

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con síndrome bronquial obstructivo moderado y leucemia linfoblástica aguda tipo B del servicio de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de lima, 2018

Por:

Guadalupe Carlota Villacrez Quevedo

Asesor:

Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Lima, diciembre del 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

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

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con síndrome bronquial obstructivo moderado y leucemia linfoblástica aguda tipo B del servicio de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de lima 2018”*** constituye la memoria que presenta la licenciada GUADALUPE CARLOTA VILLACREZ QUEVEDO, para aspirar al título de Especialista en 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 seis días del mes de noviembre de 2018.



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con síndrome bronquial obstructivo moderado y leucemia linfoblástica aguda tipo B del servicio de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de lima 2018”

TRABAJO ACADÉMICO

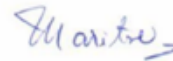
Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Presidente



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Secretaria



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Asesor

Lima, 6 de diciembre de 2018

Índice

Índice	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos	x
Resumen	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de atención de enfermería	12
Valoración	12
Datos generales.....	12
Resumen de motivo de ingreso.	12
Situación problemática.	13
Funciones biológicas	14
Funciones antropométricas.....	14
Exámenes auxiliares.	14
Tratamiento médico.....	17
Valoración según patrones funcionales de salud.....	17
Hallazgos significativos por patrones funcionales.	21
Diagnósticos de enfermería.....	22
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	22
Enunciado de los diagnósticos de enfermería	25
Planificación.....	26
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	26

Planes de cuidados.....	27
Ejecución.....	32
Evaluación.....	37
Capítulo II.....	40
Marco teórico.....	40
Antecedentes	40
Marco conceptual	43
Leucemia linfoblástica aguda.....	43
Modelo teórico	48
Capítulo III	50
Materiales y métodos.....	50
Tipo y diseño.....	50
Sujeto de estudio	50
Delimitación geográfica temporal.....	50
Técnica de recolección de Datos.....	51
Consideraciones Éticas.....	51
Capítulo IV	52
Resultados, análisis y discusión	52
Resultados	52
Análisis y discusión de los diagnósticos	52
Capítulo V	57
Conclusiones y recomendaciones.....	57
Conclusiones	57

Recomendaciones.....	58
Referencias	59
Apéndice.....	63

Índice de tablas

Tabla 1	14
Funciones vitales	14
Tabla 2	14
Registro de diuresis	14
Tabla 3	14
Hemograma	14
Tabla 4	15
AGA	15
Tabla 5	16
Ecografía de abdomen superior e inferior (05/10/17)	16
Tabla 6	18
Escala de Glasgow	18
Tabla 7	27
Dx. Enfermería: Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5° por 8 días, neutropenia	27
Tabla 8	27
Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alvéolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%	28
Tabla 9	29
Dx. Enfermería: Protección ineficaz R/C leucemia EV por alteración de la coagulación.	29

Tabla 10	30
Dx. Enfermería: Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.....	30
Tabla 11	31
Dx. Enfermería: Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.	31
Tabla 12	32
SOAPIE del Dx. Enfermería: Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5° por 8 días, neutropenia.	32
Tabla 13	33
SOAPIE del Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alvéolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.	33
Tabla 14	34
SOAPIE del Dx. Enfermería: Protección ineficaz R/C cáncer EV por alteración de la coagulación	34
Tabla 15	35
SOAPIE del Dx. Enfermería: Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.....	35
Tabla 16	36
SOAPIE del Dx. Enfermería: Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.	36
Tabla 17	37
Evaluación del Dx. Enfermería: Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5° por	

8 días, neutropenia.	37
Tabla 18	37
Evaluación del Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alvéolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.	37
Tabla 19	38
Evaluación del Dx. Enfermería: Protección ineficaz R/C cáncer EV por alteración de la coagulación	38
Tabla 20	38
Evaluación del Dx. Enfermería: Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.	38
Tabla 21	39
Evaluación del Dx. Enfermería: Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.	39
Tabla 22	52
Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería.	52

Índice de anexos

Apéndice A.....	63
Guía de valoración.....	63
Apéndice B.....	67
Fichas farmacológicas	67

Resumen

El proceso de atención de enfermería (PAE) aplicado a paciente con síndrome obstructivo bronquial (SOB) moderado y leucemia linfoblástica aguda tipo B del servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Alberto Barton en Lima, octubre – 2017, se realizó a la paciente AAFV de 1 a 6 m de edad, que fue atendida en la Unidad de Cuidados Intensivos. El objetivo de la presente investigación fue aplicar el proceso de atención de enfermería a una paciente con diagnóstico médico, SOB moderado y leucemia linfoblástica aguda, atendido en el servicio de UCI Pediátrica del Hospital Alberto Barton, para brindarle los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. El diseño de investigación fue el estudio de caso, se utilizó como instrumento la valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon; con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), por consiguiente, se realizó la planificación, ejecución de actividades programadas y, finalmente, se evaluaron los objetivos planteados. El 60% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, mientras que el 40% de ellos fueron parcialmente alcanzados. Se logró realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, y también ejecutar las actividades propuestas en el plan de cuidados.

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se práctica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón, el proceso de atención debe ser adecuadamente suministrado con sumo cuidado, tanto en los aspectos técnicos, como humanos, los mismos que contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes.

Palabras claves: Caso clínico, SOB, leucemia linfoblástica aguda, NANDA.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombres y apellidos: AAFV

Fecha de nacimiento: 02 de abril del 2016

Edad: 1 año 6 meses

Sexo: femenino

Historia Clínica: 020416

N° de cama: UCI 02

DNI: 83663706

Teléfono: 2796906

Peso: 10.8 kg.

Talla: 81cm.

Perímetro cefálico: 50cm.

Diagnóstico médico: Leucemia linfoblástica aguda (LLA) tipo B, neutropenia, plaquetopenia.

Resumen de motivo de ingreso.

Paciente femenino de 1 año y 6 meses de edad, ingresa al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Barton por presentar adenopatías ganglionares múltiples a nivel cervical, retro auricular y zona occipital, con alza térmica de 38.5°, al examen físico se palpa bazo e hígado de gran tamaño, congestión nasal, tos exigente con presencia de secreciones bronquiales, a la

auscultación presencia de sonidos roncantes y crèpitos en ACP, disnea, leve tiraje sub costal, sat de 91% oxígeno ambiental, palidez marcada y signos de equimosis en mejilla derecha y en ambas rodillas.

A la entrevista con la madre, refiere “mi bebe esta con fiebre hace 8 días” y “tiene mucha tos y hoy empezó a respirar muy rápido”.

Situación problemática.

Paciente lactante mayor de sexo femenino en su día 3er día de hospitalización en el servicio de UCI en su unidad con diagnóstico médico: SOB moderado, descarte de leucemia, neutropenia febril.

A la valoración lactante mayor se encuentra despierta, activa, alerta, irritable al contacto, en posición semifowler, piel tibia al tacto, tez pálida, glasgow 15 pts, presencia de equimosis en mejilla derecha, presencia de ganglios retro auriculares, polipneica, disnea al esfuerzo, pupilas isocóricas y reactivas, lesiones en la cavidad oral mucositis, ventilando con apoyo de oxígeno por CBN a 3 lt, sat 95%, labios semihidratados, tos ineficaz con secreciones bronquiales sin expectoración cuello móvil y simétrico con presencia de ganglios en forma de collarín, tórax simétrico, a la auscultación de ambos campos pulmonares, presencia de roncantes en hemitórax derecho, leve tiraje subcostal e intercostal, uso de músculo accesorio, miembros superiores móviles y simétricos con vía periférica catéter nº 22 en MSD per fundiendo dextros al 5 % más electrolitos a 60cc/h, llenado capilar menor de 2”, abdomen lobuloso, se palpa hígado y vaso grande, llanto de dolor al momento de la evaluación, miembros inferiores tono muscular adelgazado y equimosis en ambas piernas tercio medio de cara anterior, flujo urinario adecuado para la edad 30cc/h. Fuerza muscular disminuida con grado de dependencia IV, en compañía de la madre que se muestra ansiosa y preocupada.

Tabla 1

Funciones vitales

Hora	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
T°	38.5°	38.3°	37.5°	37.3°	36.9°	37.1°
FC	169x´	165x´	143x´	155x´	154x´	153x´
FR	39x´	36x´	36x´	37x´	36x´	36x´
FiO2	32%	32%	32%	32%	32%	32%
SatO2	97%	98%	98%	98%	98%	98%

Funciones biológicas

Apetito: Disminuido

Sed: Aumentada

Sueño: Intermitente

Deposición: Diaria

Diuresis: Flujo urinario para la edad

Tabla 2

Registro de diuresis

Hora	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
Diuresis	180cc	60cc	50cc	60cc	30cc	100cc

Funciones antropométricas

Peso: 10.8 kg.

Talla: 81cm

Interpretación: En relación P-E normal, en relación T-E normal, en relación P-T normal

Exámenes auxiliares.

Tabla 3

Hemograma

Hematología (03/10/17)	Valores obtenidos	Valores normales
------------------------	-------------------	------------------

Hemoglobina:	6.5 g/dl	12-16 g/dl
Hematocrito	20.1 %	42-52
Numero de plaquetas:	15.0 cel/ul	150000-450000 cel/ul
Lamina periférica		
Leucocitos	70 000 cel / mm	5000 - 10000
Neutrófilos segmentados	1% cel/mm ³	10%
Neutrófilos bastones	0% cel/mm ³	2%
Metamielocitos	1% cel/mm ³	2%
Mielocitos	1% cel/mm ³	2%
Promielocito	1% cel/mm ³	1%
Basófilos	1% cel/mm ³	1%
Monocitos	1% cel/mm ³	2%
Linfocitos	48% cel/mm ³	69%
Blastos	1% cel/mm ³	1%
Otros	6 cel/mm ³	8%

Fuente: Historia clínica

Interpretación: Anemia severa, plaquetopenia, leucocitosis, neutropenia y presencia de Blastos en lámina periférica.

En gran cantidad de los pacientes que se diagnostican de LLA, lo primero que se realiza y que confirma las sospechas es un hemograma. En él, nos encontramos con una leucocitosis a expensas de linfoblastos en un 50% de los casos aproximadamente, que son las células inmaturas, anemia en el 80% y trombopenia (con menos de $100 \times 10^9/L$ plaquetas) en el 75% de los casos. Cabe resaltar que según Lassaletta (2016), en la extensión de la sangre periférica al microscopio, se suelen observar los linfoblastos (aunque no siempre aparecen).

Tabla 4
AGA

	Valores obtenidos	Valores normales
pH = 7.35		7.35 – 7.45 2

PaO ₂ = 80 mmHg	70 – 100 mmHg	
PaCO ₂ = 34 mmHg	35 – 45 mmHg	
HCO ₃ = 22		22 – 26 meq/l
BE = 1meq/l		-2 a 2 meq/l
Hb = 6.5 gr/dl		12 – 14 gr/dl
SaO ₂ = 89%		93 – 98 %.

Fuente: Historia clínica

Interpretación:

Cuando encontramos niveles de SaO₂ disminuidos, se puede pensar en un transporte de oxígeno inadecuado como consecuencia de una incorrecta captación de oxígeno (PaO₂ disminuida), desviación a la derecha de la curva de disociación de oxígeno en la cual se promueve la liberación a los tejidos (Oliver et al , 2014)

Proteína C Reactiva: 3.5 mg/dl

Tabla 5

Ecografía de abdomen superior e inferior (05/10/17)

Hígado: 10mm, ecotextura conservada

Colédoco: 3mm

Porta: 7mm

Vesícula biliar de 41 x 16mm

Páncreas: Conservado

Bazo: 72 mm

Riñón derecho: 71x 26 mm, doble sistema pielocalicial

Riñón izquierdo: 70x29 mm

Vejiga: vacua

Fuente: Historia clínica

Conclusión: Hepatoesplenomegalia discreta.

Aspirado de médula ósea (05/10): Presencia de células blastos en médula ósea en un 90%.

Análisis de cariotipo genético (05/10): 56 -52 xx, t (1:19)

Conclusión: translocación entre los cromosomas 1 y 19 e hiperdiploidias.

Diagnóstico final: LLA tipo B

El diagnóstico definitivo de una leucemia aguda siempre se realiza mediante el análisis morfológico, molecular y citogenético del aspirado de la médula ósea.

Tratamiento médico.

Dieta Blanda de fácil digestión

Dextrosa 5% + clna 20% 15 ml + clk 10% 8ml: 60cc/H EV

Dexametasona 3mg EV c/6h EV

Ranitidina 15 mg EV c/8h

Alopurino ½ tab VO mañana y noche

Nistatina 10 gotas VO

Transfusión de paquete globular 120 ml en 1 hora

Clorfenamina 3mg EV previo a transfusión de paquete globular

Esquema quimioterapia inducción A

Vincristina 0.75 mg EV + Dextrosa 5% 30 cc ev en bolo (jueves)

Daunorrubicina 15 mg EV + ClNa 0.9% 150 ml ev en 2 horas (jueves)

L-Asparginaza 2950 UI IM previa prueba sensibilidad de 1º dosis

Prednisona 30 mg VO

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Medico: SOB moderado, leucemia linfoblástica aguda

Antecedente: Inicio de la enfermedad hace 8 días atrás con periodo febril por 8 días

Fractura de clavícula derecha al momento del parto (02/04/2016)

Buen estado de higiene

Patrón relaciones – rol.

Ambos padres mantienen buena relación de familia, familiar nuclear

Patrón valores y creencias.

Católico

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Padres manifiestan ansiedad por el diagnóstico de su hija, “estoy preocupada por la situación de salud de mi bebe”.

Padres buscan ayuda psicología para poder enfrentar la enfermedad de su mejor hija.

Patrón perceptivo cognitivo.

Alerta, conectado en su tiempo, espacio y persona

Pupilas isocoras, reactivas OD:2 mm OI: 2 mm

Escala de glasgow: Lactante

Tabla 6
Escala de Glasgow

Apertura ocular		Verbal		Motor	
Espontáneo	4	Orientado	5	Obedece órdenes	6
Al hablarle	3	Irritabilidad	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: 14 puntos

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria

Posición semifowler

FR: 36-40x', respiraciones diafragmáticas.

Sat O2: 91% oxígeno ambiental, con apoyo de CBN a 3 lt sat 98%

Tórax simétrico

Leve tiraje subcostal e intercostal, uso de musculo accesorio, polipneaica, disnea al esfuerzo

Roncantes y crepitantes en ACP

Secreciones bronquiales sin expectoración, de características densas y claras.

Actividad circulatoria

Fc: 145x'

Pulso periférico palpable, frecuencia eufígmico, pulso regular, igualdad de ondas de misma amplitud, tensión adecuada, amplitud mediana.

PA: 92/60mmHg

Llenado capilar < 2''

Capacidad de autocuidado

Grado de dependencia 3, gran dependencia

Fuerza muscular disminuida

Movilidad de miembros conservada

Patrón nutricional metabólico.

T° 38.5°C

Piel tibia turgente hidratada e integra, via periferia en MS-D catéter nº 22

Mucosas orales semihidratada.

Peso: 10.8Kg talla: 81 cm

En relación P-E normal, en relación T-E normal, en relación P-T normal

Dieta blanda de fácil digestión

Mucositis oral

Abdomen lobuloso, se palpa bazo e hígado grande

RHA normales

Apetito disminuido

Sed abundante.

Dentadura en proceso de crecimiento

Hb: 6.5mg/dl

Hcto: 20.9%

Patron descanso sueño.

Paciente en proceso de adaptación al ambiente, duerme en forma intercalada

Patrón eliminación.

Deposiciones normales

Elimina flatos

Diuresis: 1000 cc en 12 horas

Pañal

Patrón sexualidad reproducción.

Genitales acordes a su edad en buen estado de higiene

Hallazgos significativos por patrones funcionales.

Patrón percepción- control de la salud

Dx. Medico: SOB moderado y Leucemia Linfoblastica Aguda

Antecedente: Fractura de clavícula derecha al momento del parto

Patrón autopercepción-autoconcepto

Padres manifiestan ansiedad por el diagnóstico de su hija, “estoy preocupada por la situación de salud de mi bebe”.

Patrón actividad ejercicio

Actividad respiratoria

Posición semifowler

FR: 36-40x´ respiraciones diafragmáticas.

Sat O2: 91% oxigeno ambiental, con apoyo de CBN a 3 lt sat 98%

Tórax simétrico

Leve tiraje subcostal e intercostal, uso de musculo accesorio, polipneico, disnea al esfuerzo

Roncantes y crepitantes en ACP

Secreciones bronquiales sin expectoración

Actividad circulatoria

Fc: 145x´

Pulso periférico palpable, frecuencia eufígmico, pulso regular, igualdad de ondas de misma amplitud, tensión adecuada, amplitud mediana.

PA: 92/60mmHg

Llenado capilar < 2´´

Capacidad de autocuidado

Grado de dependencia 3, gran dependencia

Fuerza muscular disminuida

Patrón nutricional metabólico

T° 38.5°C

Piel tibia turgente hidratada e íntegra, vía periférica en MS-D catéter nº 22

Mucosas orales semihidratada.

Peso: 10.8Kg talla: 81 cm

Dieta blanda de fácil digestión

Abdomen lobuloso, se palpa bazo e hígado grande

Apetito disminuido

Sed abundante.

Dentadura en proceso de crecimiento

Hb: 6.5mg/dl (anemia severa)

Hcto: 20.9%

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

Etiqueta diagnóstica: Protección ineficaz

Código: 1990

Dominio: 1 Protección de la Salud

Clase: 2 Gestión de la Salud

Página: 148

Definición: Disminución de la capacidad para proteger de amenazas internas o externas,

como enfermedades o lesiones.

Factor relacionado: Cáncer.

Características definitorias: inmunodeficiencias, tos

Enunciado de enfermería: protección ineficaz RA cáncer EV inmunodeficiencias, tos.

Etiqueta diagnóstica: hipertermia

Código: 00007

Dominio: 11 Seguridad / Protección

Clase: 6 termorregulador

Página: 420

Definición: temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Factor relacionado: enfermedad

Características definitorias: irritabilidad, piel caliente al tacto, taquipnea, taquicardia, T°38.5 °C.

Enunciado de enfermería: hipertermia RA enfermedad EV irritabilidad, piel caliente al tacto, taquipnea, taquicardia, T° 38.5°C

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases

Código: 00030

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 4 Función respiratoria

Página: 204

Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.

Factor relacionado: alteración de la membrana alveolo capilar.

Características definitorias: gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, Patrón respiratorio anormal, hipoxemia.

Enunciado de enfermería: Deterioro del intercambio de gases RA alteración de la membrana alveolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, Patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la mucosa oral

Código: 00045

Dominio: 11 seguridad /protección

Clase: 2 lesión física

Página: 396

Definición: lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal, y/o la orofaringe.

Factor relacionado: disminución de las plaquetas.

Características definitorias: Úlceras orales, placas blancas en la boca, lesión oral

Enunciado de enfermería: deterioro de la mucosa oral RA inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.

Etiqueta diagnostica: ansiedad

Código: 00046

Dominio: 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase: 2 respuestas de afrontamiento

Página: 331

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Factor relacionado: Factores estresantes

Características definitorias: Irritabilidad, temor, preocupación.

Enunciado de enfermería: A

ansiedad de los padres RA factores estresantes EV irritabilidad, temor, preocupación, “estoy preocupada por la situación de salud de mi bebe”.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Hipertermia R/C enfermedad EV neutropenia, Temperatura 38.5°C

Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, Patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.

Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.

Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.

Protección ineficaz R/C leucemia EV por alteración de la coagulación, anemia

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5 por 8 días, neutropenia.
2. Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.
3. Protección ineficaz R/C Leucemia EV por alteración de la coagulación, anemia.
4. Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.
5. Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.

Planes de cuidados.

Tabla 7

Dx. Enfermería: Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5° por 8 días, neutropenia.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general Paciente disminuirá T° corporal durante su estadía en el servicio	1. Realizar el monitoreo, registro y control de la temperatura corporal.	1. El monitoreo constante de T° corporal nos previene de complicaciones y nos ayuda para actuar de forma oportuna (Kozier, 2005).
Resultados esperados Paciente presentara T° 36.5 a 37.3° y neutrófilos mayor o igual a 500 durante el turno.	2. Retirar el exceso de prendas del paciente.	2. Ayuda a incrementar la pérdida de calor a través de la conducción (Potter, 2015).
	3. Realizar medio físico, o realizar el baño de esponja con agua tibia.	3. Las compresas de agua fría en cabeza, pies y abdomen, pueden disminuir notablemente la temperatura corporal, puesto que son áreas muy vascularizadas y el frío se conduce desde la piel hasta los vasos sanguíneos (Potter, 2015).
	4. Controlar ingesta de líquidos y proporcionar la terapia con líquidos EV indicados por el médico.	4. Se puede producir deshidratación debido a la pérdida de líquidos por diaforesis y ventilación aumentada, el sudor al evaporarse arrastra el calor y enfría al organismo (Jeffrey, 1993).
	5. Valorar la temperatura corporal cada hora.	5. La valoración de la temperatura corporal constantemente indicara si la terapéutica empleada para el control de la fiebre está haciendo efecto. (Birman y Snyder ;2013).
	6. Administrar de metamizol 250 mg EV	6. El uso de antipiréticos contribuyen a la disminución del alza termina de forma efectiva (Castell y Hernández, 2007).

Tabla 8

Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alveolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mejorará el intercambio de gases durante el turno</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Paciente presentara resultados de AGA dentro de los parámetros normales: Sat O2 92 -95% oxígeno ambiental.</p> <p>FC: 80 -130 x', FR:20-28x', durante el turno</p> <p>Paciente se mostrará más calmado durante el turno.</p> <p>Paciente mostrara patrón respiratorio normal, disminuirá tiraje subcostal e intercostal, disnea y polipnea durante el turno..</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, control y registro de los signos vitales: FR, FC, Sat O2. 2. Colocar al paciente en posición semifowler. 3. Valorar signos de hipoxemia. 4. Valorar resultados de AGA en cada turno. 5. Auscultar al paciente y detectar la presencia de secreciones bronquiales. 6. Realizar nebulización indicadas si es el caso. 7. Administrar oxígeno por cánula binasal para mantener saturación de O2 mayor de 92%. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener una correcta oxigenación del paciente mediante el monitoreo podremos detectar oportunamente los signos de alarma (Jeffrey, 1993). 2. Favorece el trabajo respiratorio mediante medidas posturales, garantizando la permeabilidad de las vías aéreas superiores (Potter, 2015). 3. La hipoxemia se desarrolla por la falta de oxígeno que llega a las arterias. El problema afecta directamente la respiración y circulación correcta de la sangre. 4. La gasometría arterial permite analizar, de manera simultánea, el estado de oxigenación, ventilación y ácido base de un individuo. (Cortez, 2017) 5. Disminuye el riesgo de aspiración se secreciones en el lactante mayor (Kozier, 2005) 6. Las nebulizaciones son para administrar medicamentos, humidificar el aire, mejorar la movilización y evacuación de secreciones respiratorias. (Potter, 2015). 7. El equilibrio de oxigenación en el cuerpo y mantener la saturación de oxígeno mayor de 92% favorece a la oxigenación de órganos principales como el cerebro y el corazón (Meneghello, 2013).

Tabla 9

Dx. Enfermería: Protección ineficaz R/C leucemia EV por alteración de la coagulación.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general</p> <p>Paciente mantendrá protección eficaz dentro de la estancia hospitalaria.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Paciente presenta aumento en los valores de hemoglobina, plaquetas y neutrófilos dentro de lo normal. Paciente mejora hemoglobina a 12.2 mg/dl y Plaquetas: 150 000 cel/ul, posterior a transfusión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar control de laboratorio. Control de hemograma completo. 2. Valorar estado de la piel (lesiones pequeñas de color rojo, hematomas, sangrado activo) y mucosas (coloración, gingivorrea, ulceraciones). 3. Realizar hemoterapia al paciente, administración de paquete globular 120 ml en 1 hora y plaquetas. 4. Ser estrictos con la administración del tratamiento indicado. 5. Educar al familiar sobre el cuidado y la higiene personal, lavado de manos y restricción de visitas. 6. Educar sobre los signos de alarma que se puedan presentar (fiebre, lesiones en la piel, golpes o caídas). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente hematológico debe ser monitoreado por exámenes de laboratorio para evitar el riesgo de sufrir hemorragias o infecciones (Lassaretta, 2016). 2. Mantener integra las barreras naturales de defensa (piel y mucosas) para evitar alguna puerta de ingreso de gérmenes o bacterias. (Lassaretta, 2016). 3. Consiste en la administración de sangre total o hemoderivados como son concentrados de hematíes, plaquetas o plasma fresco congelado (Lassaretta, 2016). 4. La continuidad del tratamiento garantiza la efectividad de su administración (Potter, 2015). 5. El cuidado y aseo personal previene de infecciones agregadas, e infecciones cruzadas, lavado de manos previene la proliferación de virus y bacterias (Kozier, 2005). 6. Las detecciones oportunas de los signos de alarma ayudan a la acción rápida del personal de salud (Potter, 2015).

Tabla 10

Dx. Enfermería: Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo General Paciente presentara mucosa oral intacta durante su estadía hospitalaria.	1. Usar colutorios antisépticos bucales sin alcohol como prevención de la mucositis.	1. El uso de colutorios antisépticos favorece a la protección microbiana en la cavidad oral (Kozier, 2005).
Resultados esperados Paciente disminuye lesiones en cavidad oral y placas blancas en boca.	2. Recomendar el uso de cepillos dentales con cerdas blandas.	2. Favorece que las encías no sangren y no produzca malestar oral (Kozier, 2005).
	3. Mantener una buena hidratación.	3. Ayuda la paciente a mantener la oral húmeda (Potter, 2015).
	4. Proporcionar colutorios con agua bicarbonatada antes de comer.	4. Unas de las propiedades del bicarbonato de Sodio es tener un pH alcalino mantiene intacta la mucosa oral y actúa como un antiséptico bucal (Whaley L. y Wong D, 1995).
	5. Ingerir alimentos suaves, basados en una dieta blanda.	5. Ayuda a no provocar lesión en la cavidad oral al momento de la ingestión de los alimentos, sea fácil su masticación (Whaley y Wong, 1995).

Tabla 11

Dx. Enfermería: Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general</p> <p>Paciente disminuirá niveles de ansiedad.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Paciente evidenciara menos llanto durante su estancia hospitalaria</p> <p>Paciente se manifiesta más tranquilo, paciente no presenta llanto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar estado de ánimo del paciente. 2. Brindar soporte emocional. 3. Aclarar dudas e inquietudes de los procedimientos realizados al paciente. 4. Brindar apoyo por otros especialistas. 5. Escuchar las expresiones de sentimiento y ansiedad de los padres. 6. Brindar un ambiente cálido y relajado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nos ayuda al personal de salud a identificar de donde parte su inquietud (Potter, 2015). 2. Soporte emocional que se le brinda a los padres por parte del personal de enfermería ayuda a tener mayor confianza con el personal. (Kozier, 2005). 3. La explicación de cada procedimiento a realizar con el paciente nos facilita a la colaboración del procedimiento ((Kozier, 2005) 4. El equipo multidisciplinario de salud trabaja en conjunto para poder contribuir a la recuperación del paciente, uno de ellos es el apoyo psicológico. 5. El apoyo de la escucha activa por parte del personal de enfermería, es prescindible ya que fortalecemos el valor a la empatía con nuestros pacientes ((Whaley y Wong, 1995). 6. El ambiente del paciente nos ayuda a fortalecer nuestro lazo de confianza, ya que por una larga temporada este va ser con su segundo hogar (Whaley y Wong, 1995).

Ejecución

Tabla 12

SOAPIE del Dx. Enfermería: Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5° por 8 días, neutropenia.

Fecha/hora		Intervenciones
7/10/2017	S	Madre del paciente “mi niña sigue esta con fiebre”
	O	Lactante mayor de 1 año 6 meses sexo femenino, despierta, alerta, conectada en su entorno, ventilando con apoyo de oxígeno por CBN 2 lt, presenta disnea al esfuerzo, taquicardia, mucosa oral semi hidratada, piel tibía al tacto, T ^a de 38.5°, abdomen ligeramente distendido, micción espontanea, con vía periférica permeable perfundiendo Dextrosa 5% + electrolitos a 60cc/h, movilidad de MMII.
	A	Hipertermia R/C enfermedad EV t° 38.5 por 8 días, neutropenia.
	P	Paciente disminuirá t° corporal 36.5° a 37.3° del paciente durante el turno.
7 am	I	Se realiza control de funciones vitales, T° 38.5°, FR 36x´, FC145x´, SatO2 98%
8:30 am		Se aligera prendas del paciente.
8:45 am		Se realiza medios físicos y baño en tina por 10 minutos.
9 am		Se administra antipirético indicado, Metamizol 250 mg EV lento y diluido.
	E	Objetivo alcanzado: Paciente disminuye temperatura corporal. T° 36.8°

Fuente: Propio autor

Tabla 13

SOAPIE del Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alveolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.

Fecha/hora		Intervenciones
7/10/2017	S	Madre refiere “mi bebe sigue con oxígeno y por momentos se agita”.
	O	Lactante mayor de 1 año 6 meses sexo femenino, despierta, alerta, irritable, conectada en su entorno, ventilando con apoyo de oxigeno por CBN 2 lt, presenta disnea al esfuerzo, taquicardia, disnea, mucosa oral semi hidratada, abdomen ligeramente distendido, micción espontanea, con vía periférica permeable perfundiendo dextrosa 5% + electrolitos a 60cc/h, movilidad de MMII.
	A	Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alveolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.
	P	Paciente mejorará el intercambio de gases.
7am	I	Realizar control de funciones vitales, T° 36.5°, FR 36x´,
7:30 am		FC145x´, SatO2 98% con apoyo de oxígeno con CBN a 2lt.
10 am		Brindar soporte ventilatorio por canula binasal a 2 litros para mantener saturación O2 mayor de 92%.
1 pm		Colocar al paciente en posición semifowler. Iniciar progresivamente el destete de oxigeno
	E	Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente continúa con ½ lt con apoyo de O2 por CBN.

Fuente: Propio autor

Tabla 14

SOAPIE del Dx. Enfermería: Protección ineficaz R/C Cancer EV por alteración de la coagulación

Fecha/hora		Intervenciones
7/10/2017 07:00 am	S	Madre de la paciente refiere “mi niña tiene moretones en su carita y ambas piernas”.
	O	Lactante mayor de 1 año 6 meses sexo femenino, despierta, alerta, conectada en su entorno, ventilando espontáneamente, mucosa oral semi hidratada, piel pálida, presenta equimosis en mejilla derecha, abdomen ligeramente distendido, micción espontanea, con vía periférica permeable perfundiendo Dextrosa 5% + electrolitos a 60cc/h, movilidad de MMII, presencia de zona de equimosis.
	A	Protección ineficaz R/C cáncer EV por alteración de la coagulación.
	P	Paciente mantendrá protección eficaz durante su estancia en la unidad.
7am	I	Realizar control de funciones vitales, T° 36.5, FR 36x', FC145x', SatO2 98%.
8 am		Realizar control de laboratorio. Usar de medidas de bioseguridad.
9am		Realizar transfusión de paquete globular 120ml en 1 hora. Realizar transfusión de plaquetas en media hora para evitar
10 am		hemolisis del hemoderivado
12pm		Vigilar signos de alarma, sangrado, petequias en piernas y brazos, rash cutanea, fiebre.
	E	Objetivo alcanzado. Paciente mejora hemoglobina a 12.2 mg/dl y plaquetas: 150 000 cel/ul, posterior a trasfusión. Pendiente control de laboratorio post transfusión y evaluación con resultados.

Fuente: Propio autor

Tabla 15

SOAPIE del Dx. Enfermería: Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV ulceras orales, placas blancas en la boca.

Fecha/hora		Intervenciones
7/10/2017	S	Madre refiere “mi hija tiene unas manchas blancas en la boca”.
	O	Lactante mayor de 1 año 6 meses sexo femenino, despierta, alerta, conectada en su entorno, ventilando espontáneamente, mucosa oral semi hidratada, piel pálida, presencia de lesiones en la cavidad oral, abdomen ligeramente distendido, micción espontánea, con vía periférica permeable perfundiendo Dextrosa 5% + electrolitos a 60cc/h, movilidad de MMII, presencia de zona de equimosis.
	A	Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV ulceras orales, placas blancas en la boca.
	P	Paciente mantendrá mucosa oral integra.
7am	I	Valorar mucosa oral del paciente.
8 am		Administrar tratamiento indicado.
9am		Realizar enjuagues de colutorios indicados.
10 am		Realizar aseo bucal correspondiente.
12pm		Brindar dieta de fácil masticación.
	E	Objetivo parcialmente alcanzado, Paciente queda en observación, lesiones bucales en proceso de remisión.

Fuente: Propio autor

Tabla 16

SOAPIE del Dx. Enfermería: Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.

Fecha/hora		Intervenciones
7/10/2017	S	Madre del paciente refiere ” mi bebe está muy asustada, llora mucho y yo estoy muy preocupada por su estado de salud”
07:00 am	O	Lactante mayor de 1 año 6 meses sexo femenino, despierta, alerta, conectada en su entorno, irritable al contacto con el personal de salud, ventilando espontáneamente, ojos irritables, llanto enérgico, temerosa, piel pálida, abdomen ligeramente distendido, micción espontanea, con vía periférica permeable perfundiendo Dextrosa 5% + electrolitos a 60cc/h, movilidad de MMII, presencia de zona de equimosis.
	A	Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.
	P	Familiar del paciente disminuirá nivel de ansiedad. Paciente disminuirá nivel de ansiedad.
7am	I	Valorar nivel de ansiedad del paciente.
8 am		Brindar comodidad y confort
9am		Brindar un ambiente cálido y confiable
10 am		Disipar dudas del familiar, entablar conversación oportuna.
12am		Brindar objetos distractores para fortalecer confianza del paciente.
	E	Objetivo alcanzado: Paciente se observa más tranquila. Madre manifiesta estar mucho más tranquila y calmada con su niña

Evaluación

Tabla 17

Evaluación del Dx. Enfermería: Hipertermia R/C enfermedad EV temperatura 38.5° por 8 días, neutropenia.

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo general: Paciente disminuirá T° corporal durante su estadía en el servicio	OA: Paciente presenta T° corporal de 36.8°, se encuentra dentro de los parámetros normales.
Resultados esperados: Paciente presenta T° 36.5 a 37.3° durante el turno.	

Tabla 18

Evaluación del Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración de la membrana alveolo capilar EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia, Patrón respiratorio anormal, hipoxemia sat 91%.

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo general: Paciente mejorará el intercambio de gases.	OPA: Paciente queda en observación. Paciente continúa con ½ lt con apoyo de
Resultados esperados: Paciente presenta FR:20-28x', disminuye tiraje subcostal e intercostal, disnea y polipnea durante el turno.	O2 por CBN.

Tabla 19

Evaluación del Dx. Enfermería: Protección ineficaz R/C Cancer EV por alteración de la coagulación

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo general: Paciente mantendrá protección eficaz. Resultados esperados: Paciente presenta aumento en los valores de hemoglobina, plaquetas y neutrófilos dentro de lo normal.	OA: Paciente mejora hemoglobina a 12.2 mg/dl y Plaquetas: 150 000 cel/ul, posterior a transfusión.

Tabla 20

Evaluación del Dx. Enfermería: Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión EV úlceras orales, placas blancas en la boca.

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo general: Paciente presentara mucosa oral intacta durante su estadía hospitalaria. Resultados esperados: Paciente presenta cavidad oral intacta sin lesiones durante su estadía hospitalaria.	OPA: Paciente presenta lesiones bucales en proceso de remisión.

Tabla 21

Evaluación del Dx. Enfermería: Ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente.

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo general:	OA: Paciente se mantiene tranquila y
Paciente disminuye niveles de ansiedad.	calmada.
Resultados esperados:	
Paciente se mantiene tranquilo sin presentar llanto.	

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Marín-Ramírez Griselda et.al (2011) realizaron una investigación titulada “Habilidad de cuidado del cuidador informal del niño con leucemia” en la ciudad de Durango, México, con el objetivo de identificar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador informal de los niños con leucemia. El tipo de estudio descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por 20 cuidadores informales de niños con leucemia que reciben tratamiento en el Centro de Cancerología de Durango. Para medir el nivel de habilidad de cuidado se utilizó el Caring Hability Inventory (CAI), propuesto por la Dra. Nkongho, versión en español. Resultados: de la población de estudio, la totalidad de los cuidadores informales fueron mujeres, amas de casa y la mayoría con bajos ingresos económicos; 90% son las madres de los niños quienes cuidan, la mayoría son adultas jóvenes con nivel de escolaridad básico. El nivel de habilidad de cuidado que poseen el total de las cuidadoras es bajo en las dimensiones de conocimiento, valor y paciencia. Conclusión: el estudio indica que es necesario iniciar con un programa de intervención que permita fortalecer las habilidades de cuidado de los cuidadores de los niños con leucemia y potenciar aquellas que hayan sido desarrolladas a lo largo del proceso de cuidado de su niño u otros familiares.

Aquiahuatl-Méndez, et.al (2015) realizaron una investigación titulada “Funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda” en la ciudad de Puebla México, el objetivo fue identificar la funcionalidad familiar en pacientes con leucemia linfoblástica aguda (Ila) de 1 a 15 años de edad. Método: estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (umf) no. 6, del Instituto

Mexicano del Seguro Social (imss), delegación Puebla, México; en el periodo comprendido de febrero a mayo de 2012, con una muestra no probabilística por cuotas de familias con pacientes pediátricos que tuvieran Ila. Se evaluó: apgar familiar, faces iii, tipología familiar, ciclo evolutivo y nivel socio-económico; se integró una muestra de 79 familiares de pacientes con Ila. Resultados: la funcionalidad familiar de acuerdo con apgar: familias funcionales, 77.2%; y familias con disfunción moderada, 22.8%; y de acuerdo con faces iii: familias balanceadas, 51.9%; familias en rango medio, 36.7% y familias extremas, 11.4%.

Conclusiones en este estudio predominaron las familias funcionales (77.2%). Se propone que en las umf en las que se identifiquen pacientes con LLA; se establezcan estrategias de orientación o en su caso terapia familiar.

Suárez, et. al (2016), realizaron una investigación titulado “Caracterización clínica y de laboratorio de pacientes con neutropenia febril en un hospital pediátrico en Pasto-Colombia”, en la ciudad de Colombia, cuyo objetivo fue identificar las características clínicas y parámetros de laboratorio de los episodios de neutropenia febril en el servicio de oncohematología pediátrica del HILA de Pasto, Colombia, durante el año 2013. Método: serie de casos clínicos. Se incluyeron todos los episodios de neutropenia febril hospitalizados en el servicio de Oncohematología Pediátrica del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, Colombia en el 2013. Resultados 52 episodios de neutropenia febril, en 32 pacientes. La edad promedio fue de 7,2 años, hombres en su mayoría (62%), y la enfermedad de base más frecuente fue Leucemia Linfocítica Aguda. La mitad de pacientes fueron diagnosticados intrahospitalariamente. El 5% presentó un conteo absoluto de neutrófilos menor a 100 células/mm³, y el rango de fiebre más frecuente fue de 38°-38,9°. Los focos infecciosos más comunes fueron respiratorios y gastrointestinales, y el régimen antibiótico más usado fue

piperacilina/tazobactam + amikacina. La complicación clínica más frecuente fue sepsis, y se presentó un caso de muerte. Conclusiones: la neutropenia febril sigue siendo una causa frecuente de hospitalización en pacientes oncológicos. El presente estudio muestra similitudes con la literatura respecto a edad, sexo, diagnóstico de base, síntomas de ingreso y mortalidad. La neutropenia febril asociada al cáncer fue clasificada como alto riesgo en todos los pacientes (Consenso SLIPE).

Castillo-Martínez, et. al (2009) realizaron esta investigación titulada “Calidad de vida en niños con leucemia linfoblástica aguda durante la inducción a la remisión mediante el PedsQL Cancer Module”. Los objetivos fueron medir la calidad de vida en pacientes con LAL de recién diagnóstico que acuden al Servicio de Quimioterapia Ambulatoria del HIMFG mediante el PedsQL Cancer Module 3.00 y determinar si se modifica entre la semana dos y el segundo mes después del diagnóstico. La metodología consistió en realizar 2 mediciones a niños con LAL de diagnóstico reciente. Según los resultados se determinó que la CV se modificó al finalizar la inducción a la remisión. En la segunda medición se observó mejor CV con relación a un proceso de posible adaptación al tratamiento, así como por mejoría de los síntomas relacionados a la enfermedad. Se concluye que el PedsQL Cancer Module© fue útil para medir la CV y detectar cambios en los niños con LAL en inducción a la remisión.

Monteza y Vera (2012) realizaron una investigación titulada “Representación social del cáncer: un estudio desde la perspectiva del adolescente diagnosticado con leucemia, Chiclayo 2012”, en la ciudad de Chiclayo, Perú, . Los objetivos fueron caracterizar y analizar la representación social del cáncer en los adolescentes diagnosticados con leucemia y discutir la implicancia de esta representación social en el cuidado de enfermería. La metodología utilizada fue cualitativa, tuvo como respaldo teórico-metodológico a la representación social

propuesta por Serge Moscovici (1961), Denis Jodelet (1988), Llinares (2010) y Regina Waldow (2008); los sujetos de investigación lo constituyeron 15 adolescentes que se encontraron hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Essalud en Chiclayo. Los instrumentos para recolección de datos fueron el cuestionario sociodemográfico y la entrevista semiestructurada a profundidad, para el análisis de los datos se utilizó el método de asociación de contenidos de Isaura Porto Et al (2003). Se consideraron los principios de la bioética personalista según Elio Sgreccia (2007) y los criterios de rigor científico de Lincoln y Guba (1998), obteniéndose las categorías: la leucemia estigmatizada como proceso largo, doloroso y mortal, ciencia y cuidado humano elementos asociados a la cura, el conocimiento ancorado como mayor expectativa de curación y descubriendo la representación de la leucemia y su ancoraje en la vida del adolescente.

Marco conceptual

Leucemia linfoblástica aguda.

Epidemiología.

La leucemia aguda linfoblástica es la forma más frecuente de presentación del cáncer en la edad infantil. La LLA constituye el 25% de los tumores y el 75-80% de las leucemias en la edad pediátrica. El pico de incidencia máximo se establece entre los dos y los cinco años de edad. En cuanto al sexo, la LLA predomina ligeramente en los varones, sobre todo en la edad puberal. Las diferencias geográficas son notables en esta enfermedad: mientras que en los países menos desarrollados, como Norte de África y Oriente Medio, predominan los linfomas y las LLA de estirpe T, en los países industrializados, la LLA de estirpe B es con diferencia la más frecuente de las hemopatías malignas (Lassaletta, 2016).

Fisiopatología.

La LLA es la consecuencia de la transformación maligna de una célula progenitora linfoide inmadura que tiene la capacidad de expandirse y formar un clon de células progenitoras idénticas bloqueadas en un punto de su diferenciación. Como en toda enfermedad neoplásica, la secuencia de acontecimientos que derivan en la transformación maligna de una célula es multifactorial. En el caso de la LLA, estos eventos se producen durante el desarrollo de la estirpe linfoide. Estos precursores linfoides presentan una alta tasa de proliferación y de reordenamientos genéticos; características que favorecen la aparición de mutaciones espontáneas y de otras alteraciones citogenéticas que facilitan la transformación maligna. En más del 75% de las LLA de pacientes pediátricos, se pueden detectar anomalías genéticas primarias. Los modelos experimentales han permitido conocer que, para que se desarrolle una leucemia, son necesarias varias alteraciones genéticas. Los estudios de Mullinghan han identificado una media de 6 alteraciones en las copias de DNA en los casos de LLA infantil. Los factores genéticos tienen un papel cada vez más importante en la etiología de las leucemias agudas. Esta afirmación está basada en: 1) existe una estrecha asociación de las LLA y algunas traslocaciones cromosómicas; 2) la frecuencia de leucemia aguda es mayor en los familiares de pacientes con LA y 3) determinadas enfermedades genéticas cursan con mayor incidencia de LA (síndrome de Down, Klinefelter, neurofibromatosis, Schwachman, Bloom, Fanconi, etc.). Entre los factores medioambientales que pueden facilitar el desarrollo de leucemia, destaca la exposición a las radiaciones ionizantes. Se ha dado mucha importancia al papel de los virus en el estudio de la etiología de las leucemias (Lassaletta, 2016).

Citogenética.

Los avances de las técnicas y conocimientos de la biología molecular de los últimos años

han permitido identificar casi el 100% de las anomalías citogenéticas de las células leucémicas. Estas pueden afectar al número total de cromosomas o a su estructura. Se ha comprobado que la hiperdiploidía (aumento del número de cromosomas >51) en los linfoblastos es un factor de buen pronóstico. En la actualidad, sabemos que esto es debido a que las células leucémicas hiperdiploides tienen una mayor predisposición a la apoptosis, porque son capaces de acumular mayor concentración de metabolitos activos del metotrexato (poliglutamatos) y, por ello, son más sensibles a este fármaco. De todas las anomalías cromosómicas estructurales, las translocaciones son las más frecuentes (Lassaletta, 2016).

Tipos de células sanguíneas.

Los glóbulos rojos transportan oxígeno desde los pulmones a todos los demás tejidos del cuerpo, y llevan el dióxido de carbono hasta los pulmones para su eliminación. Una cantidad insuficiente de glóbulos rojos en el cuerpo (anemia) puede causar cansancio, debilidad y dificultad para respirar debido a que los tejidos del cuerpo no reciben suficiente oxígeno.

Las plaquetas en realidad son fragmentos celulares producidos por un tipo de célula de la médula ósea que se llama megacariocito. Las plaquetas son importantes para detener el sangrado al sellar pequeños orificios en los vasos sanguíneos. Tener muy pocas plaquetas (trombocitopenia) puede hacer que usted sangre o presente moretones con facilidad.

Los glóbulos blancos ayudan al cuerpo a combatir las infecciones. Tener muy pocos glóbulos blancos debilita su sistema inmunológico y la persona es más propenso a contraer una infección.

Tipos de glóbulos blancos

Los linfocitos son células maduras que combaten infecciones que se desarrollan de los linfoblastos, un tipo de célula madre de la sangre en la médula ósea. Los linfocitos son las

principales células que forman el tejido linfático, que es una parte importante del sistema inmunológico. El tejido linfático se encuentra en los ganglios linfáticos, el timo (un órgano pequeño detrás del esternón), el bazo, las amígdalas y las glándulas adenoideas, y la médula ósea. También se encuentra disperso en todo el sistema digestivo y el sistema respiratorio.

Hay dos tipos principales de linfocitos: los linfocitos B (células B) ayudan a proteger el cuerpo contra gérmenes, tal como las bacterias y los virus. Producen proteínas llamadas anticuerpos que se adhieren al germen, y lo marcan para que otros miembros del sistema inmunológico lo destruyan; los linfocitos T (células T) también ayudan a proteger el cuerpo contra los gérmenes. Algunos tipos de células T destruyen directamente a gérmenes, mientras otras desempeñan una función al reforzar o desacelerar las actividades de otras células del sistema inmunológico.

La leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda, el tipo más común de leucemia en niños, se origina en los linfocitos en sus etapas más tempranas. Se puede originar en células B o T tempranas en diferentes etapas de madurez. Aunque tanto las células B como las células T se pueden convertir en leucemia, las leucemias de las células B son mucho más comunes que las leucemias de las células T (Lassaletta, 2016).

Clínica.

Los síntomas iniciales al diagnóstico suelen ser la consecuencia de la infiltración de los linfoblastos en la médula ósea: anemia, trombopenia, leucopenia, dolores óseos, etc. La presentación clínica de los pacientes con LLA refleja la infiltración de la médula ósea por parte de los blastos y la extensión extramedular de la enfermedad. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico son aquellos relacionados con la insuficiencia medular: anemia (palidez, astenia), trombopenia (equimosis, petequias) y neutropenia (fiebre). Raras veces, las

LLA se presentan con pancitopenia severa. En este caso, siempre deberemos realizar el diagnóstico diferencial con la aplasia de médula ósea, incluyendo una biopsia de médula ósea en las pruebas a realizar. El 65% de los pacientes con LLA presentan algún grado de hepatoesplenomegalia, que suele ser asintomática. La duración de los síntomas en pacientes con LLA puede durar días, e incluso meses.

Diagnóstico

La confirmación del diagnóstico se realiza mediante el estudio morfológico, citogenético y molecular del aspirado de médula ósea. El diagnóstico definitivo de una leucemia aguda siempre se debe realizar mediante el análisis morfológico, molecular y citogenético del aspirado de la médula ósea. Otros estudios que se realizan al diagnóstico son: ecografía abdominal, estudio cardiológico (previo al tratamiento, que incluye fármacos cardiotóxicos), bioquímica sanguínea (incluyendo LDH, ácido úrico, calcio, fósforo, transaminasas, etc.), estudio de coagulación, serologías (hepatitis viral, VIH, herpes, CMV, etc.) e inmunoglobulinas. Si el paciente presenta fiebre, se deben obtener cultivos de sangre, orina y de cualquier lesión sospechosa e iniciar el tratamiento antibiótico adecuado (Lassaletta, 2016).

Tratamiento

El tratamiento de los pacientes con LLA está adaptado al riesgo del paciente al diagnóstico y comprende tres fases: inducción, intensificación (consolidación) y mantenimiento. La duración total es de dos años. En 1948, el pediatra americano Sydney Farber publicó sus primeros estudios en los que demostró que la aminopterina (análogo del ácido fólico) podía inducir remisiones en pacientes con LLA. En la actualidad, más del 85% de los niños con LLA se curan de su enfermedad en los países más desarrollados. La tendencia actual es realizar un tratamiento adaptado al riesgo de cada paciente recientemente diagnosticado de

LLA; es decir, vamos a administrar un tratamiento más intensivo al paciente que tiene mayor riesgo de recaída al diagnóstico y vamos a tratar de no sobre tratar al paciente de riesgo estándar. Para ello, debemos clasificar a los pacientes en grupos de riesgo.

Factores pronósticos

Actualmente, el factor pronóstico más importante de las LLA es la respuesta precoz al tratamiento, cuantificado por la enfermedad mínima residual (EMR). La respuesta precoz al tratamiento refleja las características genéticas de los linfoblastos, las características farmacodinámicas y farmacogenéticas del paciente y el efecto de la quimioterapia sobre las células. Factores pronósticos históricamente importantísimos, como la edad y el número de leucocitos al diagnóstico, con los nuevos tratamientos basados en el seguimiento por EMR, están empezando a ser cuestionados. Los pacientes con una edad inferior a un año continúan teniendo un pronóstico claramente peor que el resto de los pacientes (Lassaletta, 2016).

Modelo teórico

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). En esa línea, el trabajo de J. Watson, contribuye a la sensibilizar a los profesionales de la enfermería, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención (Chavarry, 2008).

Watson en su primer libro: “Enfermería: La filosofía y ciencia de los cuidados” expone su teoría, señalando que su teoría emergió desde su inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes. Así, el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro,

absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.

Según la escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal (CHT) basado en la Teoría de Jean Watson, existen 6 dimensiones relevantes en el CHT, a saber: satisfacer las necesidades, habilidades y técnicas de la enfermera, relación enfermera- paciente, autocuidado de la profesionalidad, aspectos del cuidado del enfermero. Aspectos éticos del cuidado

El papel de esta escala es ofrecernos una perspectiva profesional, es decir, que la práctica este sustentada en un modelo teórico que se desarrolla bajo ciertas premisas básicas, que le imprimen características específicas a la práctica. En específico implica que la enfermera/o se identifique con el modelo y acepte que la realidad del paciente y la suya propia se comportan de acuerdo con esas dimensiones. Así, si un profesional de enfermería acepta las propuestas de J. Watson, su práctica, que está respaldada por el conocimiento pertinente, tendrá como meta cumplir cabalmente las acciones establecidas por el modelo de Watson. O sea, que el trabajo se orientará a satisfacer las necesidades del paciente, aplicar las habilidades y técnicas de la enfermera más pertinentes, cuidar la relación enfermera-paciente, autocuidado de la profesionalidad y los aspectos éticos del cuidado.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El diseño de investigación fue el estudio de caso, se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon; con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación, se ejecutaron las actividades programadas y, finalmente, se evaluaron los objetivos planteados. Este estudio de caso es aplicado a un paciente con síndrome obstructivo bronquial (SOB) moderado y leucemia linfoblástica aguda tipo B, que fue atendida en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Alberto Barton el cual se inició con la etapa de análisis del paciente, la precisión de la situación problemática, sus funciones vitales, biológicas y, sus funciones antropométricas, con el fin de establecer los diagnósticos de enfermería más adecuados para este caso. Dicho análisis requiere de pensamiento crítico que permita establecer juicios clínicos de manera acertada. A partir de esto se elaboró un plan de cuidados de enfermería, donde se establecieron los objetivos y las actividades de atención.

Sujeto de estudio

Lactante de 1 año y 6 meses hospitalizada en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos con iniciales AAFV

Delimitación geográfica temporal

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Alberto Barton, Callao.

Técnica de recolección de Datos

Patrones funcionales de Salud de Marjory Gordon

Consideraciones Éticas

Existen cuatro principios que proveen un buen marco para el desarrollo de los aspectos éticos en la atención de los pacientes, las mismas que son: no maleficencia, beneficencia, autonomía, justicia. Los actos de los profesionales de la enfermería deben guiarse por estos principios.

El principio de no maleficencia es considerado el más importante, y significa que cualquier acto del profesional de salud debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta.

El principio de beneficencia está cercanamente relacionado, y se refiere a que los actos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.

El principio de autonomía alude al derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida.

El principio de justicia obliga a tratar a cada paciente como le corresponde; esto es, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. El ideal es tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la población de manera equitativa.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 22

Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería.

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2			1	20		
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4			1	20		
Diagnóstico 5	1	20				
Total	3	60	2	40		

Fuente: Propio autor

Después de la ejecución de las intervenciones de enfermería se observaron que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera: el 60% fueron alcanzados, el 40% con objetivo parcialmente alcanzado.

Análisis y discusión de los diagnósticos

El cuidar es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro; desde el otro, absolutamente otro, se funda el cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser

humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se formaliza y se desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.

En el primer diagnosticado de enfermería planteado de hipertermia R/C enfermedad E/P t° 38.5 por 8 días, neutropenia., de acuerdo con lo mencionado en NANDA (2017) internacional el diagnóstico de hipertermia se define como temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación. La aparición de leucemia linfoblástica aguda varía según sus manifestaciones clínicas, y unos de los síntomas principales en los pacientes cursan con fiebre y la tercera parte tiene como origen de la fiebre un foco infeccioso.

Ante una neutropenia y fiebre en el paciente con cáncer, la actitud al enfrentarnos a un paciente oncológico que presenta neutropenia y fiebre ha sufrido cambios importantes en los últimos años. Por un lado, en el avance de los métodos diagnósticos, de la microbiología, el desarrollo de nuevos y más eficaces antibióticos y el mejor conocimiento de los factores de riesgo en cada paciente, permite el desarrollo de un tratamiento más individualizado, pero por otro lado, la utilización de terapéuticas con un mayor riesgo de inmunodepresión y más invasivas, así como el progresivo desarrollo de resistencias a los antimicrobianos clásicos, hacen que este problema febril se presente con mayor frecuencia. (Manterola, et al., 2004).

En el proceso de atención de enfermería según la priorización de diagnósticos de enfermería encontramos, en este caso, como diagnóstico prioritario la hipertermia R/C enfermedad EV neutropenia. La hipertermia son los primeros síntomas que se presenta en la enfermedad, los pacientes cursan con fiebre y la tercera parte tiene como origen de la fiebre un foco infeccioso (Ortega, Osnaya, y Rosas, 2007), y el 61% de los casos que manifestaron la

enfermedad presentaron fiebre (Lassaletta, 2016).

En el segundo diagnóstico de enfermería desarrollado: deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión EV gasometría arterial anormal, irritabilidad, taquicardia. El deterioro del intercambio de gases un síntoma que resalta en el paciente es la hipoxemia de sat 91%. Se define como exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar (Nanda 2017). Síndrome obstructivo bronquial se caracteriza por presentar sibilancias, taquipnea, hipoxia y uso de músculos accesorios. La sibilancia es un signo inespecífico originado en las vías aéreas intra torácicas producido por el paso del flujo turbulento a través de vías aéreas estrechas. Si bien constituye la forma de presentación más frecuente de las infecciones virales en menores de 5 años, numerosas entidades clínicas pueden producirlo. Las infecciones virales (bronquiolitis y neumonía) constituyen la primera causa de SOB agudo en menores de 5 años de edad, lo cual el paciente presenta complicaciones en la parte respiratoria (Moreno, 2005).

En el tercer diagnóstico de enfermería desarrollado: protección ineficaz R/C leucemia EV por alteración de la coagulación. Protección ineficaz define disminución de la capacidad para proteger de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones (Nanda, 2017). La gran cantidad de los pacientes que se diagnostican de LLA, lo primero que se realiza y que confirma las sospechas es un hemograma. Se encontró con una leucocitosis a expensas de linfoblastos en un 50% de los casos aproximadamente, anemia en el 80% y trombocitopenia (con menos de $100 \times 10^9/L$) plaquetas en el 75% de los casos. En la extensión de la sangre periférica al microscopio, se suelen observar los linfoblastos (aunque no siempre aparecen) (Lassaletta, 2016), lo cual concuerda con las características reflejadas en la lectura del hemograma del paciente. Es este caso es evidente que se presenta neutropenia que se defiende

Se define como neutropenia febril (NF) a todo cuadro de neutropenia severa, es decir un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) menor a 500, asociado a fiebre mayor o igual a 38,5° C axilar por una vez, las células responsables de la respuesta inmune, neutrófilos, linfocitos y monocitos son afectados cualitativa y cuantitativamente por la quimioterapia, lo que conduce a un aumento de la susceptibilidad a las infecciones graves (Rizzardini, y Espinoza, 2005).

En el cuarto diagnóstico de enfermería se encontró deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión E/P lesión oral. Son lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal, y/o la orofaringe (Nanda, 2017).

Un problema común en el paciente con LLA, es la mucositis oral que representa un problema significativo en los pacientes que reciben quimio o radioterapia. La incidencia estimada en pacientes que reciben quimioterapia oscila entre un 40%, elevándose a un 75% en caso de trasplante de medula ósea. La mucositis no sólo produce dolor, sino que dificulta la nutrición del paciente y la continuación del tratamiento. El tiempo medio, según de renovación de la mucosa gastrointestinal es de 5 a 7 días, por lo que la mucositis post quimioterapia se inicia habitualmente tras este periodo de latencia resolviéndose en otros tantos días. (Manterola, Romero, y Villafranca, 2004). Las primeras investigaciones sobre las manifestaciones bucales fueron realizadas por Glickman y Smulow en 1941, al describir, fundamentalmente, los cambios gingivales producidos por la enfermedad. Las manifestaciones bucales se presentan en ambas formas agudas y crónicas de todo tipo de leucemias. Estas son mucho más comunes en las formas agudas y, según Burket, son más frecuentes en las monocíticas. Shafer reportó la presencia de lesiones orales en 87% de los pacientes con LA monocítica, en 40 % con LA mieloblástica y en 23 % con LA linfoblástica, y observó hiperplasia gingival en 80% de los casos. Los hallazgos orales más frecuentemente observados

son; sangramiento mucosa, ulceraciones, petequias, infecciones e hipertrofia gingival (Pérez, Guntiñas, y García, 2004)

En el quinto diagnóstico de enfermería es la ansiedad R/C cambios en el entorno EV por llanto del paciente. La ansiedad es una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (Nanda, 2017).

La ansiedad es un problema reflejado ante todo en los padres del paciente, los padre y el paciente que están experimentando una crisis de ansiedad situacional, estará dirigido a hacer la ansiedad más tolerable, aumentar la seguridad y conseguir que la respiración torne a niveles aceptables dado que son situaciones puntuales, pero que generan un gran sufrimiento y tienen tendencia a la repetición, es recomendable su atención por los equipos de salud de la atención especializada, por tanto debe incluirse intervenciones terapéuticas que prevengan la repetición de las crisis y eviten la cronificación.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el proceso de atención debe ser adecuadamente suministrado con sumo cuidado tanto en los aspectos técnicos como humanos, los mismos que contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes.

Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. El cuidado sanitario tiene metas específicas, se formaliza y se desarrolla por medio de una serie de técnicas aplicadas por el profesional de enfermería.

El proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con SOB moderado y LLA tipo B del servicio de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Alberto Barton se inició con la etapa de valoración del paciente, la precisión de la situación problemática, sus funciones vitales, biológicas y, sus funciones antropométricas. En particular, en la mayoría de los pacientes que se diagnostican de LLA, lo primero que se realiza es un hemograma, tomando en cuenta estos resultado, el cuidado específico se basa en el aislamiento del paciente y medidas de bioseguridad.

El segundo momento fue el diagnóstico de enfermería, en el cual se identificaron 5 diagnósticos jerarquizando los patrones más afectados y, dando así cuidados oportunos al paciente. Conviene señalar que el diagnóstico implicó el análisis de las etiquetas diagnósticas, precisando el código respectivo; el dominio; la clase; el factor relacionado; las características

definitorias y el enunciado de enfermería respectivo.

Cabe indicar que de los 5 diagnósticos de enfermería, los objetivos planteados durante el proceso de atención de enfermería del paciente con iniciales AAFV, 3 de ellos fueron alcanzados en su totalidad y 2 de ellos parcialmente alcanzados, estos fueron adecuadamente fundamentados en el método científico.

El proceso de atención de enfermería brindada al paciente es una evidencia científica, es el mecanismo por el cual el enfermero demuestra su conocimiento, sus habilidades para brindar cuidados que contribuye a su pronta recuperación y mantenimiento de la vida.

Recomendaciones

Continuar la aplicación del proceso de atención de enfermería para mejorar la atención de enfermería y así poder brindar un cuidado de calidad.

Continuar con la modalidad de Proceso de atención de enfermería para la obtención del título de especialista.

Referencias

- Aquiahuatl S., Gutiérrez, I., y Vázquez, E. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Revista Atención familiar*, 22(1), 7-9
- Birman, A., y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educación.
- Castell, S., y Hernández, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Castillo-Martínez, I., Juárez-Villegas, L., Palomo-Colli, M., Medina-Sansón, A., y Zapata-Tarrés, M. (2009). Calidad de vida en niños con leucemia linfoblástica aguda durante la inducción a la remisión mediante el PedsQL Cancer Module, 66 México: Bol. Med. Hospital Infantil de México. Fecha de ingreso: 2/02/2018. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n5/v66n5a3.pdf>.
- Chavarry P. (2008). Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Perú: Universidad Alas Peruanas.
- Cortez-Tello, A. Gochicoa, L., Pérez, R., y Torre, L. (2017). Gasometría arterial ambulatoria. Recomendaciones y procedimiento. *Revista Neumología y Cirugía de Tórax*, 76(1), 44-50. Fecha de ingreso: 29/03/2018. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462017000100044.
- Guerrero R., Meneses M., y De la Cruz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao. *Revista enfermería Herediana*, 9(2). Disponible: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>.

- Guzmán, P., Ruiz, J. (2012). Neutropenia febril en pediatría: ¿qué punto de corte usar? *Revista Pediatría Colombia: Sociedad Colombina de Pediatría*, 45(3). Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120491216300076>.
- Jeffrey, B. (1993). *Guía práctica de cuidados intensivos en pediatría*. (Tercera Ed.). España: Editorial Mosby
- Jiménez, S., Hidalgo, A., Ramírez, J.(2016). Leucemia linfoblástica aguda infantil: una aproximación genómica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(1).
Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300372>.
- Kozier, B., Berman, A. (2005). *Fundamentos de enfermería*. (Quinta Ed.). México: Editorial Interamericana.
- Lassaletta, A. (2016). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Revista Pediatría Integral. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*, 20(6).
Disponible en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/09/Pediatría-Integral-XX-06_WEB.pdf#page=32.
- Manterola, P., Romero, E., y Villafranca, F. (2004) Neutropenia y fiebre en el paciente con cáncer. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27(3). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600004
- Ortega, M., Osnaya, M., y Rosas, J. (2007). Leucemia linfoblástica aguda. *Medicina Interna de México* 23, 26-33. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim071e.pdf>.
- Marín, G., Alarcón, M., Ramírez, M. (2011). Habilidad de cuidado de los cuidadores del niño con leucemia. *Revista Enlaces Académicos*, 4(1), 38-43. Disponible en:
<https://www.ujed.mx/doc/publicaciones/enlaces-academicos/enlaces-academicos->

volumen-4-numero-1.pdf#page=43).

Meneghello, J. (2013). *Pediatría práctica*. (Sexta Ed.). Argentina: Publicaciones médicas panamericana.

Monteza, L. (2012). *Representación social del cáncer: un estudio desde la perspectiva del adolescente diagnosticado con leucemia, Chilcayo, 2012* (tesis de licenciatura).

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Disponible en:

<http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/404>.

Moreno, L. (2005). Síndrome bronquial obstructivo agudo. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Fecha de ingreso: 12/02/2018. Disponible en:

[file:///D:/Downloads/Sindrome%20bronquial%20obstructivo.%20Revision.%20Laura%20Beatriz%20Moreno%202005%20\(3\).pdf](file:///D:/Downloads/Sindrome%20bronquial%20obstructivo.%20Revision.%20Laura%20Beatriz%20Moreno%202005%20(3).pdf)

NANDA Internacional, Diagnóstico Enfermeros (2017). Ed. Heather, H., Shigemi, K.

Barcelona: Elsevier.

Oliver, P., Rodríguez, O., Marín, J. L., Muñoz, M., Guillén, E., Valcárcel, G., Galán, A., y

Rodríguez, F. (2014). Estudio de la oxigenación e interpretación de la gasometría arterial. *Documentales del SEQC*. Fecha de ingreso: 3/02/2018. Disponible en:

<http://www.seqc.es/download/doc/62/2845/951224035/858217/cms/estudio-de-la-oxigenacion-e-interpretacion-de-la-gasometria-arterial-revision-2014.pdf/>.

Pérez, A., Guntiñas, M., y García, J. (2004). Manifestaciones bucales en pacientes con

leucemias agudas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 3(8). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1804/180426080005.pdf>

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

- Rizzardini, C., y Espinoza, X. (2005). Urgencias oncológicas. *Revista Pediatría Electrónica*, 2(2). Disponible en:<http://docplayer.es/13083771-Revista-pediatria-electronica-departamento-de-pediatria-y-cirugia-infantil.html>
- Suárez, D., Álvarez, M., Gómez, J., Carrasco, M., y Burbano, D. (2016). Caracterización clínica y de laboratorio de pacientes con neutropenia febril en un hospital pediátrico en Pasto-Colombia. *Revista Pediatría. Sociedad Colombiana Pediátrica*, 49(2), 41-68
- Urra, E., Jana, A., García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados. *Revista Ciencia y Enfermería* 27(2). Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- Whaley, L. y Wong, D. (1995). *Enfermería pediátrica* (Cuarta Ed.). España: Editorial Harcourt.

Apéndice

Apéndice A

Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE PEDIATRÍA ESSALUD

DATOS GENERALES			
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____	Nº Cama: _____	DNI N° _____	Teléfono: _____
Procedencia: Admisión ()	Emergencia ()	Consultorios Externos ()	Otros: _____
Peso: _____	Talla: _____	Perímetro Cefálico: _____	PA: ____ FC: ____ FR: ____ T°: ____
Fuente de Información: Madre: _____	Padre: _____	Familiares: _____	Otros: _____

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; margin-bottom: 10px;"> PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD </div> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: PCI () DM () Tipo _____ Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () Prematuro () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estado de Higiene: Bueno () Regular () Malo ()</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()</p> <p>Factores de Riesgo: Bajo Peso: Sí () No () Vacunas Completas: Sí () No () Hospitalizaciones Previas: Sí () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Sí () No () Especifique: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; margin-bottom: 10px;"> PATRÓN VALORES-CREENCIAS </div> <p>Religión: _____ Bautizado en su Religión: Sí () No () Restricción Religiosa: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; margin-bottom: 10px;"> PATRÓN RELACIONES-ROL </div> <p>Se relaciona con el entorno: Sí () No () Con quienes vive: _____ Cuidador principal: _____ Recibe Visitas: _____ Sí () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos () Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Sí () No () Familia Ampliada Si () No () Padres Separados: Sí () No () Problema de Alcoholismo: Sí () No () Problemas de Drogadicción: Sí () No ()</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; margin-bottom: 10px;"> PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS </div> <p>Reactividad: Activo () Hipoactivo () Hiperactivo () Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Sí () No () Comentarios: _____ Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Sí () No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad () Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____</p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; margin-bottom: 10px;"> PATRÓN DESCANSO-SUEÑO </div> <p>Sueño: N° de horas de Sueño: _____ Alteraciones en el Sueño: Sí () No () Especifique: _____</p>

Depresión: Sí () No ()
 Pandillaje: Sí () No () Otros: _____
 Especifique: _____
 Comentarios: _____

PATRÓN PERCEPTIVO-COGNITIVO

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

Comentarios: _____

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()

Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()

Foto Reactivas: Sí () No ()

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

Puntaje Total: _____

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: _____

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

Otros: _____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;

De 3 a 7 años colaboradores:
Escala de caras de Wong-Baker

Escala de caras de Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera de como se siente.

0 Sin dolor 2 Duele un poco 4 Duele un poco más 6 Duele aún más 8 Duele mucho 10 El peor dolor

0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado;
8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Motivo: _____

PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _____

Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea ()

Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()

Tos Ineficaz: Sí () No ()

Secreciones: Sí () No () Características: _____

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

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

Otros: _____

Oxigenoterapia:

Si () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____

Enuresis. Sí () No ()

Comentarios: _____

Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica ()

Parámetros Ventilatorios: _____

Drenaje Torácico: Sí () No () Oscila Sí () No ()

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:

Pulso: Regular () Irregular ()

FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____

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

Perfusión Tisular Renal:

Hematuria () Oliguria () Anuria ()

Perfusión Tisular Cerebral:

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

Comentarios: _____

Presencia de Líneas Invasivas:

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

Otros: _____

Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo Periférico: Sí () No ()

Cianosis Distal () Frialdad Distal ()

Capacidad de autocuidado:

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

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

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

Aparatos de Ayuda: _____

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Postrado _____

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _____

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
Fría () Tibia () Caliente ()

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____

Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()

Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()

Observación: _____

Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()

Observación: _____

Edema: Sí () No () () + () ++ () +++ ()

Especificar Zona: _____

Lesiones: _____

Comentarios: _____

Escala de Norton:

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

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

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()

Ralo () Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones ()

Observaciones: _____

Malformación Oral: Si () No ()

Especificar: _____

Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()

Cuanto Perdió: _____

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Disminuido () Náusea () Vómitos ()

Cantidad: _____ Características: _____

Dificultad para Deglutir: Sí () No ()

Especificar: _____

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

Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____

Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb ()

SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis ()

Otros: _____

Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso ()

Comentarios Adicionales: _____

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Si () No ()

Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

Escala de Caídas:

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

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día _____

Características: _____

Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios: _____

Vesical:

Micción Espontánea: Sí () No ()

Características: _____

Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal ()

Fecha de Colocación: _____

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Problemas de Identidad: _____

Cambios Físicos: _____

Testículos No Palpables: Sí () No ()

Fimosis: Sí () No ()

Testículos Descendidos: Sí () No ()

Masas Escrotales: Sí () No ()

Última menstruación: _____

Secreciones anormales: Si () No ()

Tratamiento Médico Actual:

Observaciones: _____

	<hr/> <p>Nombre de la enfermera: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>CEP: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
--	--

Apéndice B

Fichas farmacológicas

Nombre genérico: Dexametasona

Nombre comercial: dexacort

Clasificación: corticoide

Indicaciones: se usa Enf. Endocrinas como tiroiditis no supurativa, hipercalcemia asociada con cáncer e hiperplasia adrenal congénita. Insuf. adrenocortical 1 aria o 2 aria en combinación con un mineralocorticoide. Estados alérgicos severos o incapacitantes resistentes a tos. Convencionales, como en asma bronquial, dermatitis de contacto o atópica, rinitis alérgica estacional o perenne, reacciones de hipersensibilidad a fármacos. Procesos inflamatorios y alérgicos graves, tanto agudos como crónicos, que afecten a ojos. Tto. sistémico en periodos críticos de colitis ulcerosa y enteritis regional. Enf. dermatológicas, respiratorias y hematológicas. Síndrome nefrótico de tipo idiopático (sin uremia) o el causado por el lupus eritematoso. Edema cerebral asociado con tumor cerebral, primario o metastático, craneotomía o lesión craneal, accidentes vasculares encefálicos (ictus). Tto. coadyuvante a corto plazo en episodios agudos o exacerbaciones de enf. reumáticas: artritis, osteoartritis postraumática, espondilitis, epicondilitis, tenosinovitis, bursitis, etc. Lupus eritematoso sistémico y carditis reumática aguda. Tto. paliativo de leucemias y linfomas en ads. y leucemias agudas en niños. Profilaxis y tto. de náuseas y vómitos inducidos por citostáticos. Lesiones inflamatorias, infiltradas, hipertróficas y localizadas del liquen plano, placas psoriásicas, granuloma anular y liquen simple crónico. Queloides. Lupus eritematoso discoide. Necrobiosis lipoídica diabetorum. Alopecia areata.

Mecanismo de acción: Corticoide fluorado de larga duración de acción, elevada potencia

antiinflamatoria e inmunosupresora y baja actividad mineralocorticoide.

Nombre genérico: Ranitidina

Nombre comercial: Ranit

Clasificación: ANTAGONISTAS RECEPTORES H2

Indicaciones: se usa En ads.: úlcera duodenal; úlcera gástrica benigna; s. de Zollinger-Ellison; profilaxis de la hemorragia recurrente en pacientes con úlcera sangrante; esofagitis péptica y tto. de los síntomas asociados; profilaxis de hemorragia gastrointestinal debida a úlceras de estrés en enfermos graves; en el preoperatorio, en pacientes con riesgo de síndrome de aspiración ácida (síndrome de Mendelson), especialmente pacientes obstétricas durante el parto. En niños: tto. a corto plazo de úlcera péptica y tto. de reflujo gastroesofágico, incluyendo esofagitis por reflujo y alivio sintomático del reflujo gastroesofágico.

Mecanismo de acción: Antagoniza los receptores H2 de la histamina de las células parietales del estómago. Inhibe la secreción estimulada y basal de ác. gástrico y reduce la producción de pepsina.

Nombre genérico: Alopurinol

Nombre comercial: Alopurinol

Clasificación: Es un isómero de la hipoxantina (una purina que se encuentra de forma natural en el cuerpo) y un inhibidor enzimático de la xantina oxidasa.

Indicaciones: Tto. De manifestaciones clínicas de depósito de ác. Úrico/uratos en: gota idiopática; litiasis por ác. Úrico; nefropatía aguda por ác. Úrico; enf. Neoplásica y mieloproliferativa con alta frecuencia de recambio celular, en las que se producen altos

niveles de urato, tanto espontáneamente como después de un tto. Citotóxico. Alteraciones enzimáticas con sobreproducción de urato: hipoxantina guanina fosforribosiltransferasa, incluyendo síndrome de Lesch-Nyhan; glucosa-6-fosfatasa incluyendo enf. de almacenamiento de glucógeno; fosforribosilpirofosfato sintetasa; fosforribosilpirofosfato amido-transferasa; adenina fosforribosiltransferasa; glutatión reductasa; glutamato deshidrogenasa. Tto. de cálculos renales de 2,8-dihidroxiadenina, relacionados con actividad deficiente de adenina fosforribosil- transferasa. Litiasis renal mixta recurrente de oxalato cálcico, en presencia de hiperuricosuria, cuando fallan medidas como dieta, ingesta de líquidos u otras medidas terapéuticas.

Mecanismo de acción: Disminuye el nivel de ác. úrico en plasma y orina por inhibición de xantinoxidasa, enzima que cataliza la oxidación de hipoxantina a xantina y de xantina a ác. úrico.

Nombre genérico: Vincristina

Nombre comercial: Vincristina

Clasificación: Antineoplásico.

Indicaciones: Leucemia linfoblástica aguda, neuroblastoma, tumor de Wilms, linfoma de Hodgkin, linfomas no Hodgkin, rabdomiosarcoma, sarcoma de Ewing.

Mecanismo de acción: La vincristina bloquea la mitosis, detiene las células en metafase y también interfiere el metabolismo de los aminoácidos; su acción es específica de la fase M del ciclo de división celular. No cruza la barrera hematoencefálica en cantidades significativas. Se metaboliza en el hígado y se excreta por vía renal y biliar. Su unión a las proteínas es elevada (75%).

Nombre genérico: Daunorrubicina

Nombre comercial: Daunorrubicina

Clasificación: Antineoplásico.

Indicaciones: Inducción de la remisión de la LNA (mielógena, monocítica, eritroide) en adultos. Inducción de la remisión en la LLA en niños y adultos. Sarcoma de Kaposi relacionado con el sida.

Mecanismo de acción: Es un antibiótico antraciclínico que se obtiene de una cepa del hongo *Streptomyces coeruleorubidus*. Posee actividad inhibidora de la síntesis de ácidos nucleicos, en especial sobre el DNA, lo que provoca inhibición de la mitosis y citotoxicidad. El mecanismo de acción preciso no se conoce. Luego de su administración por vía IV su concentración cae rápidamente, lo que indica una rápida distribución a los tejidos, con una vida media plasmática de 18,5 horas. Una hora después de la administración aparece el daunorrubicinol, un metabolito activo con una vida media de 26,7 horas. De la dosis administrada, 25% se elimina por orina en forma activa, mientras que un 40% lo hace por la bilis. La daunorrubicina no atraviesa la barrera hematoencefálica. En el tratamiento de la leucemia no linfocítica aguda (LNA), la droga ha producido remisiones completas en el 40 a 50% de los pacientes tratados, pero asociada con citarabina se eleva a un 50-65%. En la leucemia linfocítica aguda (LLA) la daunorrubicina, en combinación con vincristina y prednisona, produce remisión completa en 83% de los casos, contra 47% de los pacientes que no la recibe.