

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Leucemia Linfática Aguda de células

B en un Hospital de enfermedades neoplásicas de Lima, 2018

Por:

Yemirson Oliver Fuertes Correa

Asesor:

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO


Yo, MARIA TERESA CABANILLAS CHAVEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Leucemia Linfática Aguda de células B en un Hospital de enfermedades neoplásicas de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta el licenciado FUERTES CORREA YEMIRSON OLIVER, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Oncología 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 doce días del mes de junio de 2019.



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Leucemia Linfática Aguda de
células B en un Hospital de enfermedades neoplásicas de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Oncología

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Presidente



Mg. Delia Luz León Castro

Secretario



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I	11
Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios:	15
Exámenes auxiliares.....	15
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II.....	17
Diagnóstico, planificación y ejecución	17
Diagnóstico enfermero	17
Primer diagnóstico.....	17
Segundo diagnóstico.	17
Tercer diagnóstico.....	17
Cuarto diagnóstico.....	18
Quinto diagnóstico.	18
Sexto diagnóstico.	18
Séptimo diagnóstico.	19

Octavo diagnóstico.....	19
Noveno diagnóstico.....	19
Décimo diagnóstico.....	20
Onceavo diagnóstico.....	20
Doceavo diagnóstico.....	20
Treceavo diagnóstico.....	21
Planificación.....	21
Priorización.....	21
Plan de cuidados.....	24
Capítulo III.....	29
Marco teórico.....	29
Limpieza ineficaz de vías aéreas.....	29
Patrón respiratorio ineficaz.....	31
Deterioro de la integridad cutánea.....	33
Exceso de volumen de líquidos.....	35
Riesgo de infección.....	37
Capítulo IV.....	41
Evaluación y conclusiones.....	41
Evaluación por días de atención:.....	41
Primer diagnóstico.....	41
Segundo diagnóstico.....	41
Tercer diagnóstico.....	41
Cuarto diagnóstico.....	42

Quinto diagnóstico.	42
Primer diagnóstico.....	42
Segundo diagnóstico	42
Tercer diagnóstico	43
Cuarto diagnóstico.....	43
Quinto diagnóstico	43
Conclusión.....	43
Bibliografía	45
Apéndices.....	52

Índice de tablas

Tabla 1	15
Hemograma Completo	15
Tabla 2:	24
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva neuromuscular evidenciado por cantidad excesiva de esputo, tos ineficaz y sonidos respiratorios anormales.	24
Tabla 03	25
Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neuromuscular evidenciado por alteración de movimientos torácicos, uso de músculos accesorios para respirar y uso de oxigenoterapia.	25
Tabla 04	26
Diagnóstico de enfermería: Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por oliguria y edema en miembros inferiores ⁺⁺ / ₊₊₊	26
Tabla 05	27
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencia ósea neuromuscular evidenciado por destrucción de las capas de la piel y presencia de lesión por presión (LPP) II° en zona sacra.	27
Tabla 06.....	28
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección factor relacionado procedimiento invasivo: Catéter venoso central, sonda nasogástrica, traqueostomía y sonda Foley.....	28

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	52
Apéndice B: Consentimiento informado	53
Apéndice C: Escalas de evaluación	56

Símbolos usados

PAE	:	Proceso de atención de enfermería
UTM	:	Unidad de tratamiento multidisciplinario
IRA	:	Insuficiencia respiratoria aguda
LPP	:	Lesión por presión
SNG	:	Sonda nasogástrica
EVA	:	Escala visual análoga del dolor
OA	:	Objetivo alcanzado
OPA	:	Objetivo parcialmente alcanzado
ONA	:	Objetivo no alcanzado
OMS	:	Organización mundial de la salud
CDC	:	Centro para el control y prevención de enfermedades
SpO ₂	:	Saturación de oxígeno
T°	:	Temperatura
NET	:	Nutrición enteral
VT	:	Volumen total
INH	:	Inhalador
HGT	:	Hemogluco test
EV	:	Endovenoso
VO	:	Vía oral

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente E.B.S., ejecutado durante 2 días a partir del quinto día de su ingreso a la unidad de tratamiento multidisciplinario de un hospital de enfermedades neoplásicas, siendo el diagnóstico médico de la paciente Leucemia Linfática Aguda de Células B. La ejecución de este proceso fue desarrollada en sus cinco etapas, utilizándose como instrumento para la valoración: una guía adaptada por el investigador según los patrones funcionales establecidos por Marjory Gordon; posteriormente, se plantearon los diagnósticos de enfermería, para luego realizar la planificación y ejecución de intervenciones. Durante los cuidados brindados se identificaron 13 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron: limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva; patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neuromuscular; exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos; deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencia ósea y riesgo de infección factor relacionado procedimiento invasivo. Los objetivos generales fueron: paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno; paciente presentará patrón respiratorio eficaz durante el turno; paciente recuperará equilibrio hídrico durante su estancia hospitalaria; paciente recuperará integridad de la piel durante su estancia hospitalaria y paciente disminuirá riesgo de infección durante el turno. De los objetivos propuestos, se alcanzaron el primero, segundo y quinto; sin embargo, el tercero y cuarto se lograron parcialmente por presentar complicaciones posteriores.

Palabras clave: Proceso de Atención de Enfermería, Leucemia Linfoblástica Aguda, Hospital de Enfermedades Neoplásicas.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: E.B.S

Edad: 65 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: La adulta mayor ingresa a la unidad de tratamiento multidisciplinario, procedente de la unidad de cuidados intensivos en camilla, acompañada de personal de salud y familiares, somnolienta, adelgazada, ventila con soporte de oxígeno por pieza en “T” por traqueostomía, con sonda nasogástrica. Diagnóstico médico: Leucemia linfoblástica aguda de células B + IRA Tipo 1; para continuar con tratamiento médico.

Días de hospitalización: 20

Días de atención de enfermería: 2

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Adulta con antecedente de colitis crónica, actualmente portadora de traqueostomía por haber presentado cuadro de insuficiencia respiratoria, lo que requirió intubación.

Antecedentes familiares con abuelo paterno fallecido de cáncer gástrico, niega alergias y/o reacciones adversas a medicamentos, alimentos y otros. Familiar de paciente refiere que es la primera vez que ha sido hospitalizada y que no se encuentra expuesta a ningún tipo de factor de riesgo; debido a su edad lleva un estilo de vida sedentario. Se evidencia un estado de higiene

corporal bueno, ya que sus familiares se muestran pendientes de su cuidado integral. Familiar también refiere entender poco sobre la enfermedad, pero tratan de apoyar en lo que pueden.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente presenta a la valoración: cabello escaso, piel hidratada, $T^{\circ} = 36.6^{\circ}\text{C}$, mucosa oral y nasal húmedas, no presenta mucositis, tiene un peso aproximado de ± 40 kg, talla de 1.49 m y un índice de masa corporal de 18.01 que indica bajo peso. Disminución del apetito, no náuseas, no vómitos; debido a la presencia de traqueostomía hay dificultad para la deglución, por lo que recibe nutrición enteral por sonda nasogástrica en infusión continua de 20 horas con 4 horas de reposo gástrico. Abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos normales. No hay presencia de heridas operatorias, no drenajes, presenta lesión por presión en zona sacra II° protegida con apósito hidrocélular; aplicándose la escala de Norton se obtiene un puntaje de 8, lo que indica que es una paciente con riesgo Muy Alto de presentar lesiones por presión. Presenta resultados de laboratorio con hematológicos del día 20/08/2018: hemoglobina 8.8 g/dL, recuento plaquetario de $201\ 000 \times 10^9/\text{L}$ y recuento leucocitario de $6.880 \times 10^9/\text{L}$. además de otras alteraciones en sus resultados de bioquímicos en sangre en los que se evidencia hiperbilirrubinemia y alteración en la función hepática y renal.

Patrón III: Eliminación.

Intestinal.

Realiza deposiciones de una a dos veces por día, todos los días, de consistencia grumosa, sin necesidad de tomar laxantes u otros estimulantes.

Vesical.

Realiza micción por sonda Foley, se evidencia orina de característica colúrica.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Aparato respiratorio.

A la evaluación: Frecuencia respiratoria de 16 por minuto, recibe oxigenoterapia con pieza en “T” por traqueostomía a 5 litros por minuto con saturación de oxígeno (SpO₂) de 96%, se evidencia uso de músculos respiratorios accesorios, por lo que sus respiraciones son profundas; se auscultan roncales difusos en ambos campos pulmonares; se evidencia presencia de secreciones densas y de color verdosa por traqueostomía. Reflejo tusígeno débil.

Actividad circulatoria.

A la evaluación: Frecuencia cardiaca de 96 por minuto, ritmo cardiaco regular, pulso normal, llenado capilar < 2 segundos; presión arterial de 110/70 mm Hg normotensa; porta catéter venoso central yugular de 3 lúmenes permeable con fecha de inserción 23/07/2018 cubierto con apósito con clorhexidina. Presenta edema en miembros inferiores ⁺⁺/₊₊₊.

Ejercicio- Capacidad de Autocuidado.

A la evaluación: la paciente en reposo absoluto, con función motora alterada, flacidez en sus extremidades, imposibilitada para la movilización y deambulaci3n. Con una capacidad para su autocuidado de “Total Dependencia”, determinado por aplicaci3n de la escala de evaluaci3n para el autocuidado, habiendo obtenido un puntaje de 15. Presenta riesgo bajo de caídas segun escala de Downton aplicada.

Patr3n V: Descanso – sueño.

Segun historial clínico y referencias de familiar, la paciente no utiliza medicaci3n para conciliar el sueño. Durante el día duerme por varios intervalos de tiempo y durante la noche logra conservar el sueño.

Patr3n VI: Perceptivo - cognitivo.

Esta evaluación se da directamente con la paciente, quien, a pesar de no poder emitir palabras debido a la presencia de la traqueostomía, logra mover la cabeza en señal de afirmación o negación. Con nivel de conciencia: despierta, orientada en espacio y persona, pero no en tiempo, con paraparesia e hipotonía muscular. Glasgow 15 puntos: Apertura Ocular (4) Respuesta Verbal (5) y Respuesta Motora (6). Escala Visual Análoga del Dolor: 4/10 solo emite quejidos y demuestra facie de dolor a la movilización en cama y al aspirado de secreciones por traqueostomía.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

En la valoración realizada, se obtiene: “no me puedo mover sola, tienen que ayudarme, estoy hinchada de las piernas, me siento débil; me molesta este tubo que tengo en el cuello”.

Datos que se obtienen a través de conversatorio con el cuidador

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Adulta con estado civil casada, no labora actualmente, pero realizaba labores domésticas ocasionalmente; vive actualmente con 2 de sus hijos, quienes se encuentran comprometidos con el estado de salud de la misma, visitándola, cuidándola y quedándose a diario con ella.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Al examen no se evidencian secreciones o fluidos genitales anormales.

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

Se logran evidenciar sentimientos de temor y tristeza, paciente con labilidad emocional al momento de las visitas de familiares.

Patrón X: Valores y creencias.

Familiar de paciente refiere profesar la religión católica y no presentar restricción religiosa alguna.

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

Tabla 1

Hemograma Completo

Hematológicos(20/08/2018)	Resultado
Hemoglobina	8.8 gr/dl
Glóbulos Rojos	2.66
Hematocrito	24.9
Leucocitos	6.88
Plaquetas	201
Bioquímicos	Resultado
Glucosa	6.6 (118.91 mg/dL)
Urea	20
Creatinina	11
Potasio	2.17
Magnesio	0.57
Bilirrubina Total	618.9
Bilirrubina Indirecta	46.4
Bilirrubina Directa	572.5
TGO	450
TGP	335
Albúmina	26.6

Fuente: historia clínica

Interpretación: Según los resultados hematológicos obtenidos se logra determinar que la paciente presenta anemia moderada; en relación a los resultados bioquímicos se logra identificar hiperglicemia; alteración electrolítica como hipokalemia e hipomagnesemia; desequilibrio entre urea y creatinina que indican alteración en la función renal y por ultimo alteración en enzimas hepáticas que indican alteración en la función hepática.

Tratamiento médico.

Los dos días de evaluación se mantuvieron con el mismo tratamiento (20/08/2018 y 24/08/2018)

NET por SNG - VT: 1500cc en 20 hrs + Módulo Proteico.

Ranitidina 50 mg EV ^c/12 hrs.

Meropenem 1 gr EV ^c/8 hrs.

Ácido Ursodesoxicólico 250 mg VO ^c/24 hrs.

Dexametasona 4 mg EV ^c/8 hrs.

N-Acetilcisteína 600 mg 1Tab VO ^c/8 hrs.

Salbutamol INH 2 puff ^c/6 hrs.

Bromuro de Ipratropio INH 4 puff ^c/6 hrs.

Triflow 10 veces ^c/ hora.

HGT ^c/8 hrs.

ClNa 0.9 % x 100cc + K(1) + Mg(1) } I – II – III luego ^c/8 hrs.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales; tos ineficaz.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Factor relacionado: Mucosidad excesiva.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por cantidad excesiva de esputo, tos ineficaz y sonidos respiratorios anormales.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Uso de músculos accesorios para respirar; alteración de los movimientos torácicos, aumento de la profundidad en la respiración.

Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz.

Factor relacionado: Deterioro neuromuscular.

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neuromuscular evidenciado por alteración de movimientos torácicos, uso de músculos accesorios para respirar, respiraciones profundas y uso de oxigenoterapia.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Edema; oliguria.

Etiqueta diagnóstica: Exceso de volumen de líquidos.

Factor relacionado: Mecanismos de regulación comprometidos.

Enunciado diagnóstico: Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por oliguria y edema en miembros inferiores ⁺⁺/₊₊₊.

Cuarto diagnóstico.

Características definatorias: Alteración de la integridad de la piel; destrucción de las capas de la piel (dermis).

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea.

Factor relacionado: Presión sobre prominencia ósea.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencia ósea evidenciado por destrucción de las capas de la piel y presencia de lesión por presión (LPP) II° en zona sacra.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: Procedimiento invasivo.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección factor relacionado procedimiento invasivo: catéter venoso central, sonda nasogástrica, traqueostomía y sonda Foley.

Sexto diagnóstico.

Características definatorias: Peso corporal inferior al 20% o más respecto al rango de peso ideal; tono muscular insuficiente; ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas; caída excesiva del cabello.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: Factores biológicos.

Enunciado diagnóstico: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con factores biológicos evidenciado por peso corporal menor al 20% o más respecto al rango de peso ideal, tono muscular insuficiente, ingesta inferior a cantidades diarias recomendadas, caída excesiva del cabello y resultado de hemoglobina de 8.8 gr/dl.

Séptimo diagnóstico.

Características definatorias: Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas; expresión facial de dolor.

Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico.

Factor relacionado: Agente lesivo.

Enunciado diagnóstico: Dolor crónico relacionado con agente lesivo evidenciado por expresión facial de dolor a la movilización, al aspirado de secreciones y cuantificado en una puntuación EVA 4/10.

Octavo diagnóstico.

Características definatorias: Debilidad, deterioro neurosensorial, fatiga e inmovilidad

Etiqueta diagnóstica: Protección ineficaz.

Factor relacionado: Cáncer.

Enunciado diagnóstico: Protección ineficaz relacionado con cáncer evidenciado por debilidad, deterioro neurosensorial, fatiga e inmovilidad.

Noveno diagnóstico.

Características definatorias: Preocupación; incertidumbre

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad.

Factor relacionado: Amenaza de muerte; grandes cambios (estado de salud).

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado con grandes cambios en el estado de salud evidenciado por identificación de sentimientos de preocupación, incertidumbre y angustia.

Décimo diagnóstico.

Características definitorias: Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad en cama.

Factor relacionado: Deterioro musculo esquelético.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la movilidad en cama relacionado con deterioro musculo esquelético evidenciado por deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

Onceavo diagnóstico.

Características definitorias: Deterioro de la habilidad para deglutir alimentos; deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable.

Etiqueta diagnóstica: Déficit de autocuidado: alimentación.

Factor relacionado: Deterioro neuromuscular.

Enunciado diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación relacionado con deterioro neuromuscular evidenciado por deterioro de la habilidad para comer por sí solo, para la deglución y la presencia de nutrición enteral.

Doceavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas.

Factor relacionado: Deterioro de la movilidad.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas factor relacionado deterioro de la movilidad.

Treceavo diagnóstico.

Características definitorias: Expresa deseo de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida; expresa deseo de mejorar la promoción de la salud.

Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Factor relacionado: Tareas adaptativas abordadas con la efectividad suficiente como para permitir afrontar objetivos de autorrealización.

Enunciado diagnóstico: Disposición para mejorar el afrontamiento familiar relacionado con tareas adaptativas abordadas con la efectividad suficiente como para permitir afrontar objetivos de autorrealización evidenciado por familiar que expresa deseos de mejorar la promoción de la salud y enriquecer el estilo de vida.

Planificación**Priorización.**

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con mucosidad excesiva neuromuscular evidenciado por cantidad excesiva de esputo, tos ineficaz y sonidos respiratorios anormales.
2. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neuromuscular evidenciado por alteración de movimientos torácicos, uso de músculos accesorios para respirar y uso de oxigenoterapia.
3. Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por oliguria y edema en miembros inferiores ⁺⁺/₊₊₊.

4. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencia ósea neuromuscular evidenciado por destrucción de las capas de la piel y presencia de lesión por presión (LPP) II° en zona sacra.
5. Riesgo de infección factor relacionado procedimiento invasivo: Catéter venoso central, sonda nasogástrica, traqueostomía y sonda Foley.
6. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con factores biológicos evidenciado por peso corporal menor al 20% o más respecto al rango de peso ideal, tono muscular insuficiente, ingesta inferior a cantidades diarias recomendadas y caída excesiva del cabello.
7. Dolor crónico relacionado con agente lesivo físico evidenciado por expresión facial de dolor a la movilización, al aspirado de secreciones y cuantificado en una puntuación EVA 4/10.
8. Protección ineficaz relacionada con cáncer evidenciado por debilidad, deterioro neurosensorial, fatiga e inmovilidad.
9. Ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud evidenciado por identificación de sentimientos de preocupación, incertidumbre y angustia.
10. Deterioro de la movilidad en cama relacionado con deterioro musculo esquelético evidenciado por deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
11. Déficit de autocuidado: alimentación relacionada con deterioro neuromuscular evidenciado por deterioro de la habilidad para comer por sí solo, para la deglución y la presencia de nutrición enteral.
12. Riesgo de caídas factor relacionado deterioro de la movilidad.

13. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar relacionado con tareas adaptativas abordadas con la efectividad suficiente como para permitir afrontar objetivos de autorrealización evidenciado por familiar que expresa deseos de mejorar la promoción de la salud y enriquecer el estilo de vida.

Plan de cuidados.

Tabla 2:

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva neuromuscular evidenciado por cantidad excesiva de esputo, tos ineficaz y sonidos respiratorios anormales

Objetivo / Resultados	Intervenciones	Ejecución					
		20/08/18			24/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno.	1. Monitorizar signos vitales: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.	8	8		8	8	
Resultados:	2. Auscultar a la paciente.	→	→		→	→	
1. La paciente presentará secreciones fluidas y en menor cantidad.	3. Aspirar secreciones para mantener vía aérea permeable.	→	→		→	→	
2. La paciente presentará tos eficaz progresivamente.	4. Valorar las características de secreciones cantidad, color y consistencia.	→	→		→	→	
3. La paciente presentará sonidos respiratorios normales.	5. Administrar N - Acetilcisteína 600 mg SNG ^c / 8 hrs. y evaluar sus efectos.	10	6		10	6	
	6. Favorecer reflejo tusígeno.	→	→		→	→	
	7. Mantener higiene de la cavidad oral.	→	→		→	→	
	8. Realizar inhalaciones con Salbutamol 2puff ^c /6 hrs y Bromuro de Ipratropio 4 puff ^c /6 hrs x aero-cámara.	12	6		12	6	

Tabla 3

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neuromuscular evidenciado por alteración de movimientos torácicos, uso de músculos accesorios para respirar y uso de oxigenoterapia

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/08/18			24/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará patrón respiratorio eficaz durante el turno	1. Monitorizar signos vitales: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.	8	4		8	4	
Resultados: • La paciente presentará movimientos torácicos normales.	2. Colocar en posición fowler o semifowler a 45°.	9	5		9	5	
• La paciente disminuirá uso de músculos accesorios para respirar.	3. Administrar oxigenoterapia en pieza T a 5ltrs x´.	→	→		→	→	
• La paciente dejará progresivamente el uso de oxigenoterapia.	4. Realizar espirometría de incentivo con Triflow 10 veces cada hora.	8-10-12	2, 4, 6		8-10-12	2, 4, 6	
	5. Valorar profundidad de respiraciones, sonidos respiratorios, uso de músculos accesorios.	9	5		9	5	

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por oliguria y edema en miembros inferiores ⁺⁺/₊₊₊

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/08/18			24/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente recuperará equilibrio hídrico durante su estancia hospitalaria.	1. Controlar los signos vitales, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.	8	4		8	4	
Resultados:	2. Controlar la diuresis horaria de la paciente.	→	→		→	→	
• La paciente presentará diuresis adecuada.	3. Monitorizar el ingreso de líquidos intravenosos.	→	→		→	→	
• La paciente disminuirá edema de miembros inferiores.	4. Valorar ubicación, extensión y grado del edema.	→	→		→	→	
	5. Controlar periódicamente los sonidos pulmonares.	→	→		→	→	
	6. Realizar el balance hídrico estricto.	→	→		→	→	
	7. Realizar seguimiento de resultados de laboratorio (electrolitos, urea y creatinina).	→	→		→	→	
	8. Administrar retos con ClNa 0.9% 100cc + ClK(1) + Mg(1) cada 8 horas	10	6		10	6	

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión sobre prominencia ósea neuromuscular evidenciado por destrucción de las capas de la piel y presencia de lesión por presión (LPP) II° en zona sacra

Objetivo / Resultados	Intervenciones	EJECUCIÓN					
		20/08/18			24/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente recuperará integridad de la piel durante su estancia hospitalaria.	1. Realizar lavado de manos utilizando los 5 momentos y los 11 pasos.	→	→		→	→	
Resultados: • La paciente presentará piel libre de lesiones. • La paciente mantendrá lesión por presión en condiciones asépticas.	2. Realizar el cambio de posiciones de la paciente ^c / 2 horas.	8-10-12	2-4-6		8-10-12	2-4-6	
	3. Realizar curación de LPP utilizando técnicas asépticas (previo lavado de manos)	→	→		→	→	
	4. Verificar signos de infección.	→	→		→	→	
	5. Colocar superficies reductoras de presión y de apoyo como colchón anti escaras y apósitos de protección.	→	→		→	→	
	6. Mantener cuidados de la piel.	→	→		→	→	

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección factor relacionado procedimiento invasivo: Catéter venoso central, sonda nasogástrica, traqueostomía y sonda Foley

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		20/08/18			24/08/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de infección durante el turno.	1. Controlar signos vitales: temperatura, frecuencia cardiaca.	8	4		8	4	
	2. Realizar lavado de manos utilizando los 5 momentos y 11 pasos.	→	→		→	→	
	3. Inspeccionar zona de inserción de catéter venoso central, TQT y Sonda Foley en busca de flogosis.	→	→		→	→	
	4. Realizar la limpieza y mantenimiento de apósitos en la zona de inserción de catéteres utilizando técnicas de asepsia y colocar fecha visible, así como el cambio de líneas infusoras correspondientes.	→	→		→	→	
	5. Realizar cambio oportuno de catéter venoso central, sonda Foley.	→	→		→	→	
	6. Monitorizar resultados de laboratorio: hemocultivos, hemogramas, urocultivos, entre otros.	→	→		→	→	
	7. Administrar Meropenem 1gr EV c/8 horas.	10	6		10	6	

Capítulo III

Marco teórico

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Según NANDA (2015-2017), es la presencia de secreciones u obstrucciones en las vías aéreas que no pueden ser eliminadas de manera eficaz por el paciente y que impiden mantener la permeabilidad de las mismas para favorecer la respiración.

Además, Arribas (2009) hace referencia a una situación en la que la persona o paciente tiene dificultad para mantener las vías aéreas permeables, por la incapacidad en la eliminación eficaz de secreciones o por la presencia de obstrucciones a nivel del tracto respiratorio.

En el caso de la paciente evaluada, se identifica a Gómez y González (2010), quienes manifiestan que al haber presentado un cuadro crítico en su estado de salud, sus músculos inspiratorios son incapaces de realizar una inspiración profunda que anteceda a la tos y los músculos espiratorios no tienen la fuerza necesaria para provocar una salida explosiva del aire que arrastre las secreciones y asistan al trabajo de estos músculos debilitados. Así mismo, refieren que las enfermedades que alteran el mecanismo de la tos, las características del moco y la función mucociliar contribuyen a mantener una limpieza de la vía aérea precaria, deficiente e inadecuada, lo que conduce a la aparición de secreciones espesas y a la formación de atelectasias.

El factor relacionado a este diagnóstico es la mucosidad excesiva; en referencia a esto, Ferreras y Garate (2017) dicen que la mucosidad excesiva juega un rol importante en el mantenimiento de una ineficaz limpieza de las vías aérea; explicando que la presencia de moco en nariz y garganta es normal, pero en cantidades mayores de lo normal pueden impedir una

respiración cómoda y eficaz; siendo el moco claro y ligero ayudando a filtrar el aire durante la inhalación, pero durante las infecciones el moco puede cambiar su color a amarillo o verde a consecuencia de bacterias o debido a la reacción del cuerpo ante alguna infección viral. La nariz cumple la función de humedecer y calentar el aire que respiramos. Sin embargo, en el caso de la paciente, el aire que inspira pasa directamente desde el orificio de la traqueostomía hasta los pulmones, lo que ocasiona mayor cantidad de moco, que será también más seco y espeso; que asociado a la disminución de la movilidad que presenta la paciente y tos ineficaz, ocasiona mayor dificultad en la movilización y eliminación de la secreción mucosa.

Las intervenciones de enfermería aplicadas en la paciente fueron encaminadas a mantener una limpieza eficaz de vías aéreas, por lo que Aguayo y Lagos (2010) indican que la monitorización de los signos vitales permite la identificación de alguna anomalía en el funcionamiento de los principales órganos del cuerpo humano. Bohadana y Izbicki (2014) refieren que la auscultación pulmonar es fundamental para evaluar el flujo de aire por el árbol traqueo bronquial y así permitir la identificación de sonidos respiratorios anormales.

Además, Célia, Oliveira, & De Campos (2012) dicen que la realización del aspirado de secreciones consiste en la eliminación de las mucosidades respiratorias retenidas en el tracto y mediante la eliminación de éstas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea favoreciendo el intercambio gaseoso y evitando complicaciones posteriores por el acúmulo de las mismas; González (2002) refiere que la valoración y descripción de las características de las secreciones respiratorias es importante y debe hacerse en términos de color, consistencia, cantidad, olor o por la presencia de sangre, pus u otros materiales.

Gillissen (2011) fundamenta que la administración de n-acetilcisteína por vía oral o intravenosa, es eficaz gracias a su efecto mucolítico, disminuyendo la viscosidad y fluidificando

el moco, activa el epitelio ciliado y favorece la expectoración; y Lopez (2012) manifiesta que el reflejo tusígeno es un mecanismo de defensa primario y determina la calidad de la expectoración, moviendo las mucosidades de las vías aéreas inferiores hasta la tráquea para su posterior eliminación

Finalmente, Conceicao y Nogueira (2009) refieren que la higiene oral en los pacientes postrados y en general juega un papel importante en su recuperación dado que previene complicaciones sobre agregadas tanto a nivel bucal como a nivel pulmonar. Y Alvarez y Alvarez (2013) fundamentan que la administración de broncodilatadores se realiza con la finalidad de tratar o prevenir los broncoespasmos y facilitar la expectoración del moco, relajando el músculo liso del bronquio y favorece una espiración con mayor eliminación de CO₂;

Patrón respiratorio^[A1] ineficaz

NANDA (2015-2017) lo define como el conjunto de signos y síntomas respiratorios que presenta el paciente durante la inspiración y la espiración; que impiden una ventilación pulmonar óptima durante el proceso respiratorio.

Añadiendo a esto, Morales y Torres (2012) refieren que el patrón respiratorio ineficaz impide el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre el ser humano y su entorno.

En el caso en estudio, este diagnóstico está relacionado a la Insuficiencia Respiratoria Aguda; en referencia a esto, Gutiérrez (2010) dice que es la incapacidad presentada por el sistema respiratorio para cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, la cual debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo.

Entre los factores relacionados al patrón respiratorio ineficaz; García (2004) refiere que el deterioro neuromuscular, juega un rol fundamental en la evolución de este problema, debido a la

pérdida progresiva de comunicación entre nervios y músculos, evidenciándose en el caso de la insuficiencia respiratoria un fracaso respiratorio debido a la ineficaz función de la bomba respiratoria (diafragma), que en condiciones normales, su función espirativa es pasiva y sólo requiere del retroceso elástico de todas las estructuras, pero durante la insuficiencia respiratoria se necesita el uso de los músculos espiratorios accesorios.

Las intervenciones a realizar en este diagnóstico están direccionadas a mejorar la función respiratoria, es por eso que Aguayo (2010) refiere que la primera intervención a realizar debe ser el monitoreo de los signos vitales porque permite la observación e identificación de alguna anomalía en el funcionamiento de los órganos principales del cuerpo humano.

Así mismo, Lopez, Martinez y Venegas (2012) indican que se debe de colocar al paciente en posición fowler 45° o semi fowler para facilitar el trabajo respiratorio, debido a que el descenso de los órganos abdominales retira peso sobre el diafragma, disminuyendo la resistencia a la inspiración y aumenta la amplitud de la ventilación; también, Lopez (2012) refiere que la administración de oxígeno es fundamental ya que se administra a mayores concentraciones de las que se encuentran en el aire ambiental, con la finalidad de tratar o prevenir los síntomas y signos de la hipoxia, considerando que ayuda a disminuir la disnea.

Sánchez y Vega (2011) indican que la espirometría de incentivo o fisioterapia respiratoria es un componente utilizado en la terapia de limpieza bronquial, diseñada para estimular al paciente a realizar inspiraciones prolongadas, lentas y profundas ayudando a reducir o prevenir las complicaciones pulmonares y aumentar la expectoración de secreciones bronquiales;

Nuevamente, Lopez (2012) refiere que la valoración de la función respiratoria, identificando la respiración, observando frecuencia, profundidad, esfuerzo y uso de músculos

accesorios, permite identificar cambios que puedan indicar alteración en el estado de los gases en sangre arterial.

Deterioro de la integridad cutánea

Según NANDA (2015-2017), lo define como la degeneración progresiva de las estructuras de la piel ocasionada por factores externos e internos.

También, Guerras y Pacheco (2016) lo conceptualizan como la alteración o pérdida progresiva de la continuidad tisular a causa de factores externos e internos.

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario - RNAO (2016) estipula que la lesión por presión es el daño localizado en la piel y/o en el tejido blando subyacente, presentándose habitualmente sobre una prominencia ósea o derivado de un dispositivo médico o de otro tipo. La piel de la lesión puede presentarse como piel intacta o como úlcera abierta y ser dolorosa. Produciéndose como resultado de una presión intensa y/o prolongada o de la conjunción de presión y fuerzas de cizalla.

La paciente en evaluación presenta deterioro de la integridad cutánea evidenciado por la presencia de una lesión por presión en zona sacra, la cual es definida por Olmos y Martínez (2007) como aquella lesión de origen isquémico, ubicada en la piel y tejidos inferiores con pérdida de sustancia cutánea y producida por una presión prolongada, fricción entre dos planos duros o pinzamiento vascular. Siendo la principal causa de su aparición la presión ejercida y prolongada entre dos planos duros, de los cuales mencionan al plano duro esquelético y las prominencias óseas del paciente y el otro plano duro generalmente externo a él, representado por la cama, silla u otros objetos.

Teniendo en cuenta los principales factores relacionados; Benito, Moro, & Prados (2014) refieren que para la formación de la lesión por presión parece tener más influencia la continuidad

en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante períodos cortos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. Afirman que las presiones grandes provocan necrosis tisular en muy poco tiempo, una presión externa que permanece durante dos horas podría provocar lesiones isquémicas en los tejidos, siendo reversible si al retirarla desaparece en 30 segundos, reestableciéndose la perfusión de los tejidos. Culminan diciendo que la fuerza ejercida por una superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca un aplastamiento tisular que obstruye el flujo sanguíneo, para posteriormente generar hipoxia en los tejidos y culminar en necrosis si ésta es continua.

Las intervenciones de enfermería estuvieron enfocadas a recuperar la integridad de la piel del paciente y a prevenir la aparición de nuevas lesiones, para eso Navarro (2012) establece que el cambio de posiciones del paciente en cama o la movilización del mismo ayudan a evitar la aparición de lesiones por presión, mejoran la circulación en las zonas de presión y proporcionan comodidad y confort al paciente.

Así mismo, Zuñiga y Mijangos (2015) indican que la curación oportuna de las lesiones por presión permiten la restitución del tejido perdido y disminuir el riesgo de sobreinfección por punto de partida cutáneo; la CDC (2016) incita al lavado de manos de forma regular, particularmente antes y después de ciertas actividades o procedimientos, ya que ayuda a eliminar microbios presentes en las manos y poder prevenir transmitirlos a otras personas o contaminar ciertas zonas vulnerables en los pacientes.

Cutting y White (2006) refieren que la inspección y valoración continua de las lesiones por presión constituye un eslabón importante en la recuperación de la salud de los pacientes, los signos más claros de infección son la aumento de supuración, eritema, dolor, hinchazón, olor

anormal, decoloración y retraso en la curación; también Morilla y Martin (2006) recomiendan el uso de superficies reductoras de presión y de apoyo en sitios específicos como en las extremidades y prominencias óseas, ya que ayudan a mitigar la aparición de lesiones por presión, debiéndose evaluar el material de las mismas; tales como espuma, aire, gel o agua.

Nuevamente, Morilla y Martin (2006) destacan el mantenimiento de cuidados de la piel a base de cremas, o sustancias hidratantes, ya que contribuyen a que permanezca suave y elástica, evitando la aparición prematura de lesiones y deterioro cutáneo, más aun en personas con alteraciones de salud.

Exceso de volumen de líquidos

NANDA (2015-2017) lo define como el incremento anormal de la retención de líquidos en el cuerpo.

Vilas (2013) refirió que es el aumento de la retención de sodio y agua en el cuerpo, que se manifiesta por edema o hipervolemia.

Así mismo, Cambron (2015) define como la alteración en la regulación de líquidos corporales, caracterizado por el exceso de agua extracelular.

También la American Society of Clinical Oncology - ASCO (2017) añadió que el exceso de volumen que ocasiona el edema es por la acumulación anormal de líquidos en el cuerpo. El cual se acumula bajo la piel, dentro de los tejidos que están fuera del sistema circulatorio. Presentándose con mayor frecuencia en los miembros inferiores. También pudiendo suceder en las manos, los brazos, la cara y el abdomen.

En el presente trabajo, la paciente valorada presentaba edema en miembros inferiores ++/+++, además de oliguria. En este sentido Organización Panamericana de la salud (2011) refirió que el edema de miembros inferiores se debe a un desequilibrio del intercambio normal de

líquidos entre el espacio intracapilar e intersticial. La extravasación de líquido puede responder a diversos factores físicos o químicos, dándose desde un incremento de la presión intravascular en la circulación de retorno, hasta un incremento en la permeabilidad de la pared de los vasos o un descenso en los niveles de proteínas.

Teniendo en cuenta los factores que se relacionan con la aparición de edemas en los pacientes adultos mayores, Rossi (2007) refirió que los miembros inferiores son preferentemente afectados por edemas sistémicos cuyos factores desencadenantes pueden ser el incremento de la presión hidrostática, incremento de la permeabilidad capilar, reducción de la presión del plasma, reducción del drenaje linfático y una combinación de otras condiciones raras. Así mismo, la OPS (2013) determina que en este tipo de presentación simétrica del edema, su causa raíz es renal, usualmente asociado a patologías crónicas que afectan los riñones como la diabetes o la hipertensión arterial sistémica, sin embargo puede también presentarse en forma aguda por falla renal aguda, siendo necesario el seguimiento de niveles séricos de electrolitos (sodio, potasio, cloro y magnesio), creatinina, urea y albúmina; quienes son determinantes en la evaluación real de la función renal.

La ejecución de las intervenciones de enfermería en la paciente, fueron encaminadas a regular su equilibrio hídrico, con la finalidad de disminuir el edema que presentaba; para esto, Videla (2014) asegura que el control de los signos vitales en un cuadro de edema conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente; también, Montoro y Monterde (2010) refirieron que el control de la diuresis en los pacientes edematizados es fundamental para estudiar la función renal y determinar diversas alteraciones como oliguria, poliuria, anuria.

Así mismo, Ferreira (2010) estableció que la monitorización estricta de los líquidos administrados de manera intravenosa permiten la prevención de complicaciones más severas relacionadas con el acúmulo de líquidos corporales; también, Muniagurria (2018) refiere que valorar la ubicación, extensión y grado del edema permite determinar la causa, severidad y evolución del mismo.

También, Bernal (2009) refiere que durante los cuadros de edemas la valoración respiratoria juega un rol fundamental para la detección temprana de complicaciones pulmonares como el edema agudo de pulmón, el cual puede llegar a ser mortal si no es tratado a tiempo. Según Montilla (2015), la ejecución del balance hídrico estricto es fundamental para determinar el equilibrio entre los ingresos y egresos de la paciente para valorar la homeostasis corporal en un determinado periodo de tiempo. De la Cal (2011) asegura que el seguimiento de resultados de los electrolitos constituye una forma de prevención de complicaciones mortales para el paciente, ya que una rápida valoración del estado hidroelectrolítico y un tratamiento precoz y correcto, son las claves para revertir o evitar una situación potencialmente grave. Y, finalmente, Rowensztein y Monteverde (2015) indican que el potasio juega un rol importante en el organismo, por lo que su disminución a nivel sérico podría llevar a la presencia de espasmos musculares arritmias y en casos más severos hasta la muerte; siendo de vital importancia su pronta reposición.

Riesgo de infección

NANDA (2015 – 2016) refiere que es la vulnerabilidad de un individuo de presentar una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer su estado salud.

Así mismo, Rodríguez & Iglesias (2010) definen a la infección como el proceso en el que un microorganismo patógeno invade a otro llamado hospedador y se multiplica pudiendo

provocar daño o no, estos organismos poseen ciertas características como la capacidad de ser transmisibles, adherentes a células, invasores de tejidos y evasores del sistema inmunitario.

La OMS (2011) indica que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Las infecciones son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos, los cuales pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. El riesgo de infección depende del número de fuentes endógenas. Para que se hable de infección, el microorganismo debe superar las barreras, penetrar en el huésped, proliferar y multiplicarse en su interior.

A todo esto, Martín y Pacheco (2012) agregan que el daño cutáneo resultado de una incisión, así como la edad pueden incrementar el riesgo de infección en un paciente. Entre los principales factores de riesgo se incluyen el descenso del sistema inmunitario a causa de alguna enfermedad o por tratamientos con inmunosupresores, la circulación comprometida debido a las enfermedades vasculares periféricas, a través de las mucosas (tubos endotraqueales, catéteres vesicales), por la alteración de la flora habitual debida al uso de antibióticos, la integridad cutánea comprometida tras una operación o lesión, o el contacto repetido con agentes infecciosos durante la hospitalización.

En el caso en estudio se identifican diversos factores que aumentan el riesgo de infección en la paciente, por eso Martín y Blanes (2007) indican que desde ya la leucemia linfoblástica aguda compromete el funcionamiento adecuado del sistema inmune del individuo que la padece, debido a la grave afección en la medula ósea por las células leucémicas, que ocasionan anemia, neutropenia y pancitopenia en general. La inmunodepresión se atribuye a la enfermedad de fondo y al uso de algunos fármacos cisostáticos aplicados en el tratamiento de la leucemia. Lo que hace

al paciente muy propenso a contraer infecciones debido su vulnerabilidad; unido a esto, los métodos o procedimientos invasivos en la actualidad se usan para el tratamiento de las enfermedades; la utilización de éstos demanda criterios establecidos para prevenir complicaciones asociadas al manejo de los mismos, como en este caso, principalmente las infecciones.

También, Gómez (2014) agrega que el posible riesgo de infección en pacientes portadores de catéteres venosos, sondas y demás dispositivos invasivos, viene dado por la contaminación del mismo y la proliferación de los microorganismos, ya que se produce un aumento de la exposición ambiental a gérmenes patógenos. También puede producirse a consecuencia de una manipulación incorrecta de los dispositivos, llevada a cabo por el personal de salud.

Las intervenciones establecidas fueron encaminadas a prevenir el riesgo de infección en el paciente, para lo cual se tuvo en cuenta las recomendaciones de Aguayo y Lagos (2010), quienes indican que la monitorización de los signos vitales en este caso priorizando frecuencia cardíaca y temperatura permiten la identificación de alguna anormalidad en el funcionamiento de los órganos principales del cuerpo humano.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades - CDC (2016) recomienda la realización del lavado de manos regular, particularmente antes y después de ejecutar las actividades, ya que es una de las mejores formas de evitar la proliferación de organismos patógenos, ayudando a eliminarlos y prevenir transmitirlos a otras personas.

Así mismo, Gómez y Ortiz (2014) refieren que la identificación oportunamente de signos de flogosis nos revelan presencia de infección, por lo que es importante la valoración continua de

los sitios de inserción de los procedimientos invasivos para actuar de manera inmediata y lograr disminuir complicaciones.

Loro y Sancho (2005) añaden que el mantenimiento aséptico de las zonas de inserción de catéteres es primordial para arrasar con microorganismos que puedan causar infección, así como de las complicaciones infecciosas subsiguientes, la higiene y el cuidado del punto de punción y del equipo intravenoso es de vital importancia; también Cachi y Sanchez (2016) fundamentan que realizar el retiro o cambio de catéteres invasivos en general, según normas establecidas o cuando sea clínicamente indicado, previene en gran porcentaje las complicaciones asociadas a su utilización.

Finalmente, Trimiño y Padrón (2011) manifiestan que realizar el seguimiento en los resultados de laboratorio es de vital importancia, dado que valores alterados nos indican presencia de microorganismos patógenos causantes de infecciones; finalmente, Bisso (2011) establece que la administración oportuna de un régimen antibiótico adecuado, constituye una de las estrategias fundamentales para la supervivencia y disminución de la morbimortalidad, en este caso se vienen administrando Meropenem, que es un bactericida que actúa inhibiendo la síntesis de pared celular bacteriana en bacterias Gram (+) y Gram (-), ligándose a proteínas de unión a penicilina.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

El presente proceso de atención de enfermería fue ejecutado durante 2 días a la paciente E.B.S. en la unidad de tratamiento multidisciplinario de un hospital de enfermedades neoplásicas de Lima, durante 2 días, cuya valoración y cuidados iniciaron el 20/08/2018 y culminaron el 24/08/2018. El primer y segundo día de cuidados fue durante un turno diurno (12h30min),

Evaluación por días de atención:

Día 20/08/2018

Primer diagnóstico.

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA): La paciente logra mantener vía aérea permeable, tiene frecuencia respiratoria de 18 rpm, pero aún continúa con secreciones espesas en regular cantidad.

Segundo diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz.

Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA): La paciente presenta patrón respiratorio normal, no hace uso de músculos accesorios para respirar, realiza movimientos torácicos normales, su SpO₂ es > a 95%, sin embargo no realiza espirometría de incentivo.

Tercer diagnóstico.

Exceso de volumen de líquidos

Objetivo no alcanzado (ONA): La paciente no mejora diuresis horaria, y edema continua presente en ++/+++.

Cuarto diagnóstico.

Deterioro de la integridad cutánea

Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA): La paciente aún presenta piel con lesión, pero mantiene limpia y cubierta la zona de la lesión, y se mantiene con cambios posturales.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección

Objetivo Alcanzado (OA): la paciente presenta signos vitales sin alteraciones, recibió su atención previa al lavado de manos, mantuvo zonas de inserción de catéteres libres de signos de flogosis, se realizó mantenimiento de CVC oportuno, los resultados de laboratorio que indican infección fueron normales (leucocitos 6.88) y recibió terapia antibiótica prescrita.

Día 24/08/2018

Primer diagnóstico

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo Alcanzado (OA): La paciente logra mantener vía aérea permeable, tiene frecuencia respiratoria de 18 rpm y presenta secreciones fluidas y en menor cantidad, siendo menos necesaria la aspiración.

Segundo diagnóstico

Patrón respiratorio ineficaz

Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA): La paciente presenta patrón respiratorio normal, no hace uso de músculos accesorios para respirar, realiza movimientos torácicos

normales, su SpO2 es mayor a 95%, y ahora realiza espirometría de incentivo con mayor regularidad.

Tercer diagnóstico

Exceso de volumen de líquidos

Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA): La paciente mejora eliminación urinaria, pero sigue presentando edema en miembros inferiores ++/+++.

Cuarto diagnóstico

Deterioro de la integridad cutánea

Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA): La paciente presenta piel con lesión, mantiene cambios posturales cada dos horas con protección en zonas de presión, mantiene su piel hidratada y lesión por presión se sigue evidenciando con tejido de granulación.

Quinto diagnóstico

Riesgo de infección

Objetivo Alcanzado (OA): La paciente presenta signos vitales sin alteraciones, recibió su atención previo lavado de manos, mantuvo zonas de inserción de catéteres libres de signos de flogosis, se realizó mantenimiento de CVC oportuno, los exámenes de laboratorio que indican infección continúan con resultados normales y siguió recibiendo terapia antibiótica prescrita.

Conclusión

De todos los objetivos planteados; el primero y quinto fueron alcanzados; sin embargo, el segundo, tercero y cuarto fueron alcanzados parcialmente.

El proceso de atención de enfermería permitió identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y familia para poder constituir una base de intervenciones con

fundamento científico que puedan cubrir sus necesidades, estableciendo planes de cuidados que posibiliten la resolución de los problemas identificados.

Bibliografía

- Aguayo, A., & Lagos T, P. (2010). *GUIA CLINICA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES*. Chillán - Chile. Retrieved from <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA TECNICA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES KINE.pdf>
- Alvarez, R., & Alvarez, A. (2013). Broncodilatadores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400012
- American Society of Clinical Oncology ASCO. (2017). Retención de líquidos o edema. Retrieved April 4, 2019, from <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cáncer/efectos-secundarios/retención-de-líquidos-o-edema>
- Arribas, A. (2009). Conceptualización acerca del cuidado. In *El lenguaje especialista del Cuidado*. Retrieved from <http://www.ome.es/>
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). (2016). *Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales*. Retrieved from www.rnao.ca/bpg
- Benito, M., Moro, N., & Prados, I. (2014). *Prevención de las Ulceras por Presión en Pacientes Adultos*. Madrid - España. Retrieved from <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf>
- Bernal, L. (2009). *Fisioterapia respiratoria*. Retrieved from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion->

adulto/manual_de_fisioterapia_respiratoria_5.pdf

Bisso, A. (2011). Antibioticoterapia en las Infecciones Graves. *Acta Médica Peruana*, 28(1), 27–

38. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-

59172011000100006

Bohadana, A., & Izbicki, G. (2014). Fundamentos de la Auscultación Pulmonar. Retrieved May

8, 2019, from <https://es.scribd.com/doc/243280479/Fundamentos-de-la-Auscultacion->

Pulmonar-pdf

Cachi, B., & Sanchez, M. (2016). *Efectividad del cambio de cateter venosos periférico en la*

prevención de flebitis. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER. Retrieved from

[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/607/T061_07714421_S.pdf?s](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/607/T061_07714421_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

equence=1&isAllowed=y

Cambron, H. (2015). Desequilibrio hídrico. Retrieved March 28, 2019, from

<https://es.slideshare.net/cambronmx/desequilibrio-hdrico-48584889>

Célia, M., Oliveira, D., & De Campos, C. (2012). Artículo de Revisión Aspiración endotraqueal

en pacientes adultos con veía aérea artificial: revisión sistemática. *Revista Latinoamericana*

Enfermagem. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae

Centro para el Control y Prevencion de Enfermedades - CDC. (2016). El lavado de las manos.

Retrieved September 12, 2018, from <https://www.cdc.gov/handwashing/esp/index.html>

Conceicao, R., Salles, E., & Nogueira, N. (2009). *La actuacion del equipo de enfermeria en la*

higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. Antioquia. Retrieved from

<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a05.pdf>

Cutting, K., & White, R. (2006). Revision de criterios para la identificación de infecciones en

heridas. *Gerokomos*, 17(1), 39–47. Retrieved from

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100005

De la Cal, M. (2011). *ALTERACIONES DE LOS ELECTROLITOS EN URGENCIAS*. Retrieved from <http://www.semesandalucia.es/wp-content/uploads/2014/07/electrolitos-en-urgencias.pdf>

Ferreira, R. (n.d.). Administración de líquidos intravenosos en pacientes hospitalizados.

Retrieved March 30, 2019, from

<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82555>

Ferreras, M., & Garate, L. (2017). *Guia de Recomendaciones para el paciente traqueotomizado*.

España. Retrieved from

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Paciente_Traqueotomizado_C.pdf

García, F. (2004). *Control de la respiración*. *Archivos de Bronconeumología* (Vol. 40). Sociedad

Española de Neumología y Cirugía Torácica. Retrieved from

<http://www.archbronconeumol.org/es-control-respiracion-articulo-13077883>

Gillissen, A. (2011). *Actualizan el Uso Terapéutico de la N-Acetilcisteína y los Mecanismos de*

Acción Involucrados. Retrieved from https://siicsalud.com/pdf/tc_acetilcisteina_22513.pdf

Gómez, D. (2014). *Justificación científica en el diagnóstico: Riesgo de Infección en pacientes*

con leucemia. Universidad de Valladolid. Retrieved from

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12127/1/TFG-H328.pdf>

Gómez, D., & Ortiz, B. (2014). *Justificación Científica en el Diagnóstico: Riesgo de Infección*

en Pacientes con Leucemia. Valladolid - España. Retrieved from

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12127/1/TFG-H328.pdf>

Gómez, M., & González, V. (2010). Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico.

Enfermería Intensiva, 21(2), 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.10.003>

González, J. (2002). *PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL ESPUTO Y DE LAS SECRECIONES*

RESPIRATORIAS. Medicine (Vol. 8). Retrieved from

<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0304541202707737/first-page-pdf>

Guerras, J., & Pacheco, E. (2016). Análisis del diagnóstico riesgo de deterioro de la integridad cutánea en la prevención de úlceras por presión. *Reduca*, 8, 1–41.

Gutiérrez, F. (2010). *Insuficiencia respiratoria aguda. Acta Med Per* (Vol. 27). Retrieved from

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4.pdf>

Lopez, L., Martinez, L., & Venegas, M. (2012). Resolución de situaciones clínicas para enfermería desde el enfoque del ABP. Retrieved September 12, 2018, from

https://books.google.com.pe/books?id=BCCRVArVEYIC&pg=PA116&lpg=PA116&dq=posicion+semifowler+para+respiracion&source=bl&ots=XVy2fp60k0&sig=32FzlbHq7ems mxCbNhmyqGYXUa0&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjxj7Wb-7XdAhWttVkKHa3wC_oQ6AEwAHoECAEQAQ#v=onepage&q=posicion sem

Loro, N., & Sancho, M. (2005). *Enfermería: Canalizaciones Periféricas, Atención, Cuidados, Mantenimiento y Complicaciones*. Retrieved from

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/481/465>

Martín, C., & Pacheco, E. (2012). *Riesgo de infección en un paciente en quirófano. Reduca*.

Madrid - España. Retrieved from <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/909/923>

Martín, P., Blanes, M., & Fortún, J. (2007). Inmunosupresión e infección en el paciente trasplantado. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 25(2), 143–154.

[https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(07\)74244-1](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(07)74244-1)

Montilla, R. (2015). *Balance Hídrico como Cuidado de Enfermería*. Universidad de Valladolid -

España. Retrieved from <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24812/1/TFG-L1574.pdf>

Montoro, J. B., Segarra, A., López, R., & Monterde, J. (2010). *Nefrología*. Retrieved from

<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP12.pdf>

Morales, J., & Torres, L. (2012). *Procesos Respiratorios*. Retrieved from

https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_critico.pdf

Morilla, J., & Martin, F. (2006). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: Deterioro de la Integridad*

Cutanea. Retrieved from <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf>

Muniagurria, A. (n.d.). Edema. Retrieved March 30, 2019, from

<http://www.semiologiaclinica.com/index.php/articlecontainer/motivosdeconsulta/68-edema>

Navarro, A. (2012). *Cambios Posturales en Pacientes Encamados*. Retrieved from

https://docenciaenfermeria.webnode.es/_files/200000026-72f6173f01/Cambios Posturales en Pacientes Encamados.pdf

Olmos, J., Martínez, J., & González, J. (2007). Envejecimiento músculo-esquelético. *Revista*

Española de Enfermedades Metabólicas Óseas, 16(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/S1132-8460\(07\)73495-5](https://doi.org/10.1016/S1132-8460(07)73495-5)

OMS. (2011). OMS | Factores de riesgo. *WHO*. Retrieved from

http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

OPS. (2013). *Edema de las Piernas*. Retrieved from

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia14.pdf>

Organización Panamericana de la salud. (2011). El edema de miembros inferiores: causas y

medidas que lo alivian. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(1), 57–58.

<https://doi.org/10.1590/S1020-49891997000700011>

Rodríguez, O., & Iglesias, N. (2010). Intervención educativa sobre infección intrahospitalaria.

Revista Archivo Médico de Camagüey, 14(2), 0–0. Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200006

Rossi, G. (2007). *Diagnóstico diferencial de los edemas del miembro inferior. Páginas* (Vol.

157). Retrieved from http://www.sflb.com.ar/revista/2007_02_04-02.pdf

Rowensztein, H., & Monteverde, M. (2015). *Manejo de las Alteraciones del Potasio*. Retrieved

from [http://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/GAP2015-MANEJO-DEL-](http://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/GAP2015-MANEJO-DEL-POTASIO.pdf)

[POTASIO.pdf](http://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/GAP2015-MANEJO-DEL-POTASIO.pdf)

Sánchez, N., & Vega, A. (2011). *PROCEDIMIENTO DE ESPIROMETRIA INCENTIVADA*.

Asturias - España. Retrieved from

<https://elaticodejulie.files.wordpress.com/2015/11/espirometria-incentivada.pdf>

Trimiño, L., & Padrón, M. (2011). Método clínico vs Laboratorio clínico. *Revista Médica*

Electrónica, 33(6), 795–806. Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600014

Videla, M. (2014). Revisando Técnicas: Control de signos vitales. *Revista de Enfermería*.

Retrieved from [http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando Técnicas - Control de](http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando_Técnicas_-_Control_de_signos_vitales.pdf)

[signos vitales.pdf](http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando_Técnicas_-_Control_de_signos_vitales.pdf)

Vilas, A. (2013). Paciente con volumen hídrico en exceso. Retrieved March 28, 2019, from

<https://prezi.com/cw2uxeg1ponh/paciente-con-volumen-hidrico-en-exceso/>

Zuñiga, R., Mijangos, M., & Puga, C. (2015). *El manejo de las úlceras por presión:*

intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Artículo de revisión (Vol.

8). Retrieved from

www.medigraphic.org.mxwww.medigraphic.com/emiswww.medigraphic.org.mx

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

CUJA DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
 Historia Clínica: _____ N° Cama: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____
 N° de hijos: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ SpO₂: _____
 Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____
 Fecha de Ingreso: _____ Hora: _____ Grado de Dependencia: II () III () IV () V ()
 Forma de Ingreso: Caminando () Silla de ruedas () Camilla ()
 Fuente de información: Paciente () Familiar () Otro: _____ Grupo Sanguíneo y Factor: _____

II. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:
 HTA () DM () GASTRITIS () TBC () Asma ()
 Otros: _____
Antecedentes Familiares:
 Cáncer () HTA () DM () TBC () Asma ()
 Otros: _____
Alergias y/o Reacciones:
 Medicamentos () Especifique: _____
 Alimentos () Especifique: _____
 Otros: _____
Factores de Riesgo: Tabaco () Alcohol () Drogas ()
 Automedicación () Especifique: _____
 Hospitalizaciones Previas: Si () No ()
Estilos de vida: Deporte () Consume Agua () Frutas - Verduras ()
Estado de Higiene Corporal: Buena () Regular () Mala ()
 ¿Conoce sobre su enfermedad? Si () No ()
 Detalle: _____

2. RELACIONES - ROL

Se relaciona con el entorno: Si () No ()
 Estado Civil: Soltera(o) () Casada(o) () Conviviente ()
 Divorciada(o) () Viuda(o) ()
Ocupación/Profesión: _____
Situación Laboral: _____
 Vive con: _____
 ¿Cuenta con apoyo familiar? Si () No ()
 Personas a su cargo: _____
 Recibe Visitas: Si () No ()
 Comentarios: _____

3. VALORES - CREENCIAS

Religión: _____
 Restricción Religiosa: _____

4. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Estado Emocional: Tranquilo () Triste () Preocupado ()
 Ansioso () Apático () Irritable () Negativo ()
 Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo ()
Preocupaciones Principales - Comentarios: _____

5. TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y ESTRÉS

Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación: Si () No ()
 Ansiedad () Temor ()
Expresa sentimientos de:
 Negación () Ira () Depresión () Aceptación ()

6. DESCANSO - SUEÑO

Siente que se levanta descansado: Si () No ()
Utiliza ayuda para dormir: Si () No ()
 Especifique: _____

Tiene horario establecido para dormir: Si () No ()

7. PERCEPTIVO - COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()
 Somnoliento () Confuso () Irritable () Estupor () Comatoso ()
 Comentarios: _____

Orientación: Orientado en: Tiempo () Espacio () Persona ()

Dificultad para comunicarse: Si () No ()

Identifique Dificultad: Hablar () Oír () Ver () TQT ()

Prótesis Sensoriales () Otro idioma ()

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()

No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()

Comentarios: _____

Escala de Glasgow: Puntaje Total () pts

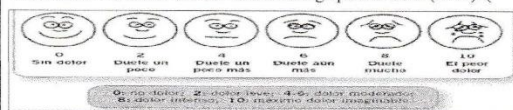
Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Apertura Ocular
Obedece a una orden verbal	Habla: Orientado	Los ojos abren: Espontáneamente
Localiza al dolor	Desorientado	A una orden verbal
Retira al dolor	Palabras inapropiadas	Al dolor
Rigidez de decorticación	Sonidos inapropiados	No responden
Rigidez de descrebración	No responde	
No responde		

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

Otros: _____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Evaluación del dolor: Escala Visual Análoga para el dolor (EVA): ()



8. ACTIVIDAD - EJERCICIO

Características del Patrón Respiratorio:

Frecuencia respiratoria: _____ rpm

Aparato Respiratorio: Normal () Disnea () Polipnea () Oxígeno ()

TET () Ventilación mecánica () Otros: _____

Simetría Torácica: Simétrico () Asimétrico ()

Murmullo Vesicular: ACP () HTI () HTD ()

Ruidos agregados: Ninguno () Roncantes () Crepitantes ()

Sibilantes () Estridor ()

Uso de músculos respiratorios: Ninguna () Intercostales ()

Subcostales () Supraclaviculares () Subxifoidales ()

Ritmo: Regular () Irregular ()

Profundidad: Normal () Superficial () Profunda ()

Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No ()

Actividad Circulatoria:

Frecuencia cardíaca: _____ lmp

Ritmo cardíaco: Regular () Irregular ()

Pulso: Regular () Irregular () Normal () Débil ()

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

P.A.: _____ mmHg Normotenso () Hipotenso () Hipertenso ()

**CUJA DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Hemoglobina: _____ g/dl
Anemia: Sí () No () → Leve () Moderada () Grave ()

Leve:	Grado I	10 - 13 g/dL
Moderada:	Grado II	9.9 - 8 g/dL
	Grado III	7.9 - 6 g/dL
	Grado IV	< 6 g/dL

Clasificación según OMS – Adultos

Recuento Plaquetario: _____ → Plaquetopenia: Sí () No ()
Grado I () Grado II () Grado III () Grado IV ()

Nivel de Plaquetas (recuento)	Grado
75-50	II
50-25	III
Menor de 25	IV

*Fuente: INEN

Recuento Leucocitario: _____ → Neutropenia: Sí () No ()
Grado I () Grado II () Grado III () Grado IV ()

Nivel de Leucocitos	Grado
1500-1000	II
1000-500	III
Menor de 500	IV

*Fuente: INEN

Edemas: Sí () No () Grado: _____ Ubicación: _____

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
Grado I	++	Leve, transitorio, sin distorsión visible del contorno.	Se resquebraja casi instantánea.
Grado II	+++	Separable, hasta 4 mm.	15 segundos.
Grado III	++++	Separable, hasta 6 mm.	1 minuto.
Grado IV	+++++	Distorsión anatómica, hasta 1cm.	2 a 5 minutos.

Vías Invasivas: CVC () Zona: _____ Catéter PICC ()

Vía periférica () Localización: _____ Fecha inserción: _____

Apósito simple () Apósito con Clorhexidina () Fecha: _____

Capacidad de Autocuidado: Puntaje: _____

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				

Puntaje total: _____

Aparatos de Ayuda: _____

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _____

Riesgo de caídas: Sí () No ()

Escala de caídas:

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caidas 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
Estado mental	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
	Orientado	0
Deambulación	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Alto: 8 - 15
Medio: 3 - 7
Bajo: 0 - 2

9. NUTRICIONAL - METABÓLICO

Piel: Normal () Hidratada () Seca () Pálida () Cianótica ()
Ictérica () Fria () Caliente () Rubicunda () Despigmentada ()

Lesiones dérmicas: Sí () No ()

Localización y observaciones: _____

Diaforesis: Sí () No ()

Termorregulación: Temperatura: _____ °C

Mucosas: Húmedas () Secas ()

Observaciones: _____

Grado de Mucositis: _____

Grado 0	Ningún síntoma
Grado 1	Dolor y eritema
Grado 2	Eritema, úlceras y capacidad para comer una dieta sólida
Grado 3	Úlceras, eritema externo y precisa dieta líquida
Grado 4	Úlceras que imposibilitan la alimentación, precisa alimentación i.v. o por sonda

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()

Ralo () Quebradizo () Alopecia ()

Peso: _____ Kg **Talla:** _____ m **IMC:** _____

IMC	Quiere decir:
Menor a 18,5	Peso bajo
18,5 a 24,9	Peso normal
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidad grado 1
35 a 39,9	Obesidad grado 2
Igual o mayor a 40	Obesidad grado 3

Apetito: Conservado () Disminuido () Ausente ()

Presenta: Náuseas: Sí () No () Vómitos: Sí () No ()

Cantidad: _____ **Frecuencia:** _____ **Características:** _____

Dificultad para: Masticar: Sí () No () Deglutir: Sí () No ()

Especificar: _____

Alimentación: N.P.O () Completa () Blanda () Líquida

Amplia () Tolerancia Oral ()

Enteral: SNG () SNY () Yeyunostomía ()

Fecha de inicio/colocación: _____ Obs.: _____

Parenteral: Parcial 2/1 () Total 3/1 ()

Fecha de inicio de NP: _____ Volumen total: _____ Nº bolsa: _____

Con Vitamina: Sí () No () Hora de inicio: _____

Abdomen: Blando/depresible () Distendido () Timpánico ()

Doloroso ()

Ruidos Hidroáereos: Normales () Aumentados () Disminuidos ()

Ausentes ()

Herida Operatoria: Sí () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos: Secos () Húmedos () Serosos () Hemáticos ()

Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Sí () No ()

Especificar: _____ Fecha de colocación: _____

Características: _____

Funcionalidad: Oscilante () Depresible () Tenso ()

Drena: Adecuadamente () Disminuido () No drena ()

Lesión por presión: Sí () No () Grado: _____ Ubicación: _____

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	IMMÓVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

Puntuación: _____

**CUA DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE ONCOLÓGICO**

10. ELIMINACIÓN

Intestinal:

Deposición: Frecuencia: _____

Características: Normal () Grumosa () Líquida () Semilíquida ()
Melena ()

Ostomías: Colostomía: () Ileostomía ()

Uso de laxantes: SI () NO ()

Vesical

Diuresis: Espontánea: Sí () No ()

Utiliza pañal: Sí () No ()

Uso de dispositivos: Sonda Foley () Nefrostoma () Fecha: _____

Características de la orina: Amarillo ámbar () Hematúrica ()
Colúrica ()

11. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Sí () No ()

Especifique: _____

Testículos No Palpables: Sí () No ()

Fimosis Sí () No ()

Masas Escrotales Sí () No ()

Uso de anticonceptivos: Sí () No ()

Otras molestias: _____

Observaciones: _____

Nombre del enfermero (a): _____

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice B: Consentimiento informado

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Leucemia Linfática Aguda de células B en un hospital de enfermedades neoplásicas de Lima, 2018”, el objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario de un Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Lima. Este trabajo académico está siendo realizado por el Lic. Enf. Yemirson Oliver Fuertes Correa bajo la asesoría de la Dra. Enf. María Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización.

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

Nombre del paciente: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma de la paciente

Apéndice C: Escalas de evaluación

1. Escala de Glasgow

Respuesta Motora		Respuesta Verbal		Apertura Ocular	
Obedece a una orden verbal	6	Habla: Orientado	5	Los ojos abren: Espontáneamente	4
Localiza el dolor	5	Desorientado	4	A una orden verbal	3
Retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3	Al dolor	2
Rigidez de descortización	3	Sonidos inapropiados	2	No responden	1
Rigidez de descerebración	2	No responde	1		
No responde	1				

2. Escala Visual Analógica del Dolor (EVA)



3. Escala de Riesgo 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
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

4. Escala de Norton Modificada

ESCALA DE NORTON MODIFICADA					
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	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