

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGÍA DE TUMOR CEREBRAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS ESSALUD,
LIMA – 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL - ESPECIALISTA
EN: ENFERMERÍA INTENSIVA**

MARÍA ANGELICA SALAZAR MUNAYA

**Callao - 2019
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ABASTOS ABARCA MERY JUANA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 56

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 19/07/2019

Resolución Decanato N° 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCION	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Marco conceptual o referencial	12
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	21
Plan de cuidados de enfermería	
3.1 Valoración	21
3.2 Diagnostico de enfermería	27
3.3 Planificación	30
3.4 Ejecución	34
3.5 Evaluación	34
4. CONCLUSIONES	37
5. RECOMENDACIONES	38
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
7. ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

El rol de enfermería profesional en terapia intensiva se ha ido desarrollando en la medida que se ha incrementado la necesidad de un cuidado más especializado. Y es que el profesional de enfermería de terapia intensiva proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica. (1)

El presente trabajo académico se desarrolla en la unidad de cuidados intensivos del servicio de neurocirugía 13 B del hospital nacional Edgardo Rebagliati martins. Dicha unidad admite pacientes de diversas patologías del sistema nervioso central cuyo tratamiento es quirúrgico entre ellos tenemos pacientes operados de tumor cerebral cuyo índice de casos se ha venido incrementando en los últimos años en la institución; es por ello el motivo del estudio por que dicha demanda de pacientes implica cuidados individualizados y el papel activo de enfermera en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es fundamental para detectar precozmente mínimas variaciones en el estado del paciente neuro crítico, que permita el tratamiento oportuno para prevenir el daño cerebral secundario.(9)

El cuidado y seguimiento del paciente neuroquirúrgico representa un difícil reto para los profesionales que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estos pacientes necesitan una vigilancia intensiva por la diversidad de complicaciones que puedan presentar en el posoperatorio inmediato. Los cuidados neuro intensivos, deben permitir la restauración y el mantenimiento de la homeostasia cerebral, como requisito fundamental para la supervivencia neuronal y recuperación de la función neurológica. (2)

El motivo de la elección del tema es causado por el gran número de enfermos neuro críticos y del evidente problema de salud que representa

en nuestra sociedad. Se necesita adecuar los conocimientos existentes a los profesionales para que sigan unos mismos estándares de calidad. Y a su vez proponer una guía de cuidados en pacientes operados de tumor cerebral validado por un consenso de expertos y así poder llegar a un plan de cuidados de enfermería completamente basado en la evidencia. (7)

El posoperatorio inmediato del paciente operado de tumor cerebral requiere el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), y es de vital importancia el trabajo en equipo, la especialización y la protocolización de cuidados, para la consecución de la mejora del paciente y evitar efectos adversos. En este contexto el papel que desempeña el personal de enfermería es clave, tanto en cuidados específicos, en la monitorización que se precisa, así como en la detección precoz de posibles complicaciones como sangrado intracraneal postquirúrgico, edema cerebral, trombosis venosa periférica e infecciones de la herida quirúrgica.

En las UCI el personal de enfermería debe estar especializado en este tipo de pacientes por su complejidad en la neuro monitorización y por la exigencia de una actuación y cuidados diligentes para evitar secuelas irreversibles. (7)

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de tumor cerebral de la unidad de cuidados intensivos del servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima 2017-2019 tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería al paciente post operado de tumor cerebral, así como también aplicar un plan de cuidados utilizando la clasificación de NANDA NOC -NIC

El Objetivo principal de este trabajo, es proponer una tentativa de guía de plan de cuidados estandarizados a los pacientes operados de tumor cerebral, mediante la búsqueda de los mejores métodos de monitorización del paciente neuro crítico y proporcionar una visión holística del enfermo neuro crítico basada en la búsqueda científica.(7)

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los tumores del sistema nervioso central representan el 2% de todas las neoplasias. Parecen ser cada vez más frecuentes, no tanto por un verdadero incremento en su incidencia si no por el incremento de la expectativa de vida en la población general y por los avances tecnológicos que permiten su diagnóstico oportuno. (5)

Aproximadamente un 80-85% de los tumores primarios intracraneales en adultos se desarrollan en la región supratentorial, y un 15-20% lo harán en la región infratentorial(fosa posterior) , este dato se encontró en un estudio realizado por Velásquez, Ángel; del Hospital Escuela de Honduras, donde concluye que los tumores de fosa posterior representan un 27% de todos los tumores craneales que llega al Hospital Escuela y la edad de presentación más frecuente es la segunda década de la vida con mayor frecuencia en mujeres, el tumor más frecuente de fosa posterior es el astrocitoma ,la hidrocefalia está presente en el 63.3% de tumores de fosa posterior, buen Glasgow de ingreso es buen pronóstico al ser dado de altas.(4)

En España, las tasas de incidencia de los tumores del SNC oscilan entre el 5.70 y el 9.63 en hombres y entre el 4.71 y el 6.95 en mujeres. La incidencia de los tumores del SNC presenta una tendencia a incrementarse debido a una mayor longevidad de la población. En la actualidad, la tasa de incidencia global de los tumores primarios del sistema nervioso central es de 10.82 por cada 100 000 personas al año.(5)

En Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2004-2005 encuentra 1146 casos nuevos de tumores del encéfalo y sistema nervioso (aunque con confirmación histológica de solo 58%), con una tasa de incidencia estandarizada de 6,9-7 por 100 000, lo que representa el 3,8% de todas las neoplasias malignas. En un trabajo de investigación original que presentamos en este mismo número encontramos que se diagnostican aproximadamente 40 casos nuevos de Glioblastomas al año en el Instituto de Enfermedades neoplásicas (INEN, institución que atiende el 40%de

cáncer de Perú). Los tumores cerebrales de fosa posterior en los adultos son de origen metastásicos.

En la unidad de cuidados intensivos del servicio de Neurocirugía del hospital Edgardo Rebagliati Martins hay 100 casos por año de tumores de fosa posterior que representa casi el 30% de todos los casos intervenidos quirúrgicamente en este servicio, siendo así un porcentaje muy significativo ,dato encontrado en el cuaderno de registros de ingresos de pacientes a la UCI .Dicha cirugía compleja requiere de un control y tratamiento preciso conjuntamente de unos cuidados de enfermería especializados. Por ello debido a la gran cantidad de cuidados de Enfermería que requiere; esto motivó el planteamiento y elaboración de un protocolo de cuidados para unificar criterios de actuación e implementarlo junto a un protocolo de detección precoz y tratamiento de posibles complicaciones.

En la unidad de cuidados Intensivos del servicio de neurocirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ingresan pacientes post operados inmediatos y en pre operatorio de cirugías neuroquirúrgicas urgentes.

Al año ingresan un promedio de 840 pacientes con patologías cerebrales, siendo los más frecuentes, en orden de prioridad: los tumores cerebrales, aneurismas, malformaciones arteriovenosas (MAV), hipertensiones intracraneanas, hemorragias subaracnoideas, entre otras. Pero una de las patologías que se tratan frecuentemente en esta unidad son los tumores cerebrales, que representan casi un 70%, de los ingresos al servicio y que en su mayoría son quirúrgicos. En estos casos, el enfermero es el responsable de los cuidados postoperatorios de estos pacientes y es el primero en detectar complicaciones por la manipulación quirúrgica cerebral. Así, los tumores cerebrales son letales por compresión e hipertensión secundaria, obstrucción de la circulación de líquido cefalorraquídeo y por destrucción del parénquima por infiltración. En mi calidad de enfermera especialista mi actuar es vigilar, observar y prevenir las complicaciones

como el edema cerebral, aumento de la presión intracraneana, deterioro neurológico, evitar maniobras de Valsalva y la hemorragia postquirúrgica.

2. MARCO TEORICO

2.1.- Antecedentes del estudio:

Internacionales:

CAMPERO, Álvaro -2016-España “Hemangioblastomas de fosa posterior: reporte de 16 casos y revisión de la literatura”. El objetivo es presentar los resultados de 16 pacientes con diagnóstico de Hemangioblastomas de fosa posterior, operados con técnicas microquirúrgicas el método; desde junio a diciembre del 2015, dieciséis pacientes con diagnóstico de Hemangioblastomas fueron intervenidos quirúrgicamente. Se evaluó sexo, edad, tipo de lesión (quística con nódulo, quística sin nódulo, sólida y solida-quística) sintomatología y resultados post operatorios. Resultados; de los 16 pacientes intervenidos 11 fueron varones y 5 mujeres. La edad promedio fue 44 años. La forma más frecuente fue quística con nódulo (57%) seguido por forma solida (31%), un solo caso presento la forma quística sin nódulo (6%) y uno solo la forma solido-quística (6%). La sintomatología más frecuente fue la cefalea acompañado de síndrome cerebeloso (43%), seguido de síndrome de hipertensión Endo craneana (25%). En todos los casos la resección fue completa. Conclusiones; lo más frecuente de ver en pacientes HBFP es la forma quística con nódulo, siendo su sintomatología predominante la cefalea acompañada de síndrome cerebeloso. La resección quirúrgica completa es posible, con una baja tasa de morbimortalidad. (8)

SILVERA, María -2014-Uruguay “cuidados de enfermería de pacientes neuro crítico con monitorización de la presión intracraneana cuyo objetivo fue realizar, un plan de cuidados de enfermeros estandarizados, basado en la mejor evidencia científica que sirva de guía para el cuidado del paciente neuro crítico. La metodología utilizada ha sido la revisión de 59 casos clínicos y los procesos realizados a los pacientes con monitoreo, durante la experiencia práctica de más de 10 años en una UCI polivalente. Se identificaron 5 necesidades básicas alteradas, según el modelo de Virginia

Henderson, para las cuales se enunciaron en orden prioritario siete etiquetas diagnósticas con sus respectivas intervenciones y cuidados. Siendo sus conclusiones que el proceso enfermero permite a enfermería brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, previniendo la variabilidad de la asistencia y estableciendo un lenguaje común en el cuidado de pacientes neuro críticos. (9)

MENDEZ, Genesis.2013- Ecuador, realizo un estudio “Aplicar el cuidado de enfermería a paciente con tumor cerebral, hospitalizado en el área de observación del IVSS. Dr. José María Carebaño Tosta”, cuyo objetivo fue aplicar el proceso de enfermería a un paciente de 53 años, con un diagnóstico médico tumor cerebral fronto parietal derecho acompañado de síntomas como: cefaleas de fuerte intensidad y convulsiones. La metodología que empleo fue un diseño de tipo cualitativo, donde se realizó la recolección de datos a través de la entrevista y se valoraron patrones funcionales de salud ,los datos objetivos se obtuvieron por medio de la valoración física, identificaron las necesidades y/o problemas existentes, elaboraron diagnósticos y acciones pertinentes para los mismos, resaltando la importancia que tiene el rol de enfermería ya que a través de la implementación del proceso se identifican las necesidades y/o problemas del paciente. Finalmente recomiendan a los profesionales de enfermería mantener y reforzar el conocimiento para el manejo de la patología presente, impartir apoyo emocional para el familiar y el paciente. (3)

Nacionales:

CEDAMANOS, Celia. -2017 -Lima. “Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de tumor de hipófisis, UCI .neurocirugía, hospital Edgardo Rebagliati martins ”, cuyo objetivo fue describir los cuidados en este tipo de pacientes operados de tumor de hipófisis por vía tranfenoidal, donde el estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, la metodología fue la recolección de datos mediante la técnica de revisión documental de las hojas de monitoreo de enfermería, concluyendo lo

siguiente; la experiencia laboral y la preparación adecuada permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad ,eficiente, oportuno y seguro al paciente operado de tumor de hipófisis.(10)

CAMPOS, Lucy, -2014- Trujillo. “Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo – 2014”, tuvo como objetivo general determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Se seleccionó como población a 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación posanestésica del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. La experiencia tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, con los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se concluye que el promedio de la fase Perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico. (11)

PALACIOS GARCIA, Miriam. -2014- Puno, realizó el estudio “Cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del servicio de cirugía especialidades y quirófano del hospital Manuel Núñez butrón”. Cuyo objetivo fue determinar el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico: La muestra de estudio estuvo conformada por 10 profesionales de enfermería que realizan el cuidado a pacientes en fase

posoperatorio inmediato en los servicios de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la observación directa y como instrumento dos guías de observación. Para el análisis de la información se utilizó la estadística porcentual. Los resultados obtenidos revelaron que el 60 % de los observados en el servicio de cirugía especialidades cumplen medianamente con el cuidado posoperatorio inmediato en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico, mientras que el 100 % cumplen en el servicio de quirófano. Del análisis de los resultados se concluye que un grupo considerable de profesionales de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno cumplen medianamente con el cuidado. Debido a que, existen actividades que estarían realizando de forma incorrecta y sin fundamento científico, aumentando el riesgo de experimentar alguna complicación posoperatoria e incluso exponiendo la supervivencia del paciente. (12)

2.2 Bases teóricas

Virginia Henderson - Modelo de las necesidades

Definió enfermería: Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible.

Henderson considera que tiene el individuo tiene catorce necesidades básicas que comprenden los componentes de los cuidados de enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos. Lo que se altera no es la necesidad sino la satisfacción y el grado satisfacción es distinto para cada

persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comer y beber de forma adecuada.
- Necesidad de respirar normalmente.
- Necesidad de mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. (15)

Dorothea Orem – EL AUTOCUIDADO

El presente trabajo académico de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de tumor cerebral se relaciona con la teoría de Dorothea Orem.

Dado que el individuo en su etapa posoperatoria inmediata tendrá un déficit en su autocuidado es ahí donde actuara el personal de enfermería, posteriormente su etapa de recuperación realizara actividades de autocuidado.

Desarrolló las siguientes teorías:

- a) Teoría del autocuidado: Dónde explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en el beneficio de su vida, salud o bienestar”.
- b) Teoría del déficit del autocuidado: Dónde explica y describe las principales causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado dependiente. Determina cuando y porqué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: Dónde explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas: Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo; Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidado; Sistemas de enfermería de apoyo – educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, Orem define el objetivo de enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. El rol de la enfermera, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza. (16)

2.3 Marco conceptual o referencial

EL CEREBRO Y SUS PARTES:

ANATOMIA.- El cerebro; responsable de la coordinación y del control del organismo.

Es una masa de tejido blanda protegida por los huesos del cráneo y unas membranas, las meninges. El líquido cefalorraquídeo fluye por el cerebro y discurre entre las meninges a través de otros espacios denominados ventrículos. No tiene drenaje linfático (salida a través de los ganglios) y la diseminación a través de la sangre es muy rara, por lo que los tumores cerebrales primarios, es decir, los que se originan en el cerebro casi nunca se extienden al resto del organismo salvo en algún tipo muy concreto de tumor cerebral.

Es una estructura muy compleja que procesa y memoriza muchísima información de forma continuada.

Constituido:

Encéfalo

Hemisferios cerebrales, tronco del encéfalo y cerebelo y por la médula espinal que se encuentran alojados dentro de unas estructuras óseas que son el cráneo y la columna vertebral respectivamente.

Meninges, de las que existen tres capas:

Duramadre, aracnoides y piamadre; que protegen al cerebro y a la médula espinal. El conjunto de todas estas diferentes partes se denomina Sistema Nervioso Central (SNC).

El SNC controla a través de diferentes capacidades mentales como la memoria, la inteligencia, el habla y las emociones y también sentidos como la visión el gusto, el tacto o el oído o también funciones básicas como la respiración o la frecuencia cardíaca.

El cerebro a su vez contiene dos hemisferios unidos por una estructura denominada cuerpo calloso y se divide en 4 lóbulos:

Frontal: controla el razonamiento, las emociones, parte del habla y de los movimientos

Parietal: controla las sensaciones del contacto, el dolor, la temperatura y partes del habla

Temporal: controla la memoria, sentido del oído, y partes del habla.

Occipital: controla la visión.

El **cerebelo** se sitúa en la parte posterior del cráneo y es el responsable principalmente de la coordinación y del equilibrio. **La médula espinal** se encuentra dentro de la columna vertebral y se extiende a continuación del encéfalo. Está también protegida por las meninges y sirve de comunicación con el resto del organismo. (14)

Tumor cerebral: Es producido por el crecimiento descontrolado de células cerebrales anormales. Estas pueden ser:

- Tumores benignos; cuando estas células son idénticas a las que forman el tejido normal y, por ello, se comportan de forma menos agresiva.
- Tumores malignos (cáncer); cuando las células anómalas han perdido, en mayor o menor medida, su capacidad para realizar de forma correcta sus funciones. En este sentido, son células que crecen más rápidamente invadiendo otras zonas e, incluso, pueden desplazarse a otras partes del organismo (metástasis).

Las metástasis provienen en orden de frecuencia del pulmón, mama, piel (melanoma), riñón y gastrointestinal. Estas tienden a crecer entre la unión de la corteza y la sustancia blanca. (13)

EPIDEMIOLOGIA.

En España, según datos de los registros poblacionales de cáncer que abarcan a un 25% aproximadamente de la población española, los tumores primarios del SNC representan un 2% del total del cáncer en el adulto y hasta casi un 15% en los niños menores de 15 años; lo que nos indica que se trata, al menos en los adultos, de un tumor poco frecuente siendo su incidencia mayor en los hombres.

La mortalidad podría estar estabilizada como consecuencia de los avances, tanto en las técnicas diagnósticas de imagen como en las múltiples mejorías obtenidas con los tratamientos. En cuanto al tipo histológico (variedad de tumor), los más frecuentes son los denominados meningiomas seguidos de los gliomas.

Factores de riesgo

En el caso de los tumores cerebrales, se desconocen las causas que pueden originarlos. Estos factores pueden ser: genéticos, ambientales, virus, radiaciones y traumatismos han sido considerados como posiblemente implicados en el desarrollo de los mismos, pero es muy

probable que sean mecanismos múltiples que actúan sobre bases genéticas.

Factores genéticos

La predisposición genética (riesgo de transmisión) puede que tenga un papel en el desarrollo de los tumores cerebrales, pero no se puede decir que en la actualidad haya datos claros para considerar que algunos tumores cerebrales puedan ser hereditarios. Sin embargo, sí existen síndromes hereditarios en los que los tumores cerebrales forman parte del global, como por ejemplo en algunas enfermedades raras como la neurofibromatosis (tumoraciones múltiples en la piel y en el sistema nervioso con formas y grados distintos) entre otras.

Cambios en los cromosomas

Cada célula del cuerpo humano tiene 23 pares de cromosomas y se ha visto que algunos tipos de tumores cerebrales pueden perder o ganar alguna pieza (brazo) de los mismos. Los cambios más conocidos y frecuentes descritos en algunos tumores cerebrales como los denominados oligodendrogliomas pueden ocurrir en los cromosomas 1 y 19 y los avances en el conocimiento de dichas alteraciones están ayudando en gran manera al tratamiento de los mismos.

Traumatismos.

Los pocos datos disponibles en la especie humana, que además en ocasiones son contradictorios, no permiten establecer en la actualidad una relación causa-efecto entre traumatismo y tumor cerebral.

Radiaciones

En el medio ambiente que nos rodea existen diversos tipos de radiaciones y algunas pueden resultar peligrosas para las células humanas al modificar su estructura genética. Las que más nos interesan son las radiaciones

llamadas ionizantes que se utilizan en el diagnóstico (rayos X o gamma) y/o tratamiento (radioterapia) de diferentes tipos de tumores, incluyendo los cerebrales.

No existen argumentos consistentes para relacionar el desarrollo de tumores cerebrales con la mayor parte de las radiaciones a las que estamos expuestos en la vida diaria. Las radiaciones no ionizantes no inducen necesariamente lesiones de carácter oncogénico, aunque no se puede descartar esta posibilidad. Los campos electromagnéticos entre los que se encuentran los que provienen de los teléfonos móviles, podrían incrementar el riesgo, aunque los resultados de los múltiples estudios científicos llevados a cabo tanto en Europa como en Estados Unidos son controvertidos. En cualquier caso, se recomiendan limitaciones en el uso de los mismos, en particular en las personas jóvenes aconsejándose el uso de auriculares. También se ha estudiado si existe mayor riesgo en función del tiempo durante el cual se ha utilizado un teléfono móvil con resultados también en ocasiones controvertidos. En general, la mayoría de los estudios concluyen que no existe una asociación consistente entre el uso de teléfonos móviles y el riesgo de desarrollar un tumor cerebral, aunque si pudiera ser que se incrementara en función del tiempo durante el cual se ha utilizado. En definitiva, son necesarios más estudios y más tiempo para intentar conocer mejor la relación o no entre el uso de teléfonos móviles y tumores cerebrales tanto benignos como malignos.

SUSTANCIAS QUIMICAS

Dentro de los compuestos químicos con capacidad de desarrollar tumores cerebrales de forma directa o indirecta podemos destacar los compuestos nitrosos presentes en el medio ambiente y que poseen capacidad para inducir tumores cerebrales, con riesgo potencial tanto para animales como para el hombre.

OTROS FACTORES DE RIESGO

- El Sexo masculino (más frecuentes en los hombres que en las mujeres),
- La raza (más frecuentes en la raza blanca)
- La edad (más frecuentes en los niños).(14)

CLASIFICACION DE TUMORES CEREBRALES.

Se determina la malignidad según las características histológicas del tumor.

Tumores de evolución lenta (Bajo grado)

- Tumores de grado I: Son los benignos, de crecimiento lento y circunscritos.
- Tumores de grado II: Son de crecimiento lento, pero con límites imprecisos, o de extensión.

Tumores de evolución rápida (Alto grado)

- Tumores de grado III: Son los tumores anaplásicos, su evolución es más rápida.
- Tumores de grado IV: Son los tumores malignos, muestran signos histológicos de crecimiento muy rápidos en todas las regiones examinadas.

TIPOS DE TUMORES

a) Tumores Primarios:

1. Gliomas

Es un tipo de neoplasia que se produce en el cerebro o en la médula espinal. Surge a partir de células gliales.

1.1 Astrocitomas

Constituyen el 25 – 30 por ciento de los gliomas. Se representan de los hemisferios cerebrales en los adultos y en el cerebelo en los niños.

Clases según la OMS:

- Grado I – OMS: Astrocitoma pilocítico, Tumor displasiado neuroepitelial.
- Grado II – OMS: Astrocitoma difuso (de bajo grado)
- Grado III – OMS: Astrocitoma anaplásico.
- Grado IV – OMS: Glioblastoma multiforme.

1.2 Oligodendroglioma

Este tipo de tumor representa el 6% de los gliomas, y suele presentarse entre la cuarta y quinta décadas de la vida. Su localización más frecuente es en los lóbulos frontal y temporal.

Gliomas malignos: Son los tumores cerebrales primarios más frecuentes y agresivos. Causan globalmente un 2% de las muertes por cáncer.

Glioblastoma multiforme: Constituye la forma más agresiva de los astrocitomas (tumor grado IV – OMS).

2. Meningiomas

Constituyen el 15% – 20% de los tumores intracraneos primarios. Son más frecuentes entre los 20 y los 60 años de edad. Se originan en las células aracnoideas de las meninges, son muy frecuentes y benignos; están encapsulados y bien limitados, aparecen en cualquier lugar del cerebro (supra e infratentorial).

b) Tumores secundarios: (metástasis)

Las células cancerígenas de un sitio primario pueden viajar hasta el cerebro a través del sistema circulatorio, a través del sistema circulatorio, a través de la vía linfática y del líquido cefalorraquídeo. La forma más común es la circulatoria.

El cerebro es el sitio de preferencia de metástasis del melanoma y del cáncer de las células pequeñas de pulmón. En el varón, las metástasis provienen principalmente del pulmón, del colón y del riñón. En la mujer, los casos más frecuentes son el cáncer de mama, de pulmón, de colon y el melanoma. Las metástasis espinales ocurren en el 5% de los pacientes con cáncer, más frecuentemente en el cáncer e mama, de próstata y el mieloma múltiple,

SINTOMATOLOGIA:

Los tumores cerebrales causan síntomas variados. En general, se distinguen las manifestaciones derivadas de la hipertensión intracraneal, y lo síntomas secundarios a la expansión tumoral, estos últimos denominados signos focales, que dependen de la estructura anatómica afectada.

• **Síntomas de hipertensión intracraneal:**

- Visión doble
- Dolor en una extremidad
- Cefalea
- Vómitos
- Edema de papila y alteraciones visuales
- Trastornos del comportamiento (irritabilidad, labilidad emocional, fallos en el discernimiento, alteraciones de la memoria, falta de iniciativa, indiferencia a las costumbres sociales.)

- **Síntomas focales:**

Son manifestaciones que orientan la localización de la lesión. (13)

SINTOMATOLOGIA DE TUMOR DE FOSA POSTERIOR:

Los tumores de la fosa posterior provocan rápidamente síntomas, que pueden incluir:

- Somnolencia
- Dolor de cabeza
- Falta de equilibrio
- Náuseas
- Marcha descoordinada (Ataxia)
- Vómitos

Los síntomas a raíz de los tumores de la fosa posterior también se presentan cuando el tumor daña estructuras locales, como los pares craneales. Los síntomas de daño a los pares craneales incluyen:

- Pupilas dilatadas
- Problemas oculares
- Debilidad de los músculos de la cara
- Pérdida de la audición
- Pérdida parcial de la sensibilidad en la cara
- Problemas del sentido del gusto
- Inestabilidad al caminar
- Problemas visuales (6)

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1. VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres: B. E. L.

Edad: 70 años

Sexo: femenino

Instrucción: secundaria completa

Ocupación: ama de casa

Estado civil: casada

Establecimiento de referencia: hospital II Kaelin

Nacionalidad: peruana

Fecha de nacimiento: 08 de mayo de 1949

Lugar de nacimiento: Barranca

Procedencia: lima- san juan de Miraflores

Informante: hijo

3.1.2.-MOTIVO DE LA CONSULTA:

Paciente adulta madura de sexo femenino de 70 años, con antecedente de tumor cerebral temporal derecho refiere cefalea intensa y antecedente de vomito.

3.1.3.-ENFERMEDAD ACTUAL.

Tumor cerebral temporal derecho

Tiempo de enfermedad hace 9 meses año,
Forma de inicio: insidioso. curso progresivo.

3.1.4.-ANTECEDENTES.

- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre hipertenso, madre hipertensa y diabética.

-ANTECEDENTES PERSONALES:

Vacunas completas de la infancia.

- HTA.
- Tumor de hígado (probable carcinoma) Posoperada de colecistectomía convencional hace 20 años.
- Posoperada de fractura de cadera hace 4 meses.

-ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:

La paciente vive con esposo e hijos, no trabaja su casa cuenta con luz, cable , internet, agua y desagüe, cría gatos.

3.1.5.- EXAMEN FISICO céfalo-caudal

Paciente femenino de 70 años de edad pos-operada de craneotomía + resección de tumor temporal derecha, portadora de drenaje de haemovac que esta insertado en lecho operatorio con poco contenido hemático, ,se observa gasas y apósitos de herida operatorio ligeramente manchado de secreción hemática , sedada con Propofol + fentanilo ,con rass de -4 monitoreo con BIS en 40 puntos, pupilas isocóricas foto reactivas a la luz , cuello alineado, cabecea en 30°, con apoyo ventilatorio en modo asistida controlada por presión, fio2 50%,F.R.15 X´ ,PEEP =5,tubo endotraqueal fijado en comisura labial derecha en nivel 21, también con monitoreo hemodinámico a través de una línea arterial 140/65 mmhg PAM 92 ,CVC en yugular derecha de tres lúmenes pasando infusión de noradrenalina por otro lumen pasa hidratación cloruro de Na al 9% + potasio a 84cc/h, otro

lumen infundiendo sedación Propofol a 15cc/h. La paciente también es portadora de una sonda nasogástrica para alimentación, micciona por sonda Foley.

Al examen físico:

CABEZA: Normocéfalo , herida operatoria con apósitos ligeramente manchados, drenaje haemovac.

TORAX Y PECHO: Buen pasaje Murmullo Vesicular en ambos campos pulmonares, ligeramente roncus.

APARATO CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos normales , no soplos.

ABDOMEN: Globuloso , ruidos hidroaéreos positivo, blando depresible, no doloroso

SNC: Sedada rass -4, pupilas isocóricas foto reactivas a la luz, sin déficit motor.

3.1.6.-VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES.

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la salud.

Hijo de la paciente firmo autorización para Sala de Operaciones, pendiente en su recuperación, recibe informe médico, preocupado por la salud de su madre.

DOMINIO 2: NUTRICION.

Clase 1: Ingestión.

Paciente portadora de Sonda Nasogástrica. Recibe nutriente glucerna a 50 cc/h.

Clase 5: hidratación.

En sala de operaciones presento sangrado de 1000cc

DOMINIO 3: ELIMINACION.

Clase 1 : función urinaria.

La paciente tiene sonda Foley.

Clase 2 : función gastrointestinal.

Paciente no hace deposición 3 días.

Clase 4: función respiratoria.

Paciente con tubo endotraqueal en ventilación mecánica, sedo analgesia rass -4 (sedación profunda)

DOMINIO 4 : ACTIVIDAD Y REPOSO.

Clase 5 : Autocuidado.

Paciente con sedo analgesia rass -4 incapaz de realizarse su higiene corporal integral.

DOMINIO 5 : PERCEPCION Y COGNICION.

Clase 5: comunicación

Paciente con tubo orotraqueal y apoyo ventilatorio.

DOMINIO 6 : AUTOPERCEPCION.

No aplica.

DOMINIO 7 : ROL / RELACIONES.

No aplica.

DOMINIO 8 : SEXUALIDAD.

No aplica

DOMINIO 9 : AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2 : Respuestas de afrontamiento.

Paciente tiene un despertar intranquilo después de la suspensión de la sedación.

DOMINIO 10 : PRINCIPIOS VITALES .

Clase 2 : Creencias.

Hijo de la paciente es católico le deja estampas y un rosario.

DOMINIO 11. SEGURIDAD Y PROTECCION

Clase 1: Infección.

Paciente multi invadida por dispositivos médicos.

Clase: 2 Lesión física.

Paciente postrada, por sedo analgesia en reposo obligado.

Clase : 6 Termorregulación.

Paciente presenta temperatura axilar corregida de 38.70c

DOMINIO 12: CONFORT FISICO.

CLASE 1 : Confort físico.

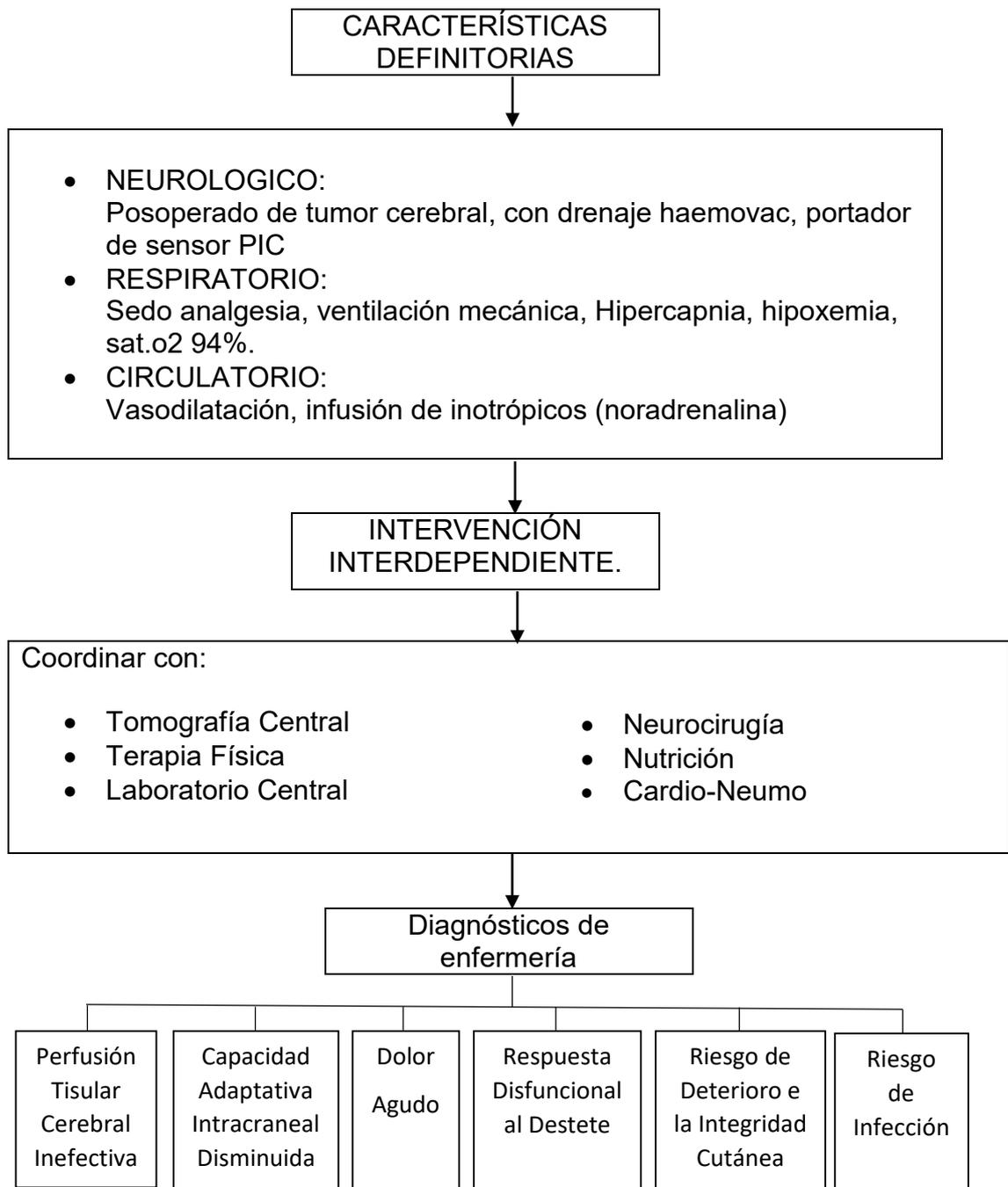
Paciente con gestos de dolor al movimiento y traslado a central de tomografía. con signo de nauseas, regurgitación.

DOMINIO 13 : CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

No aplica.

3.1.7.- ESQUEMA DE VALORACION

FLUJOGRAMA I



3.2.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

3.2.1.- LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS.

1. Paciente posoperado inmediato de tumor de fosa posterior, sedo analgesia profunda, con tubo endotraqueal y ventilación mecánica modo asistida controlada por presión fio2 60% sato2 94%.con sensor pic.
2. Paciente con antecedente de que sangro en sala de operaciones 1000cc
3. Paciente con Rass -4,pupilas isocóricas foto reactivas a la luz.
4. Paciente portador de medios invasivos, CVC, SNG, L.A.,TET, S.F., Monitoreo de sedación profunda con monitor BIS. +drenaje haemovac de herida operatoria.
5. Paciente en reposo obligado, postrado por cirugía de tumor cerebral.
6. Paciente con infusión de inotrópicos (noradrenalina) para mantener PAM DE 90 A 100mmhg.
7. Paciente con dieta por sonda nasogástrica glucerna a 50cc/h.
8. Paciente con despertar intranquilo y gestos de dolor al movimiento y traslado a control tomográfico.
9. Paciente con temperatura axilar 38.7oc
10. Paciente no hace deposición hace 3 días.

3.2.2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS.

1. Perfusión tisular cerebral inefectiva R/C incremento de la presión intracraneana.
2. Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C lesión tumoral cerebral.
3. Déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa, fallo de los mecanismos reguladores.
4. Dolor agudo R/C herida operatoria, edema cerebral.

5. Respuesta disfuncional al destete del ventilador R/C dependencia ventilatoria, fracasos previos, dolor ansiedad.
6. Protección inefectiva R/C perfil hematológico anormal, tratamiento quirúrgico.
7. Riesgo de lesión R/C disfunción sensorial secundaria a efectos anestésicos.
8. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.
9. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alteraciones sensoriales, factores mecánicos e inmovilización física.

3.2.3.- ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Problemas	Factores relacionados	evidencia	diagnostico
Perfusión tisular cerebral inefectiva	incremento de la presión intracraneana.	PIC mayor a 20 mmhg	Perfusión tisular cerebral inefectiva R/C incremento de la presión intracraneana.
Capacidad adaptativa intracraneal disminuida	lesión tumoral cerebral.	Control tomografico ,presencia de lesión tumoral cerebral.	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C lesión tumoral cerebral.
Facie de dolor	herida operatoria, edema cerebral.	Despertad intranquilo	Dolor agudo R/C herida operatoria, edema cerebral.

Respuesta disfuncional al destete del VM	dependencia ventilatoria, fracasos previos, dolor ansiedad.	PCO2,PO2,SATO2 Y PH alterados	Respuesta disfuncional al destete del ventilador R/C dependencia ventilatoria, fracasos previos, dolor ansiedad.
Riesgo de infeccion	procedimientos invasivos.	Paciente Multiinvadido	Riesgo de infeccion R/C procedimientos invasivos.
Riesgo de deterioro de la integridad cutanea	alteraciones sensoriales, factores mecánicos e inmovilización física.	Reposo obligado	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alteraciones sensoriales, factores mecánicos e inmovilización física.

3.3.-Planificacion.

3.3.1.-ESQUEMA DE PLANIFICACION

El presente trabajo académico utilizo las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, cuyos resultados obtenidos fueron satisfactorios basado en la evidencia científica, donde se logró la pronta recuperación del paciente operado de tumor cerebral.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
❖ Perforación tisular cerebral infecciosa R/C incremento de la presión intracraneal.	0406 Perforación tisular: cerebral. 040601 func. Neurológica 040602 PIC DLN 040603 Ausencia de cefalea. 040608 ausencia de agitación 040609 ausencia de vómitos 0909 estado neurológico. 090901 func.neurológica: conciencia. 090903 func. Neurol.f. sensitiva/ motora de PC. 090906 PIC DLN 090908 Tamaño pupilar . 090909 reactividad pupilar. 090910 patrón de movimiento ocular. 090911 patrón respirat. 090912 constantes vitales DLN.	2550 mejora la perfusión cereb. 2620 monit. Neurolog. 2590 monitorización de pic 2540 manejo de edema cerebral 2680 manejo de convulsiones 1920 monitoriz. Acido base 4210 monitoreo HD invasivo. 3350 monitiz. Respirat. 6680 monitoriz. F.V. 4180 Manejo de hipovolemia 4010 precaución con hemorragia 4110 precauc. En el embolismo 844 cambio de posición: neurológico.	Paciente logra mantener una PIC DLN.

<p>❖ capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C lesión tumoral cerebral</p>	<p>090914 Ausencia de actividad comicial. 090915 ausencia de cefaleas.</p> <p>0406 Perfusion tisular: cerebral. 040601 func. Neurologica 040602 PIC DLN 040603 Ausencia de cefalea. 040608 ausencia de agitación .040609 ausencia de vomitos</p> <p>0909 estado neurologico. 090901 func.neurologica: conciencia. 090903 func. Neurol.fx. sensitiva/ motora de PC. 090906 PIC DLN 090908 Tamaño pupilar . 090909 reactividad pupilar. 090910 patron de movimiento ocular. 090911patron respirat. 090912 constantes vitales DLN.</p>	<p>2540 manejo del edema cerebral. 2620 moitorizacion neurologic. 2590 monitoreo de la PIC. 2550 mejora de la PPC. 2680 manejo de convulsiones. Cuidados del DVE. 844 Cambio de posición :neurol. 3140 manejo de vias aéreas 3350 monitorizacion respirat. 6680 monitoriz. FV. 2080 Manejo de liquid. /electrolito 2314 Add. de medicamentos</p>	<p>Paciente se mantiene sin cefalea, tranquilo. Estable FV.</p>
---	---	--	---

<p>❖ Dolor agudo R/C herida operatoria, edema cerebral.</p>	<p>090914 Ausencia de actividad comicial. 090915 ausencia de cefaleas.</p> <p>1605 control del dolor. 160511refiere un dolor controlado 2102 nivel del dolor. 210202porcentaj e corporal afectado 210203frecuenci a del dolor 210204duracion de los episodios del dolor. 210205expresion es orales de dolor.</p> <p>210206 expresiones fasciales de dolor. 210208 inquietud 210210cambio de la FR 210211cambio de la FC 210212cambio de la PA. 210214 sudoracion. 2100 nivel de comodidad. 210001bienestar físico referido.</p>	<p>1400 manejo del dolor. 2380manejo de la medicación. 2210Add de analgesicos. Manejo de La sedacion. 6482manejo ambiental confort. 5280 disminucion de la ansiedad.</p>	<p>Paciente con ausencia del dolor.</p>
---	---	--	---

<p>❖ Respuesta disfuncional al destete del ventilador R/C dependencia ventilatoria, fracasos previos, dolor ansiedad.</p>	<p>210002satisfacción con el control del sintoma. 21008satisfacción con el control del dolor.</p> <p>0402 estado respiratorio:l. gaseoso. 040208 PO2 DLN. 040209PCO2 DLN 040210 PH arterial DLN 040211Saturación O2 DLN 040212 Volumen corriente, CO2 DLN. 040213RX. Torax ERE. 040214Equilibrio entre V/Q.</p> <p>0403 Estado Respiratorio: ventilación</p>	<p>3350 Monitorización respiratoria. 3310 destete de la VM. 1910Manejo de Acido-Base. 3180 Manejo de vías aéreas 3160 aspiración de vías aéreas. 5280 disminución de la ansiedad. 3200 precauciones para evitarla aspiración. 6680 monitoreo de FV.</p>	<p>Paciente con parámetros ventilatorios DLN.</p>
<p>❖ Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.</p>	<p>1902Control del riesgo. 1102Curación de la zona de inserción. 0703 estado infeccioso</p>	<p>2440 mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular. 3440 cuidados del sitio de incisión. 6540 control de las infecciones.</p>	<p>Paciente sin infecciones</p>

		1876 cuidado del cateter urinario. 3140 manejo de las vias aéreas artificiales.	
❖ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alteraciones sensoriales, factores mecánicos e inmovilización física.	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1902 control del riesgo	3540 prevencion de ulceras por presión 3590vigilancia de la piel. 4070 precauciones circulatorias.	Paciente con piel integra.

3.4. Ejecución y Evaluación.

3.4.1.-REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE.

S: No evaluable.

O: Paciente femenina de 70 años de edad posoperada de craneotomía +resección de tumor temporal derecha, portadora de drenaje de haemovac, insertado en lecho operatorio ,se observa con poco contenido hemático, gasas y apósitos de herida operatoria ligeramente manchado de secreción hemática, sedada con Propofol+ fentanyllo, con rass de -4, monitoreo de sedación con monitor BIS, portadora de sensor PIC, en 19- 20 mmhg, pupilas isocóricas foto reactivas a la luz de diámetro 2mm/2mm, cuello alineado, cabecera a

30°, con apoyo ventilatorio en modo asistida controlada por presión, fiO_2 50%, $FR=15X'$, PEEP=7, Tubo endotraqueal fijado en comisura labial 22 en nivel 21, también con monitoreo hemodinámico a través de una línea arterial 140/65 mmhg, PAM=92, CVC en yugular derecha de 3 lúmenes, pasando infusión de noradrenalina, por el otro lumen pasa la sedación Propofol a 15cc/h y por tercer lumen pasa hidratación cloruro de Na al 9%+ potasio a una velocidad de 84cc/h y con sonda Foley excreta clara, piel integra.

A:

- Perfusión tisular cerebral inefectiva R/C incremento de la presión intracraneana.
- Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C lesión tumoral cerebral
- Dolor agudo R/C herida operatoria, edema cerebral.
- Respuesta disfuncional al destete del ventilador R/C dependencia ventilatoria, fracasos previos, dolor ansiedad
- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.

P:

- Mantener la perfusión tisular cerebral optima y la función neurológica.
- Mantener la función neurológica : sensitiva y motora del paciente.
- control del dolor.
- Estado respiratorio buen intercambio gaseoso, PO_2 , PCO_2 , PH, y Saturacion de O_2 DLN.
- CControl de la infección.

I :Se realizo la valoración de la paciente posoperada de tumor cerebral.

-Monitoreo neurologico.

- Monitoreo hemodinámico

-Monitoreo ventilatorio.

-Administración de medicamentos para la sedacion correspondiente.

-Administracion de antibioticos profilácticos.

-Se brindo comodidad y confort al paciente postrado.

-Se brido apoyo psicobiosocial y cuidados de enfermería en forma integral.

E: Después de haber aplicado el proceso del plan de cuidados, mejoro la complancia y hemostasia cerebral , posteriormente se desteto del VM, el paciente en fase de recuperación Glasgow 15 puntos , se va de alta .luego se integro a la familia y a la sociedad.

4. CONCLUSIONES

- a) Las enfermeras especialista en cuidados intensivos deben estar altamente capacitadas en el manejo y cuidado de pacientes posoperados de tumor cerebral, es así que deben permanecer en constante búsqueda científica y actualizar sus conocimientos para detectar a tiempo complicaciones y efectos adversos perjudiciales para el paciente neurocrítico.

- b) Los cuidados de enfermería a pacientes operados de tumor cerebral deben estar estandarizados y protocolizados con la finalidad de disminuir los riesgos y optimizar la calidad del cuidado en forma integral.

- c) Utilizar la clasificación NANDA ,NIC y NOC para valorar los diagnósticos y planificar las intervenciones me ayudo a priorizar los cuidados de enfermería en los pacientes operados de tumor cerebral.

5. RECOMENDACIONES

- a) En coordinación con la jefatura del servicio incentivar a la realización de capacitaciones a todas las enfermeras que especialmente trabajan en la UCI en el manejo y cuidado de los pacientes operados de tumor cerebral.

- b) Elaborar protocolos estandarizados en el cuidado de enfermería a pacientes operados de tumor cerebral mediante un consenso de expertos utilizando bases científicas ya que actualmente no cuenta con estas guías y protocolos la unidad de cuidados intensivos del servicio de neurocirugía del hospital Edgardo Rebagliati martins.

- c) Se recomienda utilizar la taxonomía de valoración y diagnósticos de enfermería: NANDA, NIC y NOC cuyas bases científicas ayudara a las enfermeras de cuidados intensivos a desarrollar capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro a los pacientes operados de tumor cerebral.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grupo Paradigma DICEN: El rol de la Enfermería en la Terapia Intensiva para adultos. Diario Independiente de Contenido Enfermero. Revista española 2014.
2. Planas, O.A., Gonzales, R., A.: Caracterización del paciente neuroquirúrgico no traumático en la unidad de cuidados intensivos. Revista cubana de Anestesiología y Reanimación. La Habana, 2016.
3. Revista médica electrónica portales médicos.com: Aplicar el cuidado de enfermería a paciente con tumor cerebral (LOE), hospitalizado en el área de observación del IVSS.Dr. José María Carebaño Tosta. Ecuador,2013.
4. Revista medica POS UNAH.Tumores de fosa posterior en adultos en el hospital escuela. Honduras 2001.
5. Artículos de revisión. tumores del sistema nervioso central. Alegría, Loyola. 2017
6. Medline Plus- biblioteca Nacional. Tumor de la fosa posterior.EE. UU.2018.
7. Navarro, Tania. Atención de enfermería al paciente neurocritico. España, 2012
8. Campero, Álvaro, Hemangioblastomas de fosa posterior, España.2016
9. Silvera, María. Cuidados de enfermería a pacientes neuro crítico con monitorización de la presión intracraneana. Uruguay.2014.
- 10.Cedamano, Celia. Cuidados de enfermería a pacientes sometidos a cirugía de tumor de hipófisis. UCI, neurocirugía, HNERM. Lima 2017.
- 11.Campos, Lucy. Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echeagaray. Trujillo.2014.
- 12.Palacios, Miriam. Cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos con traumatismos craneoencefálico del servicio de

cirugía especialidades y quirófano del hospital Manuel Núñez Butron.
Puno .2014.

13. https://es.wikipedia.org/wiki/tumor_cerebral

14. Sociedad española de oncología médica, Tumores Cerebrales. Segura.
2017.

15. https://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson.

16. Orem, Dorotea: El autocuidado. Maryland. Estados Unidos. 1993

7. ANEXOS

Anexo 1

CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE LOS TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO³

Tumores del tejido <u>glial</u>	Tumores de las <u>meninges</u>	Tumores de células germinales	Tumores de la región selar	Otros
<p>Tumores astrocíticos</p> <p>Astrocitoma</p> <p><u>Glioblastoma multiforme</u></p> <p>Tumores oligodendrogliales</p> <p>Oligodendroglioma</p> <p>Tumores ependimales</p> <p>Ependinoma</p> <p>Tumores del plexo coroides</p> <p>Papilomas</p> <p>Carcinomas</p> <p>Tumores embrionarios</p> <p>Meduloblastoma</p> <p>Tumores del parénquima pineal</p>	<p><u>Meningioma</u></p> <p>Hemangiopericitoma</p> <p>Tumor <u>melanocítico</u></p> <p><u>Hemangioblastoma</u></p>	<p>Germinoma</p> <p>Carcinoma embrional</p> <p>Teratoma</p> <p>Tumor del seno endodérmico</p>	<p>Adenoma <u>pituitario</u></p> <p>Carcinoma <u>pituitario</u></p> <p><u>Craneofaringioma</u></p>	<p>Tumores metastásicos</p> <p>Tumores de las vainas nerviosas</p> <p><u>Schwannoma</u></p> <p>Neurofibroma</p> <p>Linfoma primario del SNC</p>

Anexo 2

Escala de coma de Glasgow	
Respuesta motriz	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Se retira al dolor	4
Flexiona al dolor (decorticación)	3
Extiende al dolor (descerebración)	2
Sin respuesta	1
Apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1
Máxima puntuación posible	15
Mínima puntuación posible	3

Anexo 3



Anexo 4

**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE LOS 1024 PACIENTES
INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. LIMA 2019**

PATOLOGÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
TUMORES DE CEREBRALES	150	14.6
ANEURISMAS	140	13.7
PROCESO EXPANSIVO INTRACEREBRAL	135	13.2
MALFORMACIÓN ARTERIO VENOSA	102	10
TRAUMATISMOS ENCÉFALO CANEANOS	97	9.5
OTRAS PATOLOGIAS: Hemorragias subaracnoideas, hipertensiones intracraneanas, neurocisticercosis, etc.	400	39
TOTAL	1024	100%

Fuente: Elaboración basada en datos estadísticos de UCI HNERM 2019.

Anexo 5

Cuidados de enfermería a un paciente operado de tumor cerebral



FUENTE: Elaboración Propia

Anexo 6

Paciente operado inmediato de tumor cerebral de fosa posterior con drenaje haemovac en lecho operatorio.



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 7



HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	PROCEDIMIENTO VALORACIÓN DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO	VERSIÓN: 02 MES-AÑO: 10-2012 Página 1 - 3
---	--	--

DEFINICIÓN:

Evaluación sistemática y continua del paciente Neuroquirúrgico crítico adulto o pediátrico en su etapa de preoperatorio y postoperatorio, con la finalidad de prevenir eventos que puedan llevar al deterioro neurológico, hemodinámico, respiratorio y/o metabólico.

OBJETIVOS:

- Sistematizar las acciones que se realizan en la valoración del paciente neuroquirúrgico.
- Prevenir complicaciones en el paciente, proporcionando información de datos confiables para una oportuna evaluación.

ALCANCE:

Las disposiciones contenidas en la presente guía, son de aplicación obligatoria por el personal de enfermería involucrado en la ejecución del procedimiento, en los servicios del hospital Rebagliati, ESSALUD.

REQUISITOS:

Materiales

- Linterna para evaluación pupilar
- Estetoscopio
- Martillo de percusión
- Mascara venturi, Tubo en T, CBN, Mascara Reservorio, Nebulizadores, Cánula orofaríngea
- Cama de transporte con barandas
- Dispositivos para oxigenoterapia: bolsa de resucitación manual (AMBU)
- Formatos: Hoja de Monitoreo de Escala de Glasgow
Hoja de Valoración Pupilar
Hoja de Monitoreo Ventilatorio
Hoja de Monitoreo Cardíaco y/o hemodinámico
Hoja de monitoreo de Glicemia
- Formato de Diagnósticos de enfermería

Equipo

- Ventilador mecánico estático y portátil
- Monitor Cabecera (Multiparámetros)
- Saturómetro, capnógrafo
- Dispositivos para oxigenoterapia: bolsa de resucitación manual (AMBU)
- Oxígeno empotrado y balón portátil
- Glucómetro

N° DE PASO	DESCRIPCION DE ACCIONES	RESPONSABLE
1	Valorar el nivel de conciencia. Escala de Coma de Glasgow (apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora)	Enfermera

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN: 02 MES-AÑO: 10-2012 Página 2 - 3
	VALORACIÓN DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO	

N° DE PASO	DESCRIPCION DE ACCIONES	RESPONSABLE
2	Valorar la escala de Ransay (I,II,III,IV,V,VI)	Enfermera
3	Evaluar pupilas: forma, reactividad a la luz, simetría.	Enfermera
4	Evaluar presencia de reflejo corneal	Enfermera
5	Valorar el patrón respiratorio: Movimientos toraco - abdominales, uso de músculos accesorias de la ventilación (Tirajes intercostales y/o subcostales), frecuencia respiratoria (taquipnea, bradipnea, polipnea, apnea, eupnea), coloración de la piel (cianosis)	Enfermera
6	Monitorizar y Valorar la Saturación (>= 95%)	Enfermera
7	Valorar la posición y fijación del tubo endotraqueal	Enfermera
8	Valorar de la presión y/o inflado del cuff	Enfermera
9	Auscultar Ambos Hemitorax (Valoración y Registro de ruidos adventicios)	Enfermera
10	Aspirar secreciones de vía aérea (sólo de ser necesario), efectuar humidificación activa, nebulización y fisioterapia respiratoria	Enfermera
11	Realizar monitoreo ventilatorio	Enfermera
12	Valorar la coordinación del paciente con el ventilador mecánico	Enfermera
13	Realizar monitoreo cardiológico no invasivo: Presión arterial sistólica, Presión arterial diastólica, Presión arterial media, Frecuencia Cardíaca, Índice Cardíaco, llenado capilar, pulsos periféricos	Enfermera
14	Realizar Monitoreo Invasivo: Catéter Swan Ganz: Gasto cardíaco: (GC), Índice Cardíaco (IC), Presión de arteria pulmonar (PAP), resistencia) Línea Arterial (LA): PAS, PAD, PAM Catéter Venoso Central (CVC): Presión Venosa Central (PVC)	Enfermera
15	Valorar características de drenajes: Drenaje Ventricular Externo (DVE), DRENAJES POPPEN	Enfermera

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	PROCEDIMIENTO	VERSIÓN: 02 MES-AÑO: 10-2012 Página 3 - 3
	VALORACIÓN DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO	

N° DE PASO	DESCRIPCION DE ACCIONES	RESPONSABLE
16	Valorar glicemia (toma de Hemoglucotes, glucosa en sangre)	Enfermera
17	Realizar extracción de muestras de sangre para análisis e interpretar los resultados: Hemograma, Perfil bioquímico, Perfil de Coagulación, Enzimas Cardiacas, Urocultivo, Hemocultivo, etc. Informar al médico los resultados	Enfermera
18	Realizar balance hídrico estricto	Enfermera
19	Realizar anotaciones de enfermería	Enfermera

ANEXO 8

PROPUESTA DE GUIA DE VALORACION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES POSTOPERADOS DE TUMOR CEREBRAL

No de pasos	DRESCRIPCION DE ACCIONES	RESPONSABLE
1	Preparación del ambiente o unidad donde se recepcionara al paciente postoperado inmediato. -Colchón anti escaras, Monitor con parámetros invasivos y no invasivos, Ventilador mecánico, bombas de perfusión, sistema de aspiración, tubos de laboratorio.	Enfermera
2	Al ingreso del paciente en la unidad. conexión a ventilación mecánica: comprobar la fijación del tubo endotraqueal nivel y presión del cuff, registrar los parámetros ventilatorios(modalidad, fio2,FR,VT,Vm,presión pico,peep)	Enfermera y anestesiólogo
3	Monitorización respiratoria: capnografía; PCO2, SATO2, REGISTRAR	Enfermera
4	Monitorización hemodinamica:la presión arterial invasiva, colocar y cerear transductor, revisar localización y fecha de inserción de la línea arterial, registrar y valorar presión arterial sistólica, diastólica y media (PAM)	enfermera
5	Monitorización neurológica: valorar el nivel de conciencia. escala de coma de Glasgow, si esta sedado escala agitación, sedación de Richmond (RASS), evaluar pupilas (forma simetría, reactividad a la luz) evaluar reflejo corneal.	enfermera
6	Valorar el patrón respiratorio: movimientos toraco-abdominales, uso de músculos accesorios de la ventilación (tirajes intercostales) frecuencia respiratoria (taquipnea, bradipnea, polipnea, apnea) coloración de la piel (cianosis)	enfermera
7	Auscultar ambos hemitórax (valoración y registro de ruidos anormales). aspiración de secreciones (solo de ser necesario)	enfermera

8	Realizar monitoreo invasivo: catéter de monitoreo PIC, catéter Swan Ganz: gasto cardiaco, índice cardiaco. Presión arterial pulmonar (PAP). Línea arterial (PAS, PAD, PAM) Catéter venoso central(PVC)	enfermera
9	Valorar características de drenajes: DVE, DRENAJES POPPEN, DRENAJE HAEMOVAC , DRENAJE LUMBAR.	Enfermera
10	Valorar glicemias (hemoglucoest, glucosa en sangre	Enfermera
11	Realizar extracción de muestra de sangre para análisis e interpretar los resultados: hemograma, Perfil bioquímico, AGA , perfil de coagulación, enzimas cardiacas , pan cultivos Informar al médico los resultados	Enfermera
12	Cuidados de sonda nasogástrica como se encuentra : a bolsa , pinzada o con nutrición enteral	enfermera
13	Cuidados de catéter urinario : colocar bolsa con medida . control de diuresis horaria, aspecto, cantidad registrar y avisar al medico alguna alteración.	enfermera
14	Add de fármacos más habituales : Na hipertónico, manitol. Sedación , inotrópicos (titulables según prescripción medica)	Enfermera
15	Balance hídrico estricto cada 6 horas	
16	Cuidar y valorar alguna alteración durante su transporte a exámenes tomográficos, radiográficos	Enfermera técnico y medico
17	Anotaciones de enfermería	enfermera