glasgow	M-T-N			
Escala: Grave (1) a Ninguno(5).			Vigilar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.	M-T-N			
Indicadores			Observar si hay respuesta de Cushing	M-T-N			
Deterioro cognitivo	1		Intervención: Regulación hemodinámica		1		
Palidez	3		Actividades		3		
Temperatura de la piel disminuida	1		Realiza una valoración exhaustiva del estado hemodinámico.	M-T-N	2		
			Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso hemodinámico.	M-T-N			
			Determinar el estado de perfusión	M-T-N			
			Observar pulsos periféricos, relleno capilar, temperatura y color de extremidades				
				M-T-N			

Apéndice B. Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____ N° Cama: _____	DNI N° _____ Teléfono: _____
Afiliación: SIS () ESSALUD () FFAA () OTROS: _____	Número de Afiliación: _____
Procedencia: Admisión () Emergencia ()	Consultorios Externos () Otros: _____
Peso: _____ Talla: _____	Perímetro Cefálico: _____ Perímetro abdominal: _____
PA: _____ FC: _____ FR: _____ T _o : _____	SatO ₂ : _____
Fuente de Información: Madre: _____	Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____
Motivo de Ingreso: _____	Diagnóstico Médico: _____
Fecha de Ingreso: _____	Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()
Persona Responsable: _____	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD </div> <p>Antecedentes de Enfermedades: HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () Otros: _____</p> <p>Intervenciones Quirúrgicas: Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estado de Higiene: Bueno () Regular () Malo () Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()</p> <p>Factores de Riesgo: Bajo Peso: Si () No () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previas: Si () No ()</p> <p>Descripción: Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No () Especifique: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> PATRON VALORES-CREENCIAS </div> <p>Religión: Bautizado en su Religión: Si () No () Restricción Religiosa: Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Solicita visita de Capellán/Sacerdote: _____ Otros: _____ Observaciones: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> PATRON RELACIONES-ROL </div> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Compañía de los padres: Si () No () Recibe Visitas: Si () No ()</p> <p>Comentarios: Ocupación: _____</p> <p>Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos () Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No () Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () Problemas de Drogadicción: Si () No () Pandillaje: Si () No () Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS </div> <p>Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo () Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No ()</p> <p>Comentarios: Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si () No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad () Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> PATRON DESCANSO-SUEÑO </div> <p>Sueño: N° de horas de Sueño: _____ Alteraciones en el Sueño: Si () No () Usa medicamentos para dormir: Si () No () Especifique: _____ Motivo: _____</p>	

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()
Somnoliento () Confuso () Irritable ()
Estupor () Coma ()

Comentarios:

Escala de Glasgow:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
RESPUESTA VERBAL	NINGUNA	1
	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
RESPUESTA MOTRIZ	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
RESPUESTA MOTRIZ	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Puntaje:

Escala de Ramsey:

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Puntaje:

Pupilas: **Iso**cóncas () **Anis**cóncas () Reactivas ()
No Reactivas () **Eto**reactivas () **Mi**óticas () **Mi**driáticas ()
Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()

Foto Reactivas: Si () No ()

Comentarios:

Dolor/Molestia: Si () No ()

Escala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ubicación:

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

Otros: Especifique:

Comentarios:

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Fría () Tibia () Caliente ()

Observaciones:

Coloración: Normal () Pálida () Cianótica ()

Ictérica () Rosada ()

Observaciones:

Termorregulación: Temperatura:

Hipertermia () **Normotermia** () Hipotermia ()

Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()

Observación:

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

Especificar Zona:

Comentarios:

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: FR:

Test de Silverman:

	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subfóvea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0					
GRADO 1	Sincronizado	Sin Retracción	Ninguno	Ninguno	Ninguno
GRADO 2	En Inspiración	Solo Visible	Solo Visible	Mínimo	Solo por estetoscopio
GRADO 3	Siempre Visible	Marcado	Marcado	Marcado	Audible al oído
Puntaje		Dr. Alex Velasco Interpretación			
0 puntos		Sin dificultad respiratoria			
1 a 3 puntos		Con dificultad respiratoria leve			
4 a 6 puntos		Con dificultad respiratoria moderada			
7 a 10 puntos		Con dificultad respiratoria severa			

Puntaje:

Tos Ineficaz: Si () No ()

Secreciones: Si () No () Características:

Tipo de respiración: **Eupnea** () Bradipnea () Taquipnea ()**Polipnea** () Disnea () **Ortopnea** ()

Murmulo vesicular: Normal () Disminuido ()

Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP ()

Claros () **Roncantes** () Sibilantes () Crepitantes ()

Otros:

Oxigenoterapia:

Si () No () Modo: Saturación de O₂:

Enuresis. Si () No ()

Comentarios:

Ayuda Respiratoria: CBN () Máscara **verrujo** () Máscarareservorio () TET () **Traqueostomía** () V. Mecánica ()

Parámetros Ventilatorios:

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

Comentarios:

Actividad Circulatoria:

Pulso: Regular () Irregular ()

FC / Pulso Periférico: PA:

Llenado Capilar: < 2" () > 2" ()

Perfusión Tisular Renal:

Hematuria () Oliguria () Anuria ()

Perfusión Tisular Cerebral:

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

Comentarios:

Presencia de Líneas Invasivas:

Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo ()

Otros:

Localización: Fecha:

Riesgo Periférico: Si () No ()

Cianosis Distal () Frialdad Distal ()

Capacidad de autocuidado:

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

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

Lesiones: Cutáneas: ~~Esfacelaciones~~ () Equimosis () Hematomas () Quemaduras () Flebitis ()
Otros:
Fontanelas: ~~Normotensa~~ () Abombada () Deprimida ()
Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo () Ralo () Quebradizo ()
Mucosas Orales: Intacta () Lesiones ()
Observaciones:
Malformación Oral: Si () No ()
Especificar:
Peso: _____
Pérdida de Peso durante la última semana: Si () No ()
Cuanto Perdió:
Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()
Disminuido () Náusea () Vómitos ()
Cantidad: Características:
Dificultad para Deglutir: Si () No ()
Especificar:
Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta ()
Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta:
Modo de Alimentación: VO () LMD () Gotero ()
Bb () SNG () SOG () SGT () SY ()
~~Gastrostomía~~ () NPT () NET ()
Otros:
Residuo Gástrico: Claro () Bilioso () Porraceo () Alimenticio ()
Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso ()
Comentarios Adicionales:
Ruidos Hidroáuricos: Aumentados () Disminuidos () Ausentes ()
Hígado: Normal () Por debajo del reborde ()
Herida Operatoria: Si () No ()
Ubicación: Características:
Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()
Serosos () Hemáticos () ~~Serohermáticos~~ ()
Observaciones:
Drenaje: Si () No ()
Tipo: Características de las Secreciones:

Escala de Norton:

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incont.

CLASIFICACION DE RIESGO:

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

Puntaje: _____

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Aparatos de Ayuda:

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Movilidad de Miembros: Normal () Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios:

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día

Características:

Color: Consistencia:

Estreñimiento: Si () No () Diarrea: Si () No ()

Incontinencia fecal: Si () No ()

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios:

Vesical:

Micción Espontánea: Si () No ()

Características:

Sonda Vesical () ~~Neofotomía~~ () Colector Urinario ()

Pañal ()

Fecha de Colocación:

Hábitos vesicales:

Disuria () ~~Nisuria~~ () Anuria () Hematuria () Retención ()

Incontinencia () Oliguria () Poliuria ()

Aspecto: Clara () ~~Colorca~~ () Hematúrica () ~~Sedimentosa~~ ()

Catéter/~~Dijásis~~ peritoneal: Si () No ()

Características:

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Anormalidades de los genitales: Si () No ()

Especifique:

Lesiones: Si () No ()

Especifique:

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No ()

Especifique:

Otras Molestias:

Observaciones:

Problemas de Identidad:

Cambios Físicos:

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

Tratamiento Médico Actual:

Observaciones:

Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice C. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso enfermero a paciente con tumor maligno del encéfalo parte no especificada, hemorragia intracraneal en hemisferio no especificado e hidrocéfalo obstructivo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2021”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales A.S.G. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic Roxana Maldonado Mendoza. 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: _____

Apéndice D. Escalas de evaluación.

Figura D 1. Escala de RASS.

ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

puntos	Término	Descripción	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.	
1	INTRANQUILO	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)	Estímulo verbal
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	Estímulo físico
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

Tabla D 1. Escala de Braden.

ESCALA BRADEN					
PUNTOS		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO		ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO	≤12 ≤14 ≤16	

Figura D 2. Escalas Morse.

Determinación del riesgo de caer (Escala de MORSE)

1-	Antecedentes de caídas	No	0	<div style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 5px; text-align: center;">RIESGO BAJO</div> <div style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Hasta 24</div> <div style="background-color: #FFC000; color: white; padding: 5px; text-align: center;">RIESGO MEDIO</div> <div style="background-color: #FFC000; color: white; padding: 5px; text-align: center;">25 de 44</div> <div style="background-color: #C00000; color: white; padding: 5px; text-align: center;">RIESGO ALTO</div> <div style="background-color: #C00000; color: white; padding: 5px; text-align: center;">45 y mas</div>
		Si	25	
2-	Diagnóstico secundario	No	0	
		Si	15	
3-	Ayuda para deambular		0	
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		15	
	Bastón / Muletas /Andador		30	
	Se apoya en los muebles			
4-	Vía venosa	No	0	
		Si	20	
5-	Marcha		0	
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		15	
	Débil Alterada requiere asistencia		30	
6-	Conciencia / Estado mental		0	
		Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones		15

Figura D 3. Escala de dolor – EVA.

