

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso enfermero aplicado a paciente con Dx., enfermedad de Kawasaki y COVID-19 del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un instituto nacional de Lima, 2021

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

Por:

Zoila Flor Lucas Videira

Asesora:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, enero de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: ***“Proceso enfermero aplicado a paciente con Dx., enfermedad de Kawasaki y COVID-19 del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un instituto nacional de Lima, 2021”*** constituye la memoria que presenta la licenciada: Zoila Flor Lucas Videira para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de esta tesis son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los cinco días del mes de enero de 2022.



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Proceso enfermero aplicado a paciente con Dx., enfermedad de
Kawasaki y COVID-19 del Servicio de Cuidados Intensivos
Pediátricos de un instituto nacional de Lima, 2021**

Trabajo Académico

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



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, 05 de enero de 2022

Proceso enfermero aplicado a paciente con Dx., enfermedad de Kawasaki y COVID-19 del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un instituto nacional de Lima, 2021.

Mg. Zoila Flor Lucas Videira^a y Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas^b

^aAutora del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú.

^bAsesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú.

Resumen

El presente trabajo, utiliza el proceso de atención de enfermería como instrumento para poder guiar la atención al paciente pediátrico crítico con diagnóstico médico de enfermedad de Kawasaki y COVID-19, teniendo como objetivo el identificar los problemas de enfermería presentes y gestionar el cuidado integral del paciente pediátrico. Se utilizó para la recolección de datos, el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con el cual se identificaron trece diagnósticos de enfermería y se priorizan los siguientes diagnósticos: primero, hipertermia relacionada a enfermedad (síndrome Kawasaki) relacionado a irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), segundo, taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5); tercero, dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki) evidenciado por auto informe de intensidad con escala Wong-Baker: (duele mucho), indica que le duele el abdomen, el paciente señala la zona epigástrica, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto) y riesgo de disminución del gasto cardíaco, relacionado a la alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardiaco, síndrome de Kawasaki. Se plantearon planes de cuidados de enfermería y, se ejecutan las intervenciones y actividades planificadas. Como resultado de las intervenciones administradas, se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2 y 0. Concluyendo que de acuerdo a los problemas identificados en el paciente se gestionó las cinco etapas del proceso de atención de enfermería, lo que permitió ofrecer una

atención de calidad al paciente pediátrico crítico. En conclusión, el proceso de atención de enfermería logró mejorar el bienestar bio-psico-socio-espiritual del paciente y obtener excelentes resultados de su salud.

Palabras clave: proceso de atención de enfermería, enfermedad de Kawasaki, Covid-19, paciente crítico pediátrico.

Abstract

The present work uses the nursing care process as a tool to guide the care of a critical pediatric patient with a medical diagnosis of Kawasaki disease and COVID-19. With the aim of identifying the present nursing problems and managing the comprehensive care of the pediatric patient. The Marjory Gordon functional pattern assessment framework was used for data collection, with which thirteen nursing diagnoses were identified and the following diagnoses were prioritized: Hyperthermia related to disease (Kawasaki Syndrome) related to irritability, hot skin when touch, flushing, tachycardia (HR: 152x), Tachypnea (FR: 35x), fever (T: 38.5); Acute pain related to injury by biological agents (diarrhea, Kawasaki syndrome) evidenced by self-report of intensity with Wong-Baker scale: 8 (It hurts a lot), indicates that the abdomen hurts, indicates epigastrium, facial expression of pain, expressive behavior (crying) and Risk of decreased cardiac output related to altered heart rate (HR tachycardia: 152x), altered heart rhythm, Kawasaki syndrome. Nursing care plans were proposed and the planned interventions and activities were carried out. As a result of the administered interventions, a change score of +2, +2 and 0 was obtained. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, which allowed to provide quality care for the critical pediatric patient. Finally, the nursing care process was of benefit to the patient since good health results were achieved and improvements in the bio-psycho-socio-spiritual well-being of the patient were achieved.

Key words: nursing care process, Kawasaki disease, Covid-19, pediatric critical patient.

Introducción:

El grupo de estudio de reumatología de la Sociedad Italiana de Pediatría, el 24 de abril del 2020 pronunció una alerta al gremio médico ante el aumento de casos de enfermedad de Kawasaki atípicos o incompletos con mayor resistencia a la inmunoglobulina intravenosa, predispuesto hacia el síndrome de activación macrofagia y su posterior ingreso a UCIP. En la mayoría de niños estudiados, se pudo evidenciar mediante laboratorio una infección reciente por SARS-CoV2 o que contaban como contacto un familiar positivo al virus. Dos días después, el Colegio Real de Pediatría y Salud del Niño y la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Reino Unido emitieron una alerta mediante su página web, debido al incremento de niños de diversas edades en Londres y otras regiones del Reino Unido, de cuadros clínicos con hallazgos de Kawasaki atípico y síndrome de shock tóxico, principalmente (Garrido-García et al., 2018).

Recientemente, en Estados Unidos en la ciudad de Nueva York, se reportó 15 infantes internados con cuadros clínicos relacionados al síndrome inflamatorio multisistémico que se daría por el COVID-19, los niños presentaron fiebre y manifestaciones del síndrome de choque tóxico o características de la EK.

Debido a que nos enfrentamos a un nuevo padecimiento, las investigaciones relacionadas al COVID-19 están constantemente actualizadas a medida que avanzan los estudios de casos. (Vivanco-Vidal et al., 2020).

Los enfermeros se caracterizan por proporcionar un cuidado general basados en conocimientos y técnicas específicas que permiten al enfermero desarrollar un método de trabajo propio con un cuidado humanizado; el proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático que brinda los cuidados humanizados y con

evidencia científica, el cual nos permite diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar de una manera general al paciente (K.Miranda et al., 2019).

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis febril aguda que se da durante la niñez que afecta principalmente los vasos de pequeño y mediano calibre (Casuriaga et al., 2018). Su etiología es desconocida, pero se estima que adquiere un origen infeccioso y que afecta a personas genéticamente susceptibles. La EK es más frecuente en los varones en relación aproximada de 1.5:1 y afecta principalmente a las edades entre 6 meses y 5 años de edad, con un pico de incidencia alrededor de los 9-11 meses (OMS, 2019).

Según Carrasco Castillo et al. (2020) la EK se determina clínicamente por la presencia de adenopatía cervical, exantema, edema en las extremidades, eritema de la mucosa oral y de labios, conjuntivitis no supurativa bilateral y fiebre. Para el diagnóstico de la enfermedad de kawasaki «clásica» se determina en pacientes que presenten durante cinco días fiebre, además tener por lo menos cuatro de cinco criterios clínicos a falta de un diagnóstico alternativo.

Una de las complicaciones cardíacas, más relevantes, es el desarrollo de lesiones coronarias, que representa el 15 al 25% de los casos no tratados oportunamente (Garrido-García et al., 2018).

El diagnóstico se establece en criterios clínicos, no obstante, por la atípica manifestación del cuadro clínico, se llega a manifestar problemas diagnósticos que demoran en la selección del plan de tratamiento, haciendo el pronóstico negativo para el paciente. El desarrollo de la enfermedad de Kawasaki se determina por tres etapas: aguda, subaguda y convalecencia. La primera y segunda semana se identifica a la primera fase —la etapa aguda—; se manifiesta principalmente por fiebre y cuadros clínicos propios de la misma enfermedad. Puede presentarse pericarditis y miocarditis. En la etapa subaguda se inicia con la desaparición de la erupción

cutánea y la defervescencia; permaneciendo la irritabilidad, hiperemia conjuntival y anorexia; esta etapa puede durar hasta cuatro semanas, prevaleciendo un gran riesgo de muerte súbita o aneurismas de arterias coronarias. La última etapa, la de convalecencia se dilata hasta la disminución de la gran mayoría de manifestaciones y culmina con la regulación de la velocidad de eritosedimentación, esto en la sexta a octava semana de iniciada la enfermedad. En esta última fase surge también la característica descamación de pies y manos (Casuriaga et al., 2018).

Por otro lado, según Silva-Rengifo et al. (2020) refieren que en las últimas semanas se publicaron investigaciones que discuten sobre una enfermedad parecida a Kawasaki o síndrome de inflamación multisistémica y su relación con el COVID-19 en niños.

Es por ello, que “el personal de enfermería debe tener el conocimiento suficiente, para comprender la anatomía y fisiología de los defectos congénitos” (Sánchez et al.2007), todo esto es indispensable para poder brindar cuidados oportunos, eficientes y de calidad, la enfermera debe ser capaz de detectar complicaciones reales y adelantarse a futuras complicaciones de riesgo.

Mediante el presente estudio, se propone una serie de intervenciones de enfermería para el manejo integral del cuidado a pacientes con diagnóstico de Kawasaki en pediatría.

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, cuyo método es el proceso de atención de enfermería que, según, Reina G. (2010), indica es de los más significativos soportes metodológicos de la conducta del profesional de enfermería, es cimentado en el método científico, ya que parte del contexto, experiencias y datos, donde se evalúa una situación de salud; también, se plantea un problema que se diagnostica, y se ejecuta actividades

después de una revisión del tema establecido en evidencia científica; asimismo, se expone una meta que se asemeja a la hipótesis, realizando una planeación y ejecución de actividades, finalmente, se compara y evalúa resultados para registrarlos.

Igualmente, se dice que el enfermero encamina su labor al cuidado del ser humano apoyado en el PAE, mediante el cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones; además, se considera la seguridad e integralidad, así como los cuidados requeridos en diversas etapas y diferentes escenarios. Siendo así que, la atención brinda un transcurso de intercambio entre el cuidador y el ser cuidado, el primero obtiene el rol principal y activo debido a las múltiples actividades y conductas para el cuidado. El segundo, ser cuidado, tiene un rol más pasivo y en función de su realidad, puede contribuir y ser responsable de su cuidado en situaciones de educación (Miranda-Limachi et al., 2019).

El sujeto, de estudio, es a paciente de 5 años de edad, con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki y Covid19, seleccionada a conveniencia de la investigadora. Se aplicó el proceso de atención de enfermería a través de sus 5 etapas iniciándose con la valoración integral de la paciente, utilizando el marco de valoración de Marjori Gordon que consta de 11 patrones funcionales de salud, el mismo que fue validado por expertos del área de Pediatría; después del análisis crítico de los datos significativos se formularon 13 diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía II de NANDA I; así mismo para la etapa de planificación de los cuidados se utilizó las taxonomías NOC y NIC, luego de la etapa de ejecución, se culminó con la evaluación a través de la diferencia de puntuaciones final y basal.

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: RNYP

Sexo : femenino

Edad : 5 años

Días de atención de enfermería: 1 día

Fecha de valoración: 18/08/21

Motivo de ingreso y diagnóstico médico

Paciente quejumbrosa, con fiebre (39.5) hace 4 días, dolor abdominal a predominio mesogastrio, hiporexia, rash en abdomen, piernas y manos; acudió a un policlínico donde recibió dicloxacilina; persistiendo los síntomas acude a hospital.

Diagnóstico médico

Síndrome inflamatorio multisistémico secundario a COVID- 19.

Síndrome mucocutáneo linfonodular (Kawasaki).

Descripción de los patrones funcionales de salud

Patrón I: Percepción – control de la salud

Paciente pediátrico de sexo femenino, la madre refiere que su hija no tiene ninguna enfermedad congénita, ni cirugías previas, ni ha sido hospitalizada antes, su estado de higiene es regular, tiene como antecedentes familiares un tío con prueba molecular COVID-19 (positivo) hace un mes; el padre refiere que su hija salió muchas veces a la calle sin protección. No tiene alergias, no toma ninguna medicación. Tiene las vacunas completas según su edad.

Patrón II: Nutricional metabólico

Paciente pediátrico de sexo femenino, con presencia de infección conjuntival bilateral no purulenta, hemorragia conjuntival derecha, mucosas orales intactas y secas; no presenta lengua aframbuesada, eritema labial, dentadura completa, Peso: 21.300 kilos, hiporexia, vómitos (2 veces) aproximadamente 100cc, con características alimenticias, piel ligeramente pálida; presenta lesiones maculares eritematosas en cuello, abdomen, región inguinal, en manos y extremidades inferiores; también, presenta hipertermia (temperatura de 38.5° C), abdomen blando depresible, ligeramente distendido, doloroso a la palpación difusa a predominio en epigastrio, ruidos hidroaéreos aumentados. Escala de Norton de 18 pts (no riesgo). Exámenes de laboratorio alterados: hemoglobina de 10,8 g/l, leucocitos 11,648 g/l, PCR 290 g/l, dímero D: 2.2, TP: 18, TTPA: 54.

Patrón III: Eliminación

Paciente pediátrico de sexo femenino, con flujo urinario normal, orina colúrica, micción espontánea con apoyo de pañal, En el día realizo 3 veces deposiciones líquidas amarillentas, sin presencia de moco, ni sangre. Diarrea desde hace dos días. La madre refiere que normalmente hace dos cámaras de deposición al día.

Patrón IV: Actividad – ejercicio

Actividad respiratoria

Paciente pediátrico con tórax simétrico, ventilando espontáneamente FiO2 21%, frecuencia respiratoria 35x, taquipnea, SatO2: oscila entre 98% y 99%; a la auscultación no presencia de ruidos agregados, ni uso de músculos respiratorios. Tos esporádica, con secreciones transparentes y líquidas, no necesita oxigenoterapia.

Actividad circulatoria

Presencia de taquicardia, FC: 152 x', PA: 90/50 mm Hg, ritmo cardíaco irregular, no presenta edemas, llenado capilar < 2'', riego periférico normal; presencia de catéter periférico en miembro superior derecho del dorso de la mano permeable, sin signos de flebitis.

Actividad capacidad de autocuidado

Capacidad de autocuidado: II y III, dependiente y con ayuda del personal (movilización en cama, deambula, asimismo, va al baño/bañarse, toma alimentos y se viste), presenta fuerza muscular conservada, la movilidad de miembros conservada. Escala de J.H. Downton: alto riesgo.

Patrón V: Descanso – sueño

Paciente pediátrico de sexo femenino, no duerme (4-6 horas en el día), no uso de medicamentos para dormir, ni problemas para dormir como antecedente. Motivo principal, la separación con los padres y la fiebre.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo

Paciente pediátrico despierta, orientada, quejumbrosa, irritable, conectada con su entorno, activa, obedece ordenes; escala de Glasgow 15 puntos, pupilas isocóricas, foto reactivas, no presencia de alteraciones visuales, auditivas, ni de lenguaje. Evaluación de dolor según Wong-Baker: 8 (duele mucho), paciente indica que le duele el abdomen, señala epigastrio.

Patrón VII: Autopercepción – autoconcepto

Paciente pediátrico —femenino— activa, irritable, temerosa, llanto persistente, participación de la paciente en las actividades diarias, sabe que se encuentra en un hospital para que la curen.

Patrón VIII: Relaciones – rol

Paciente se relaciona con su entorno, vive con sus padres, recibe visitas (por el momento es restringido por la pandemia), relación afectiva con los padres, relación temerosa con el personal, familia nuclear.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción

Paciente con anatomía reproductiva femenina normal, no lesiones, no secreciones anormales en genitales.

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

Paciente activa, irritable, temerosa con el personal de salud, colabora con las actividades diarias, sola en su unidad, no se permite el ingreso de los padres (área de aislamiento), comunicación por vía telefónica.

Patrón XI: Valores y creencias

Paciente bautizada de bebé en la iglesia católica, padres católicos, no tienen ninguna restricción religiosa, los padres solicitan visita del capellán/sacerdote.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: hipertermia (00007)

Características definitorias: irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5).

Factor relacionado: enfermedad (síndrome Kawasaki).

Enunciado diagnóstico: hipertermia relacionada a enfermedad (síndrome Kawasaki) evidenciado por irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5).

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo (00132)

Características definatorias: autoinforme de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele mucho), indica que le duele el abdomen, señala el epigastrio, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto).

Factor relacionado: lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki)

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki) evidenciado por autoinforme de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele mucho), indica que le duele el abdomen, señala el epigastrio, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto).

Tercer Etiqueta diagnóstica:

riesgo de disminución del gasto cardíaco (00240)

factor relacionado: alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152 x ^), alteración del ritmo cardíaco asociado a síndrome de Kawasaki.

Enunciado diagnóstico: riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardíaco, síndrome de Kawasaki.

Planificación

Primer diagnóstico

Hipertermia relacionada a enfermedad (síndrome Kawasaki) evidenciado por irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5).

Resultados esperados

NOC (0800): termorregulación

Indicadores

080017 frecuencia cardíaca apical

080012 frecuencia de pulso radial

080013 frecuencia respiratoria

080015 comodidad térmica referida

080001 temperatura cutánea aumentada

080019 hipertermia

080005 irritabilidad

080007 cambios de coloración cutánea.

Intervenciones de enfermería

NIC Manejo de la medicación (2380)

Actividades

238001 Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o protocolo.

238002 Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

NIC Manejo de líquidos (4120)

Actividades

412001 Vigilar el estado de hidratación.

412002 Monitorizar el estado hemodinámico.

412003 Monitorizar los signos vitales.

Segundo diagnóstico

[00132] Dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki) evidenciado por autoinforme de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele mucho), indica que le duele el abdomen, señala el epigastrio, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto) (NANDA, 2020).

Resultados esperados

NOC: Nivel del dolor (2102)

Indicadores

210201 dolor referido

210221 frotarse el área afectada

210206 expresiones faciales de dolor

210208 inquietud

210223 irritabilidad

210225 lágrimas

210227 náuseas

210210 frecuencia respiratoria

210211 frecuencia cardiaca apical

210220 frecuencia del pulso radial

210214 sudoración

Intervenciones de enfermería

NIC Administración de medicación (2300)

Actividades:

230001 Realizar una valoración del paciente para determinar la necesidad del fármaco si es apropiado.

230002 Prescribir o recomendar los medicamentos, según corresponda, de acuerdo con la autoridad prescriptora.

NIC Manejo del dolor: agudo (1410)

Actividades

141001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor; incluyendo la localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

141002 Utilizar un método de valoración adecuado, según el nivel de desarrollo, permitiendo el seguimiento de los cambios del dolor.

NIC Manejo ambiental: confort (6482).

Actividades

648201 Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

648202 Proporcionar un ambiente limpio y seguro.

Tercer diagnóstico

[00240] Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardiaco, síndrome de Kawasaki.

Resultados esperados

NOC: Efectividad de la bomba cardiaca (0400).

Indicadores

040002 frecuencia cardiaca

040006 pulsos periféricos

040020 gasto urinario

040022 equilibrio de la ingesta y excreción en 24 horas

040010 arritmia

040011 ruidos cardiacos anómalos

040016 náuseas

040033 rubor.

Intervenciones de enfermería

NIC Manejo de la medicación (2380)

Actividades

238001 Determinar cuales son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o protocolo.

238002 Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

NIC Manejo de líquidos/electrolitos (2080).

Actividades

208001 Mantener un correcto balance hídrico, llevando un registro preciso de entradas y salidas.

208002 Valorar si existe síntomas o signos de retención de líquidos.

208003 Explorar las mucosas bucales, escleras y piel de paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico.

208004 Vigilar los signos vitales según corresponda.

208005 Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquido o deshidratación.

NIC Monitorización de los signos vitales (6680)

Actividades

668001 Monitorizar el pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.

668002 Valorar constantemente la temperatura, humedad y color de la piel.

668003 Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.

Evaluación

Referente a la evaluación se logró los resultados esperados según como se menciona a continuación:

Primer diagnóstico (Dx1)

(00007) Hipertermia relacionada a enfermedad (síndrome Kawasaki) relacionado a irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5).

NOC1: Puntuación de cambio +2. Asimismo, se observó logros en los siguientes indicadores:

080010 Sudoración por el calor: se encontraba en la escala moderadamente comprometido (3) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala levemente comprometido (4), logrando una puntuación de +1.

080017 Frecuencia cardíaca apical: se encontraba en la escala sustancialmente comprometido (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala moderadamente comprometido (3), logrando una puntuación de +1.

080012 Frecuencia de pulso radial: se encontraba en la escala sustancialmente comprometido (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala moderadamente comprometido (3), logrando una puntuación de +1.

080013 Frecuencia respiratoria: se encontraba en la escala sustancialmente comprometido (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala levemente comprometido (4), logrando una puntuación de +2.

080001 Temperatura cutánea aumentada: se encontraba en la escala sustancial (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala leve (4), logrando una puntuación de +2.

080019 Hipertermia: se encontraba en la escala grave (1) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala leve (4), logrando una puntuación de +3.

080005 Irritabilidad: se encontraba en la escala grave (1) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala moderado (3), logrando una puntuación de +2.

080007 Se encontraba en la escala sustancial (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala moderado (3), logrando una puntuación de +1.

080014 Deshidratación: se encontraba en la escala sustancial (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala leve (4), logrando una puntuación de +1.

Segundo diagnóstico (Dx2)

(00132) Dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki) evidenciado por auto-informe de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele

mucho), indica que le duele el abdomen, señala el epigastrio, expresión facial de dolor y conducta expresiva (llanto).

NOC1: Puntuación de cambio +2. Asimismo, se observó logros en los indicadores, siguientes:

210201 Dolor referido: se encontraba en la escala moderado (3) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala leve (4), logrando una puntuación de +1.

210206 Expresiones faciales de dolor: se encontraba en la escala sustancial (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala leve (4), logrando una puntuación de +2.

210208 Inquietud: se encontraba en la escala grave (1) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala moderado (3), logrando una puntuación de +2.

210223 Irritabilidad: se encontraba en la escala grave (1) y luego de las intervenciones se encontró en la escala moderado (3), logrando una puntuación de +2.

210225 Lágrimas: se encontraba en la escala sustancial (2) y luego de las intervenciones se encontró en la escala leve (4), logrando una puntuación de +2.

210210 Frecuencia respiratoria: se encontraba en la escala desviación sustancial del rango normal (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala desviación leve del rango normal (4), logrando una puntuación de +2.

210211 Frecuencia cardiaca apical: se encontraba en la escala desviación sustancial del rango normal (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala desviación moderada del rango normal (3), logrando una puntuación de +1.

210220 Frecuencia del pulso radial: se encontraba en la escala desviación sustancial del rango normal (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala desviación moderada del rango normal (3), logrando una puntuación de +1.

210214 Sudoración: se encontraba en la escala desviación moderada del rango normal (3) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala desviación leve del rango normal (4), logrando una puntuación de +1.

Tercer diagnóstico (Dx3)

(00240) Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardiaco, síndrome de Kawasaki.

NOC1: Puntuación de cambio +0. También, se observó logros en los indicadores siguientes:

040002 Frecuencia cardiaca: se encontraba en la escala desviación sustancial del rango normal (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala desviación moderada del rango normal (3), logrando una puntuación de +1.

040022 Equilibrio de la ingesta y excreción en 24 horas: se encontraba en la escala desviación moderada del rango normal (3) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala desviación leve del rango normal (4), logrando una puntuación de +1.

040016 Nauseas: se encontraba en la escala sustancial (2) y luego de las intervenciones, se encontró en la escala moderado (3), logrando una puntuación de +1.

Resultados

En el estudio se identificó 13 diagnósticos, de los cuales, se priorizó el diagnóstico de hipertermia relacionada a enfermedad (síndrome Kawasaki) relacionado a irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5); dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki) evidenciado por auto informe de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele mucho), indica que le duele el abdomen, señala el epigastrio, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto) y riesgo de

disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardiaco y síndrome de Kawasaki. Se plantearon planes de cuidados de enfermería y se ejecutan las intervenciones y actividades planificadas. Como resultado de las intervenciones administradas, se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2 y 0.

Discusión

En el primer diagnóstico de hipertermia

Hipertermia relacionada a enfermedad (síndrome Kawasaki) evidenciado por irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5).

Se define como hipertermia a la temperatura corporal central superior al rango normal a causa de la falla de la termorregulación (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Potter et al. (2019) específica a la hipertermia como el aumento de la frecuencia cardiaca como respuesta a la disminución de la presión arterial que produce la vasodilatación periférica y aumento del metabolismo, es por eso que, la profundidad respiratoria y la frecuencia cardiaca se incrementa con el objetivo de incrementar las pérdidas de la transpiración por el calor.

Asimismo, la hipertermia se encuentra asociada con un daño directo al hipotálamo que, por ende, afecta al ciclo circadiano y se identifica por temperatura muy persistente y elevada con poca respuesta a los antipiréticos (Sánchez-Díaz et al., 2017).

Según NANDA (2020) las características definitorias para el diagnóstico de hipertermia son el aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal, piel enrojecida, caliente al tacto, frecuencia respiratoria aumentada, taquicardia y convulsiones. En el caso del paciente pediátrico de estudio se puede observar en la valoración que presenta las siguientes

características definitorias, irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:125x), taquipnea (FR:35x), fiebre (T:38.5).

La fiebre en los pacientes pediátricos se denomina al aumento de la temperatura corporal por encima de los rangos normales, es decir, a partir de los 37,5°C (Escobar Tobón et al., 2018).

Además, la hipertermia se determina como el alza de temperatura corporal mandado por el hipotálamo como centro regulador. Los factores etiológicos suelen sobrepasar la capacidad del mecanismo fisiológico de la regulación de temperatura, como la producción y reducción del calor secundario a una patología presente (Romero-González et al., 2017).

Por lo tanto, la respuesta como parte de la reacción de la fase aguda es la respuesta inflamatoria que involucra una compleja relación de fenómenos autónomos conductuales y neuroendocrinos que se manifiesta con taquicardia e irritabilidad (Concha Murray & Hirsch Birn, 2015).

El diagnóstico enfermero, se relaciona con la continuidad de la enfermedad que en paciente pediátrico (lactante), el cual, se manifiesta comúnmente en patologías agudas y crónicas.

Asimismo, mediante la fiebre, el cuerpo humano se defiende de agresores llamados pirógenos exógenos que tienen la función de inducir la fiebre y mediante esta destruir los microorganismos que pretenden atacar el sistema inmunológico (Escobar Tobón et al., 2018).

En la intervención, manejo de la medicación, presenta como actividades el determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o protocolo y observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas (H. K. Butcher et al., 2019).

El mecanismo de acción antipirético, se basa en la inhibición de síntesis y liberación de prostaglandinas a nivel hipotálamo. Casi todas las prostaglandinas, excepto la I₂, son pirogénicas. Paradójicamente, la intoxicación con salicilatos puede producir elevación de la temperatura corporal por aumento del consumo de oxígeno y de la tasa metabólica, aparentemente por desacople de la fosforilación oxidativa (Gómez, 2018).

Se debe observar y valorar la respuesta a los antipiréticos. Para conocer la efectividad del antipirético, los efectos secundarios y los signos de reacción (Almonacid, 2018).

La intervención manejo de líquidos presenta como actividades el vigilar el estado de hidratación, monitorizar el estado hemodinámico y monitorizar los signos vitales. (H. K. Butcher et al., 2019).

Según, Potter et al. (2019), las intervenciones de enfermería, se establecen en poder recurrir a técnicas de termorregulación para controlar la temperatura, retirar las prendas del paciente, para favorecer la pérdida del calor por evaporación, permitiendo que el cuerpo se refresque por medio de la evaporación del sudor. Los medios físicos también serán de ayuda por la conducción y control de la temperatura. Estas dos técnicas permitirán al paciente regular su temperatura corporal y mantenerla dentro de los rangos normales, además, el monitoreo y control cada 2 horas de temperatura o cuando sea necesario, así se podrá identificar posibles diagnósticos. Monitorizar el estado hemodinámico por medio de la piel, observar constantemente el color: si hay rubor existe hipertermia y la piel se encuentra caliente; y si hay hipotermia existe palidez a azulado cianótico poniéndose la piel fría por la disminución del flujo sanguíneo, la temperatura y humedad de la piel (Crespo, 2018).

Durante la hipertermia es necesario el monitoreo de funciones vitales, ya que aumenta el pulso como respuesta de la disminución de la presión arterial por la vasodilatación periférica y

consecuencia del aumento del metabolismo. La frecuencia y profundidad respiratoria aumentarán teniendo como objetivo incrementar la pérdida de calor por la transpiración (Hinkle Suddarth & Cheever Brunner, 2019).

Dolor agudo

Se define a la experiencia emocional y sensorial desagradable causada por un daño tisular real o potencial, o manifestada en términos de dicho daño; de inicio lento o repentino de diferente intensidad, leve o grave, con un final predecible o anticipado, y con duración menor a 3 meses (NANDA internacional, 2018).

La International Association for the study of pain (IASP) refiere que el dolor es una experiencia sensorio-emocional nada agradable. El dolor es subjetivo y permanecerá en un individuo enfermo que mencione verbalmente dolor (López Forniés et al., 2015); así mismo Díaz (2017) refiere que el dolor agudo se produce durante alguna enfermedad o al realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Según, NANDA (2020), las características definatorias del dolor agudo son los siguientes: auto informe de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, cambio de parámetros fisiológicos, cambios en el apetito, centrado en sí mismo, conducta defensiva, conducta expresiva, conducta protectora, conductas de distracción, desesperanza, diaforesis, dilatación pupilar, enfocado en sí mismo, expresión facial del dolor, informe de una persona autorizada sobre actitudes de dolor/ cambios de actividad, postura para aliviar el dolor. En el caso de la paciente de pediatría en estudio, se puede observar en la valoración autoinforme de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele mucho), indica que le duele el abdomen, señala la región epigástrica, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto).

Por lo tanto, el dolor agudo es el resultado sensorial inmediato de la activación del sistema nociceptivo, como alarma emitida por cada sistema protector de cada organismo. El dolor agudo tiene origen en la mayoría de casos por el daño tisular visceral o somático que se establece en el curso del tiempo en el proceso de cicatrización, y reparación de la lesión causal del dolor. Si no existen complicaciones, el dolor desaparece con la reparación de la lesión que la desencadenó (López Forniés et al., 2015).

La intervención de la administración de medicación presenta como actividades el realizar una valoración del paciente para determinar la necesidad del fármaco, si es apropiado prescribir o recomendar los medicamentos, según corresponda y de acuerdo con la autoridad prescriptora. (H. K. Butcher et al., 2019).

Las intervenciones de enfermería a realizar frente a este problema, se establecen en valorar la frecuencia e intensidad del dolor, mediante esto conocer las repercusiones del mismo y poner en marcha estrategias efectivas de tratamiento (Alcudia Corrector et al., 2012).

El monitoreo de la intensidad del dolor irá acompañada a la gravedad de la enfermedad. Por tanto, la evaluación de la intensidad es indispensable para el paciente como para el personal de salud. Se necesita para tratar el dolor, elección del tratamiento; el analgésico dependerá de la intensidad del dolor (Benito Fernández et al., 2020).

La intervención del manejo del dolor presenta como actividades el realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya la localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes; se debe utilizar un método de valoración adecuado, según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor. (H. K. Butcher et al., 2019).

Es importante valorar el dolor, según escalas pediátricas como la escala de caras de Wong-Baker, esta ofrecerá que los niños colaboren valorando su propio dolor, indicando mediante expresiones faciales, la numeración e intensidad de dolor más cercano al que puedan tener. Esto les brinda autonomía y capacidad de interpretar su dolor (De Los Reyes Corrales, 2017).

La intervención de manejo ambiental/confort presenta como actividades el atender inmediatamente la llamada de timbre que siempre debe estar al alcance del paciente, crear un ambiente tranquilo y de apoyo, proporcionar un ambiente limpio y seguro, ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible (H. K. Butcher et al., 2019).

Otra, de las intervenciones, es de estimular al infante a ejecutar técnicas de relajación, se debe recalcar que el tratamiento analgésico no debe ser prioridad, se debe buscar otros métodos para disminuir el dolor, resulta indispensable actuar sobre los síntomas asociados como el componente emocional y social del dolor (Benito Fernández et al., 2020).

En los infantes la distracción es un soporte para disminuir el dolor agudo y crónico, se dirige la atención del paciente para que el dolor no sea tomado como prioridad, esta distracción favorecerá el éxito de las técnicas complementarias eficaces. Se sabe que la distracción disminuye la percepción del dolor, estimulando el sistema de control descendente, reduciendo la transmisión de estímulos dolorosos al cerebro (García Herrero et al., 2017).

Se considera a la relajación de los músculos esqueléticos un soporte para la reducción del dolor, ya que permite relajar los músculos tensos. Una práctica conocida y fácil de realizar es el relajar el diafragma mediante la respiración, que se da solicitando al paciente cerrar los ojos y respirar con comodidad y lentitud. Conservando un ritmo constante al contar con lentitud y silencio, conforme inspira y expira (Blanco et al., 2014).

Riesgo de disminución del gasto cardíaco

Hall y Guyton (2016) menciona que el gasto cardíaco es la cantidad que infunde el corazón cada minuto hacia la aorta, también, menciona que el gasto cardíaco es resultado de la frecuencia cardíaca por el volumen de sangre expulsado por el corazón en cada latido.

Así mismo, Ira Fox (2016) reafirma que cuando se menciona al gasto cardíaco habla de la capacidad de bombeo del corazón en función al volumen de sangre, eyectado por cada latido (volumen sistólico) y latidos por minuto (frecuencia cardíaca). Ambos se encuentran regulados por mecanismos intrínsecos al sistema cardiovascular y por el sistema nervioso autónomo.

Según NANDA (2020) presenta factores relacionados los cuales son la alteración de la contractilidad, alteración de la frecuencia cardíaca, alteración de la poscarga, alteración de la precarga, alteración del ritmo cardíaco, alteración del volumen de eyección; en el estudio clínico el factor relacionado que se eligió fue alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardíaco por síndrome de Kawasaki.

La frecuencia cardíaca es un elemento importante en el sostenimiento del GC, es significativo en los pacientes por ser el principal mecanismo de compensación hemodinámica del ser humano, el volumen sistólico es respectivamente fijo, y el GC depende en gran proporción de la frecuencia cardíaca que del volumen sistólico. Por esta razón, la respuesta inicial ante una disminución del volumen sistólico es la taquicardia, ya que es el mecanismo compensatorio más duradero y efectivo; la frecuencia cardíaca es un parámetro esencial, donde se evidencia la alteración del GC antes de que se originen otros síntomas y signos evidentes del mismo (Thibodeau & Patton, 2017).

Según, Lewis III (2020), las causas más frecuentes del GC son infecciones, sobrecarga de líquidos, post carga aumentada, desnutrición, arritmias, precarga disminuida y disfunción

miocárdica. Además, el autor enfatiza que los signos de la disminución del GC son la confusión, piel fría, debilidad, fatiga, ansiedad, mareos, disminución del gasto urinario, edema, alteraciones de los gases arteriales, taquipnea, disnea, frialdad distal, hipotensión, sudoración y taquicardia. La disminución del gasto cardiaco y de la presión arterial dependen entre sí, debido a que la disminución de uno conlleva a lo otro.

En la intervención manejo de la medicación presenta como actividades el determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o protocolo, observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente (H. K. Butcher et al., 2019).

La administración de una medicación que ocupe la función renal con la finalidad de mejorar la diuresis. La acción diurética resulta de la inhibición de la resorción de cloruro sódico del segmento del asa de Henle causando la excreción aumentada de sodio; presentándose el incremento de la excreción de orina y el incremento de la secreción de potasio del túbulo distal. La excreción de iones calcio y magnesio, también, resulta aumentada (Ministerio de sanidad, política, N.D, 2016).

Las intervenciones a efectuar frente a la situación se fundamentan en llevar un monitoreo de los signos vitales y supervisión de los mismos; según, De Los Reyes Corrales (2017), señala que son parámetros fundamentales que indican la situación interna en la que se encuentra el paciente. El monitoreo de los signos vitales es significativo cuando el gasto cardiaco se encuentra disminuido, ya que es importante en el estado clínico de un paciente crítico pediátrico.

En la intervención manejo de líquidos/electrolitos presenta como actividades el mantener un correcto balance hídrico, llevando un registro preciso de entradas y salidas, valorar si existe síntomas o signos de retención de líquidos, explorar las mucosas bucales, escleras y piel de

paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico; asimismo se debe vigilar los signos vitales según corresponda, monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. (H. K. Butcher et al., 2019).

El vigilar los ingresos y egresos llevando un registro estricto de la diuresis será una forma sencilla de estudiar la función renal, controlando la diuresis baja. Es necesario conocer un balance hídrico preciso para determinar la función renal y las necesidades de reposición hídrica, y reducir el riesgo de sobrecarga (Montoro et al., 2013).

El monitoreo de la diuresis, observar si existe oliguria, anuria o si la orina tiene un aspecto colúrico que nos permita ver que la dificultad del corazón para bombear la sangre en cantidades adecuadas hace que, en el riñón, al recibir menos sangre para depurar se genera menos orina (Aravena Aravena, 2018).

Valorar estado de hidratación, como la retención de líquidos y edemas; además controlar funciones vitales con la finalidad de valorar la progresión del edema que generalmente aparecen en los miembros inferiores, cara (Como las escleras y mucosas orales) y pared del abdomen, raras veces en serosas y excepcionalmente se presenta edema pulmonar secundario a insuficiencia ventricular izquierda inducida por hipertensión arterial. También, monitorizando constantemente, las funciones vitales para detectar a tiempo taquicardias e hipertensión arterial que generalmente suceden en estos casos (Montoro, Segarra, Lopez, & Monterde, 2013).

Igualmente, se va auscultar los sonidos pulmonares y cardiacos, esto con la finalidad de identificar el murmullo vesicular, ruidos bronco vesiculares, estertores, crepitantes y sibilancias que podrían indicar un congestionamiento por líquidos lo que deberá conllevar a una acción oportuna para evitar complicaciones (Cto, 2017).

La intervención de monitorización de los signos vitales presenta como actividades el monitorizar el pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda, valorar constantemente la temperatura, humedad y color de la piel y monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca (H. K. Butcher et al., 2019).

El monitoreo del niño, con disminución del gasto cardíaco, incluye la correcta interpretación y el análisis de los datos obtenidos con la valoración continua del paciente. En dicho análisis es indispensable tener en cuenta el valor normal de cada signo vital, el estado de desarrollo fisiológico y la capacidad de respuesta hemodinámica del niño según la edad (Ramos, 2014).

Referente a la piel, esta debe ser valorada periódicamente, en especial la temperatura y color, además, observar los pulsos distales y llenado capilar. Al inspeccionar la circulación y aspecto de la piel podremos reconocer si el gasto cardíaco es correcto o no, es fundamental el color de la piel, ya que esta nos indicará una correcta perfusión, además, la presencia de cianosis nos indicará hipotensión, la presencia de palidez podría indicar una mala perfusión periférica en la zona valorada, color amarillento, etc. El aspecto de la piel, elasticidad, hidratación no debe faltar en la valoración de cada paciente pediátrico crítico (Ciapés, 2015 citado por Flores Velásquez, 2019).

La estabilidad hemodinámica se evalúa por el equilibrio entre el gasto cardíaco, la volemia y las resistencias vasculares sistémicas. El gasto cardíaco está determinado por la frecuencia cardíaca y el volumen de eyección sistólico (VES); a su vez, el VES lo determina la precarga y su relación con el retorno venoso, la poscarga y la función cardíaca (Nieto, 2019).

Conclusiones

Se concluye que, el siguiente trabajo de investigación ha alcanzado el objetivo propuesto, identificando los problemas de enfermería presentes y gestionando el cuidado integral del paciente pediátrico crítico.

Se obtuvo como fallo final que de los tres diagnósticos prioritarios se alcanzaron buenos resultados en los dos primeros, como consecuencia de las intervenciones administradas, donde se obtuvo una puntuación de cambio +2, por otro lado, en el tercer diagnóstico prioritario vemos que a pesar de realizar intervenciones directas se observaron menos cambios diferenciales, haciendo una puntuación de cambio de 0. A pesar de ello, se realizaron intervenciones que contribuyeron a la mejoría del paciente, ya que la enfermedad de Kawasaki es de recuperación lenta, pero la atención al paciente fue oportuna y eficaz, disminuyendo de esta manera futuras complicaciones.

La importancia y efectividad del actuar del profesional de enfermería es fundamental en el empoderamiento en la línea de investigación y fundamento científico en la práctica del cuidado al paciente pediátrico crítico, haciendo que la labor del enfermero especialista sea fundamental en las cinco etapas correspondientes, lo que favorecerá a brindar un cuidado integral y de calidad al paciente pediátrico crítico y de fortalecer los conocimientos y bases científicas de nuevas generaciones.

Se logró aplicar el proceso de atención de enfermería, el cual permitió brindar un cuidado holístico, de calidad, calidez y sobre todo humanizado al paciente pediátrico crítico, encontrándose este en una situación vulnerable. Se intervino de manera oportuna ante los problemas encontrados, usando la herramienta diagnóstica y un plan de cuidados elaborado, teniendo resultados óptimos para el paciente y para futuras investigaciones similares.

Referencias

- Alcudia Corrector, C. M., Alonso Araujo, I., Álvarez Torrealba, M. J., Álvarez Velarde, S., Aparcero Vaz, C., Aponte Tomillo, I., Aranda Rodríguez, A., Arroyo Ruíz, A., Ayala Venegas, C., Bernal Herrera, P., Cabero Marín, A., Calleja Canales, M. T., Cano Rodríguez, I., Carmona Anguita, D., Carrión González, R., Cea López, R., Chávez Reyes, R., Clemente Delicado, W., & Correa López, M. C. (2012). *Manual de procedimientos Generales de Enfermería*. https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/manual-de-procedimientos_generales_enfermeria_huvr.pdf
- Benito Fernández, F. J., Martínez Mejías, A., Velasco Zúñiga, R., Fernández Santervás, Y., García Herrero, M. A., De La Rosa Sánchez, D., Guerra Díaz, J. L., Pérez Cánovas, C., & Storch de Gracia Calvo, P. (2020). *Serie: Protocolos de la AEP* (3ra ed.). Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. www.aeped.es/protocolos/
- Blanco, C., Estupiña, F., Labrador, F., Fernández Arias, I., Bernaldo de Quirós, M., & Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30(2), 403–411. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731188003.pdf>
- Carrasco Castillo, A., Cuatecontzi Romero, A., Zárate Morales, C. A., Grajales Morales, A. del C., & Ramírez Palacios, L. R. (2020). Enfermedad de Kawasaki y SARS-CoV-2, reporte de un caso. *Pediátricas: Alergia, Asma e Inmunología*, 29(2), 52–58. <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2020/al202c.pdf>
- Casuriaga, A., Giachetto, G., Gutiérrez, S., Martínez, V., García, A., Martínez, F., Olivera, N. De, & Boulay, M. (2018). Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.31134/AP.89.4.3>
- Concha Murray, I., & Hirsch Birn, T. (2015). *Manual de urgencias pediátricas* (1ra ed.). Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://booksmedicos.org/manual-de-urgencias-pediatricas-ida-concha-tamara-hirsch/>
- De Los Reyes Corrales, I. (2017). *Valoración del dolor en el paciente pediátrico hospitalizado. Revisión Narrativa*. [Universidad Autónoma de Madrid]. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680307/reyes_corrales_ines de lostfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680307/reyes_corrales_ines_de_lostfg.pdf?sequence=1)

- Díaz Díaz, J. (2017). Evaluación del dolor posoperatorio en niños. *MediSur*, 15(6), 758–760.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Escobar Tobón, A. L., Arias Valencia, M. M., & Salazar Maya, Á. M. (2018). Angustia en cuidadores de niños con fiebre: análisis del concepto. Modelo híbrido. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 65–78. <https://doi.org/10.22463/17949831.1402>
- Flores Velásquez, S. P. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con disfunción multiorgánica y sepsis de foco dérmico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Chiclayo, 2018. [Tesis de Segunda Especialidad]* [Universidad Peruana Unión].
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1837/Shirley_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- García Herrero, M. Á., González Alguacil, E., & Antúnez Segura, A. L. (2017). Manejo del dolor en Atención Primaria. In *14 Curso Actualización Pediatría* (Vol. 30, pp. 385–396). Lúa Ediciones. https://www.aepap.org/sites/default/files/385-396_manejo_del_dolor_en_ap.pdf
- Garrido-García, L. M., Peña-Juárez, R. A., & Yamazaki-Nakashimada, M. A. (2018). Manifestaciones cardiacas en la etapa aguda de la enfermedad de Kawasaki en un hospital pediátrico de tercer nivel en la Ciudad de México. *Revista de Gastroenterología de México*, 88(5), 441–446. <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2018.03.005>
- Gómez- Toscano, V., (2018). Indicaciones de antipireticos a pacientes pediátricos. *Acta Pediatr Mex.* 39(6):385-388
- Hall, J. E., & Guyton, A. C. (2016). *Fisiología Médica*.
<https://www.untumbes.edu.pe//bmedicina/libros/Libros10/libro125.pdf>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Casificación*. NANDA Internacional.
[https://s67d378623b10162d.jimcontent.com/download/version/1479845861/module/8986438569/name/NANDA 2015-201717.pdf](https://s67d378623b10162d.jimcontent.com/download/version/1479845861/module/8986438569/name/NANDA%202015-201717.pdf)
- Hinkle Suddarth, J. L., & Cheever Brunner, K. H. (2019). *Enfermería Medicoquirúrgica: Vol. I* (14va ed.). Wolters Kluwer. [https://www.berri.es/pdf/BRUNNER Y SUDDARTH ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA, 2 Vols./9788417370350](https://www.berri.es/pdf/BRUNNER%20Y%20SUDDARTH%20ENFERMERIA%20MEDICOQUIRURGICA,%202%20Vols./9788417370350)

- Ira Fox, S. (2016). CAPÍTULO 14: Gasto cardiaco, flujo sanguíneo y presión arterial. In *Fisiología Humana* (14ed ed.). McGraw Hill Medical.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2163>
- Lewis III, J. L. (2020, June). *Sobrecarga hídrica - Trastornos endocrinológicos y metabólicos*. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-endocrinologicos-y-metabolicos/metabolismo-hidrico/sobrecarga-hidrica>
- López Forniés, A., Iturralde García de Diego, F., Clerencia Sierra, M., & Ortiz De Landázuri, J. G. (2015). CAPÍTULO 71: Concepto de dolor. In *Dolor: Tratado de Geriátria para Residentes* (11va ed., pp. 721–731). http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 374–389.
<https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.4.623>
- NANDA. (2020). *Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020*. SalusPlay. <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/>
- NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. (2019). In *Biblioteca San Juan de Dios* (11th ed.). Elsevier España S.L.U. <https://bibliosjd.org/2019/11/04/nanda-2018-2020-nueva-edicion/#.X6MXzGhKjcc>
- NANDA Internacional. (2018). La Cuidadología es la ciencia del cuidado. *NANDA 2018-2020 - El Diagnóstico Enfermero*. <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2017/08/nanda-2018-2020.html>
- Nieto, O., Sanchez, J., Solorzano, A., Marquez, E. (2019). Fluidoterapia intravenosa guiada por metas. *Med. Int Mex.*; 35(2):235-250. <https://doi.org/10.24245/mv3Si2.2337>
- OMS. (2019). *Guía para el manejo integral del recién nacido grave*.
https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=773-guia-para-el-manejo-integral-del-recien-nacido-grave&category_slug=boletines-en-web&Itemid=518
- Orellana-Centeno, J. E., Morales-Castillo, V., & Gonzáles-Osorio, M. (2018). Escala Visual Análoga Wong-Baker FACES® y su Utilidad en la Odontología Infantil. *Salud y*

- Administración*, 5(15), 51–57. <https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.4.623>
- Potter, P., Griffin Perry, A., & Stockert, P. (2019). *Fundamentos de enfermería* (9na ed.). Elsevier. <https://tienda.elsevier.es/fundamentos-de-enfermeria-9788491134510.html>
- Ramos, J., (2014). Síndrome de bajo gasto cardíaco en el niño en estado crítico, consideraciones para enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Vol.22, Num.3.
- Reina G, N. C. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*, 17, 18–23. <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Romero-González, J., Carrillo-Esper, R., Meza-Márquez, J., Sosa-García, J., Romero-González, J., Carrillo-Esper, R., Meza-Márquez, J., & Sosa-García, J. (2017). Actualidades en el tratamiento de la fiebre en el paciente con sepsis y choque séptico: controversias y recomendaciones basadas en evidencia. *Medicina Interna de México*, 33(1), 99–108. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100099&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sánchez-Díaz, J. S., Martínez-Rodríguez, E. A., Peniche-Moguel, G., Huanca-Pacaje, J. M., López-Guzmán, C., & Calyeca-Sánchez, M. V. (2017). Fiebre en el paciente críticamente enfermo: ¿tratar o no tratar? *Medicina Interna Mexicana*, 33(1), 48–60. <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n1/0186-4866-mim-33-01-00048.pdf>
- Silva-Rengifo, C., Velásquez-Sotomayor, M., & Barboza, J. J. (2020). Fin del confinamiento y enfermedad similar a Kawasaki en niños: a propósito de COVID-19. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 404–406. <https://doi.org/10.35663/AMP.2020.373.981>
- Thibodeau, G. A., & Patton, K. T. (2017). *Estructura y función del cuerpo humano* (15va ed.). Elsevier Castellano. <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491130819/Estructura+Y+Función+Del+Cuerpo+Humano+Ed+15º>
- Vivanco-Vidal, A., Saroli-Araníbar, D., Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C., & Noé-Grijalva, M. (2020). Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación En Psicología*, 23(2), 197–215.

Apéndice

Apéndice A

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 enfermero aplicado a paciente con Dx., enfermedad de Kawasaki y COVID-19 del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un instituto nacional de Lima, 2021”, El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales R. N. Y. P. Este trabajo académico está siendo realizado por la Mtra. Zoila Lucas Videira, bajo la asesoría de la Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas. 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, existe 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 B.

Plan de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Hipertermia relacionada a enfermedad (Síndrome Kawasaki) relacionado a irritabilidad, piel caliente al tacto, rubor, taquicardia (FC:152x), Taquipnea (FR: 35x), fiebre (T:38.5).	Resultado: Termorregulación.	2	Mantener en 3	Intervención: manejo de la medicación		4	+2
			Aumentar a 4	Actividades			
	Escala: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5).			Determinar cuáles son los fármacos necesarios, y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o protocolo.	M-T-N		
				Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.	M-T-N		
	Indicadores			Intervención: manejo de líquidos			
	Sudoración con el calor	3		Actividades		4	
	Frecuencia cardíaca apical	2		Vigilar el estado de hidratación.	M-T-N	3	
	Frecuencia de pulso radial	2		Monitorizar el estado hemodinámico.	M-T-N	3	
	Frecuencia respiratoria	2		Monitorizar los signos vitales.	M-T-N	4	
	Comodidad térmica referida	4				4	
Escala: Grave (1) a ninguno (5).							

	Indicadores						
	Temperatura cutánea aumentada	2				4	
	Hipertermia	1				4	
	Irritabilidad	1				3	
	Cambios de coloración cutánea	2				3	
	Deshidratación	2				4	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Dolor agudo relacionado a lesión por agentes biológicos (diarrea, síndrome de Kawasaki) evidenciado por auto informe de intensidad con escala Wong-Baker: 8 (duele mucho), indica que le duele el abdomen, señala el epigastrio, expresión facial de dolor, conducta expresiva (llanto).	Resultado: nivel del dolor	2	Mantener en: 3	Intervención: administración de medicación.		4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades			
	Escala: grave (1) ninguno (5)			Realizar una valoración del paciente para determinar la necesidad del fármaco si es apropiado.	M-T-N		
				Prescribir o recomendar los medicamentos, según corresponda, de acuerdo con la autoridad prescriptora.	M-T-N		
	Indicadores: dolor referido	3		Intervención: manejo del dolor			
			Actividades			4	

	frotarse el área afectada	3		Realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya la localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.	M-T-N	3	
	Expresiones faciales de dolor	2		Utilizar un método de valoración adecuado, según el nivel de desarrollo, que permita el seguimiento de los cambios del dolor.	M-T-N	4	
	Inquietud	1		Intervención: manejo ambiental: confort		3	
	Irritabilidad	1		Actividades		3	
	Lágrimas	2		Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.	M-T-N	4	
	Náuseas	4		Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	M-T-N	4	
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)						
	Indicadores:						
	Frecuencia respiratoria	2				4	
	Frecuencia cardiaca apical	2				3	
	Frecuencia del pulso radial	2				3	
	Sudoración	3				4	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado a la alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia FC: 152x), alteración del ritmo cardíaco, síndrome de Kawasaki.	Resultado: Efectividad de la bomba cardíaca.	4	Mantener en 4	Intervención: manejo de la medicación.		4	0
			Aumentar a 5	Actividades			
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)			Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o protocolo.	M-T-N		
				Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.	M-T-N		
	Indicadores			Intervención: manejo de líquidos/electrolitos			
	Frecuencia cardíaca	2		Actividades		3	
	Pulsos periféricos	4		Mantener un correcto balance hídrico, llevando un registro preciso de entradas y salidas.	M-T-N	4	
	Gasto urinario	5		Valorar si existe síntomas o signos de retención de líquidos.	M-T-N	5	
	Equilibrio de la ingesta y excreción en 24 horas	3		Explorar las mucosas bucales, escleras y piel de paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico.	M-T-N	4	
	Escala: Grave (1) Ninguno (5)			Vigilar los signos vitales según corresponda.	M-T-N		
Indicadores			Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen	M-T-N			

				una sobrecarga de líquido o deshidratación.			
	Arritmia	3		Intervención: monitorización de signos vitales		3	
	Ruidos cardiacos anormales	3		Actividades		3	
	Nauseas	2		Monitorizar el pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.	M-T-N	3	
	Rubor	3		Valorar constantemente la temperatura, humedad y color de la piel.	M-T-N	3	
				Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.	M-T-N		

Apéndice C

Guía de valoración

DATOS GENERALES	
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia clínica: _____	Nº Cama: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____
Afiliación: SIS () ESSALUD () FFAA () OTROS : _____	Número de afiliación: _____
Procedencia: Admisión ()	Emergencia () Consultorios Externos () Otros: _____
Peso: _____	Talla: _____ Perímetro cefálico: _____ Perímetro abdominal: _____
PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ SatO2: _____	
Fuente de información: madre: _____	padre: _____ familiares: _____ Otros: _____
Motivo de ingreso: _____	diagnóstico médico: _____
Fecha de ingreso: _____	Fecha de valoración: _____ Grado de dependencia: I () II () III () IV ()
Persona responsable: _____	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN- CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN VALORES-CREENCIAS
Antecedentes de Enfermedades: HTA () DM () Gastritis/ulcera () TBC () Asma () Otros: _____	Religión: _____ Bautizado en su Religión: sí () no () Restricción religiosa: _____ Religión de los padres: católico () evangélico () () adventista () Solicita visita de capellán/sacerdote: _____ Otros: _____ Observaciones: _____
Intervenciones quirúrgicas: _____ Alergias y otras reacciones: polvo () medicamentos () alimentos () otros: _____ Estado de higiene: bueno () regular () malo () Estilos de vida/hábitos: hace deporte () consumos de agua pura () comida chatarra ()	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS
Factores de riesgo: Bajo Peso: sí () no () vacunas Completas: sí () no () Hospitalizaciones previas: sí () no () Descripción: _____ Consumo de medicamentos prescritos: sí () no () Especifique: _____	Reactividad: activo () hipo activo () hiperactivo () Estado emocional: tranquilo () ansioso () irritable () negativo () indiferente () temeroso () intranquilo () agresivo () Llanto persistente: sí () no () Comentarios: _____ Participación paciente/familia en las actividades diarias y/o procedimientos: sí () no () Reacción frente a la enfermedad paciente y familia: ansiedad () indiferencia () rechazo () Comentarios: _____
PATRÓN RELACIONES-ROL Se relaciona con el entorno: sí () no () Compañía de los padres: sí () no () Recibe visitas: sí () no () Comentarios: _____	

Ocupación: _____

Relaciones familiares: buena () mala () conflictos ()

Disposición positiva para el cuidado del niño: sí () no ()

Familia Nuclear: sí () no () familia

Ampliada sí () no ()

Padres separados: sí () no ()

Problema de alcoholismo: sí () no ()

Problemas de drogadicción: sí () no ()

Pandillaje: sí () no () otros: _____

Especifique: _____

Comentarios: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: orientado () alerta () despierto () somnoliento () confuso () irritable () estupor () coma ()

Comentarios: _____

Escala de Glasgow:

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

Puntaje: _____

Escala de Ramsay:

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

PATRÓN DESCANSO-SUEÑO

Sueño: N° de horas de sueño: _____

Alteraciones en el Sueño: sí () no ()

Usa medicamentos para dormir: sí () no ()

Especifique: _____

Motivo: _____

PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad respiratoria: FR: _____

Test de Silverman:

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

Puntaje: _____

Tos ineficaz: sí () no ()

Secreciones: sí () no ()

Características: _____

Tipo de respiración: eupnea () bradipnea ()

Taquipnea () polipnea () disnea ()

ortopnea ()

Murmullo vesicular: normal () disminuido ()

Ruidos Respiratorios: CPD () CPI ()

ACP () claros () roncales () sibilantes ()

crepitantes () otros: _____

Oxigenoterapia:

sí () no () modo: _____ saturación de O₂: _____

Enuresis. sí () no ()

Comentarios: _____

Ayuda respiratoria: CBN () Máscara venturi

() máscara reservorio () TET ()

traqueostomía () V. mecánica ()

parámetros ventilatorios: _____

Puntaje: _____
Pupilas: isocóricas () anisocóricas ()
 Reactivas ()
 No Reactivas () fotoreactivas () mióticas ()
) midriáticas ()
Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm ()
 > 4.5 mm ()
Foto reactivas: sí () no ()
 Comentarios: _____
Dolor/Molestia: sí () no ()
Escala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ubicación: _____
Alteración Sensorial: visuales () auditivas ()
 lenguaje () otros: _____
 Especifique: _____
 Comentarios: _____

**PATRÓN NUTRICIONAL-
METABÓLICO**

Piel: normal () fría () tibia ()
 caliente ()
 Observaciones: _____
Coloración: normal () pálida ()
 cianótica () icterica () rosada ()
 Observaciones: _____
Termorregulación: temperatura: _____
 hipertermia () normotermia ()
 hipotermia ()
Hidratación: hidratado () deshidratado ()
 Observación: _____
Edema: sí () no ()
 () + () ++ () +++ ()
 Especificar zona: _____
 Comentarios: _____
Lesiones: cutáneas: esfacelaciones ()
 equimosis () hematomas () quemaduras ()
) flebitis () otros: _____
Fontanelas: normotensa () abombada
 deprimida ()
Cabello: normal () rojizo () amarillo ()
 ralo () quebradizo ()
Mucosas Orales: intacta () lesiones ()
 Observaciones: _____
Malformación Oral: sí () no ()
 especificar: _____

Drenaje torácico: sí () no ()
 Oscila sí () no ()
 Comentarios: _____
Actividad circulatoria:
Pulso: regular () irregular ()
FC / pulso periférico: _____
 Ty1PA: _____
Llenado capilar: < 2'' () > 2'' ()
Perfusión tisular renal:
 hematuria () oliguria () anuria ()
Perfusión tisular cerebral:
 parálisis () anomalías del habla ()
 dificultad en la deglución ()
 Comentarios: _____
Presencia de líneas invasivas:
 catéter periférico () catéter central () catéter
 percutáneo ()
 Otros: _____
 Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo periférico: sí () no ()
 cianosis distal () frialdad distal ()
Capacidad de autocuidado:
0 = Independiente () **1** = Ayuda de otros ()
2 = Ayuda del personal () **3** = Dependiente ()

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

Aparatos de ayuda: _____
Fuerza muscular: conservada ()
 disminuida ()
Movilidad de miembros:
 normal () contracturas () flacidez ()
 parálisis ()
 Comentarios: _____

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:
 Nº Deposiciones/día _____
 Características: _____
 Color: _____ consistencia: _____
 Estreñimiento: sí () no ()
 Diarrea: sí () no ()

Peso: _____

Pérdida de peso durante la última semana:
sí () no ()

Cuanto perdió: _____

Apetito: normal () anorexia () bulimia ()
disminuido () náusea () vómitos ()
cantidad: _____ características: _____

Dificultad para deglutir: sí () no ()

Especificar: _____

Alimentación: NPO () LME () LM ()
AC () dieta ()

Fórmula () tipo de fórmula/dieta: _____

Modo de alimentación: VO () LMD ()
Gotero () Bb () SNG () SOG ()
SGT () SY () gastroclisis () NPT ()
NET () otros: _____

Residuo gástrico: claro () bilioso ()
porraceo () alimenticio ()

Abdomen: B/D () distendido ()
timpánico () doloroso ()

Comentarios adicionales: _____

Ruidos hidroáereos: aumentados ()
disminuidos () ausentes ()

Hígado: normal ()

Por debajo del reborde ()

Herida Operatoria: sí () no ()

Ubicación: _____

Características: _____

apósitos y gasas: secos ()

húmedos ()

serosos () hemáticos ()

serohemáticos ()

Observaciones: _____

drenaje: sí () no ()

Tipo: _____ características de las
secreciones: _____

Escala de Norton:

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

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

Puntaje: _____

Incontinencia fecal: Si () No ()

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios: _____

Vesical:

Micción Espontánea: Si () No ()

Características: _____

sonda vesical () nefrotomía () colector
urinario () pañal ()

Fecha de colocación: _____

Hábitos vesicales:

disuria () nicturia () anuria () hematuria ()
retención ()

incontinencia () oliguria () poliuria ()

aspecto: clara () colúrcica () hematúrica ()

sedimentosa ()

Catéter/diálisis peritoneal: sí () no ()

Características: _____

PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Anormalidades de los genitales: sí () no ()

Especifique: _____

Lesiones: sí () no ()

Especifique: _____

secreciones anormales en genitales:

sí () no ()

Especifique: _____

otras molestias: _____

observaciones: _____

problemas de identidad: _____

cambios físicos: _____

testículos no palpables: sí () no ()

Fimosis sí () no ()

Testículos descendidos: sí () no ()

Masas escrotales sí () no ()

Tratamiento médico actual:

Observaciones:

Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice D

Escalas de Evaluación

Imagen D 1. Escala de Glasgow.

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular	Espontánea	Espontánea
4	A la orden verbal	Al grito
3	Al dolor	Al dolor
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta Motriz	Obedece órdenes	Espontánea
6	Localiza el dolor	Localiza el dolor
5	Defensa al dolor	Defensa al dolor
4	Flexión anormal	Flexión anormal
3	Extensión anormal	Extensión anormal
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta verbal	Se orienta – conversa	Balbucea
5	Conversa confusa	Llora – consolable
4	Palabras inadecuada	Llora persistente
3	Sonidos raros	Gruñe o se queja
2	Ninguna	Ninguna
1		

Imágen D 2. Escala Wong Baker



©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
Used with permission.

Explique

La cara 0 es que no duele en absoluto. La cara 2 es que duele solo un poco. La cara 4 es que duele un poco más. La cara 6 es que duele incluso más. La cara 8 es que duele bastante más. La cara 10 es el peor dolor posible, aunque no tienes que estar llorando para sentirte tan mal.

Imagen D 3. Escala de Silverman - Anderson

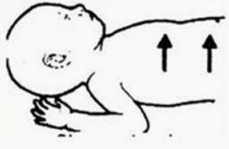

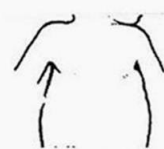


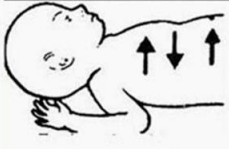




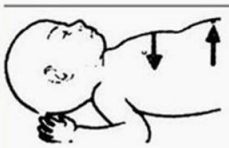




	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifoidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0	 Sincronizado	 Sin Retracción	 Ninguno	 Ninguno	 Ninguno
GRADO 1	 En Inspiración	 Solo Visible	 Solo Visible	 Mínimo	 Solo por estetoscopio
GRADO 2	 Siempre Visible	 Marcado	 Marcado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

Imagen D 4. Escala de Norton de Riesgo de Úlceras por Presión

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINANDO	4. TOTAL	4. NINGUNA
3. DEBIL	3. APÁTICO	3 CON AYUDA	3. DISMINUIDA	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. SENTADO	2. MUY LIMITADA	2. URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMOVIL	1. DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 12 o menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación

Índice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

Imagen D 5. Escala Humpty Dumpty – Paciente Hospitalizado (Riesgo de Caídas).

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3- 7 años	3
	De 7-13 años	2
	Mas de 13 años	1
Genero	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnostico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otro diagnostico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de 48 horas	2
	Mas de 48 horas /ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (Excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) Hipnóticos, Barbitúricos Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	ninguno	1
Total		



Riesgo de caídas
 < 7 puntos sin riesgo
 7-11 puntos riesgo bajo
 > 12 puntos riesgo alto

Deborah Hill-Rodriguez, Patricia R. Messmer, Phoebe D. Williams, Richard A. Zeller, Arthur R. Williams, Maria Wood, and Marianne Henry: The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study JSPN Vol. 14, No. 1, January 2009

