

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a preescolar con insuficiencia respiratoria y leucemia linfática aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima,

2018

**Por:**

Francy Diana Zuleta Villena

**Asesor:**

Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARY LUZ SOLORZANO APARICIO 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 preescolar con insuficiencia respiratoria y leucemia linfática aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2018”***

constituye la memoria que presenta la licenciada ZULETA VILLENA FRANCY DIANA 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 veintinueve días del mes de abril de 2019.

  
Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio o

Proceso de atención de enfermería aplicado a preescolar con insuficiencia respiratoria y leucemia linfática aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2018

## TRABAJO ACADÉMICO

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

### JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Heminia Cutipa Gonzales

Presidente



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Secretario



Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

A sesor

Lima, 29 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: .....	14
Exámenes auxiliares .....	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución .....	19
Diagnóstico enfermero .....	19
Primer diagnóstico.....	19
Segundo diagnóstico. ....	19
Tercer diagnóstico. ....	20
Cuarto diagnóstico.....	20
Quinto diagnóstico. ....	20
Sexto diagnóstico. ....	21
Séptimo diagnóstico. ....	21
Octavo diagnóstico. ....	21

Noveno diagnóstico.....	22
Decimo diagnóstico.....	22
Planificación.....	23
Priorización.....	23
Plan de cuidados.....	24
Capítulo III: Marco teórico.....	34
Deterioro del intercambio gases.....	34
Limpieza ineficaz de vías aéreas.....	40
Hipertermia.....	44
Ansiedad.....	49
Riesgo de Infección.....	51
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	57
Evaluación por días de atención:.....	57
Primer diagnóstico.....	57
Segundo diagnóstico.....	57
Tercer diagnóstico.....	58
Cuarto diagnóstico.....	58
Quinto diagnóstico.....	58
Conclusiones.....	58
Bibliografía.....	60
Apéndices.....	68

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	14
Hemograma completo (22/08/18) .....	14
Tabla 2 .....	14
Bioquímica (22/08/18) .....	14
Tabla 3 .....	15
Análisis de Gases Arteriales (22/08/18).....	15
Tabla 4 .....	24
Diagnóstico de enfermería 1 .....	24
Tabla 5 .....	26
Diagnóstico de enfermería 2 .....	26
Tabla 6 .....	28
Diagnóstico de enfermería 3. ....	28
Tabla 7 .....	30
Diagnóstico de enfermería 4 .....	30
Tabla 8 .....	32
Diagnóstico de enfermería 5). ....	32

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	68
Apéndice B: Consentimiento informado .....	72
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	73

## **Símbolos usados**

AGA: Análisis de gases arteriales

BHE: Balance hídrico estricto

Co2: Dióxido de Carbono

CVC: Catéter venoso central

DHL: Dehidrogenadasa lactica

EV: Endovenoso

IAAS. Infecciones asociadas a la atención en salud

O2: Oxigeno

PA: Presión arterial

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PaCO2: Presión arterial de dióxido de carbono

PAM: Presión arterial media

PaO2: Presión arterial de oxígeno

PEEP: Presión positiva al final de la espiración

PRN: Por razón necesaria

PCR: Proteína c reactiva

Sat O2: Saturación de oxígeno

SOG: Sonda Orogástrica

SNG: Sonda Nasogástrica

SF: Sonda Foley

mmol/L: milimol por litro

mg/dl: miligramos por decilitros

NN: Neumonía nosocomial

NH: Neoplasias Hematológicas

LLA: Leucemia Linfática Aguda

TET: Tubo Endotraqueal

T<sup>a</sup>.: Temperatura

UCI: Unidad de cuidados intensivos

## Resumen

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene como objetivo identificar las necesidades alteradas de la paciente B.A.D.R. con diagnóstico médico de Insuficiencia Respiratoria asociado Neumonía Bacteriana, Leucemia linfática Aguda hospitalizada en el servicio de Uci Pediátrica de una clínica de Lima, 2018. Donde se identificaron 10 diagnósticos de los cuales prevalecieron 5 diagnósticos de enfermería: Deterioro del intercambio gases, limpieza ineficaz de vías aéreas, hipertermia, riesgo de infección, y ansiedad. Teniendo como objetivos generales: Paciente logrará restablecer un intercambio de gases, Mantendrá vías aéreas permeables libres de secreciones, Restablecerá la temperatura corporal a rangos normales, Familiares disminuirá estado ansioso después de las medidas terapéuticas tomadas durante el turno y por ultimo paciente no presentará proceso infeccioso durante su estancia hospitalaria. De los objetivos propuestos se alcanzó: Restablecer intercambio gases y ventilo -perfusión a través del apoyo eficaz de la ventilación mecánica, mantener vía aérea permeable libre de secreciones bronquiales, controlar la respuesta de la ansiedad a través del reconocimiento de la situación de salud de la niña y paciente no evidencia signos y síntomas de proceso infección.

Palabras claves: *Proceso de atención de enfermería, Neumonía, Leucemia Linfática, Insuficiencia Respiratoria, unidad de cuidados intensivos pediátricos.*

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: B.A.D.R.

Edad: 5 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: El Pre escolar ingresa en camilla a la Unidad De Cuidados Intensivos Pediátricos(UCI) procedente de hospitalización III – Oncología Pediátrica por presentar dificultad respiratoria, polipnea, poli- tiraje e hipoxemia; con sensación de ahogo, asimismo presenta alza térmica de inicio súbito. Por lo cual, es admitida y trasladada a la unidad en compañía de personal asistencial del servicio de Hospitalización y padres de familia. Diagnostico medico: Insuficiencia Respiratoria, Leucemia linfática Aguda células B

Días de hospitalización: 7 días

Días de atención de enfermería: 3 días

#### Valoración según patrones funcionales:

##### **Patrón I: Percepción – control de la salud.**

Paciente pre escolar con antecedentes de leucemia Linfática aguda células B diagnosticada desde diciembre del 2017 que curso con neutropenia febril durante su internamiento el 08 de agosto 2018 donde recibió su II Fase de intensificación con citarabina y Tioguanina que culmino 12 agosto; asimismo, tuvo terapia intratecal con metrotexate, citarabina y dexametasona que fue suspendido por Toxicidad hematológica.

Asimismo, tiene como antecedente quirúrgico de haberse colocado catéter Porth por 3 oportunidades por infección; donde la actualidad es portadora de un catéter Porth colocada en marzo- 2018. Como también tiene historial de alergias a L- Asparaginasa.

### **Patrón II: Nutricional metabólico.**

Presenta piel rubicunda e hidratada, caliente a la palpación donde al control de constantes vitales se encontró una T° 40C°. Asimismo, presenta una cicatriz residual por intervenciones quirúrgicas anteriores en tórax (catéter porth).

En relación con sus necesidades metabólicas, recibe aporte hídrico y aporte nutricional enteral por sonda oro gástrica (SOG) con formula polimérica 20% de manera fraccionada en cuatro tomas con un volumen total 240 cc en cada toma.

Los datos antropométricos obtenidos fue un peso de 15.800 kg, una talla de 101 cm con IMC 15.5, como también se encontró al control de examen hematológico a su admisión a UCI pediátrica una Hb: 7.2.g/dl

### **Patrón III: Eliminación.**

Paciente portadora de sonda Foley siliconada N10 conectada a bolsa colectora visualizándose diuresis de características normales con un balance hídrico de 24 horas positivo (+ 1.035). Evidenciándose una eliminación de diuresis de 1100cc en 24 horas manteniendo un flujo urinario adecuado para su edad.

### **Patrón IV: Actividad – ejercicio.**

Paciente presenta limitaciones para el movimiento por encontrarse bajo efectos de pseudoanalgesia; recibiendo soporte de oxígeno a través de ventilación artificial (VM) con los siguientes parámetros modo A/C con Fio2 30 %; presentando frecuencia respiratoria (FR) de 46

rpm, con una saturación Oxígeno (SatO<sub>2</sub>) de 97%. Asimismo, a la valoración de la actividad respiratoria se halla a la auscultación ruidos roncales y estertores en ambos campos pulmonares.

Con respecto a la actividad circulatoria, se encuentra una frecuencia cardiaca de 160 lpm, con pulso fuerte y palpable; asimismo, una presión arterial (P.A) de 116/78 mmHg con una presión arterial media (PAM) de 91.

En relación a la capacidad de autocuidado paciente presenta múltiples procedimientos invasivos (CVC, C.P, SOG, S.F, y T.ET) y recibe sedación en infusión por su estado crítico; que la ubica en el grado totalmente dependiente con grado III según la Escala de Barthel; como también, presenta un riesgo alto de caídas según la Escala Humpty Dumpty

**Patrón V: Descanso – sueño.**

La madre informa que la paciente conciliaba el sueño en el hogar, pero durante su estancia hospitalaria se encontraba somnolienta durante el día por dormir a fuera de hora. Actualmente se encuentra bajo efectos de pseudoanalgesia con RAMSAY -5 puntos

**Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.**

Paciente sedado encontrándose con una escala ramsay de- 5 puntos a la evaluación

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.**

No Aplica

**Patrón VIII: Relaciones – rol.**

Vive con familia tipo nuclear bien constituida con apoyo continuo por el tratamiento oncológico.

**Patrón IX: Sexualidad/reproducción.**

Genitales adecuados para la edad sin presencia de secreción o flujo genital

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

Padres muy preocupados por cambio súbito de la situación de salud de su hija mostrando signos de ansiedad y temor

**Patrón X: Valores y creencias.**

Familiares predicán la religión católica; por lo cual solicitan la visita de capellán.

**Datos de valoración complementarios:****Exámenes auxiliares.**

Tabla

*Hemograma completo (22/08/18)*

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	7.2 gr/dl
Hematocrito	19.1%
Rcto. De hematies	2390000/mm <sup>3</sup>
Rcto. De leucocitos	210/ mm <sup>3</sup>
Eosinofilos	1.3%
Basófilos	0.3%
Monocitos	8.7%
Linfocitos	19.4%
Recuento plaquetas	230 000/ mm <sup>3</sup>

*Fuente: historia clínica*

Interpretación: En la siguiente tabla se puede visualizar que está cursando un cuadro de Anemia moderada – severa por presentar una Hb: 7.2 gr/dl; asimismo de Neutropenia moderada por presentar un Rcto. Leucocitario de 210 / mm<sup>3</sup>. Debido a ello le realizaron transfusión de 01 paquete globular en UCI.

Tabla 2

*Bioquímica (22/08/18)*

Compuesto	Valor encontrado
Calcio ionizado	0.960 mmol/l
Creatinina en suero	0.17 mg/dl
Dehidrogenadasa lactica	163.0 u/l
Procalcitonina	1.70 ng/ml
Proteína c reactiva	8.70 mg/dl

---

Urea sérica 7.0 mg/dl

---

*Fuente: historia clínica*

El PCR es una prueba rápida ante la presunción de infección bacteriana; encontrándose una PCR alta de 8.7 mg/dl.

Tabla 3  
Análisis de Gases Arteriales (22/08/18)

Compuesto	Valor encontrado
PH	7.32
PCO2	47.0 mmHg
PO2	53.0 mmHg
BE	-1.8 mmol/L
HCO3	24.2 mmol/L
Saturación O2	84%

*Fuente: historia clínica*

Interpretación: Los gases arteriales permiten medir directamente encontrándose una presión parcial del oxígeno (PaO2):53.0, el dióxido de carbono (PaCO2):47.0 y el pH:7.32; asimismo, una saturación de la oxihemoglobina (SaO2):84%. Dando a lugar a una acidosis respiratoria descompensada.

### Tratamiento médico

Primer día (21/08/18)

NPO

Dextrosa 5 % 1000cc	}	25cc/hora
Nacl 20% 40 cc		
Kcl 20% 20 cc		
Noradrenalina 4mg	}	1 cc /hora
Dextrosa 5% 50cc		

Fentanilo 0.5 mg /10 ml 1 cc/hora PURO

Midazolam	200 mg	}	2.7 cc/hora
Nacl 0.9 %.	50cc		

Vancomicina 260 mg ev c/d 6 horas

Clorhexidina 0.12 % enjuague bucal tópico c/d 6 horas

Vistagel aplicar en c/d ojo c/d 4 horas

Metoclopramida 2mg ev c/d 8 horas

Meropenem 600mg ev c/d 8 horas

Paracetamol 270 mg ev PRN FIEBRE

Omeprazol 20 mg ev c/d 24 horas

Antalgina 340 mg ev PRN FIEBRE

Segundo día (22/08/18)

Formula Polimérica 20% 60cc/Toma c/d 4 horas por SOG

Dextrosa 5 %	1000cc	}	15cc/hora
Nacl 20%	40 cc		

Kcl 20%	20 cc	}	0.7 cc /hora
Noradrenalina	4mg		

Dextrosa 5% 50cc

Fentanilo 0.5 mg /10 ml 1 cc/hora PURO

Midazolam	200 mg	}	2.4 cc/hora
Nacl 0.9 %.	50cc		

Vancomicina 260 mg ev c/d 6 horas

Clorhexidina 0.12 % enjuague bucal tópico c/d 6 horas

Vistagel aplicar en c/d ojo c/d 4 horas

Metoclopramida 2mg ev c/d 8 horas

Meropenem 600mg ev c/d 8 horas

Omeprazol 20 mg ev c/d 24 horas

Paracetamol 270 mg ev PRN FIEBRE

Dextrometorfano 7.5 mg c/d 8 horas por SOG

Antalgina 340 mg ev PRN FIEBRE

PAQUETE GLOBULAR (200cc) en 2 horas }

c/filtro leucocitario s/pre medicación Furosemida 5mg ev post **PG**

Tercer día (23/08/18)

Formula Polimérica 20% 60cc/Toma c/d 4 horas por SOG

Dextrosa 5 %	1000cc	}	25cc/hora
Nacl 20%	40 cc		

Kcl 20% 10 cc

Noradrenalina 4mg	}	0.6 cc /hora
Dextrosa 5% 50cc		

Fentanilo 0.5 mg /10 ml 1 cc/hora PURO

Midazolan 200 mg	}	1.5 cc/hora
Nacl 0.9 %. 50cc		

Vancomicina 260 mg ev c/d 6 horas

Clorhexidina 0.12 % enjuague bucal tópico c/d 6 horas

Vistagel aplicar en c/d ojo c/d 4 horas

Metoclopramida 2mg ev c/d 8 horas

Meropenem 600mg ev	c/d 8 horas
Omeprazol 20 mg ev	c/d 24 horas
Paracetamol 270 mg ev	PRN FIEBRE
Dextrometorfano 7.5 mg	c/d 8 horas por SOG
Antalgina 340 mg ev	PRN FIEBRE

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Características definitorias: Disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>): 53.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):47.0, disminución de hemoglobina en sangre: 7.2g/dl, Hipoxia: Saturación O<sub>2</sub> 84%.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases

Factor relacionado: Cambios en la membrana alveolo-capilar, desequilibrio en la ventilación perfusión, proceso infeccioso (neumonía).

Enunciado diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolo-capilar, desequilibrio en la ventilación -perfusión y proceso infeccioso (neumonía) evidenciado por disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>):53.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):47.0, disminución de hemoglobina en sangre: 7.2g/dl e Hipoxemia: O<sub>2</sub> 84%

##### Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Sonidos respiratorios adventicios (estertores y roncales en ambos campos pulmonares), cambios en la frecuencia respiratorio (46 x´).

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Factor relacionado: Retención de secreciones bronquiales, vía aérea artificial (ventilación mecánica).

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones bronquiales y vía aérea artificial (ventilación mecánica) manifestado por sonidos respiratorios adventicios (estertores y roncales en ambos campos pulmonares), y cambios en la frecuencia respiratorio (46 x´).

### **Tercer diagnóstico.**

Características definitorias: Piel caliente al tacto, taquicardia (160x´), diaforesis

Aumento de la temperatura corporal (40 °C).

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado: Proceso de enfermedad (neumonía/neutropenia).

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad. (neumonía/neutropenia) manifestado por aumento de la temperatura corporal (40 °C), piel rubicunda, caliente, diaforética al tacto, y taquicardia (160x´).

### **Cuarto diagnóstico.**

Características definitorias: Referencia de la madre “me preocupa la salud de mi hija”, expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales y súbitos de su hija.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad.

Factor relacionado: Cambios en el estado de salud de la niña.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud de la niña manifestado por referencia de la madre “me preocupa la salud de mi hija”, expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales y súbitos de la menor.

### **Quinto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor riesgo: Inmunosupresión por enfermedad de fondo, procedimientos invasivos.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con inmunosupresión por enfermedad de fondo y presencia de procedimientos invasivos: catéter venoso central (CVC), sonda oro gástrica (SOG), catéter porth (C.P), tubo endotraqueal (TET) y sonda foley (S.F).

**Sexto diagnóstico.**

Características definitorias: Disminución de recuento leucocitario en sangre:210/mm<sup>3</sup> y hemoglobina:7.2 g/dl.

Etiqueta diagnóstica: Protección ineficaz.

Factor relacionado: Perfiles hematológicos anormales, inmunidad insuficiente.

Enunciado diagnóstico: Protección ineficaz relacionado con perfiles hematológicos anormales e inmunidad insuficiente evidenciado por disminución de recuento leucocitario en sangre:210/mm<sup>3</sup> y hemoglobina:7.2 g/dl.

**Séptimo diagnóstico.**

Características definitorias: No poder hablar.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la comunicación verbal.

Factor relacionado: Barrera físicas: intubación endotraqueal y sonda oro gástrica, efectos secundarios de medicación (psedoanalgesia).

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con barreras físicas: intubación endotraqueal y sonda oro gástrica y efectos secundarios de medicación (psedoanalgesia) manifestado por no poder hablar.

**Octavo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración.

Factor riesgo: Disminución del nivel de conciencia secundaria a pseudoanalgesia

Alimentación por sonda orogástrica.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia secundaria a pseudoanalgesia y alimentación por sonda oro gástrica.

**Noveno diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Factor de riesgo: Inmovilidad física secundaria a sedación.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con Inmovilidad física secundaria a sedación.

**Decimo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro mucosa oral.

Factor de riesgo: Factores mecánicos: Tubo Endotraqueal (TET) y sonda oro gástrica.

(SOG)

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro mucosa oral relacionado con factores mecánicos: Tubo Endotraqueal (TET) y sonda oro gástrica (SOG).

## Planificación y ejecución

### Priorización.

1. Deterioro del intercambio gases relacionado con cambios en la membrana alveolo-capilar, desequilibrio en la ventilación -perfusión y proceso infeccioso (neumonía) evidenciado por disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>):53.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):47.0, disminución de hemoglobina en sangre: 7.2g/dl e Hipoxia: Saturación O<sub>2</sub> 84%.
2. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones bronquiales y vía aérea artificial (ventilación mecánica) manifestado por sonidos respiratorios adventicios (estertores y roncales en ambos campos pulmonares), y cambios en la frecuencia respiratorio (46 x´).
3. Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad (neumonía/neutropenia) manifestado por aumento de la temperatura corporal (40 °C), piel rubicunda, caliente, diaforética al tacto, y taquicardia (160x´).
4. Ansiedad (de los padres) relacionado con c cambios en el estado de salud de la niña manifestado por referencia de la madre "me preocupa la salud de mi hija", expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales y súbitos de la menor.
5. Riesgo de infección relacionado con Inmunosupresión por enfermedad de fondo y presencia de procedimientos invasivos: catéter venoso central (CVC), sonda oro gástrica (SOG), catéter porth (C.P), tubo endotraqueal (TET) y sonda foley (S.F).

## Plan de cuidados.

Tabla 4

*Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio gases relacionado con cambios en la membrana alveolo-capilar, desequilibrio en la ventilación -perfusión y proceso infeccioso (neumonía) evidenciado por disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (po<sub>2</sub>):53.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (pco<sub>2</sub>):47.0, disminución de hemoglobina en sangre: 7.2g/dl e hipoxemia: O<sub>2</sub> 84%*

Objetivos/Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/08/18			22/08/18			23/08/10		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente logrará restablecer el intercambio de gases dentro de los siguientes parámetros normales: PH: 7,35 a 7,45 PaO <sub>2</sub> : 80–100 mmHg PaCO <sub>2</sub> : 35-45 mmHg; HCO <sub>3</sub> : 22 a 26 mmol/l SatO <sub>2</sub> :95-100% durante su hospitalización.	1. Realizar los 5 momentos de higienización de manos antes y después de cada atención y el empleo de medidas de bioseguridad en el cuidado del paciente pediátrico a necesidad.  2. Vigilar y valorar estado respiratorio: frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo cada 2 horas.  3. Monitorear hemodinámia cada 2 horas.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Resultados esperados: 1. El paciente recuperará de manera progresiva la presión parcial de oxígeno (PO <sub>2</sub> ) dentro de los parámetros estandarizados	4. Monitorizar y registrar parámetros ventilatorios: presiones, volúmenes, fracción inspiración de oxígeno, saturación de oxígeno, CO <sub>2</sub> en el aire inspirado, presión positiva espiratoria (PEEP),	8-10-12	2-4-6	8-10-12-2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12	8-10-12	2-4-6	8-10-12-2-4-6

2. El paciente recuperará de manera progresiva la presión parcial de dióxido de carbono (PCO <sub>2</sub> ) Dentro de los parámetros estandarizados	frecuencia, modo de ventilación cada 2 horas. 5. Comprobar y observar la adaptación sincronizada del paciente a la modalidad elegida del ventilador mecánico, y nivel de sedación a requerimiento.	→	→	→	→	→				
3. El paciente restablecerá el recuento de hemoglobina en sangre durante estancia hospitalaria.	6. Controlar las situaciones que aumentan el consumo de O <sub>2</sub> (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) a necesidad.	→	→	→	→	→				
4. El paciente mostrará signos de buen estado respiratorio con una SatO <sub>2</sub> :95-100% a través de soporte de oxígeno por VM.	7. Transfundir 01 paquete globular con VT:200 CC en 2 horas según prescripción médica. 8. Administrar 5mg de furosemida endovenoso post transfusional.			2	4					
	9. Monitorizar los resultados de AGA las tendencias de pH arterial, PaCO <sub>2</sub> , y HCO <sub>3</sub> e informar los valores críticos para realizar acciones de corrección.	9	9							
	10. Coordinar con personal de laboratorio para toma de hemograma de control post transfusional.					6				
	11. Mantener el dispositivo bolsa válvula mascarilla cerca del paciente.	→	→	→	→	→	→	→	→	→





Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad (neumonía/neutropenia) manifestado por aumento de la temperatura corporal (40 °C), piel rubicunda, caliente, diaforética al tacto, y taquicardia (160x´)*

Objetivos/resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/08/18			22/08/18			23/08/10		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente logrará restablecer la temperatura corporal a rangos normales (36.5 C a 37.5 C) mediante la aplicación de medios físicos y administración antipirética.	1. Monitoreo de Temperatura corporal cada 2horas. 2. Efectivizar hemocultivo de control según prescripción. 3. Administrar antalgina 340 mg Según prescripción médica. 4. Utilizar las medidas de enfriamiento (Incrementar la circulación del aire en el ambiente, Disminuir cobertores o poner ropas ligeras y Aplicar compresas de agua tibia en zonas como: abdomen, inglés y axilas).	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Resultados esperados: 1. El paciente conservará la temperatura corporal dentro de los límites normales. 2. El paciente presentará Frecuencia cardiaca dentro de los valores normales (80-100) 3. El paciente mantendrá piel tibia al tacto y con disminución significativa de diaforesis.	5. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia a necesidad. 6. Administrar cobertura antibiótica: Meropenem c/d 8 horas Vancomicina c/d 6 horas. 7. Realizar baño utilizando agua tibia, si persiste una temperatura elevada en la niña. 8. Rotar antipirético y administrar paracetamol 270 mg endovenoso según prescripción médica.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
		10	6	2	10	6	2	10	6	2
		11	5	11-5	11	5	11-5	11	5	1-5
		12				6				
			3				8			

---

9. Registrar y graficar curva térmica en historia clínica. → → → → → → → → →

---

Tabla 7

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud de la niña manifestado por referencia de la madre "me preocupa la salud de mi hija"; expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales y súbitos de la menor*

Objetivos/resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/08/18			22/08/18			23/08/10		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Los padres disminuirán estado ansioso después de las medidas terapéuticas tomadas durante el turno.	1. Proporcionar información precisa y concreta sobre las intervenciones de enfermería, sensaciones que experimentara y técnicas que se realizara.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	2. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Resultados esperados: 1. Los padres aceptarán realidad del estado de salud de la niña	3. Demostrar simpatía, calidez y autenticidad durante las conversaciones en horario de visita.	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9
2. Los padres se adaptarán al cambio de la situación de salud.	4. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad en todo momento.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
3. Los padres demostrarán resistencia durante el proceso de la enfermedad y mejoría de ella.	5. Identificar los cambios en los niveles de ansiedad de los padres a la hora de visita familiar.	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9
	6. Escuchar con atención las expresiones de los familiares sin observaciones y/o censuras enfatizando en lo que piensa o siente en cada momento.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	7. Practicar técnicas de reflexión para facilitar la expresión de	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9

---

preocupaciones al interactuar durante el horario de visita.										
8. Facilitar el ingreso al servicio UCI según lo establecido en la unidad.	9- 10	3- 4	8-9	9-10	3-4	8-9	9-10	3-4	8-9	

---

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de Infección relacionado con inmunosupresión por enfermedad de fondo y presencia de procedimientos invasivos: catéter venoso central (CVC), sonda oro gástrica (SOG), catéter porth (C.P), tubo endotraqueal (TET) y sonda foley (S.F)*

Objetivos/resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/08/18			22/08/18			23/08/10		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente no presentará proceso infeccioso durante estancia hospitalaria.	1. Tomar medidas precaución al contacto con el paciente: Aislamiento invertido Uso de EPP, visita restringida.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	2. Lavado de manos antes y después de cada atención a través de los 5 momentos de higienización de manos a necesidad.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	3. Realizar curación de catéter venoso central estrictamente bajo una modalidad de técnica estéril cada 7 días o necesidad.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	4. Mantener permeabilidad del sistema del catéter urinario y la esterilidad de seguridad del circuito cerrado a evaluación.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	5. Realizar aspiración de secreciones a través del circuito cerrado y técnicas de asepsia (modalidad 4 manos) a necesidad.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	6. Garantizar manipulación aséptica en todos los sistemas invasivos en todo momento.	8-10-12	2-4-6-10-12-2-4	8-10-12	2-4-6-12-2-4	8-10-12	2-4-6-12	8-10-12	2-4-6-12	8-10-12-2-4-6



## Capítulo III

### Marco teórico

#### **Deterioro del intercambio gases.**

Aguaron (2013) indica que para la correcta función del aparato respiratorio se debe suministrar un aporte adecuado de oxígeno a los tejidos; y a la eliminación de las sustancias tóxicas como el dióxido de carbono originadas a nivel celular.

El intercambio de gases en condiciones normales se produce por el acoplamiento entre la ventilación y la perfusión. Dicho proceso sucede en la región alveolar que se encarga de separar la sangre oxigenada a través de sus capilares permitiendo así un eficiente intercambio gaseoso (Martínez, 2015).

Su deterioro sucede cuando el aparato respiratorio no es capaz de salvaguardar una adecuada ventilación y perfusión con llevando así a la alteración en la oxigenación en sangre, ya sea por el aumento o disminución de ella misma. No pudiendo compensar las demandas tisulares de O<sub>2</sub>, ni la correcta eliminación de CO<sub>2</sub> como desecho metabólico a través de la membrana alveolo capilar (Herdman, 2014).

El paciente en estudio se encuentra inmunocomprometido, ya que tiene como antecedente patológico LLA que acarreo a cursar toxicidad hematológica en aquella oportunidad subyacente a la depresión inmune; donde el defecto de la fagocitosis favoreció al desarrollo de un proceso neumónico que la con llevo a una insuficiencia respiratoria. Estudios refieren que existe mayor predisposición en desarrollar insuficiencia respiratoria en pacientes oncológicos por proceso neumónico que en la población en general (Pérez, 2013).

Por otro lado, Canals (2014) refiere que la incidencia y la gravedad de la infección pulmonar aumenta en los pacientes oncológicos debido a los trastornos a su función inmune a consecuencia de varios factores: “A la alteración de la barrera primaria: piel y mucosas (por erosiones o mucositis), secundaria (punciones venosas, entre otras), o a la alteración de la inmunidad celular a consecuencia de la enfermedad o tratamiento (neutropenia, desnutrición, exposición hospitalaria y procedimientos quirúrgicos)” que predispone a la aparición de los patógenos oportunistas.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con los cambios de la membrana alveolo-capilar, ya que, cumple un papel vital en el intercambio gaseoso y en la modulación inmune ante diversas situaciones clínicas. En su extensión la membrana alveolo-capilar, cuenta con macrófagos alveolares que forman la primera línea de defensa que residen a nivel pulmonar o son reclutados de la circulación en respuesta a un estímulo inflamatorio (Gutiérrez, 2010).

En la neumonía se ve afectado uno o ambos pulmones, particularmente los alvéolos están frecuentemente llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración limitando la absorción de oxígeno (Tardío, 2013).

Por lo tanto, la única limitación para su eliminación es la ventilación alveolar y la alteración de ella misma ocasionaría una alteración en el intercambio de estos gases.

Castell (2014) relaciona el desequilibrio en la ventilación –perfusión con la insuficiencia respiratoria; debido a que el paciente comienza a inspirar antes que termine de espirar completamente y atrapa aire en cada ciclo respiratorio; proveyendo una presión positiva al final de la espiración; debido a que el paciente no culmina por completo la espiración.

El intercambio gaseoso se compromete induciendo grados variables de hipoxemia secundaria al desarrollo de alteraciones ventilación-perfusión (V/Q) y de cortocircuitos

intrapulmonares como resultado del remplazo del aire alveolar por exudado inflamatorio (Tardío, 2013).

Posteriormente, la ausencia del aire disminuye y el trabajo respiratorio se acrecienta a consecuencia del aumento en las demandas ventilatorias e incrementa las cargas elásticas en el parénquima pulmonar patógeno (Pascoal, 2012).

Casas (2008) describe que al aumentar la demanda de oxígeno se incrementa el volumen corriente y la frecuencia respiratoria, dando a lugar a que el tiempo de espiración sea más corto, reduciendo la capacidad inspiratoria, la relación volumen espiratorio forzado (VEF) y la capacidad vital forzada (CVF). Presentado aumento de la capacidad pulmonar total (CPT), del volumen residual (VR), de la capacidad funcional residual (CFR) y de la relación VR/CPT en reposo. Este atrapamiento de aire empeora el intercambio gaseoso al aumentar el desequilibrio ventilación-perfusión (V/Q), presentándose hipoxemia e hipercapnia.

Para culminar, el paciente presenta un cuadro de pulmón patológico por el proceso infeccioso que es la neumonía. Canals (2014) refiere que la neumonía es una enfermedad grave, bastante común y que afecta muchas veces a personas con baja inmunidad. Donde el organismo invasor comienza a multiplicarse y liberar toxinas perjudiciales, que causan la inflamación y el edema del parénquima pulmonar consecuente respuesta inflamatoria con trasudación de líquido y migración de células efectoras, fibrina y otras llevando esta acción a la acumulación de residuos celulares y destilación en el intersticio como en la luz alveolar, que conduce en la mecánica respiratoria una disminución de la distensibilidad pulmonar y volúmenes pulmonares, especialmente a expensas de la CFR (capacidad residual funcional) donde estas alteraciones pulmonares produce estados de hipoxemia como hipercapnia, que responde a diversos

mecanismos fisiopatológicos, las cuales corresponden a características definitorias del diagnóstico Deterioro del intercambio gaseoso (Pérez, 2014).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en el cuidado del paciente crítico pediátrico oncológico a través de la realización de los 5 momentos de higienización de manos. La Organización Mundial de la Salud (2005) sustenta que antes y después de cada atención sanitaria y el empleo de medidas de bioseguridad en el cuidado del paciente tiene como finalidad evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental en cada turno.

Asimismo, es vital vigilar y valorar estado respiratorio del paciente a través de la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio cada dos horas buscando indicios de insuficiencia respiratorio, ya que, son los parámetros más sensibles y específicos del sistema respiratorio (Campbell, 2013).

Seguidamente, la monitorización hemodinámica constituye una herramienta fundamental para la evaluación, establecimiento diagnóstico y guía del tratamiento, ofreciendo información relevante sobre el estado de perfusión y oxigenación de los tejidos y órganos, requiriendo la valoración estrecha de determinados parámetros como: la frecuencia cardíaca (FC), la presión venosa central (PVC), la presión arterial (PA), la presión arterial media (PAM), la temperatura corporal, la saturación de oxígeno, entre otras. Su monitorización está indicada en pacientes con estados de bajo gasto cardíaco o en riesgo de hipovolemia; donde el paciente en estudio está bajo efectos de sedación por medicamentos que afectan a nivel del sistema nervioso central; asimismo, está curando por un cuadro de anemia severa de 7.2 g/dl a su admisión. lo cual, el control periódico permite valorar la función cardíaca y la oxigenación de los tejidos, alertando así sobre posibles casos de hipoxia, entre otros aspectos (Martin, 2013).

De igual manera, monitorizar y registrar parámetros ventilatorios: presiones, volúmenes, fracción inspiración de oxígeno, saturación de oxígeno, CO<sub>2</sub> en el aire inspirado, presión positiva espiratoria (PEEP), frecuencia, modo de ventilación, ya que es un paciente con ventilación mecánica recibiendo respiración artificial empleando un equipo que suple o colabora con la función respiratoria. Su monitorización nos permite la posibilidad de adquirir información continua, fiable, y de cuantificar el estado funcional respiratorio, siendo ésta una ayuda para el cuidado y el seguimiento de la persona y su patología (Martinez, 2015).

Asimismo, comprobar y observar la adaptación sincronizada del paciente a la modalidad elegida del ventilador mecánico, y nivel de sedación. La sincronización paciente – ventilador se debe producir tanto en tiempo como en forma (o flujo). Por un lado, esto supone, tanto que el soporte se inicie con cada demanda del paciente, como que se mantenga mientras dure el esfuerzo inspiratorio y no más allá, es decir que el tiempo inspiratorio del ventilador coincida con el tiempo inspiratorio del paciente (Llorens, 2013).

Por otro lado, el flujo entregado por el ventilador, sobre todo el flujo pico y la morfología de la onda de flujo, debe adaptarse al flujo demandado por el paciente. Un paciente que no se adapta a la VM, puede sufrir de hipoxemia grave, hipoventilación, complicaciones hemodinámicas y barotrauma, así como de síndrome de estrés postraumático durante su recuperación (Chávez, 2015).

Controlar las situaciones que aumentan el consumo de O<sub>2</sub> (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) son factores desencadenantes que estimulan el consumo oxígeno a través del incremento de la FR y profundidad de la respiración (Gómez, 2013).

Transfundir 01 paquete globular con VT:200 CC en un tiempo de infusión de 2 horas, según prescripción médica. La transfusión sanguínea es una técnica básicamente de enfermería que requiere conocimiento de bases fisiológicas, lo que requiere seguir rigurosamente una serie de pasos correlativos para poder controlar, detectar y solucionar cualquier anomalía que pudiera originarse durante la transfusión. Por todo ello, es esencial disponer de una normativa de trabajo protocolizada, para prevenir complicaciones (Guía de cuidados de enfermería en paciente oncológico, 2012)

La transfusión tiene como indicación primaria la restauración o la conservación de la capacidad de transporte de oxígeno para cumplir con las demandas hísticas de restaurar el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina o corregir los niveles séricos de proteínas en sangre (Guía de procedimientos para la transfusión de sangre y hemocomponentes, 2015).

Administrar 5mg de furosemida endovenoso post transfuncional según prescripción médica. Las transfusiones de sangre suelen ser complicadas por la retención de agua, que puede empeorar la función pulmonar, la función cardíaca y la función renal. Se cree que los diuréticos del asa, fármacos que reducen el agua corporal al provocar que los riñones excreten más orina, previenen la retención de agua. En consecuencia, muchos médicos administran diuréticos post transfuncionales (Echague, 2013).

Monitorizar los resultados de AGA las tendencias de pH arterial, PaCO<sub>2</sub>, y HC0<sub>3</sub> e informar los valores críticos al médico para realizar acciones de corrección. Según los resultados de los gases en la sangre se puede determinar si hay un problema en los pulmones (respiratorio) o los riñones (metabólico), y si la sangre es demasiado ácida (acidosis) o demasiado alcalina (alcalosis) distinguiéndose cuatro trastornos: acidosis y alcalosis respiratoria, acidosis alcalosis metabólica permitiendo su corrección oportuna (Escribano, 2015).

Coordinar con personal de laboratorio para toma de hemograma de control post transfusional al paso de 24 horas. Lo cual permitirá llevar un mejor control con respecto a la evolución del paciente pediátrico, ya que una unidad de concentrado de hematíes equivale al aumento del valor de hemoglobina 1gr/dl y el hematocrito 3puntos aproximadamente en un paciente sin sangrado activo (Paredes, 2008).

Para concluir, mantener el dispositivo bolsa válvula mascarilla cerca del paciente en cada turno, de tal modo tenerlo preparado y listo en la unidad en caso de alguna interocurrencia con el paciente (extubación), ya que tiene como finalidad brindar una resucitación manual a través de la presión positiva ventilatoria (Hospital Cayetano Heredia, 2018).

### **Limpieza ineficaz de vías aéreas**

Se define LIVA a la incapacidad de eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio que contribuye a mantener una limpieza de vía aérea inadecuada, precaria y deficiente; dando a lugar a una inspiración o espiración anacrónica con llevando a una ventilación incorrecta (Rebollo, 2017).

Pérez (2013) refiere que las infecciones respiratorias como las neumonías son procesos patológicos que cursa con aumento de las secreciones bronquiales e interfiere en los mecanismos de defensa de las vías respiratorias, produciendo retención o exceso de mucosidad, secreción bronquial y exudado en los alveolos.

Siendo la neumonía la principal causa de mortalidad infantil en niños entre uno y 5 años teniendo mayores factores de riesgo los niños inmunodeprimidos debido a que presentan condicionantes para el desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) (García, 2011).

Conllevando a que se produzca una serie de mecanismos compensatorios de adaptación en el organismo originando alteraciones de la oxigenación (hipoxemia) procedentes de la

alteración del intercambio gaseoso y/o a las alteraciones en la ventilación (hipercapnia), procedentes del fracaso de la bomba muscular respiratoria, debida a la debilidad muscular crónica o aguda, y /o tras verse reagudizados por un proceso intercurrente, ya sea por infecciones, sepsis, sedación, entre otros (Gonzales, 2015).

El diagnóstico enfermero de limpieza ineficaz de las vías aéreas tiene como factor relacionado la retención de secreciones bronquiales. Si bien es cierto en la práctica clínica diaria, la decisión de ventilar mecánicamente a un paciente debe establecerse fundamentalmente clínicamente por signos y síntomas de insuficiencia respiratoria que alteren los parámetros de intercambio gaseoso o de mecánica. de enfermería (Sibila, 2011).

La paciente al presentar enfermedades que alteran la mecánica de la tos, características del moco, la función mucociliar y la presencia de secreciones bronquiales concibe que se escuchen roncus y se ausculten estertores cuando ocupan el espacio intersticial pulmonar (Llorens, 2013).

La hipoxia y la hipercapnia se originan por la hipoventilación e incremento de resistencias en las vías aéreas por la retención de secreciones bronquiales y por el deterioro del intercambio gaseoso acarrearón que la paciente en estudio se encuentre con soporte de oxígeno por VM (Couceiro, 2012).

En los pacientes críticos, la tos no solo se afectada por la neuropatía y la miopatía secundaria a la inmovilidad, sino también a fármacos y otros causales; así como

también se añaden otros factores específicos (el cierre de la glotis por el tubo oro traqueal, las aspiraciones repetidas puede dañar la vía aérea y producir hipoxia y atelectasias, cambios clínicos fulminantes en respuesta a la enfermedad y al tratamiento (Regalado, 2013).

La alteración en el mecanismo de la tos tiene su origen en procesos agudos o crónicos que afectan a una o varias fases del acto tusígeno por la presencia de factores mecánicos o defectos estructurales de la vía aérea (TET) que favorece a la presencia, acumulo y retención de secreciones bronquiales dando a lugar a una limpieza de vía aérea inadecuada (Roldan, 2013).

De la misma forma, la presencia de la vía aérea artificial (ventilación mecánica) en pacientes con IRA se brindan medios de soporte que tienen como objeto brindar soporte vital avanzado al paciente crítico creando una vía aérea artificial que requiera una reanimación prolongada con la finalidad de sustituir o ayudar temporalmente la función respiratoria para optimizar el intercambio gaseoso (Silva, 2015).

La VM, tanto como la VMI y VMNI, se asocia a la aparición de secreciones bronquiales espesas y abundantes, debido a la disfunción del sistema mucociliar, a consecuencia de la utilización de gases sin humidificar y a bajas temperaturas, originando secreciones bronquiales con tapones de moco, atelectasias que condiciona a la reducción de la capacidad residual funcional, la presencia de hipoxemia y sobreinfección; asimismo favoreciendo la prolongación de la ventilación mecánica (VM) (Pascoal, 2015).

Es por ello, para que vuelva a funcionar de manera adecuada la función respiratoria es necesario disponer de una vía aérea permeable, segura y permanente que favorezca a una ventilación a presión positiva, el cual culmina con el restablecimiento del correcto funcionamiento de la vía aérea mediante la extubación (Martinez, 2015).

Las intervenciones de enfermería a realizar frente a este problema consisten primero en efectivizar el lavado de manos y medidas de bioseguridad según protocolo en el cuidado del paciente a través de los "5 momentos básicos de higiene de manos", y de igual manera hacer el

uso de medidas de bioseguridad para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria (Castañeda, 2016).

Por otro lado, valorar la permeabilidad de las vías aéreas a través de la auscultación de ambos campos pulmonares en busca de ruidos respiratorios permitiendo a tener una interpretación más precisa respecto dónde se producen los ruidos pulmonares no contemplados dentro de lo normal (Díaz, 2005)

Además, vigilar el estado respiratorio y oxigenación del paciente pediátrico a través de su monitorización ya que constituye un significativo rol en el cuidado del niño con falla respiratoria cuya adecuada interpretación al reconociendo de señales de dificultad y/o insuficiencia respiratoria permitirán a un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad (Donoso, 2016).

Al mismo tiempo, valorar el oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos a través de la saturación de oxígeno y su correlación con la PaO<sub>2</sub> (Regalado, 2013).

Asimismo, mantener alineado y fijar el circuito del ventilador mecánico, manteniendo al paciente a 30 ° -45° (posición semifowler) mientras se encuentre en ventilación mecánica y durante la aspiración, aseo parcial o baño del paciente. Dicha posición favorece la expansión torácica permitiendo que el aire descienda por la tráquea con facilidad, lo cual permite que los alveolos se abran y se cierren sin dificultad al adoptar esta posición (Rubio, 2017).

También, ejecutar fisioterapia respiratoria según segmentos pulmonares que necesita ser drenado mediante la auscultación a través del drenaje postural, vibración y percusión torácica facilitando a la eliminación de las secreciones traqueobronquiales y a la disminuyendo de la

resistencia en la vía aérea, reduciendo el trabajo respiratorio y mejorando la ventilación pulmonar (Raurell, 2011).

Seguidamente, realizar aspiración e instilación endotraqueal cumpliendo normas técnicas según indicación o necesidad del paciente previo hiperoxigenación antes y después de cada aspiración. dicho procedimiento permite movilizar secreciones del árbol traqueobronquial, nariz y boca, logrando tener una vía aérea permeable y recibir el aporte necesario de oxígeno para el funcionamiento correcto de los sistemas corporales (Seganfredo, 2017).

Brindar cuidados de TET a través de la rotación y fijación de tubo endotraqueal en cada turno. Los cuidados que se dispensan al paciente crítico pediátrico intubado deben estar orientados en proporcionarle el mayor grado de bienestar y confort, además de cuidados de alta calidad asistencial evitando la predisposición de ocasionar laceración localizada a nivel bucal e infección (Olmedo, 2014).

Para terminar, evaluar y registrar el tipo y cantidad de secreciones bronquiales, debido a ello nos permite vigilar y registrar la acumulación de secreciones que favorece a la colonización microbiana, la infección y la inflamación (Guía de Procedimiento Hospital Cayetano, 2018).

### **Hipertermia**

Se define hipertermia como el aumento de la temperatura corporal, condicionado por el centro termorregulador el hipotálamo. Independientemente de los factores etiológicos, se sobrepasa la capacidad de los mecanismos fisiológicos de regulación de la temperatura de producción y reducción del calor secundaria a una patología presente previamente como parte de la reacción de fase aguda ante una respuesta inmune (Castell, 2014).

Es decir, la fiebre se produce por la modificación del mecanismo que regula la termorregulación en respuesta a diversos estímulos de origen infeccioso o no; ocasionando una

respuesta inflamatoria en el organismo humano ante la presencia de agresores denominados pirógenos exógenos a través de la activación de los pirógenos endógenos, cuya función es inducir la fiebre y así destruir los microorganismos que intentan atacar. Prontamente, surgen la reacción inflamatoria y la memoria inmunológica almacena información para responder a futuros ataques (Escobar, 2015).

Una termorregulación ineficaz puede ser causada por múltiples factores, siendo generalmente de origen infeccioso. Durante un proceso neumónico se encuentra dentro de sus hallazgos clínicos la fiebre donde su evolución va a ser determinada por el agente causal y por el estado inmunitario del huésped, junto a la extensión del daño pulmonar, que define la gravedad de la enfermedad (Pascoal, 2012).

De cualquier modo, los patógenos que afectan a pacientes inmunocompetentes son generalmente de origen bacteriano. Teniendo alta mortalidad en los pacientes con NH, usualmente asociado a neutropenia grave presentando temperaturas elevadas en una o tres ocasiones en un periodo de 24 horas con un intervalo de por lo menos 4 horas de diferencia en un paciente con recuento de neutrófilos igual o menor a  $500/\mu\text{L}$  (García, 2001)

El paciente en estudio se encuentra inmunocomprometido y cursando un proceso neumónico de origen bacteriano presentando picos febriles ( $40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) siendo necesario el uso de antipirético endovenoso (metamizol 340 mg) para poder evitar el aumento del esfuerzo respiratorio; ya que está conectada a VM por presentar IRA secundaria. Por lo tanto, es de vital importancia reconocer e identificar alguna alteración en el mantenimiento de la temperatura. Es el profesional de enfermería es quien puede reconocer la situación de forma precoz y emplear las medidas correspondientes (Rubio, 2017)

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con el proceso de enfermedad (Neumonía/Neutropenia) debido a que la paciente en estudio cursa un estado de neutropenia febril secundaria a su tratamiento quimioterápico por LLA presentando disminución en su recuento leucocitario en sangre de  $210 \text{ mm}^3$  lo cual le predispuso a contraer Neumonía. Pérez (2013) refiere que la patología pulmonar en el niño neutropénico es de tal complejidad que requiere un abordaje racional, rápido y eficaz, que permita la realización de las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico, dado su estado basal (neutropenia).

Las infecciones pulmonares suponen una complicación frecuente del paciente neutropénicos como ocurre en la población infantil, siendo la causa de una elevada de morbilidad en los niños con cáncer. Se han identificado factores predictivos de mortalidad en niños con leucemia y neumonía por los requerimientos elevados de oxígeno, la presencia de infiltrados pulmonares extensos y con concomitancia de sepsis o shock al comienzo de la neumonía (López, 2013).

Pérez (2013) refiere que la infección del tracto respiratorio presenta distintas expresiones clínicas como la fiebre siendo una respuesta del organismo frente a una infección creando una temperatura corporal propicia para el desarrollo de anticuerpos. Entre el 48-60 % de los pacientes neutropénicos que presentan fiebre tienen una infección oculta o evidente. Por tal motivo siempre hay que dar tratamiento antibiótico a estos pacientes.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a tratar este problema a través del monitoreo de temperatura corporal cada 2 horas con el objetivo de detectar las variaciones de la temperatura y las complicaciones que esta provoca como son la fiebre, la hipertermia maligna, y la hipotermia accidental (Wisplinghoff, 2003).

La fiebre es signo común en la unidad de cuidados intensivos que involucra en descubrir su origen; ya sea infeccioso o no siendo uno de los problemas principales que se afronta la enfermera en la UCI pediátrica que proporcionara bienestar para conseguir frenar su progresión (Guía de Procedimiento Hospital Cayetano, 2018).

Por otro lado, efectivizar hemocultivo de control según prescripción. La toma de hemocultivos en unidades hospitalarias es una práctica diagnóstica habitual por la sospecha de bacteriemia con o sin foco aparente. La fiebre es un marcador indirecto mas no predictor de bacteriemia (García,2013).

Seguidamente, administrar antalgina 340 mg endovenoso según prescripción a través del bloqueo el pirógeno endógeno en el centro hipotalámico regulador de la temperatura, inhibe la síntesis de las prostaglandinas, ocasionando que el calor sea disipado por vasodilatación, aumentando el flujo sanguíneo periférico y sudoración (Sánchez, 2017).

Utilizar las medidas de enfriamiento a través del incremento de la circulación del aire en el ambiente, disminución de cobertores o poner ropas ligeras y aplicar compresas de agua tibia en zonas como: abdomen, inglés y axilas. Facilitando la regulación de la temperatura corporal a través del sistema de convección provocando una respuesta hipotalámica más rápida, produciendo así una vasodilatación, que aumenta el riego sanguíneo facilitando la sudoración y la disminución de la temperatura corporal del paciente (Torras, 2007).

Asimismo, mantener con hidratación endovenosa continua (Dextrosa 5% más agregados) a 25 cc/hora según indicación. Pues, por cada décima de temperatura que sobrepase los 37°C la perdida de líquidos debido a la sudoración es de 0,6 cc, en una diaforesis leve el total de líquidos perdidos es de 100 cc/hora en consecuencia es importante su reposición hídrica más aun por ser un paciente crítico (Martínez, 2015).

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. Debido a que la velocidad de enfriamiento debe ser gradual y no de golpe, ya que los temblores aumentan la tasa metabólica y la temperatura corporal central. en cambio, en caso de persistir el alza térmica comunicar inmediatamente para el cambio de antipirético y/o dosis. Sin embargo, si el efecto es el adecuado fomentar el bienestar general y el reposo (Carmona, 2006).

Administrar cobertura antibiótica: Meropenem c/d 8 horas, Vancomicina c/d 6 horas a horario. Su correcta colocación cumplirá su rol bactericida evitando la proliferación de las infecciones. La enfermera debe tener conocimientos firmes y aptitud necesaria para aplicar el fármaco, y conocer los factores fisiológicos, mecanismos de acción y, reacciones adversas del medicamento (Betron,2015).

Realizar baño utilizando agua tibia, si persiste una temperatura elevada en la niña. A través, de la temperatura del agua se estimula la temperatura cutánea provocando una respuesta hipotalámica más rápida, produciendo así una vasodilatación, aumentando el riego sanguíneo de la piel, y provocando así la sudoración y la disminución de la temperatura corporal del paciente llegando a un 20% de pérdida de calor corporal (Tisne, 2011).

Rotar antipirético y administrar paracetamol 270 mg endovenoso según prescripción médica. Al bloquear el pirógeno endógeno en el centro hipotalámico se inhibe la síntesis de las prostaglandinas, ocasionando vasodilatación, aumento del flujo sanguíneo periférico y sudoración proporcionando la regulación de la temperatura a través de la convección (Korta,2013).

Para finalizar, registrar y graficar la curva térmica en la historia clínica. Ello permite llevar el control y seguimiento de los picos febriles producto del proceso infeccioso; asimismo, a el curso del proceso de la enfermedad (Cadiz, 2011).

## **Ansiedad**

La ansiedad se define como una emoción complicada, displacentera, de sensación vaga e intranquilizadora, que se manifiesta a través de una tensión emocional. En general, el término ansiedad engloba a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo llevar al pánico (Díaz, 2013).

La niña en estudio, padece de cáncer infantil, lo cual constituye un grupo de enfermedades de etiología, tratamiento y pronóstico diferente. Donde su diagnóstico puede determinar riesgo de enfrentar una muerte inminente.

Es por ello, que, al presentar un cambio súbito en su estado de salud, por lo cual es trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos de manera imprevista al presentar un cuadro de insuficiencia respiratoria.

La ansiedad de los padres se ve reflejada, ya que se encontraba hospitalizada sin riesgo aparente; cuyo internamiento lo realiza de forma periódica por estar recibiendo tratamiento con citostáticos por su LLA (Dufort, 2009).

Es por ello, que los familiares muestran sentimientos de preocupación por la inestabilidad en su salud. La amenaza de muerte y la incertidumbre de la supervivencia son centrales a la hora de abordar el problema del cáncer y lo hacen diferentes de otras enfermedades crónicas que no tiene un desenlace fatal (Martín, 2012).

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con los cambios en el estado de salud de la niña. Si bien es cierto el cáncer es una patología que provoca un gran impacto en el paciente y familia, durante la etapa de tratamiento. Puede surgir alteraciones que afectan los sistemas

familiares a partir de un trastorno emocional asociado a vivencias durante el tratamiento (Rubio, 2017).

Estas situaciones de enfermedad que amenaza la vida produce un alto impacto emocional donde el proceso de adaptación a esta situación tan compleja, se centralizara intervenciones de acuerdo a la situación familiar, al diagnóstico, y pronóstico del paciente; así como, su percepción y actitud hacia la muerte a través de la promoción del bienestar, soporte a las necesidades emocionales logrando mitigar el sufrimiento familiar (Bochennek, 2014).

Las intervenciones de enfermería están orientadas a tratar la ansiedad a través proporcionar información precisa y concreta sobre las intervenciones de enfermería, sensaciones que experimentará y técnicas que se realizará. Al disminuir, los temores por los tratamientos a los que va ser sometido la niña reducirá la ansiedad innecesaria causada por la exposición a lo desconocido (Díaz, 2013).

Asimismo, establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Proporcionando seguridad a la madre y reduciendo el miedo. Actitud favorable en el que la madre de la niña es capaz de actuar de forma correcta en una determinada situación.

Demostrar simpatía, calidez y autenticidad durante las conversaciones. La inclinación afectiva y amistosa con la madre para relacionarse ayudara a la madre a sentir seguridad, evitando en lo posible temores y miedos (Nelson, 2015).

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad identificando los cambios en los niveles de ansiedad. Lo cual, permite brindar seguridad de lo que se explica a la madre de la niña. Ayuda para que existe una mejor relación enfermera-paciente (Lozada, 2013).

Escuchar con atención las expresiones de los familiares sin observaciones y/o censuras enfatizando lo que piensa o siente. La escucha activa no es escuchar de manera pasiva, sino

que se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está intentando expresar (Oliveira, 2014).

Practicar técnicas de reflexión para facilitar la expresión de preocupaciones. Ayuda a disminuir la tensión o las dudas permitiendo confianza y expresión de sus preocupaciones. La empatía es importante para situarse en el lugar del otro, pero también la validación emocional, la aceptación y el feedback (Soutullo, 2010).

### **Riesgo de Infección**

Se cataloga cómo individuo vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede afectar la salud. El riesgo de infección aumenta con la severidad de la neutropenia, su duración, y la intensidad del tratamiento quimioterápico, así como también el daño de las barreras naturales (piel, mucosas), el empleo de procedimientos invasivos, y alteraciones coexistentes de la inmunidad celular (Fernández, 2004).

El deterioro del sistema inmunológico y la disminución de las defensas naturales del organismo facilitan, el inicio de una infección nosocomial, sobre todo en pacientes oncohematológicos, tratados con quimioterapia. Para que se produzca una infección es necesario que el microorganismo penetre en los tejidos siendo muy alta en los inmunodeprimidos, siendo más frecuentes las bacteremias y la neumonía (García, 2001).

Este tipo de infección es causa directa de muerte entre 20 y 40% de los casos. La mayoría 50-70% de los pacientes neutropénicos con fiebre quedan sin explicación etiológica a pesar de un estudio completo. Entre el 48-60 % los pacientes neutropénicos que cursan picos febriles presentan una infección oculta o evidente. Por tal motivo se inicia cobertura antibiótica a este tipo de pacientes (Wisplinghoff , 2003).

El paciente cuenta con múltiples procedimientos invasivos presentando un alto riesgo de infección por su inmunosupresión y alteración de la barrera secundaria (Hb:7.2 g/dl y Leu:210). Debido a ello todo procedimiento deberá realizarse manteniendo las técnicas de asepsia y respetando los 5 momentos de higienización durante la atención en salud; asimismo, las medidas de precaución como aislamiento invertido, uso EPP y visita restringida (Tisne, 2011).

La adecuada prevención y manejo de las complicaciones infecciosas de los pacientes oncohematológicos es un aspecto fundamental en su tratamiento de soporte. Realizar procedimientos con control de infecciones con el entorno son precauciones adoptadas en atención sanitaria para evitar la propagación de enfermedades asociadas a infecciones por dispositivos invasivos, encontrándose relación directa con el torrente sanguíneo (Garay, 2015).

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con los Inmunosupresión por enfermedad de fondo. Los microorganismos causantes de infección en el paciente neutropénico proceden, en su mayoría, de la piel y las mucosas del propio paciente. Suele existir neutropenia (o granulocitopenia) en pacientes con leucemia aguda, con tratamiento citorreductor de quimioterapia intensiva. donde la mayoría de los casos la aparición de fiebre es el único indicador de infección (Cádiz, 2011).

La infección vendrá condicionada por la intensidad y duración de la neutropenia. Desarrollando frecuentemente sepsis y neumonía. Cuya afectación pulmonar puede presentar síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) a pesar del tratamiento antibiótico.

La profilaxis antibiótica está justificada porque el 50-75% de los neutropénicos que experimentan fiebre se asocia a infecciones. La mejoría en los cuidados de soporte y en el manejo de las infecciones en el neutropénico mediante el uso de antibioterapia empírica precoz han disminuido la mortalidad infecciosa. Las complicaciones infecciosas constituyen una de las

principales causas de morbimortalidad en los pacientes con cáncer. Korta (2013) refiere que debido a las alteraciones en las defensas del organismo, puede verse afectado, tanto por el proceso oncológico (especialmente, las leucemias agudas) como por el tratamiento antineoplásico, que condiciona un aumento de infecciones oportunistas debido a la disminución de los granulocitos que es a mayor defensa del organismo contra las infecciones por bacterias (grampositivas y gramnegativas) y hongos invasivos (Candida y Aspergillus).

A su vez, la presencia de procedimientos invasivos promueve el riesgo para el desarrollo de infecciones durante los procesos de atención en salud, se relaciona directamente con el modo de transmisión de los agentes infecciosos, el tipo de cuidado y las condiciones inmunológicas del paciente. Es sabido que la atención en salud, influye en el riesgo de infección, como es la presencia de dispositivos invasivos, la permanencia en servicios de cuidado crítico, terapia inmunosupresora, y estancia hospitalaria prolongada (Carmona, 2006).

Los pacientes pueden estar en riesgo de infección o colonización de microorganismos a través de varias rutas de transmisión, las cuales pueden conducir a un proceso infeccioso asociado a la atención (Apolaya, 2013).

Las alteraciones de las barreras cutáneas constituyen la primera barrera frente a las infecciones. Cualquier proceso que provoque ruptura en su integridad ya sea por procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen punciones cutáneas y/o venosas es un factor de riesgo de infección (Coucerio, 2012).

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) asociada a procedimientos invasivos puede presentarse en el período de internación. La Infección Asociada a Dispositivo (IAD) es la infección producida en un paciente con ventilador mecánico o un catéter central colocado en el plazo de 48 horas antes. Si el intervalo de tiempo fue mayor de 48 horas debe

estar presente la presencia de comorbilidades como antecedente de enfermedad neoplásica (Instituto nacional de Salud, 2016).

Las intervenciones de enfermería están orientadas y fundamentadas como primer lugar en tomar medidas precaución a través de las medidas de aislamiento invertido, el uso de EPP y la visita restringida.

Así como, el lavado de manos antes y después de cada atención a través de los 5 momentos de higienización de manos como medida profiláctica contra la proliferación de microorganismos en las manos, actuando de modo bactericida o bacteriostático según la solución antiséptica empleada (Instituto Nacional de Salud, 2016).

Posteriormente, realizar curación de catéter venoso central estrictamente bajo una modalidad de técnica estéril evitando la introducción de microorganismos y de contaminación que puede causar infección (Organización Mundial de la Salud, 2005).

De igual manera, mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario y la esterilidad de seguridad del circuito cerrado con la finalidad de mantener la asepsia del cateterismo vesical evitando así de esta manera posibles complicaciones en el paciente por una mala praxis durante estancia en el servicio (Olaechea, 2010).

Realizar aspiración de secreciones a través del circuito cerrado y técnicas de asepsia (modalidad 4 manos). Medida profiláctica que reduce el transporte mecánico de los microorganismos de paciente a paciente La técnica de aspiración de secreciones no debe durar más de 10 a 15 segundos. Si el paciente así lo requiere, se puede repetir dos a tres veces, siempre y cuando se respeten los períodos de descanso y de hiperoxigenación por 30 segundos (Donoso, 2016).

Realizar aseo en la cavidad bucal con clorhexidina 0.12 % enjuague bucal

tópico c/d 6 horas. La clorhexidina como sustancia antiséptica tiene como objetivo eliminar e inhibir el incremento bacteriano presente en nuestra cavidad bucal. En otras palabras, la clorhexidina tiene función desinfectante que reduce el riesgo de infección sin lesionar la superficie sobre la que se aplica; ya sea, encía y dientes con la finalidad de prevenir posibles infecciones asociadas a la cavidad oral (Carvajal, 2010).

Además, en observar si presenta signos y síntomas asociados a infección local o sistémica. La piel es la primera barrera protectora del cuerpo compuesta por epidermis, dermis e hipodermis; de coloración rosada brillante, y turgencia marcada, con temperatura entre 36. A 36.5 °C algún cambio en estas características indicaría algún riesgo para la salud, como una infección (López, 2013).

Realizar cambios de humidificadores del VM. Es sabido que durante la respiración la vía aérea calienta y humidifica el aire que llega a los pulmones. Calvo (2011). En pacientes con vía aérea artificial el sistema de humidificación de la vía aérea cumple dos requisitos principales: garantizar una temperatura y humedad adecuada donde la humidificación ha de calentar el aire inspirado a la temperatura corporal (37°C) y conseguir una humedad alrededor de 44 mg/l. ; lo cual evita la posibilidad de contaminación en las vías respiratorias previniendo la formación de mucosidades espesas, tapones, bronco espasmo y complicaciones infecciosas. El sistema no puede actuar como vehículo de transporte de bacterias o virus hacia la vía respiratoria (Gutiérrez, 2011).

Monitorizar la temperatura periódicamente cada dos horas o a requerimiento. La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido y el que se pierde. Si se produce hipertermia se estimula la producción de leucocitos, lo cual indica que se está produciendo un

proceso infeccioso. El aumento de temperatura reduce la concentración de hierro en el plasma suprimiendo el crecimiento de las bacterias en el organismo.

Brindar ingesta nutricional enteral indicada por SOG (formula polimérica) de acuerdo a volumen prescripto. La decisión de indicar nutrición enteral (NE) o parenteral (NP) está condicionada a la situación nutricional y a sus necesidades, asimismo, el grado de funcionalidad del tracto gastrointestinal y el tipo de patología. El incremento de la supervivencia del paciente crítico ha sido viable en parte por el desarrollo de las técnicas de nutrición (Montalvo, 2015).

Educar a la familia de forma entendible sobre el tratamiento de su niña y la aplicación de medidas preventivas para el control de infección. La educación nos permitirá disminuir el riesgo de infección, ya que podrán en práctica las técnicas enseñadas en la manipulación del paciente (Cádiz, 2011).

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendió al paciente B.A.D.R de 5 años de edad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, durante 3 días consecutivos, cuya valoración inicio el 21 de agosto y finalizó el 23 de agosto del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno tarde, el 2do. día turno diurno y el 3er. día en turno noche. Donde se encontró, el primer día, 8 diagnósticos de enfermería, pero por su relevancia situacional se priorizaron 5 diagnósticos. Posteriormente, en el 2do y 3er día se dio prevalencia otros 7 diagnósticos por presentar una situación clínica cambiante.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer diagnóstico.**

Deterioro del intercambio de gases

Objetivo parcialmente alcanzado (OPA). El paciente logró restablecer el intercambio de gases de forma parcial al presentar mejoría en la presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>):80.0, presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):35.0, y la hemoglobina en sangre: 11.6g/dl; sin embargo, aun presentando disminución en la saturación de O<sub>2</sub>: 88%; el cual se restablecerá de forma progresiva durante su hospitalización.

##### **Segundo diagnóstico.**

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo alcanzado (OA): La preescolar logró mantener las vías aéreas permeables al presentar disminución evidente de ruidos adventicios a la auscultación, secreciones bronquiales más fluidas y una frecuencia respiratoria de 30 por minuto.

#### **Tercer diagnóstico.**

Hipertermia

Objetivo alcanzado(OA): La paciente disminuyó la temperatura corporal alcanzado con temperatura axilar de 36.5 C°, piel fría a la palpación e hidratada con frecuencia cardiaca de 110 por minuto.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Ansiedad

Objetivo alcanzado(OA): Los padres disminuyeron el estado ansioso refiriendo “estamos más tranquilos porque sabe que están en buenas manos y que ve mejoría con los días en su hija”.

#### **Quinto diagnóstico.**

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado(OA): La paciente no presenta signos y síntomas de infección que evidencia ausencia de proceso infeccioso durante estancia hospitalaria

### **Conclusiones**

Gracias a la aplicación de proceso de atención de enfermería se ejecutó las actividades propuestas en el plan de cuidados de manera holística; donde se cubrió las necesidades del paciente a través de cuidados individualizados, enfocadas en el cuidar cuidado; es decir, a través de actividades de enfermería de manera segura y eficaz para así alcanzar el bienestar y mejoría del paciente frente a su estado crítico que presenta según la valoración.

Asimismo, se identificaron cinco diagnósticos de enfermería prioritarios, donde los objetivos propuestos, se lograron alcanzar casi en su totalidad; desde el segundo hasta el quinto diagnóstico; menos el primer diagnóstico que fue parcialmente alcanzado; siendo el 80% de los objetivos planteados fueron alcanzados y solo 20% fue parcialmente alcanzado, debido al estado crítico del paciente al estar con apoyo de ventilación artificial (VM).

## Bibliografía

- Apolaya, M (2013) *Evidencias en Bioseguridad en el proceso de atención de salud*. Revista del cuerpo medico hospital nacional almanzor aguinaga asenjo ,pag.58–62 .
- Bermejo, E. (2017). *Hematología*. Obtenido de :  
<http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol21/extra/06-Vol%2021-extra.pdf>
- Blumer J. (1993). *Guía de Práctica Cuidados Intensivos en Pediatría*. 3ª ed. Editorial Mosby; Madrid.
- Cádiz, V, Urzúa M y Campbell B(2011). *Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda*. Revista chilena de pediatría , pag.113–121.
- Carvajal, C. (2010) *Higiene oral con clorhexidina para la prevención de neumonía en pacientes intubados: revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados*. En: Medicina Clínica.
- Carmona A., Herrero J., Martínez M., y Marín V (2006) *Neutropenia febril: análisis de los factores pronósticos y el tratamiento adaptado al riesgo*. Revisión crítica Oncología (Barc), 29, pp. 206-218
- Calvo, C. (2018). *Fiebre recurrente y prolongada. Síndromes autoinflamatorios*. Obtenido de [https://www.aepap.org/sites/default/files/125-133\\_fiebre\\_recurrente\\_y\\_prolongada.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/125-133_fiebre_recurrente_y_prolongada.pdf)
- Calvo, M. (2011). *Actualización consenso neumonía asociada a ventilación mecánica. Segunda parte. Prevención. realizado por el grupo de trabajo sobre prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica*. En: Congreso Chileno de Infectología (26:Viña del Mar:octubre de 2009). Revista Chilena de Infectología 2011, vol. 28 no. 4, pag. 316-332.

- Casas, I. (2008). *Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda*. Bogotá: Medigraphic. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132zd.pdf>
- Castell, A., Salvador, F. y Ruiz, O. (2014). *La membrana alveolo capilar*. Revista Colombiana de Neumología 26,
- Cabrales, R. (2010). *Soporte Nutricional en Enfermedad Pulmonar: Una revisión sistemática*. Colombia. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v12n21/v12n21a07.pdf>
- Canals, M. (2014). *Neumonías en el inmunocomprometido: perspectiva desde el diagnóstico por imágenes, e inferencia Bayesiana*. Revista Chilena De Infectología 31, pag 139–152
- Celis-Rodríguez, E., Besso, J., Birchenall, C. (2007). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva*, 31(8), 428-471. Recuperado en 17 de enero de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000800003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000800003&lng=es&tlng=es)
- Coucerio, G. (2012). *Pediatría Integral. Programa de formación continuada en pediatría extrahospitalaria* Madrid. Obtenido: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-Suplemento-1.pdf>
- Donoso, A. (2016). *Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(3):149---165 Obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n3/1665-1146-bmim-73-03-00149.pdf>
- Dufort, (2009). *Guía para el tratamiento del paciente con neutropenia febril Consideraciones generales*: 40-50 . Obtenido de :<http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v80n1/v80n1a08.pdf>.

- Engelhart (2003) *Vigilancia de infecciones nosocomiales y fiebre de origen desconocido en pacientes adultos de hematología-oncología*. Vol. 24, Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026148>.
- Escobar, A. (2015). *Fiebre en el niño: una mirada reflexiva a las prácticas de cuidado*. Colombia. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00333.pdf>
- Escribano, A. (2001). *Neumonía Comunitaria Grave en la edad Pediátrica*. *Anales De Pediatría*, 54, 30–36.
- Escribano, P (2015). *Medicina Respiratoria*. (Sociedad española de Neumología y Cirugía Toraxica, Ed.) (2 edición).
- Fernández, J. (2004). Paciente neutropénico. *Anales de Pediatría*, 60, 24–26.
- Fú-Carrasco, H (2007). Complicaciones Infecciosas en Pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda. *Honduras Pediátrica*, XXVII(3), 3–5.
- García (2001). Guía clínica para la evaluación y el tratamiento del paciente neutropénico con fiebre. *Revista Espanola de Quimioterapia*.
- González, N. (2013). *Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en insuficiencia respiratoria*. Obtenido de [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_respiratoria.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_respiratoria.pdf)
- Gutiérrez, F. (2011). *Ventilación mecánica*. *Acta Médica Peruana*, 28(2), 87-104. Recuperado en 11 de marzo de 2019, Obtenido de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006&lng=es&tlng=es).

- Gutiérrez, F. (2010). *Insuficiencia respiratoria aguda*. Obtenido de Scielo Web Site:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
- Guía de Procedimiento Hospital Cayetano (2018). En *Manual de enfermería oncológica* (pp. 2–63). Lima -Perú.
- Hernández, A. (2018). *Concordancia Interobservador de los Signos de Esfuerzo Respiratorio en Menores de 5 Años*. Bogotá. Obtenido de:  
<http://bdigital.unal.edu.co/62098/7/AnaM.HernandezBotero.2018.pdf>
- Huerta, J. (2018). *Hematología práctica: interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación*. Madrid. Obtenido de [https://www.aepap.org/sites/default/files/507-526\\_hematologia\\_practica.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/507-526_hematologia_practica.pdf)
- Instituto nacional de salud (2016). *Que son las IAAS*. Colombia [en línea]. [Consultado noviembre 2, 2018] Disponible en Internet: <https://cruevalle.org/files/PRO-Infecciones-asociadas-a-dispositivos.pdf>
- López, P. (2013). “*Manejo de enfermedades infecciosas en pediatría*”. Asociación Colombiana de Infectología: 57–60. Colombia. Obtenido de: [http://www.med-informatica.com/TERAPEUTICA-STAR/ConsensoACI\\_ManejoEnfermedadesInfecciosasPediatría\\_PLLrevInfectioV2No14.pdf](http://www.med-informatica.com/TERAPEUTICA-STAR/ConsensoACI_ManejoEnfermedadesInfecciosasPediatría_PLLrevInfectioV2No14.pdf).
- Martínez, A. (2015). *Intercambio pulmonar de gases*. Santa Lucía, Cartagena.
- MINSA. (2018). *Guía de procedimientos asistenciales y de intervención de enfermería*.
- Montalvo, M. (2015). *Relación entre el estado nutricional y la morbilidad en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del Hospital Rebagliati*. TESIS. Obtenido de

[http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2714/1/2017\\_Montalvo\\_Relacion-entre-el-estado-nutricional-y-la-morbimortalidad.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2714/1/2017_Montalvo_Relacion-entre-el-estado-nutricional-y-la-morbimortalidad.pdf)

Nelson. (2015). *Pediatría esencial* (Septima ed.). Barcelona: Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Una atención limpia es una atención más segura 2005-2015. *Jahrbuch fur Wirtschaftsgeschichte*, (Mis 5 momentos para la higiene de las manos En la atención a pacientes con catéteres venosos centrales), 1–2.

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud*, módulo I. [Fecha de consulta: noviembre de 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15959&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15959&Itemid)

Oliveira E, López P, García de Lima R., Falleiros D (2014). *Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados*. [ consultado 9 de noviembre del 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf).

Olaechea P, Insausti J, Blanco A, Luque P(2010). *Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales*. *Med Intensiva*; 34 (4): 256-67.

Pascoal, L. (2015). *Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda*. *Latino-Am. Enfermagem*. Obtenido de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es\\_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf)

Pérez, G. (2013). Infecciones respiratorias en el paciente inmunodeprimido, 469–477.

Pérez, J. (2005). *Nutrición artificial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos*.

Obtenido de: <http://www.analesdepediatria.org/es-nutricion-artificial-las-unidades-cuidados-articulo-13071305>.

Pérez P, Salmerón T. (2006) *Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación*. Rev Pediatr Aten Primaria 8(32):111-125.

Puerta, A. (2016). “*La radiografía portátil de tórax como factor pronóstico en los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva*” tesis. Obtenido de:

<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1841/Tesis.pdf?sequence=1&isAlloved=y>

Raurell, T. M. (2011) *Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva*. Enferm Intensiva.22 (1):31-8.

Reina, J. (2003). Complicaciones de la ventilación mecánica. *Anales de Pediatría*, 59(2), 160–165. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(03\)78741-4](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(03)78741-4)

Rook, H. J. (2013) *Técnica de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal* Rev. Enfermería obtenido de

<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Técnica%20de%20aspiración%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>

Roldán, S. (2013). *Guía aspiración de secreciones de la vía aérea*. Madrid.

Rubio, M. y Rodríguez, M. (2017). *Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico*. Enfermería Global pag. 544–561

Sánchez, J. (2016). *Fiebre en la unidad de cuidados intensivos*. México D.F: Medigraphic.

Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc161f.pdf>

- Sánchez, J. (2017). *Fiebre en el paciente críticamente enfermo: ¿tratar o no tratar?* . Medicina Interna Mexicana, I(33), 48-60. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n1/0186-4866-mim-33-01-00048.pdf>
- Sañé, J. (1998). *Manual de interacciones medicamentosas*. Buenos Aires: Médica.
- Seganfredo, H. (2017). *Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Obtenido de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2954.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2954.pdf)
- Sibila, O (2011). Corticoides en la neumonía: argumentos a favor. *Archivos de Bronconeumología*, vol. 47, nº 5, pp. 222–23
- Tardío, A. (2013). Protocolo del tratamiento de las neumonías en la infancia. *Sociedad de Neumología Pediátrica Sociedad Española de Neumología Pediátrica*, 50, 189–195.
- Täger ,F (2006) Infecciones por virus respiratorios en niños con leucemia linfoblástica aguda y neutropenia febril: Estudio prospectivo. *Revista chilena de infectología*, vol. 23, nº 2, pp. 118–23
- Tisne, L. (2011). *Protocolo Atención Enfermería De Pacientes Adultos En Ventilación Mecánica*. Chile. Obtenido de: [http://200.72.129.100/transparencia/transparencia\\_activa/documentos/deptoCalidad/protocolo\\_atencion\\_enf\\_de\\_pacientes\\_adultos\\_en\\_ventilacion\\_mecanica.pdf](http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/deptoCalidad/protocolo_atencion_enf_de_pacientes_adultos_en_ventilacion_mecanica.pdf)
- Torras-Comamala .M, Aceituno-Ruiz. R. (2007) *Influencia de la temperatura axilar del paciente en el rendimiento de los hemocultivos en el servicio de urgencias* Enferm Clin, 17, pp. 10-16

Korta, J. &Landa, J. (2013). *Guía de tratamiento antibiótico en pediatría*. Obtenido de:

[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Antibiotico\\_Pediatria.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Antibiotico_Pediatria.pdf)

Wisplinghoff H , Cornely OA (2003). *Los resultados de las infecciones nosocomiales en el torrente sanguíneo en pacientes neutropénicos adultos: una cohorte prospectiva y un estudio pareado de casos y controles* .Infect Control Hosp Epidemiol; 24 (12): 905–911.

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

#### VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN UCI PEDIATRIA

<p><b>DATOS GENERALES</b></p> <p>Nombre del Paciente: Brianna Andrea de la cruz Rivadeneira Edad: 5 años Sexo: F ( x ) M ( )</p> <p>Historia Clínica: 657045 N° Cama: Box 3_ DNI N° 1054789 Teléfono:5861867</p> <p>Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( x ) Consultorios Externos ( ) Otros: HOSPITALIZACION III</p> <p>Peso:24 KG Talla :1.04 CM PA: 116/78 FC: 160 FR: 28 T°: 40</p> <p>Fuente de Información: Madre: (X) Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____</p> <p>Motivo de Ingreso: HIPOXEMIA Y FALLA DEL PATRON RESPIRATORIO Diagnóstico Médico: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA / NEUMONIA /LLA</p> <p>Fecha de Ingreso: 20/08/18 Hora: 19:40 PM Fecha de Valoración:21/08/18 Grado de Dependencia: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( x )</p>
---

#### VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<p><b>1.- PATRON PERCEPCION - CONTROL DE LA SALUD</b></p> <p><b>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:</b> HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Ulcera ( ) TBC ( ) Asma ( ) Otros: LEUCEMIA LINFATICA AGUDA</p> <p><b>RAM y Otras Reacciones:</b> Polvo ( ) Medicamentos ( X ) ASPARAGINASA Alimentos ( ) Otros: _____</p> <p><b>Estilos de Vida/Hábitos:</b> Hace Deporte ( ) Consumos de Agua Pura ( X ) Comida Chatarra ( ) LME ( ) LM ( ) Formula ( )</p> <p><b>Factores de Riesgo:</b> Peso: Normal ( X ) bajo ( ) sobrepeso ( ) DN ( ) Vacunas Completas: Si ( X ) No ( ) Hospitalizaciones Previas: Si ( X ) No ( ) Descripción: Consumo de Medicamentos Prescritos: Si ( X ) No ( ) Especifique: _____ Problema de Alcoholismo: Si ( ) No ( X ) Problemas de Drogadicción: Si ( ) No ( X ) Pandillaje: Si ( ) No ( X ) Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p>	<p>Observación: RECIBE QUIMIOTERAPICA EN II FASE DE INTENSIFICACION</p> <p>Edema: Si ( ) No ( X ) ( ) + ( ) ++ ( ) +++ ( ) Especificar Zona: _____ Comentarios: _____</p> <p><b>Abdomen:</b> Blando depresible ( ) Globuloso depresible ( ) Tenso doloroso ( ) Timpanico ( ) Distendido ( X )</p> <p><b>Ruidos Hidroaereos:</b> Normales ( ) amentados ( X ) disminuidos ( ) Ausentes ( )</p> <p><b>Fontanelas:</b> Normotensa ( X ) Abombada ( ) Deprimida ( )</p> <p><b>Cabello:</b> Normal ( X ) Rojizo ( ) Amarillo ( ) Ralo ( ) Quebradizo ( )</p> <p><b>Mucosas Orales:</b> Intacta ( X ) Lesiones ( ) Observaciones: PRESENTA TUBO ENDOTRAQUEAL POR VENTILACION ARTIFICIAL</p> <p><b>Características:</b> Grumosa ( X ) acuosa ( ) semiacuosa ( ) Melena ( ) disintérica ( ) acolia ( )</p> <p><b>Ostomías:</b> Ileostomía ( ) Colostomía ( ) Traqueostomía ( ) yeyunostomía ( ) duodenostomía ( )</p> <p><b>Residuo gástrico:</b> Si ( ) No ( X ) <b>Características:</b> _____</p> <p><b>Drenajes:</b> SDVExt ( ) SDVP ( ) Tubular ( ) Penrose ( ) Toraxico ( ) Hemovac ( )</p> <p><b>Drenaje:</b> Adecuado ( ) Disminuido ( ) No drena ( )</p> <p><b>Características:</b> cristal de roca ( ) Xantocrómico ( ) Hemorrágico ( ) Serohemático ( ) Seroso ( ) Purulento ( )</p> <p><b>Funcionalidad:</b> Oscilante ( ) Depresible ( ) Tenso ( )</p> <p><b>Herida Operatoria:</b> Si ( ) No ( X ) Ubicación: _____ Características: _____ Apósitos y Gasas: Secos ( ) Húmedos ( ) Serosos ( ) Hemáticos ( ) Serohemáticos ( )</p> <p><b>Características de pulso periférico:</b> <b>debil ( ) Sin pulso ( ) normal ( X )</b> Normales ( X ) filiformes ( ) saltones ( ) <b>debil ( )</b> <b>Sin pulso ( )</b></p> <p><b>Llenado Capilar:</b> &lt; 2" ( X ) retardo &gt; 2" ( )</p> <p><b>Perfusión Tisular Cerebral:</b> Parálisis ( ) Anomalías del Habla ( ) Dificultad en la Deglución ( ) Comentarios: _____</p> <p><b>CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:</b></p>
<p><b>2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</b></p> <p><b>Piel:</b> Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Marmárico ( ) Reticulado ( X ) Observaciones: RUBICUNDEZ</p> <p><b>Termorregulación:</b> Temperatura: 40 C Hipertermia ( X ) Normotermia ( ) Hipotermia ( )</p> <p><b>Hidratación de piel y mucosas :</b> Húmeda/ turgente ( X ) seca ( )</p> <p><b>Higiene:</b> Buena ( X ) regular ( ) mala ( ) Observaciones: _____</p> <p><b>Secreciones de Via aerea:</b> Normal ( ) Aumentado ( X ) Fluidas ( X ) densas ( ) Color: BLANQUECINA</p> <p><b>Peso:</b> Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si ( ) No ( X ) Cuanto Perdió: GRADO DE DEPENDENCIA IV</p>	

**Apetito:** Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )  
 Disminuido ( ) Náusea ( ) Vómitos ( ) # de vomitos:0  
 Características: \_\_\_\_\_  
 Dificultad para Deglutir: Si ( X ) No ( )  
 Especificar: \_\_\_\_\_  
**Alimentación:**  
 NPO ( ) Enteral: deglución directa ( ) infusión : STP ( ) Bolos: SNG ( ) SOG ( X ) SGT ( )  
 SNY ( ) CVP ( )  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Tolerancia Enteral : Adecuada ( X )  
**Inadecuada( )**  
 Náuseas ( ) vómitos ( ) RG( )  
 Parenteral: NPP ( ) NPT ( )  
**Abdomen:** B/D ( ) Distendido ( X )Timpánico ( ) Doloroso ( )  
 Comentarios: \_\_\_\_\_  
**Ruidos hidroaéreos:** normales ( ) aumentados ( X )  
 disminuidos ( ) ausentes ( )  
**Integridad de la piel y mucosa :** intacta ( X ) lesiones: eritema ( ) ulcera ( ) necrosis ( )  
 Lugar:.....  
 Edema : Presente ( ) ausente ( X ) Lugar:.....  
**Herida Operatoria:** Si ( ) No ( X)Ubicación: \_\_\_\_\_ Características:  
 \_\_\_\_\_  
 Apósitos y Gasas: Secos ( ) Húmedos ( ) Serosos ( ) Hemáticos ( ) Serohemáticos ( )  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Drenaje: Si ( ) No ( X ) Tipo: \_\_\_\_\_ Características de las Secreciones:  
 \_\_\_\_\_  
**Termorregulación :**  
 Normotermia ( ) hipotermia ( ) hipertermia ( X )

**3.- PATRÓN ELIMINACIÓN**

**Diuresis:** Espontanea ( X ) incontinencia ( )  
**Flujo Urinario :** Normal ( X ) Oliguria ( ) Anuria ( ) Poliurea ( )  
 Espontanea ( )  
**Características de la orina :** Amarillo ámbar ( ) hematúrica ( ) colúrica ( ) Clara ( X )  
**Uso de dispositivos:** Sonda Foley ( )  
**Catéter vesical ( ):** Intermitente ( ) permanente ( )  
**Intestinal:** Nº Deposiciones/Día 1  
 Características: color \_\_\_\_\_  
**Evacuación intestinal :** Normal ( X ) estreñido ( ) diarrea ( ) Deposiciones líquidas ( )

**4.- PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO**

**ACTIVIDAD RESPIRATORIA**  
**Ventilación /oxigenación :** Espontanea ( ) Asistida ( X ) Especificar : VENTILACION ARTIFICIAL - VMI  
**Simetría torácica:** Simétrico( X ) asimétrico ( )  
**Murmulo vesicular:** ACP ( X ) HTI ( ) HTD ( )  
**Esfuerzo Respiratorio:**  
**Aleteo nasal:** ( ) **Retracciones:** ( )  
**Cabeceo:** ( ) **Disociación toraco abdominal:** ( )  
**Periodos de apnea:** ( ) **Llanto débil:** ( )  
**Ruidos agregados :** Ninguno ( ) roncantes ( X )  
**Tos metálica ( ) quejidos ( ) Estertor ( X )grueso transmitido ( )**  
**Uso de músculos respiratorios:**  
 Ninguna ( X ) intercostales ( ) subcostales ( )  
 supraclaviculares ( ) subxifoidales ( )  
**Expansión y movimientos del aire:** Normal: ( X ) Reducido: ( ) Desigual: ( )  
 prolongada: ( )  
**Características del patrón respiratorio:**  
**Frecuencia :** Eupnea ( X ) braquipnea ( ) taquipnea ( )  
**Ritmo :** Regular ( X ) irregular ( )  
**Profundidad:** Normal ( X ) superficial ( ) profunda ( )  
**Drenaje Torácico:** Si ( ) No ( X ) Oscila Si ( ) No ( )

**0 = Independiente ( ) 1 = Ayuda de otros ( )**  
**2 = Ayuda del personal ( ) 3 = Dependiente ( )**

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

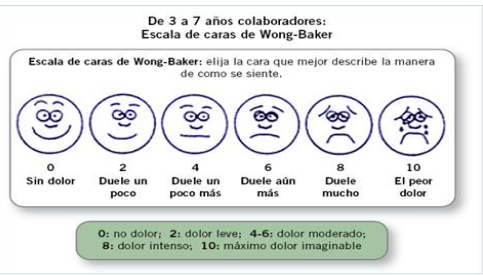
**Fuerza Muscular:** Conservada ( X ) Disminuida ( )  
**Movilidad de Miembros:** Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( ) Comentarios: BAJO EFECTOS DE PSEDOANALGESIA  
**Movilidad:** Flacidez ( ) Paresia ( ) Plejía ( ) Tonía ( )  
 Malformación Oral: Si ( ) No ( X ) Especificar: \_\_\_\_\_

**Escala de Glasgow: Pre- Escolar**

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

**Puntaje Total: 7 + TET**  
**Alteración Sensorial:** Visuales ( ) Auditivas ( ) Lenguaje ( ) Otros: \_\_\_\_\_ Especifique:  
 \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;



Escala Ramsay:

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

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Actividad Circulatoria:****Ritmo cardíaco :** Regular (X) irregular ( )**taquicardia ( ) bradicardia ( ) normal ( )****Pulso:** presente ( ) ausente ( )

LABORATORIOS:

HMGA

AGA

CVC 2 LUMENES

C.PORTH

**5.- PATRON DESCANSO-SUEÑO****Sueño:** conservado ( ) Alterado: ( ) Por enfermedad ( )

Por terapéutica (X) Motivo: PSEDOANALGESIA

**6.-PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO****Nivel de Conciencia:** Orientado ( ) Alerta ( ) Despierto ( ) Somnoliento ( ) Confuso ( )

Irritable ( ) Estupor ( ) Comatoso (X) Comentarios: \_\_\_\_\_

**Signos meníngeos:** rigidez de nuca ( ) babinski ( )**Tono muscular :**

Conservada ( ) hipotónico ( ) hipertónico ( )

**Fontanela:** deprimida ( ) Abombada ( )**Convulsión:** Si ( ) No (X) observación.....**Pupilas:** Isocóricas (X) Anisocóricas ( ) Reactivas (X) No Reactivas ( )

Fotoreactivas ( ) Mioticas ( ) Midriaticas ( ) Tamaño: 3-4.5 mm ( )

&lt; 3 mm (X) &gt; 4.5 mm ( ) Comentarios: \_\_\_\_\_

**Escala de Glasgow: Lactante**

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

**Puntuaje Total:****7.- PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO  
TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS****Estado Emocional:**

Tranquilo ( ) Ansioso ( ) Irritable ( ) Negativo ( ) Indiferente ( ) Temeroso (X)

Intranquilo ( ) Agresivo ( )

**Llanto Persistente:** Si ( ) No (X) Comentarios: \_\_\_\_\_**Relación con los padres :** Afectiva (X) Indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( ) NE ( )**Relación con el personal :** Afectiva ( ) Indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( ) NE (X)**8.-PATRON RELACIONES-ROL**

Se relaciona con el entorno: Si ( ) No (X)

Vive con los padres (solo al ingreso) Si (X) No ( )

• Ocupación y hora de trabajo de los padres (solo al ingreso) .....

Recibe Visitas: Si (X) No ( ) Comentarios: \_\_\_\_\_

• **Relaciones :Con los padres:** Afectivo (X) indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( )

NE.....

**Con el personal :** Afectivo ( ) indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( ) NE

PSEDOANALGESIA

Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si (X) No ( )

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

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

**11.- PATRON VALORES-CREENCIAS****Religión:** Bautizado en su Religión: Si (X) No ( )

Restricción Religiosa: \_\_\_\_\_

**Religión de los Padres:** Católico (X) Evangélico ( )

Adventista ( ) Testigos de Jehová ( ) Otros: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: Francy zulea Villena

Cep 51199

Fecha: 22/11/18

Familia Nuclear: Si ( X ) No ( ) Familia Ampliada Si ( ) No ( ) Padres Separados: Si ( )

### 9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Si ( ) No ( X )

Especifique: \_\_\_\_\_

Otras Molestias: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Problemas de Identidad: \_\_\_\_\_

Cambios Físicos: \_\_\_\_\_

Testículos No Palpables: Si ( ) No ( X )

Fimosis Si ( ) No ( X )

Testículos Descendidos: Si ( ) No ( X )

Masas Escrotales Si ( ) No ( X )

Tratamiento Médico Actual:

Observaciones:

**Apéndice B: Consentimiento informado**

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

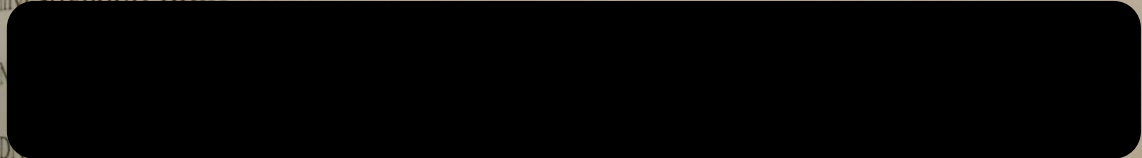
**Propósito y procedimientos**  
Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico amena de parto prematuro e infección urinaria en el servicio de Gineco obstetricia de la clínica delgado, Lima - 2018", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales I.N.O.F Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Magaly Margot Cáceres Limaco, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. 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.

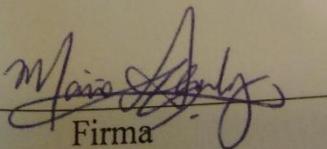
**Riesgos del estudio**  
Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se 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 (y la de mi menor hijo) en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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



  
Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### Escala de dependencia

Nivel	1	2	3
Movilización en cama			X
Deambulaci3n			X
Ir al ba1o/ba1arse			X
Tomar alimentos			X
Vestirse			X

Resultado : Dependiente –dependiente – dependiente

### Escala de sedacion ramsay

TABLA 5. *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*<sup>17</sup>

Puntuaci3n	Denominaci3n	Descripci3n	Exploraci3n
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o cat3teres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin prop3sito: «lucha» con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y mireme»
-1	Somnoliento	No est3 plenamente alerta, pero se mantiene ( $\geq 10$ segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	
-2	Sedaci3n leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	
-3	Sedaci3n moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedaci3n profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al est3mulo f3sico	
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al est3mulo f3sico	

Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, det3ngase y reeval3e el paciente posteriormente.

Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si procede, a la valoraci3n del delirio

Adaptada de: Ely EW, et al<sup>17</sup>.

Puntaje: -5