

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con leucemia linfoblástica aguda en la
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2018

Por:

Marilyn Sánchez Calle

Asesor:

Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ORFELINA ARPASI QUISPE, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con leucemia linfoblástica aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada SANCHEZ CALLE MARILYN, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con leucemia linfoblástica aguda en la
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Mg. Delia Luz León Castro

Secretario



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

A sesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	x
Capítulo I: Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios:	13
Exámenes auxiliares.	13
Tratamiento médico.....	14
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	17
Diagnóstico enfermero	17
Primer diagnóstico.....	17
Segundo diagnóstico.	17
Tercer diagnóstico.	17
Cuarto diagnóstico.....	17
Quinto diagnóstico.	18
Sexto diagnóstico	18
Séptimo diagnóstico.	18
Octavo diagnóstico.....	18
Noveno diagnóstico.....	19

Planificación.....	20
Priorización.	20
Plan de cuidados.....	22
Capítulo III: Marco teórico	27
Riesgo de sangrado	27
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	29
Hipertermia.	32
Riesgo de perfusión renal ineficaz.	35
Riesgo de infección.	37
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	41
Evaluación por días de atención:.....	41
Primer diagnóstico.....	41
Segundo diagnóstico.	41
Tercer diagnóstico.pa	42
Cuarto diagnóstico.....	42
Quinto diagnóstico.	42
Conclusiones	42
Bibliografía	43
Apéndices.....	50

Índice de tablas

Tabla 1	13
Hemograma completo	13
Tabla 2	22
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial (plaquetopenia).	22
Tabla 3	23
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz.	23
Tabla 4	24
Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquipnea y temperatura corporal de 38.5°C.....	24
Tabla 5	25
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de perfusión renal ineficaz relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.	25
Tabla 6	26
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo endotraqueal, catéter venoso central y sonda vesical).....	26

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	50
Apéndice B: Consentimiento informado	54
Apéndice C: Escalas de evaluación	55

Símbolos usados

BIPAP: Presión positiva continúa en la vía aérea

CVC: Catéter venoso central

DX: Diagnóstico

EV: Endovenoso

FIO₂: Fracción inspirada de oxígeno

FR: Frecuencia respiratoria

FC: Frecuencia cardiaca

PAE: Proceso de atención de enfermería

PA: Presión arterial

PAM: Presión arterial media

PEEP: Presión positiva al final de la espiración

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PRN: Según requiera la ocasión

OD: Ojo derecho

OI: Ojo izquierdo

SO₂: Saturación de oxígeno

IMC: Índice de masa corporal

NPO: Nada por vía oral

LLA: Leucemia linfoblástica aguda

TET: Tubo endotraqueal

T°: Temperatura

UCI: Unidad de cuidados intensivos

VO: Vía oral

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería (PAE) corresponde a la paciente C.M.P.G., aplicado durante tres días en el servicio de UCI Pediátricos de un hospital de Lima. El Dx. médico al ingreso de la paciente fue Leucemia linfoblástica aguda (LLA), Virus Sincitial Influenza H1N1 y Sepsis. Durante los tres días de brindar los cuidados de enfermería a la paciente se identificaron diez diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron cinco diagnósticos que fueron: Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial (plaquetopenia); limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz; hipertermia relacionada con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquipnea y temperatura corporal de 38.5°C; riesgo de perfusión renal ineficaz relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica; y Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo endotraqueal, catéter venoso central y sonda vesical). Los objetivos generales fueron: Paciente disminuirá el riesgo de sangrado, presentará limpieza eficaz de las vías aéreas, presentará temperatura corporal adecuada, disminuirá riesgo de perfusión renal ineficaz y paciente disminuirá el riesgo de infección. De los objetivos propuestos, se alcanzaron el primero, segundo, tercero y quinto, el cuarto objetivo, se alcanzó parcialmente debido a la severidad de la enfermedad, quedando en constante evaluación de los cuidados del profesional de enfermería hasta el alta de la paciente.

Palabras clave: *PAE, Leucemia linfoblástica aguda, Plaquetopenia, UCI Pediátrica.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: C.M.P.G.

Edad: 15 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico:

Paciente pediátrico de sexo femenino, que ingresa a emergencia, en compañía de su madre, por presentar dificultad respiratoria, sangrado nasal, hemorragia y petequias. Es transferido al 4to día de hospitalización al servicio de UCI Pediátrica, con diagnóstico médico: Leucemia linfoblástica aguda, Virus Sincitial Influenza H1N1 y Sepsis

Días de hospitalización: 10

Días de atención de enfermería: 3

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente bajo efectos de sedoanalgesia con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda en tratamiento con quimioterapia desde agosto del 2018. No tiene antecedentes de otras enfermedades, ni alergias o reacciones adversas a medicamentos y/o alimentos. En regular estado de higiene por indicación de inmovilización por presentar plaquetopenia.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente con fontanelas normotensas, dentadura completa, mucosas orales secas, con presencia de gingivorragia, no tolera nada por vía oral, piel ruborizada caliente al tacto, abdomen

distendido con ruidos hidroaéreos aumentado a la palpación, con temperatura de 38.5 °C, hemoglobina de 8.6 g/dl, hematocrito de 27% y recuento de plaquetas de 18000/mm³.

Patrón III: Eliminación.

El paciente no realiza deposición hace tres días con presencia de sonda vesical N° 12 y diuresis forzada con furosemida en infusión continua a 3cc/h en 24 horas. Presenta balacea hídrico positivo de 793cc en 24/h.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria

El paciente se encuentra en ventilación mecánica modo BIPAP asistido con parámetros intermedios: PEEP: 7, FR: 20 x' y FIO₂ de 45%, saturación de oxígeno de 97%, con tubo endotraqueal N° 6 fijado en 15cc ubicado en comisura labial a la izquierda con presencia de secreciones amarillentas y densas, a la auscultación de ambos campos pulmonares se escuchan ruidos roncales y crepitantes haciendo uso de los músculos intercostales.

Actividad circulatoria

El paciente presenta taquipnea con FC: 127x', FR: 30x', PA: 84/74 mm Hg., PAM: 51 mm Hg y edema presente en ambos miembros inferiores de 3 (+++), con catéter venoso central de tres lúmenes pasando infusión de sedación, tratamiento antibiótico e hidratación.

Capacidad de autocuidado

Paciente con efectos de sedoanalgesia presenta grado de dependencia 3 con fuerza muscular conservada.

Patrón V: Descanso – sueño.

Paciente con efectos de sedoanalgesia.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente con efectos de sedoanalgesia, presenta pupilas isocóricas y reactivas OD: 2 mm
OI: 3mm. Escala de sedación: Ramsay 5 puntos.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

Paciente con efectos de sedoanalgesia.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

La madre refiere que su hija es estudiante y vive con ella, después de la separación de su pareja, familia disfuncional sin problemas de comunicación, alcoholismo, drogadicción y/o pandillaje.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

El paciente no tiene registro de actividad sexual, presenta sangrado en zona genital a la movilización por presencia de sonda vesical.

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

La madre manifiesta ansiedad por la gravedad del estado de salud de su hija que tiene pronóstico reservado a consecuencia de las complicaciones que presenta del tratamiento de quimioterapia.

Patrón X: Valores y creencias.

La familia profesa la religión católica.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Hemograma completo

Compuesto 06/09/2018	Valor obtenido	Valor normal	Análisis
Hemoglobina	8.6 g/dl	11 – 12 g/dl	↓
Hematocrito	27 %	30 – 43 %	↓
Plaquetas	18000	150000 – 450000	↓

Leucocitos	40000	5000 - 10000	↑
Glóbulos rojos	4.85	05 – 10	
Neutrófilos	56.34	55 – 65	
Blastos	95%	0% - 2%	↑
Monocito	8.5%	4% - 8%	↑

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Anemia severa, plaquetopenia, sepsis y presencia de blastos en lámina periférica.

Interconsultas:

Hematología.

Fecha: 07/09/2018

Recomendación: No realizar exámenes invasivos porque la paciente tiene diagnóstico definitivo y se encuentra en cuidado paliativo por su condición de refractario al tratamiento.

Infectología.

Fecha: 07/09/2018

Recomendación: Rotar antibiótico (ceftriaxona por meropenem) y realizar toma de muestra de sangre para hemocultivo.

Tratamiento médico.

Primer día (07/09/2018)

Fentanilo 500 mg (PURO) a 2.5 cc/h

Midazolam 50mg (PURO) a 2.5 cc/h

Adrenalina 3mg + CL Na 9% 50 cc a 0.5 cc/h

Furosemida en infusión continua 3cc/h

Ceftriaxona 1g c/12 h EV

Gluconato de calcio 10 cc c/6 h EV

Bicarbonato de NA 8.4 20 cc c/24 h EV

Vancomicina 750 mg c/6 h EV

Omeprazol 40 mg c/24 h EV

Paracetamol 700 mg PRN T° 38.5 VO

Ketamina 100 mg en bolo PRN

Transamin toques PRN

Segundo día (08/09/2018)

Fentanilo 500 mg (PURO) a 2.5 cc/h

Midazolam 50mg (PURO) a 2.5 cc/h

Adrenalina 3mg +CL Na 9% 50 cc a 0.5 cc/h

Meropenem 900 mg c/8 h EV

Gluconato de calcio 10 cc c/6 h EV

Bicarbonato de NA 8.4 20 cc c/24 h EV

Furosemida 20 mg c/6 h EV

Vancomicina 750 mg c/6 h EV

Omeprazol 40 mg c/24 h EV

Paracetamol 700 mg PRN T° 38.5 VO

Ketamina 100 mg en bolo PRN

Transamin toques PRN

Tercer día (09/09/2018)

Fentanilo 500 mg (PURO) a 2.5 cc/h

Midazolam 50mg (PURO) a 2.5 cc/h

Adrenalina 3mg +CL Na 9% 50 cc a 0.5 cc/h

Meropenem 900 mg c/8 h EV

Gluconato de calcio 10 cc c/6 h EV

Bicarbonato de NA 8.4 20 cc c/24 h EV

Furosemida 20 mg c/6 h EV

Vancomicina 750 mg c/6 h EV

Omeprazol 40 mg c/24 h EV

Paracetamol 700 mg PRN T° 38.5 VO

Ketamina 100 mg en bolo PRN

Transamin toques PRN

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: Coagulopatía esencial (plaquetopenia).

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial (plaquetopenia).

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: Procedimientos invasivos.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo endotraqueal, catéter venoso central y sonda vesical).

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Factor relacionado: Retención de secreciones.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquipnea y T° de 38.5.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado: Sepsis.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionada con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada, taquipnea y temperatura corporal de 38.5°C.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de perfusión renal ineficaz.

Factor de riesgo: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de perfusión renal ineficaz relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Sexto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Factor de riesgo: Régimen terapéutico.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con el régimen terapéutico.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: Lesión oral y placas blancas en la boca.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la mucosa oral.

Factor de riesgo: Inmunosupresión.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la mucosa oral relacionada con inmunosupresión evidenciado por lesión oral y placas blancas en la boca.

Octavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

Factor de riesgo: Mecanismos de regulación comprometidos.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos.

Noveno diagnóstico.

Características definitorias: Disminución de la amplitud de movimientos y disminución de habilidades motoras finas y gruesas.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física.

Factor relacionado: Alteración de la función cognitiva.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con la alteración de la función cognitiva evidenciado por disminución de la amplitud de movimientos y disminución de habilidades motoras finas y gruesas.

Decimo diagnóstico.

Características definitorias: La persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente.

Etiqueta diagnóstica: Afrontamiento familiar comprometido.

Factor relacionado: Enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia.

Enunciado diagnóstico: Afrontamiento familiar comprometido relacionada con la enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia evidenciado por la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente.

Planificación

Priorización.

1. Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial (plaquetopenia).
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz.
3. Hipertermia relacionada con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada y taquipnea.
4. Riesgo de perfusión renal ineficaz relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
5. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo endotraqueal, catéter venoso central y sonda vesical).
6. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con el régimen terapéutico.
7. Deterioro de la mucosa oral relacionada con inmunosupresión evidenciado por lesión oral y placas blancas en la boca.
8. Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos.
9. Deterioro de la movilidad física relacionado con la alteración de la función cognitiva, evidenciado por disminución de la amplitud de movimientos y disminución de habilidades motoras finas y gruesas.
10. Afrontamiento familiar comprometido relacionada con la enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia evidenciado por la persona de

referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente.

Plan de cuidados.

Tabla 2

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial (plaquetopenia)

Objetivos/Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		07/09/18			08/09/18			09/09/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general La paciente disminuirá el riesgo de sangrado durante el turno.	1. Evaluar signos y síntomas de sangrado como: piel pálida, gingivorragia, petequias, entre otros.	→			→	→				→
	2. Administrar plaquetas por aféresis.	10			10					10
	3. Identificar posibles accesos donde pueda iniciar el sangrado.	→			→	→				→
	4. Fijar el tubo endotraqueal evitando sangrado.	→			→	→				→
	5. Valorar el resultado de los exámenes de laboratorio: hemoglobina, hematocrito y plaquetas.	→			→	→				→
	6. Monitorizar resultados secuenciales para evaluar tendencias frecuencia respiratoria y cardiaca.	8			8	12				8
	7. Administrar Transamin toques PRN sangrado	9			9	2				7

Tabla 3

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz

Objetivos/Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		07/09/18			08/09/18			09/09/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general La paciente presentará limpieza eficaz de las vías aéreas durante el turno.	1. Valorar funciones vitales: FR, FC, SO ₂ y PAM. 2. Valorar características de las secreciones en tubo endotraqueal (color, cantidad, densidad)	8			8	12				8
Resultados esperados 1. La paciente presentará tos eficaz. 2. La paciente presentará sonidos respiratorios normales.	3. Nebulizar con 5 gotas de fenoterol más 4 ml de suero fisiológico, cada 4 horas 4. Realizar fisioterapia respiratoria. 5. Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal. 6. Auscultar ambos campos pulmonares.	8	→		8	12	→	→		8
		8	→		8	12	→	→		8
		→			→	→				→
		10			10	2				10

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo endotraqueal, catéter venoso central y sonda vesical)

Objetivos/Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		07/09/18			08/09/18			09/09/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general La paciente disminuirá el riesgo de infección durante el turno.	1. Evaluar signos y síntomas de infección como: color y rubor de piel en zona de inserción.	→			→	→				→
	2. Mantener las medidas de bioseguridad en todos los procedimientos invasivos: TET, CVC y sonda vesical.	→			→	→				→
	3. Realizar curación de catéter venoso central y sonda vesical.	⇄			⇄					
	4. Valorar exámenes de laboratorio: hemograma y PCR.	→			→	→				→
	5. Administrar antibióticos Meropenem 900 mg EV c/8h				8	4				12
	6. Realizar lavado de manos estricta aplicando los pasos según protocolo.	→			→	→				→
	7. Aplicar los diez correctos en la administración de medicamentos.	→			→	→				→

Capítulo III

Marco teórico

Riesgo de sangrado

El riesgo de sangrado se define como la disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud (NANDA, 2017).

Asimismo, Alva (2014) afirma que la mayoría de pacientes con leucemia aguda al ingreso hospitalario presentaron hemoglobina inferior a 7 g/dl (57.7%), recuento de leucocitos entre 10000 a 50000/mm³ (46.2%) y recuento de plaquetas inferior a 50000/mm³ (53.8%). Con un tiempo de hospitalización promedio de 4 a 7 días (38.5%) y el diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en estudiantes (23.1%). En sus conclusiones menciona dentro de la presentación clínica inicial de los pacientes con leucemia aguda, a la plaquetopenia severa como síntoma principal.

Del mismo modo, Agramonte (2018) menciona que dentro de las principales características clínicas que presentan los pacientes con LLA al ingreso hospitalario se encuentra la plaquetopenia moderada y severa.

El diagnóstico de enfermería se ve relacionado con la coagulopatía esencial (plaquetopenia). Las coagulopatías son expresiones clínicas consecuencia de la ruptura del equilibrio hemostático, habitualmente por un déficit cuantitativo o funcional de los factores que intervienen en la coagulación, y que en unos casos dará lugar a fenómenos hemorrágicos y en otros a eventos trombóticos o ambos. Son muchas las causas que pueden desencadenarlas, entre las más frecuentes se encuentran las infecciones y la trombocitopenia (Palomo, 2012).

La plaquetopenia o trombocitopenia es la disminución del recuento de plaquetas por debajo del límite inferior normal ($150 \times 10^9/L$). Clínicamente, suele considerarse relevante cuando es inferior a $100 \times 10^9/L$. En condiciones fisiológicas, el mantenimiento del número de plaquetas se debe a un correcto balance entre su producción y su destrucción (Álvarez, 2014).

Las intervenciones a realizar frente a este diagnóstico de enfermería se basan en la evaluación de signos y síntomas de sangrado como: piel pálida, gingivorragia, petequias, entre otros, permite mantener integra las barreras naturales de defensa (piel y mucosas) para evitar alguna puerta de ingreso de gérmenes o bacterias (Lassaretta, 2016).

Luego se debe administrar plaquetas por aféresis, esto permitirá aumentar el número de plaquetas del paciente (Mendoza *et al.*, 2007). También es importante identificar posibles accesos donde pueda iniciar el sangrado, esto nos permite la detección temprana de signos y síntomas de sangrado y hemorragia (Montoya, 1950).

De la misma manera, se debe fijar el tubo endotraqueal evitando sangrado, con extremo cuidado al fijar el tubo en el rostro del paciente utilizando esparadrapo u otro medio especial de fijación para evitar sangrado por lesiones traumáticas (López *et al.*, 2004). Luego valorar el resultado de los exámenes de laboratorio: hemoglobina, hematocrito y plaquetas, puede revelar la presencia un volumen sanguíneo bajo y posibilidad de problemas de oxigenación (Lee, 2011)

Por último, monitorizar resultados secuenciales para evaluar tendencias de frecuencia respiratoria y cardiaca, que indican las capacidades funcionales de una persona y sus efectivos controles darán como resultado detectar alteraciones o trastornos en su estado funcional y los cambios principales en el sistema circulatorio en el organismo del paciente (Casalvieri, 2003). Y la administración de Transamin toques PRN sangrado, se utiliza para la prevención y tratamiento

de hemorragias causadas por fibrinólisis local o general en adultos y niños mayores de un año (Vademécum, 2011).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas se define como la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables (NANDA, 2017).

Según Guirao *et al.* (2001), la limpieza ineficaz de las vías aéreas es el estado en el cual el individuo presenta un déficit en la eliminación de las secreciones traqueobronquiales. Del mismo modo, Arribas *et al.* (2009) menciona que la limpieza ineficaz de las vías aéreas es la situación en la cual la persona tiene dificultad para mantener las vías aéreas permeables, por la incapacidad en la eliminación eficaz de secreciones o por la presencia de obstrucciones a nivel del tracto respiratorio.

La retención de secreciones incrementa la resistencia de la vía aérea y el trabajo respiratorio; ello puede resultar en hipoxemia, hipercapnia, atelectasia y sepsis. La dificultad para eliminar las secreciones puede deberse a su consistencia o la cantidad o en los casos de aquellos pacientes que tienen incapacidad para toser. La retención de secreciones es la primera indicación para realizar la aspiración. Entre las enfermedades que requieren de aspiración debido a un exceso de producción de secreciones están las patologías que deterioran los mecanismos de la tos como la depresión del Sistema Nervioso Central (Poter & Perry, 2011).

Los pacientes con tubo endotraqueal generalmente necesitan una aspiración para mantener la vía aérea permeable. Esta aspiración es un procedimiento estéril, realizado sólo cuando es estrictamente necesario, no como maniobra rutinaria.

La aspiración de secreciones tiene como objetivo retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea, de esta manera se mantiene la permeabilidad del tubo endotraqueal, permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo-capilar (Lastra, 2006).

Al respecto, Parra y Arias (2003) mencionan que la aspiración de secreciones es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2005) afirma que la aspiración de secreciones es un medio invasivo que reside en la extracción de secreciones bronquiales y/o a nivel orofaríngeo, mediante un equipo de aspiración especialmente diseñado para este fin, el cual mediante la eliminación de secreciones producidas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y así evitar neumonías y demás enfermedades causadas por acumulación de la mismas. De este modo por tratarse de un procedimiento invasivo, el profesional de enfermería debe cumplir normas de bioseguridad que está dado por un conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal y de los pacientes, frente a riesgos producidos por agentes biológicos. Por lo que el profesional de enfermería debe implementar una adecuada protección y uso permanente de las medidas de bioseguridad; ya que se encuentra en riesgo continuo de adquirir enfermedades infecto contagiosas.

En ese sentido, Thompson (2000) resalta que el profesional de enfermería debe tener destrezas y delicadeza necesarias al ejecutar la aspiración para prevenir los errores garrafales. Las enfermeras realizan una evaluación exhaustiva del paciente para iniciar este procedimiento que requiere emplear una técnica aséptica.

El diagnóstico de enfermería se ve relacionado con la retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz. El signo más común de retención de secreciones es la presencia de ruidos agregados en los pulmones del paciente especialmente roncales en la región hilar. Si estos ruidos no desaparecen luego del acto de toser, el paciente tiene dificultad para eliminar secreciones (Potter & Perry, 2002).

Los sonidos respiratorios anormales pueden tener carácter continuo o discontinuo: las sibilancias son sonidos adventicios continuos que se asocian a la obstrucción bronquial, los roncus son sibilancias de más baja frecuencia y se asocian a la bronquitis crónica y la bronquiectasia (Fiz *et al.*, 2015).

Respecto a la tos ineficaz, se presenta por debilidad muscular o por alteración del normal funcionamiento del sistema mucociliar, que puede dar lugar a situaciones que pongan en riesgo la vida. Cuando un paciente no es capaz de producir tos eficaz es cuando está indicada la aplicación de técnicas que, o bien potencien la tos del paciente, o bien la sustituyan (Fernández *et al.*, 2018). La retención de secreciones en el tracto respiratorio es un riesgo para la vida de la paciente más aun cuando este está bajo los efectos de sedación, la importancia del rol de la enfermera para el cuidado, con el fin de evitar complicaciones en la recuperación del estado de salud de la paciente.

Las intervenciones a realizar frente a este diagnóstico de enfermería se basan en la valoración de signos vitales que son útiles para detectar o monitorizar problemas de salud (Urden y Stacy, 2001). Luego la valoración de las características de las secreciones en tubo endotraqueal (color, cantidad, densidad) pues de acuerdo con ello se administra el tratamiento adecuado para evitar complicaciones (Morales *et al.*, 2014). También es importante la nebulización porque ayuda a fluidificar las secreciones y así ser más fácil su eliminación (Potter

et al., 2014). Asimismo, la fisioterapia respiratoria, para favorecer la movilización y desprendimiento de secreciones bronquiales (Potter *et al.*, 2014). Y la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal, con el fin de mantener la vía libre de secreciones para mejorar la ventilación y evitar la contaminación de la tráquea con las secreciones y microorganismos bucofaríngeos (Aguilar, 2002).

Además, la auscultación de ambos campos pulmonares, permite identificar ruidos anormales que indican obstrucción de vías aéreas o acumulación de secreciones espesas y copiosas (Potter *et al.*, 2014). Y la valoración periódica de las funciones vitales: ritmo respiratorio y pulso sanguíneo, permiten detectar alteraciones potenciales o reales a causa de secreciones (Aguilar, 2002).

Hipertermia.

La hipertermia se define como la temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación (NANDA, 2017).

Según Guirao *et al.* (2001), la hipertermia es el estado en el cual la temperatura corporal de una persona se sitúa por encima del nivel normal. Del mismo modo, Arribas et al. (2009) menciona que la hipertermia es la situación en la que la persona presenta una temperatura corporal por encima de los límites esperados para el correcto funcionamiento del organismo. Además, Gomella *et al.* (2006) refieren que la hipertermia se define como la temperatura mayor que la central normal de 37,5°C.

Guyton y Hall (2006), afirman que la termorregulación o regulación de la temperatura es la capacidad que tiene un organismo para modificar su temperatura. Considerándose la temperatura normal entre 36,5 y 37,5 °C en una persona saludable, con un valor promedio de 37 °C. El centro regulador de la temperatura se encuentra en el hipotálamo actúa como termostato, y

consta de dos centros: el hipotálamo anterior y el hipotálamo posterior. La producción de calor es producto del metabolismo basal de todas las células del cuerpo, y se elimina transfiriendo desde los órganos y tejidos profundos hacia la piel, donde se pierde en el entorno. Los mecanismos de transferencia de calor externos son la radiación, la conducción, la convección y la evaporación de la transpiración.

Alva (2014), menciona dentro de los principales síntomas sistémicos al ingreso hospitalario de los pacientes con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, el alza térmica. Este resultado, coincide con el estudio realizado por Rojas (2016), quien manifiesta que dentro de las principales características clínicas de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda, son malestar general, palidez y alza térmica.

Respecto al abordaje del alza térmica, Lassaletta (2012) considera que se deben realizar hemocultivos urocultivos y de otros focos como colecciones, secreciones, heridas. E inmediatamente prescribir antibióticos de amplio espectro.

Bombin (2015) refiere que la hipertermia es una patología del trastorno de la regulación de la regulación de la temperatura corporal, caracterizada por el aumento de temperatura central puede comprometen la vida. Por lo tanto, es de vital importancia reconocer su presencia para identificar a aquellas personas que se encuentran en riesgo de sufrir una alteración de la temperatura corporal superiores a límites normales. El profesional de enfermería es quien puede reconocer la situación de forma precoz y emplear las medidas correspondientes.

El diagnóstico de enfermería se ve relacionado con sepsis evidenciado por piel caliente al tacto, piel ruborizada y taquipnea. Al respecto, la hipertermia puede ser de origen central o por una sepsis para conocer la causa del aumento de la temperatura se procederá a realizar cultivos,

radiografía de tórax y analítica en forma leucocitaria. En hipertermia importantes la piel es ruborizada y se siente caliente al tacto (Tamani y Peña, 2017).

La taquipnea es el aumento de respiraciones por minuto. Este déficit de oxígeno puede deberse a variaciones de la normalidad o por presencia de agentes patógenos que causan la sepsis. La taquipnea suele ser el primer signo que aparece en el niño con dificultad respiratoria (Baptista *et al.*, 2010).

Las intervenciones a realizar frente a este diagnóstico de enfermería se basan en el control frecuencia respiratoria y cardíaca para valorar la alteración de cualquiera de estas funciones vitales del paciente (Potter y Perry, 2002). También aligerar cubiertas pues el exceso de cobertores incrementa el calor en el paciente causando la pérdida insensible de líquidos, por lo que, se recomienda mantener con ropa ligera al paciente (Berman *et al.*, 2008). Asimismo, monitorear la temperatura corporal y observar color de la piel, pues el alza de temperatura y piel enrojecida, indican que se ha desestabilizado la temperatura del paciente; por tanto, el paciente está en riesgo de una temperatura corporal alterada, debiendo actuar inmediatamente para controlar, así como realizar el registro respectivo (Potter y Perry, 2002).

De la misma manera, proporcionar medios físicos si la T° es superior a 37.5°C ., ayuda a favorecer la reducción de la fiebre por vasodilatación (Doenges *et al.*, 2008). Esta pérdida de temperatura se realiza por medio de la conducción, aplicando paños tibios en la frente, parte posterior del cuello y el contacto del agua tibia con el cuerpo consigue la pérdida del exceso de calor. Evaluar temperatura ambiental, pues una de las causas de hipertermia es el aumento de la temperatura ambiental.

Asimismo, se debe administrar Metamizol, si la $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$, de acuerdo a la indicación médica. La administración es por vía I.V., la cual ingresa por una vena, siendo la absorción más

efectiva de aspectos rápidos (Potter y Perry, 2002). Así mismo, la enfermera se apoya en todos los conocimientos adquiridos para administrar un medicamento, aplicando el conocimiento científico, ya que es conocedora de cómo la administración de este medicamento modificará la fisiología del paciente, a fin de obtener el efecto deseado (Potter y Perry, 2002). El Metamizol tiene un efecto antipirético cuyo mecanismo de acción es por medio de la inhibición de la síntesis de las prostaglandinas, reduciendo con esto la inflamación, la fiebre y el dolor (Vademécum, 2011).

Por último, coordinar con el médico rotación de antibióticos, nos lleva a una comunicación eficaz que permite mejorar las relaciones en el equipo de salud, depositando confianza. Además de poder solucionar problemas del paciente (Costumero, 2007).

Riesgo de perfusión renal ineficaz.

El riesgo de perfusión renal ineficaz es la vulneración a una disminución de la circulación sanguínea renal, que puede comprometer la salud (NANDA, 2017). Del mismo modo, Guirao *et al.* (2001) definen la perfusión renal ineficaz como el estado en el cual la persona presenta una disminución en el aporte sanguíneo arterial, venoso o capilar.

Este diagnóstico indica la existencia de un problema que la enfermera no puede tratar de manera independiente, siempre deberá tratarse en colaboración con otro/s profesional/es. En esta ocasión, no habrá cuidados enfermeros específicos que puedan solventar el problema más que la administración del tratamiento y el control de sus efectos.

La comunicación eficaz permite mejorar las relaciones en el equipo de salud, depositando confianza. Además de poder solucionar problemas del paciente. Al respecto, la enfermera debe informar al médico de cualquier evento y el médico debe ser claro en sus indicaciones.

El diagnóstico de enfermería se ve relacionado con el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Al respecto, Garzón (2015) afirma que el control y registro de funciones vitales se realiza para conocer de forma objetiva y continua las alteraciones fisiológicas, lo cual, permite prevenir la morbimortalidad, en pacientes hemodinamicamente inestables. El autor también menciona que la vigilancia de diuresis permite evaluar el volumen del líquido extracelular y la eficacia del gasto cardíaco reflejado en el flujo sanguíneo renal. El control de ingresos y salidas de líquidos deben ser exactos para evitar sobrecargas hídricas.

Por su parte, Fernández y Ruidiaz (2016) mencionan que el cuidado de enfermería al paciente con sonda vesical a permanencia se relaciona con actividades que debe realizarse antes, durante y después de la instalación con el objetivo de prevenir los riesgos de infección, traumatismos de las vías urinarias y facilitar el drenaje.

Las intervenciones a realizar frente a este diagnóstico de enfermería se basan en la valoración del flujo urinario y sus características, pues el flujo urinario es un indicador del riego renal, en el déficit de volumen hídrico grave es posible que los riñones no reciban un riego adecuado lo que causa disminución de la producción de orina (Hurst, 2013). También se debe medir y registrar el balance hídrico, pues una documentación precisa ayuda a identificar las pérdidas de líquido o la necesidad de reposición e influye la selección de las intervenciones (Potter y Griffin, 2002). Es importante valorar los niveles de electrolitos, urea, creatinina, hematuria, hemograma y PCR. La Excreción Fraccional de Sodio (EFNa) y proporción de urea / creatinina son signos de baja perfusión renal (Gainza, 2012).

De la misma manera, administrar furosemida c/8h para forzar la orina, de acuerdo a la indicación médica, inhiben el cotransporte Na^+ K^+ Cl^- en la zona ascendente del asa de Henle, dando lugar a una diuresis amplia. Para su efecto debe llegar a la luz tubular por medio de la

secreción activa, ya que por su unión a proteínas plasmáticas no son filtrados en el glomérulo. La furosemida al llegar a la dosis máxima ya no tiene efecto en el aumento de la diuresis (De Teresa, 2007).

Por último, vigilar la presencia de rojos en orina, aporta información acerca del gasto urinario, el estado y libre flujo en el sistema de drenaje urinario y la presencia de desechos en la orina (Brunner, 2013). Y vigilar el funcionamiento de sonda vesical, se relaciona con actividades que debe realizar el personal de enfermería para prevenir los riesgos de infección y traumatismos de las vías urinarias (Fernández y Bernal, 2003).

Riesgo de infección.

El riesgo de infección se define como el estado en el que una persona está en riesgo de ser invadida por microorganismos oportunistas o patógenos (virus, hongos, bacterias u otros parásitos) procedentes de fuentes endógenas o exógenas (NANDA, 2017).

Según Guirao *et al.* (2001) refieren que el riesgo de infección es el estado en el cual la persona es susceptible de ser invadido por organismos patógenos. Al respecto, Gilsanz y Roses (2004) mencionan que el riesgo de infección del paciente depende del estado neto de inmunosupresión como la exposición a agentes patógenos.

Guyton y Hall (2006) mencionan que la infección es el proceso en el cual ingresan microorganismos a una parte susceptible del cuerpo donde se multiplican provocando la enfermedad. El sistema inmunitario nos defiende contra las infecciones y los órganos que forman parte del sistema inmunitario son: la piel y membranas mucosas, el timo, el bazo, los ganglios linfáticos, la médula ósea, las células del sistema inmunitario (los leucocitos o glóbulos blancos). Cuando el número de leucocitos es bajo, el riesgo de infección es mayor.

Mientras que, Net y Benito (1998) refieren que la intubación endotraqueal suprime todos los mecanismos de defensa propios de la mucosa nasal y faríngea, e inhibe el reflejo de la tos favoreciendo la acumulación de secreciones traqueobronqueales con la consiguiente posibilidad de colonización inicial y posterior de infección. Las secreciones son sustancias químicas que cumplen funciones como eliminación de productos que el cuerpo no necesita (excreción), humedecer y proteger las mucosas de agentes patógenos. El acúmulo de secreciones en la vía aérea genera complicaciones e infecciones respiratorias (Le Vay *et al.*, 2004).

Los pacientes con leucemia pueden contraer infecciones por numerosas causas generadas por gérmenes oportunistas, a consecuencia de la inmunosupresión. La infección nosocomial o adquirida en el ámbito hospitalario, es el segundo tipo de infección más frecuente. La transmisión de microorganismos se produce generalmente a través del aire o de los alimentos.

La Organización Mundial de la Salud (2003), define la infección nosocomial, como: “una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internamiento. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento”.

El diagnóstico de enfermería se ve relacionado con procedimientos invasivos (tubo endotraqueal, catéter venoso central y sonda vesical). Al respecto, Fuller (2007) refiere que los procedimientos invasivos ingresan en tejidos estériles a través de incisiones en la piel y los tejidos subyacentes. Al respecto, Riquelme *et al.* (2013) afirman que son factores de riesgo de

infección importantes los procedimientos invasivos como: la cateterización venosa central (CVC), cateterización urinario permanente (CUP) y la ventilación mecánica (VM).

Por su parte, Zambrano (2003) manifiesta que los pacientes con procedimientos invasivos, como catéteres endovenosos, heridas quirúrgicas, traqueostomías, sondajes o drenajes. Estas situaciones suponen la presencia de una puerta abierta (la herida, la zona de punción, la apertura al exterior de la uretra) y, si no se mantiene asépticamente, facilitan la transmisión de microorganismos del exterior al interior del cuerpo.

Respecto al catéter venoso central, Lanken (2003) refiere que es una sonda (catéter) larga que mediante procedimiento invasivo termina en el corazón o en una vena grande y se usa para transportar medicinas y nutrientes hacia el interior del cuerpo o para tomar muestras de sangre. Las infecciones de las vías centrales son muy graves y frecuentes, dado que los microorganismos acceden al catéter por 1° la contaminación del producto de la infusión; 2° la contaminación de la conexión y del espacio intraluminal; y, 3° la contaminación de la piel adyacente al lugar de su inserción y la superficie extraluminal.

En cuanto a la sonda vesical, Aguilar (2002) menciona que es un tubo siliconado que mediante procedimiento invasivo termina en la vejiga y sirve para extraer la orina hacia el medio externo (a una bolsa). Por tal razón la persona es más propenso a desarrollar una infección del tracto urinario por el ingreso de gérmenes a través la sonda. Se debe tener muy en cuenta que los mecanismos de contagio principales están relacionados con la manipulación de la sonda, tanto durante su colocación como en los cuidados posteriores.

El mismo autor, manifiesta que el tubo endotraqueal (TET) es un catéter que ingresa por la boca hacia la tráquea y se usa para establecer y mantener una vía aérea permeable que asegure un adecuado intercambio de O₂ y CO₂. Una de las complicaciones infecciosas de mayor

frecuencia en el medio hospitalario son las neumonías. El 80% de los episodios de neumonía nosocomial se produce en pacientes con vía aérea artificial y se denomina neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Las intervenciones a realizar frente a este diagnóstico de enfermería se basan en la evaluación de signos y síntomas de infección como: color y rubor de piel en zona de inserción de los catéteres para disminuir el riesgo de infección (Lanken, 2003). Se debe mantener las medidas de bioseguridad en todos los procedimientos invasivos: TET, CVC y sonda vesical para evitar la transmisión de microorganismos patógenos (Potter et al., 2014). La curación de catéter venoso central y sonda vesical permite disminuir el riesgo de infección colonizado en zona de inserción (Lanken, 2003) y la valoración de los resultados de los exámenes de laboratorio: hemograma y PCR permiten establecer un diagnóstico, descartar problemas clínicos, supervisar el tratamiento, establecer un pronóstico, detectar enfermedades además de detectar la dosis efectiva de un medicamento y evitar su toxicidad (Pagana *et al.*, 2014).

Además, la administración de medicamentos potentes como los antibióticos ayudan combatir las infecciones bacterianas (Lanken, 2003). Realizar el lavado de manos estricta aplicando los pasos según protocolo con el fin de evitar contaminación cruzada y colonización bacteriana (Doenges *et al.*, 2010). Y la aplicación de los diez correctos en la administración de medicamentos permite la continuidad del tratamiento garantizando la efectividad (Potter, 2015).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendieron tres días a la paciente, iniciando el 07/09/2018 al 09/09/2018.

Se atendió a la paciente de iniciales C.M.P.G. en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, durante tres días, cuya valoración inicio fue el 07 de Setiembre y finalizó la atención el 09 de Setiembre del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno mañana, el 2do. día turno diurno y el 3er. día en turno noche.

El primer día se realizó la valoración de enfermería identificándose diez diagnósticos, priorizándose cinco diagnósticos, los cuales fueron atendidos durante los siguientes tres días por el personal de enfermería.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Riesgo de sangrado

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó riesgo de sangrado durante el turno, al evidenciar mejoría en el recuento de plaquetas en un valor de 230000/mm³ post transfusión de plaquetas.

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Objetivo alcanzado: La paciente presentó limpieza eficaz de vías aéreas al presentar vía aérea permeable y libre de secreciones, disminución roncales y crepitantes a la auscultación y evidencia tos eficaz durante el turno.

Tercer diagnóstico.pa

Hipertermia

Objetivo alcanzado: La paciente presentó normotermia al evidenciar T° corporal de 36.5°C, piel tibia al tacto, sin rubor y FC: 20 x' dentro de parámetros normales.

Cuarto diagnóstico.

Riesgo de perfusión renal ineficaz

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó perfusión renal eficaz al evidenciar flujo urinario forzado con furosemida.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó riesgo de infección al presentar zona de inserción de CVC y sonda vesical sin signos de inflamación.

Conclusiones

Se concluye que, de los objetivos propuestos durante el proceso de atención de enfermería, se alcanzaron el primero, segundo, tercer y quinto. El cuarto objetivo se alcanzó parcialmente debido a la severidad de la enfermedad, quedando los cuidados a responsabilidad del profesional de enfermería hasta el alta de la paciente.

Bibliografía

- Agramonte, A. (2018). Características clínico epidemiológicas e inmunofenotípicas de los pacientes pediátricos con leucemia linfocítica aguda en el periodo 2007-2017 del HNCASE. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5617/MDagmaay.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aguilar, M. (2002). Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos. (MOSBY, Ed.) (3ra.). España: Elsevier. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=lAX2hkbeBQYC&printsec=frontcover&dq=tratado+de+enfermeria+infantil+cuidados+pediatricos+mosby&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKewiKqu3Qz9LaAhXL0VMKHSyvD3AQ6AEIJzAA#v=onepage&q=tratado de enfermeria infantil cuidados p>
- Alva, C. (2014). Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de leucemia aguda debut en el servicio de hematología del Hospital Regional de Cajamarca de enero de 2010 a diciembre de 2013. Universidad de Nacional de Cajamarca. Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/196/T%20616.99419%20A472%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alvarez, T. (2014). Estudio de los factores involucrados en las manifestaciones hemorrágicas de la trombocitopenia inmune. Universidad Autónoma de Madrid.
- Arribas et al. (2009). Síndrome agudo del cuidado respiratorio inefectivo. El lenguaje Especialista del Cuidado. Vol. 1; Suppl 1. Disponible en:
http://ome.fuden.es/media/docs/Lenguaje_Esp_Sep_09.pdf

- Baptista et al. (2010). Protocolos de la actuación del técnico en emergencias sanitarias asistenciales (II). España: Arán Ediciones S.L.
- Berman et al. (2008). Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas. Madrid: Pearson Educación.
- Bombin, B. (2015). Justificación científica del diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio de la Temperatura corporal. España: Universidad de Valladolid.
- Brunner, S. (2013). Enfermería Médico – Quirúrgico 12va Edición) España: Wolters Kluwer Health.
- Casalvieri, L. (2003). Manual de Técnicas y Normas de Procedimientos generales de Enfermería.
- Costumero, I. (2007). Relaciones en el entorno de trabajo: grado superior. Thomson-Paraninfo.
- Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=MIUQwbkH5x0C&oi=fnd&pg=PR1&dq=comunicación+asertiva+en+el+trabajo&ots=alGd9Zg0DB&sig=wBfQ2IgcY1vvLHvISmX_2T2-HZY#v=onepage&q=comunicación+asertiva+en+el+trabajo&f=false
- De Teresa, E. (2007). Revista española de cardiología. Revista Española de Cardiología, 7(Supl.F), 34–44. Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13110830/>
- Doenges et al. (2010), Planes de cuidados de Enfermería (7ma Edición) México: Mc Graw Hill.
- Doenges et al. (2008). Planes de cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana.
- Fernández y Bernal. (2003). Cuidado de enfermería al paciente con sonda vesical a permanencia en la unidad de cuidados intensivos adulto y urgencias del hospital universitario.
- Disponible en:
<https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/96.T.G>

-Sonia-Raquel-Quintero-Otero-Leidy-Johana-Fernandez-N.-Glitza-Ingrid-Calderon-Greicy-Lorena-Bernal-S.-2003.pdf

Fernández et al. (2018). Tos ineficaz y técnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar. *Medicina intensiva*. Vol. 42 (1). Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569117301754>

Fernández y Ruydiaz, (2016). Notas de enfermería: una mirada a su calidad. *Barranquilla (Col.)*, 32(2), 337–345. Disponible en: https://media.proquest.com/media/pq/classic/doc/4312610801/fmt/pi/rep/NONE?_s=v5JjsAOKt9%2BXqb%2B4t6KVasIBhz0%3D

Fiz et al. (2015). Avances en el análisis de sonidos respiratorios para la monitorización de pacientes con patologías respiratorias. *Medicina respiratoria*. Vol. 8 (2). Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R82-3.pdf>

Fuller, J. (2007). *Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Gainza, F. (2012). *Algoritmos de nefrología*. España: Grupo Editorial Nefrología.

Garzón, M. (2015). *Cuidado de enfermería al niño con cardiopatía*. (1º). Bogota: Distribuna. Disponible en:

<https://www.journal.com.ar/9789588813318/Cuidado+de+enfermería+al+niño+con+cardiopatía/>

Gilsanz y Roses (2004). *Sepsis en el paciente quirúrgico*. España: Editorial Glosa S.L.

Gomella et al. (2006). *Neonatología: manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades, fármacos*. España: Ed. Médica Panamericana.

Guirao et al. (2001). Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e investigación.

España: Ediversitas Multimedia.

Guyton y Hall (2006). Tratado de fisiología médica. Elsevier Health Sciences Spain. Disponible en:

https://books.google.com.pe/books?id=UMYoE90LPmcC&printsec=frontcover&dq=fisiologia+medica+guyton&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiygu7UmODaAhXwlOAKHX_3CN0Q6AEILDAB#v=onepage&q&f=false

Herdman, H. y Kamitsuru, S. (2017). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros:

Definiciones y Clasificación. España: Elsevier.

Hurst, M. (2013). Enfermería Médico Quirúrgico (1era ed.). Manual Moderno S.A.

Lanken, P. (2003). Manual de cuidados intensivos. (Editorial Medica Panamericana, Ed.).

Argentina: Editorial Medica Panamericana. Disponible en:

<https://books.google.com.pe/books?id=fj9e2yfk36QC&pg=PA342&dq=fatiga+de+los+muculos+respiratorios&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwic35n4wefaAhXQzVMKHbzPDk8Q6AEIJzAA#v=onepage&q=fatiga+de+los+muculos+respiratorios&f=false>

Lassaletta, A. (2012). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatr Integral* 2012; XVI(6): 453-462.

Lassaletta, A. (2016). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Revista Pediatría Integral*.

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 20(6).

Disponible en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/09/Pediatria-Integral-XX-06_WEB.pdf#page=32.

Lastra, P. (2006). La especialidad en cuidados intensivos, una especialidad necesaria. *Enfermería Intensiva*. Vol. 17 (1):1-2.

Lee, C. (2011). Enfermería de cuidados intensivos. (M. M. S.A, Ed.) (Tercera). México.

Le Vay et al. (2004). Anatomía y fisiología humana. (Editorial Paidotribo, Ed.) (2°). España:

Paidotribo. Disponible en:

<https://books.google.com.pe/books?id=gkqKyVVH3OQC&printsec=frontcover&dq=fisiología&hl=es19&sa=X&ved=0ahUKEwiGt7cxufaAhWE3FMKHQKcCiUQ6AEINTAC#v=onepage&q=fisiología&f=false>

López et al. (2004). Manual de cuidados intensivos pediátricos. 2da edición. Ed. Publimed.

Mendoza et al. (2007). Aféresis plaquetaria. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2007/en073c.pdf>

Montoya, J. (1950). Shock y Hemorragia Interna Postoperatoria.

Morales et al. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. Neumol Cir Torax. Vol.

73 (4): 254-262. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt144f.pdf>

Net y Benito (1998). Ventilación mecánica (3ra Ed.). España: Editorial Springer – Verlag Ibérica.

OMS (2003). Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica, Segunda Edición.

Disponible en:

http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf

OMS (2005). Seguridad del paciente. Técnicas de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal. Región de las Américas.

Palomo, M. (2012). Coagulopatías adquiridas en pediatría. VII Curso de Trombosis y Hemostasia. Disponible en: <http://www.curso trombosis y>

hemostasia.com/pdf2013/14.%20-CoagulopatiasAdquiridas.pdf.

Pagana et al. (2014). Laboratorio clínico: Indicaciones e interpretaciones de resultados (Manual moderno). Disponible en: <https://books.google.com.pe/books>

Parra, M. y Arias, S. (2003). Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico. Masson.

Potter, P. (2015). Fundamentos de enfermería (Octava Ed.). Barcelona: Elseiver.

Potter, P. y Perry, A. (2011). Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. 7th ed. Barcelona: Elsevier-Mosby.

Potter, P. y Perry, A. (2002). Fundamentos de enfermería. Harcourt Brace.

Potter, P. y Griffin, A. (2002). Fundamentos de enfermería (Quinta). España: Elsevier.

Potter et al. (2014). Fundamentos de enfermería. eBook ISBN - Hardcover ISBN.

Riquelme et al. (2013). Vigilancia de las infecciones por procedimientos invasivos en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos polivalente. *Pediatría (Asunción)*, 40(1), 35-39. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032013000100005&lng=en&tlng=es

Rojas, F. (2016). Características de la neutropenia febril en pacientes pediátricos con leucemia linfocítica aguda, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Periodo 2008-2015. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3487/MDrohifr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tamani y Peña (2017). Diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes hospitalizados con traumatismo craneoencefalico del hospital Iquitos 2015. Universidad Científica del Perú.

Thompson, L. (2000). Best practice: Aspiración traqueal en adultos con vía artificial. 4(4).

Urden y Stacy. (2001). Cuidados intensivos en enfermería (2ª ED.). España: Editorial Elsevier S.A.

Vademécum. (2011). Nelara.

Zambrano, M. (2003). Técnicas básicas de enfermería. España: Ediciones AKAL.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____	DNI N° _____
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____	N° Cama: _____
Diagnóstico Clínico: _____	Fecha de Ingreso: _____
Peso: _____ Talla: _____	PC: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____
Procedencia: _____	Grupo y Factor: _____
Motivo de Ingreso: _____	Días de permanencia: _____
Servicio: _____	Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()
Fuente de Información: _____	Fecha de Valoración: _____
Persona Responsable: _____	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD	PATRON VALORES-CREENCIAS
<p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () SOBA () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estado de Higiene: Bueno () Regular () Malo ()</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: LME () LMM () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()</p> <p>Factores de Riesgo: Peso: Normal () Bajo () Sobrepeso () Vacunas Completas: Si () No ()</p> <p>Hospitalizaciones Previas: Si () No ()</p>	<p>La familia pertenece a una religión: No () Si () Especifique: _____</p> <p>Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta durante la hospitalización del niño(a): No () Si () Especifique: _____ <i>Ejemplo: Leer la biblia por las mañanas, usar iconos religiosos (estampita), usar amuletos, entre otros.</i></p> <p>Sus valores y creencias influyen en: Su alimentación () Los cuidados de salud () Otro: _____</p> <p>Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales: Pérdida de familiares () Enfermedad de familiares () Enfermedad propia () Cambio de residencia ()</p> <p>Cambio de estructura familiar: Unión () Separación () Nacimiento () Otros: _____</p> <p>Su situación actual ha alterado sus: Ideas () Valores () Creencias ()</p>
PATRON RELACIONES-ROL	PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS
<p>Descripción: _____</p> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Compañía de los padres: Si () No () Recibe Visitas: Si () No ()</p> <p>Relaciones Interpersonales: Con los Padres: Afectivo () Indiferente () Temeroso () Hostil () Con el Personal: Afectivo () Indiferente () Temeroso () Hostil ()</p> <p>Composición Familiar: Nuclear () Ampliada () Cuidador principal del Niño(a): Madre () Padre () Abuelos () Otros ()</p> <p>Factores de Riesgo: Padres Separados: Si () No () Familia con Problemas de Alcoholismo: Si () No ()</p>	<p>Otro: _____</p> <p>Conducta peligrosa: Impulsivo () Inquieto () Agresivo ()</p> <p>Expresa sentimiento frecuente de: Tranquilidad () Ansiedad () Tristeza () Temor () Enfado () Desilusión o desgana () Cambios bruscos de humor () Desagrado con su imagen corporal () No se siente útil ()</p> <p>Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____</p>

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

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
Fría () Tibia () Caliente () Rubicunda ()
Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____
Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()
Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()
Observación: _____

Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()
Observación: _____

Fovea: + ++ +++
Profundidad: 2mm 3mm 4mm
Especificar zona: _____
Comentarios: _____

Escala de Norton:

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

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

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

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()
Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()
Ralo () Quebradizo ()
Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () Sangrante ()
Observaciones: _____

Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()
Cuanto Perdió: _____

Presenta: Nausea () Vómitos ()
Cantidad: _____ Características: _____
Dificultad para Deglutir: Si () No ()
Especificar: _____

Alimentación: NPO () LM () Dieta ()
Fórmula () _____ mmm
Modo de Alimentación: LMD () Bb () SNG ()
SOG () GTM () SNY () Otros: _____
Nutrición Parenteral: Continua () Ciclada ()

Abdomen:
Forma: Globoso () Plano () Simetría () Asimetría ()
Presencia de: Masas () Dolor () Abdominal _____ cm.
Ruidos peristálticos () Cicatrices ()
Hallazgos a la percusión (especificar): _____

Vestirse				
----------	--	--	--	--

Aparatos de Ayuda: _____
Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
Comentarios: _____

Escala de Caídas:

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

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal: N° Deposiciones/Día _____
Características: color _____ Consistencia: _____
Factores que afecta la defecación: Dieta () Fármaco ()
cirugía y anestesia () Patología ()

Vesical:
Micción Espontánea: Si () No ()
Características: Clara () Colúrica () Hematúrica ()
Sedimentosa () Volumen: Normal () Poliuria ()
Oliguria () Anuria () Urinario/chata () Pañal ()
Sonda Vesical () Cateterismo () Colector urinario ()
CREDE ()
Fecha de Colocación: _____

Ostomias: Ileostomía () Colostomía () Traqueostomía ()

Drenajes: SDVExt () SDVP () Tubular () Penrose ()
Toraxico () Hemobac ()

Características: cristal de roca () Xantocrómico ()
Hemorrágico () Serohemático () Seroso () Purulento ()
Funcionalidad: Oscilante () Depresible () Tenso ()
Drena: Adecuadamente () Disminuido () No drena ()
Herida Operatoria: Si () No ()
Ubicación: _____ Características: _____
Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()
Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()
Observaciones: _____

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No ()
Especifique: _____
Cambios Físicos: _____
Testículos No Palpables: Si () No ()
Fimosis Si () No ()

<hr/> Hallazgos a la palpación (especificar): <hr/>	Testículos Descendidos: Si () No ()
Otros hallazgos, especificar: <hr/>	Masas Escrotales Si () No ()
Ingreso de líquidos en 24 hrs. (especificar cantidad y vía): <hr/>	Sospecha de ITS Si () No ()
Comentarios Adicionales: <hr/>	Tratamiento Médico Actual: _____ _____
	Observaciones: _____ _____
	Nombre de la enfermera: _____
	Firma: _____ CPE: _____ FECHA : _____ _____

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a.....”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en:

..... Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. bajo la asesoría de la La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

Escala Ramsay

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