



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Tesina

*Proceso de Enfermería en Niño con Enfermedad
de Kawasaki*

Presenta:

LE. Graciela Morales Ramirez

Para obtener el Diploma de:
Especialista en Pediatría

Enero, 2024



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Tesina

*Proceso de Enfermería en Niño con Enfermedad
de Kawasaki*

Presenta:

LE. Graciela Morales Ramirez

Para obtener el Diploma de:
Especialista en Pediatría

Director de Tesina:

DE. Marcela Flores Merlo

Enero, 2024



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Tesina

*Proceso de Enfermería en Niño con Enfermedad
de Kawasaki*

Presenta:

LE. Graciela Morales Ramirez

Para obtener el Diploma de:
Especialista en Pediatría

Director de Tesina:

DE. Marcela Flores Merlo

Enero, 2024

Tesina: Proceso de Enfermería en Niño con enfermedad de Kawasaki

Número de registro: SIEP/EEP/007

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DE. Marcela Flores Merlo

Presidente

MCE. María del Rosario Amador Gómez

Secretario

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Vocal

DE. Marcela Flores Merlo

Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Directora de la Facultad de Enfermería

Secretario de Investigación y Estudios

de Posgrado

Agradecimientos

Agradezco a Dios en quien confío mi existencia, a mis padres, modelo de superación y fortaleza, a mi hermana y sobrinas por su valioso apoyo.

A los niños a quien debo este logro, a pesar de luchar con la enfermedad su inocencia y sonrisa me inspiraron a ser mejor cada día.

Gracias a todas las personas de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi permanencia como alumna en el programa académico, de manera especial a la DE. Marcela Flores Merlo asesora de tesina quien me ha guiado con valioso conocimiento, paciencia en el presente trabajo.

Dedicatoria

Dedicada a mi hermana Lorena por sus palabras de aliento, comprensión y apoyo en momentos difíciles, a mis sobrinas Ayakemetl Guadalupe y Michelle Esmeralda por su compañía, cariño incondicional mi fuente de inspiración en este sueño.

A mis mentores, estudiantes de enfermería y pacientes quien han confiado en mí a lo largo de mi labor en el cuidado de enfermería.

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista en Pediatría
Fecha de Graduación	Agosto 2023
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Proceso de Enfermería en Niño con Enfermedad de Kawasaki
Número de páginas	37
Área de Estudio	Enfermería Clínica

Introducción:

Objetivo: Plantear e implementar un plan de cuidados individualizado a un paciente pediátrico con enfermedad de Kawasaki, sustentado en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.

Metodología: Se realizó una valoración por medio de los 11 Patrones Funcionales de Salud, se diseñó un plan de cuidados de enfermería utilizándose como herramientas taxonómicas de los diagnósticos de enfermería (NANDA), los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC); además de la utilización de Guías de Práctica Clínica y de la mejor evidencia científica de revisiones sistemáticas.

Resultados: Se identificaron cuatro diagnósticos de enfermería asociados al deterioro de la integridad de la mucosa oral, deterioro de la integridad tisular, hipertermia, riesgo de cansancio del rol del cuidador y riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Las intervenciones se enfocaron en la facilitación del autocuidado para el restablecimiento y mantenimiento de la salud bucal y el cuidado de los ojos; control de la perfusión tisular para el manejo de líquidos; control de fármacos para administración de la medicación; termorregulación en el tratamiento de la hipertermia y regulación de la temperatura; control de riesgos con monitorización de signos vitales; educación de los pacientes para la enseñanza del proceso de enfermedad y cuidados durante la vida para apoyo al cuidador principal y cuidados por relevo.

Conclusión: El abordaje de atención de enfermería temprano permite implementar un plan individualizado, oportuno de la alta calidad al niño con EK, así mismo brindar intervenciones específicas para lograr el restablecimiento de la mucosa oral y contribuir para disminuir el disconfort durante la fase aguda e identificar posibles complicaciones cardiovasculares en el paciente pediátrico.

Palabras Clave: Niño, Enfermería, Proceso Enfermero, Enfermedad de Kawasaki

Firma del Director de Tesina: DE. Marcela Flores Merlo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	9
Marco de Referencia	18
Objetivo	20
Capítulo II	
Procedimientos	21
Diseño del Caso Clínico	22
Proceso de Enfermería	
I. Valoración inicial	22
II. Valoración céfalo-caudal	29
III. Resultados de Auxiliares Diagnósticos	30
IV. Identificación de Patrones Disfuncionales de Salud	31
Valoración Continua	31
Diagnóstico (s) de Enfermería	33
Plan de Cuidados de Enfermería	35
Ejecución y evaluación del Cuidado	35
Recomendaciones de Alta	41
Capítulo III	
Conclusiones	42
Referencias	43

Capítulo I

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK), descrita en Japón por Tomisaku Kawasaki en 1967 como “síndrome de ganglios linfáticos mucocutáneos”. Es una vasculitis mucocutánea, aguda, autolimitada; caracterizada por la inflamación de los vasos sanguíneos, especialmente las arterias de pequeño y mediano calibre, las cuales incluyen las arterias coronarias; lo que produce arteritis y aneurismas de la arteria coronaria hasta en un 25% de los casos no tratados, infarto agudo de miocardio y ocasionalmente muerte súbita. Por lo que se posiciona como una de las principales cardiopatías adquiridas en la infancia (Akamine et al., 2023).

La EK es la segunda causa a nivel mundial de vasculitis en edad pediátrica, solo después de la purpura de Henoch-Schönlein. Principalmente afecta a la población menor de cinco años, con el mayor pico de incidencia entre el primer y tercer año de vida. Sin embargo, en menores de 12 meses pueden causar mayor daño cardíaco. Afecta sobre todo al sexo masculino con una relación hombre - mujer 1.5:1.

La etiología de la EK se desconoce, aunque la evidencia apunta a un detonante infeccioso, sumado a predisposición y susceptibilidad genética. Por otra parte, parece existir un componente ambiental, ya que se han observado aumento en el número de casos relacionados con el cambio estacional (fin del invierno e inicio de la primavera) (Akamine et al., 2023).

Si bien esta patología está presente a nivel mundial y afecta a todos los grupos raciales, la mayor prevalencia se observa en la población asiática. Japón presenta la mayor incidencia con 265 casos por 100 000 habitantes menores de cinco años; en

Estados Unidos se estiman 25 por cada 100 000 menores de cinco años y en Europa se reportan 5.4 a 15 por cada 100 000 menores de 5 años (La fuente et al., 2021).

En América Latina no existen suficientes datos epidemiológicos sobre la EK, se estima una incidencia de 3 por cada 100 000 menores de 5 años (Escobar et al., 2019).

En México, desde la primera notificación del primer caso en 1977 hasta 2012 se registraron 250 casos. Además, el Instituto Nacional de Pediatría (INP) reportó 687 casos hasta 2019, mientras que el Hospital Infantil de México (HIM) reportó 204 pacientes con EK hasta 2016. Por consiguiente, se han difundido con mayor interés su abordaje, la conducta de la patología y sus repercusiones cardiovasculares en la población infantil mexicana (García et al., 2021). Así mismo para el año 2021 la EK se ubica en el lugar número trece con una prevalencia del 2.29% (104 casos) dentro de las cardiopatías adquiridas en la niñez (De Rubens et al., 2021).

Los aspectos fisiopatológicos de la EK se centran en el sistema cardiovascular. Durante la etapa inicial la inflamación extensa de arteriolas, vénulas y capilares es la principal responsable de la sintomatología. En algunos casos el daño segmentario a la capa muscular de las arterias de mediano calibre, como las arterias coronarias, provoca la formación de aneurismas. La muerte es muy rara en la enfermedad de Kawasaki (< 0.17% de los casos) y es habitualmente el resultado de la isquemia miocárdica producto de la trombosis coronaria que ocurre durante los primeros meses de la enfermedad o incluso años después, debido a la formación de cicatrices y estenosis de los aneurismas coronarios.

La enfermedad de Kawasaki se manifiesta en tres fases: aguda, subaguda y convaleciente. La fase aguda comienza con aparición abrupta de fiebre que no responde a antibióticos o antipiréticos. Esta etapa dura aproximadamente 1 semana y típicamente

el paciente muestra irritabilidad. La fase subaguda comienza con la resolución de la fiebre y dura hasta que todos los signos clínicos de enfermedad de Kawasaki hayan desaparecido. Durante esta fase pueden notarse los aneurismas de arterias coronarias y los vasos previamente dilatados pueden aumentar de tamaño. La irritabilidad persiste durante esta fase. En la fase convaleciente todos los signos clínicos de enfermedad de Kawasaki se han resuelto, pero los valores de laboratorio no encuentran dentro de rangos normales. Esta fase se completa cuando todos los valores sanguíneos son normales (6-8 semanas después del inicio). Al final de esta etapa, el paciente ha recuperado su temperamento habitual, energía y apetito. Los síntomas pueden ser fluctuantes y no se requiere que estén presentes de manera simultánea para realizar el diagnóstico, aunque la fiebre generalmente persiste a lo largo del cuadro.

Debido a que no existe ninguna prueba diagnóstica específica, el diagnóstico se establece con los hallazgos clínicos y de laboratorio. En 2017, la Asociación Estadounidense del Corazón publicó los criterios de diagnóstico para la forma clásica de EK, la cual se caracteriza por fiebre durante cinco o más días y 4 de los siguientes hallazgos: 1. Cambios en las extremidades: en la fase aguda edema, eritema de las palmas y plantas; en la fase subaguda, descamación periungueal (despellejamiento) de las manos y los pies, 2. Inyección conjuntival bilateral (inflamación) 3. Cambios en las membranas de la mucosa oral, como eritema de los labios, enrojecimiento orofaríngeo; o «lengua de fresa» (papilas grandes expuestas), 4. Exantema polimorfo y 5. Linfadenopatía cervical (un nodo linfático > 1,5 cm).

Estos criterios deberían utilizarse como directrices ya que muchos niños con EK no cumplen los criterios diagnóstico estándar y a menudo los lactantes tienen una presentación incompleta de la enfermedad. Por tanto, es necesario considerar la

enfermedad de Kawasaki dentro del diagnóstico diferencial ante un lactante o infante con fiebre prolongada que no responde a antibióticos y sin otra causa atribuible.

En la fase inicial de la enfermedad, los niños con enfermedad de Kawasaki pueden presentar signos o síntomas relacionados a inflamación del miocardio, incluyendo miocarditis, valvulitis o arritmias. Los niños con aneurismas grandes (gigantes) presentan riesgo de infarto miocárdico, el cual puede deberse a trombosis de un aneurisma coronario o a estenosis tardía del mismo vaso. Las arterias coronarias afectadas se dilatan progresivamente y alcanza el máximo diámetro aproximadamente al mes desde la aparición de cuadro febril. Los síntomas de infarto agudo de miocardio en niños jóvenes suelen ser confusos y pueden incluir dolor abdominal, vómito, inquietud, llanto inconsolable, palidez y shock, así como dolor y opresión torácica en niños mayores.

El ecocardiograma es una herramienta muy valiosa para la valoración de la dilatación de las arterias coronarias, la función miocárdica y la función valvular. Debe obtenerse un ecocardiograma basal en el momento del diagnóstico para ser comparado con las siguientes evaluaciones, los cuales deberían ser realizados en una semana después del diagnóstico inicial y nuevamente 4-6 semanas después. Ecocardiogramas adicionales deberían realizarse hasta dos veces por semana en situaciones donde un niño presente dilatación de las arterias coronarias o formación obvia de un aneurisma, o cuando la respuesta al tratamiento sea incompleta.

El tratamiento actual para niños con EK incluye terapia con dosis altas de inmunoglobulina intravenosa (IVIG) junto con salicilato. La IVIG ha demostrado ser efectiva reduciendo la incidencia de alteraciones en las arterias coronarias cuando se

administra dentro de los primeros 10 días de la enfermedad e idealmente en los primeros 7 días. Se recomienda administrar una infusión única de 2 g/kg en el lapso de 10 a 12 horas. Un nuevo ciclo de tratamiento con IVIG y/u otro fármaco antiinflamatorio puede ser administrado a pacientes con una respuesta incompleta a la dosis inicial (fiebre continua o recrudesciente), o en pacientes que presentan dilatación de las arterias coronarias.

El ácido acetilsalicílico se utiliza en dosis antiinflamatorias (80-100 mg/kg/día en dosis divididas cada 6 h) para el control de la fiebre y síntomas de inflamación. Sin embargo, después de que el cuadro febril haya remitido, el ácido acetilsalicílico puede reducirse a dosis antiagregantes (3-5 mg/kg/día). El ácido acetilsalicílico en bajas dosis se continúa en pacientes sin evidencia ecocardiográfica de anomalías coronarias hasta que el recuento de plaquetas haya retornado a la normalidad (6-8 semanas). Si el niño desarrolla alteraciones coronarias, la terapia con salicilato se continúa indefinidamente. La anticoagulación adicional (p. ej., clopidogrel, enoxaparina o warfarina) puede estar indicada en niños que presenten aneurismas arteriales de mediano tamaño o gigantes.

En el tratamiento también debe considerarse el manejo de las alteraciones cutáneas (compresas frías, hidratación de los labios), el control de la insuficiencia cardíaca congestiva y se debe proporcionar un ambiente tranquilo que reduzca la irritabilidad del paciente.

La mayoría de los niños con EK que tiene dimensiones coronarias normales se restablece completamente al finalizar el tratamiento. Aunque las complicaciones a largo plazo y el pronóstico en el niño con esta afección están fuertemente relacionados con la extensión del daño coronario, el desarrollo de aneurismas (aneurismas gigantes > 8 mm

o z-score > 10) que comprometen el flujo sanguíneo en consecuencia una mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad. (García et.al 2022).

En la fase inicial de la EK, el profesional de enfermería debe monitorizar cuidadosamente el estado hemodinámico y cardiovascular del paciente. Se debe obtener registro diario de los ingresos, egresos y peso. Debido al gran volumen que se administra a los pacientes, la enfermera debe estar alerta a signos de disminución de la función ventricular izquierda y signos de insuficiencia cardíaca (IC), incluyendo diuresis disminuida, ritmo de galope (un ruido cardíaco adicional), taquicardia y dificultad respiratoria. Por otra parte, los pacientes pueden mostrar resistencia a la ingesta por vía oral, lo que facilita la deshidratación. La administración de IVIG debe seguir los mismos criterios que cualquier otro componente hemático, con monitorización frecuente de los signos vitales y vigilancia de reacciones alérgicas.

Principalmente la atención de enfermería intrahospitalaria está dirigida al alivio sintomatológico. Medidas como el uso de sábanas suaves, frías y sueltas, y el uso de lociones inodoras pueden ayudar a minimizar la molestia en la piel.

Durante la fase aguda, debido a la inflamación de las mucosas, el cuidado bucal, incluida la lubricación de los labios con ungüento cobra especial relevancia. Pueden ofrecerse dieta basada en líquidos claros y alimentos blandos.

La irritabilidad del paciente quizás es el reto más desafiante, por lo tanto estos niños precisan un ambiente tranquilo que permita un adecuado descanso. Los padres requieren apoyo en sus esfuerzos para confortar a un niño típicamente inconsolable. Por lo que pueden necesitar un tiempo alejados de su hijo, el personal de enfermería puede proveer cuidados y proporcionar suficiente tiempo para dar un respiro a la familia. Los padres deben comprender que la irritabilidad es característico de esta enfermedad y al

igual que otros síntomas y esto se resolverá. Así mismo entender que no existe razón para sentir culpa o vergüenza por el comportamiento del lactante. (Wong, 2019).

A lo anterior la enfermera pediátrica ocupa un rol fundamental como referente en la atención del niño con enfermedad de Kawasaki en el equipo de trabajo, por ello, mediante la valoración integral, planea cuidados de enfermería específicos en las diferentes etapas de la enfermedad centrados en el niño y la familia. Siempre desde la perspectiva del trabajo transdisciplinar con el resto de profesionales, niveles de atención y agentes participantes en el cuidado para contribuir a disminución de riesgos inmediatos, morbilidad y mortalidad. Por eso, resulta relevante retomar la mejor evidencia de enfermería y literatura relacionada con esta patología.

Estudios Previos

En otro punto, Garrido et al. (2023) basado en la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson y basado en el proceso de enfermería(PE) elaboró un plan de cuidados individualizado a un niño con enfermedad de Kawasaki con diagnósticos de enfermería identificados e intervenciones fundamentados en las taxonomías diagnósticos enfermeros NANDA International, Inc. (NANDA-I), Clasificación de resultados de enfermería (NOC) y Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC); estableciendo los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la integridad tisular
- Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral
- Hipertermia
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

En conclusión, el trabajo de enfermería en colaboración con el médico, deberá estar encaminado a identificar signos y síntomas de alarma. Cabe señalar que un diagnóstico

temprano mejora el pronóstico del paciente con la EK. por lo que es importante acudir al médico en el momento de la aparición del cuadro clínico.

Por lo tanto, en el cuidado especializado de enfermería pediátrica, Ferreruela et al. (2022) con soporte científico en el proceso enfermero y en la teoría de Marjory Gordon con los 11 Patrones Funcionales de Salud (PFS) realizo plan cuidados enfocado a un caso clínico de un pediátrico de 5 años que acude a urgencias por fiebre de 39.5 °C con 5 días en evolución; los autores detectaron los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la integridad tisular
- Termorregulación ineficaz
- Desequilibrio nutricional por defecto
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Con intervenciones de enfermería específicas siguiendo la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC. Por consiguiente, los autores concluyen que el seguimiento estrecho y los cuidados de enfermería son una herramienta fundamental para una evolución favorable del niño con la EK.

Debe señalar en la atención de enfermería al paciente en estado crítico, así mismo, Lucas (2022) desarrollo plan de cuidados estandarizado aplicado a un paciente con enfermedad de Kawasaki y COVID-19 en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Instituto Nacional en Lima , el propósito fue identificar problemas de enfermería actuales y la correcta gestión del cuidado integral para paciente pediátrico con la EK mediante la valoración de los 11 patrones de Marjory Gordon, el autor enunció los siguientes diagnósticos de enfermería

- Hipertermia
- Dolor agudo

- Disminución del gasto cardiaco

El autor sostiene que la aplicación del proceso de atención de enfermería identifica problemas de salud, mejora el bienestar bio-psico-socio- espiritual y consigue excelentes resultados en la salud del paciente.

Dentro de este marco, Reyes (2011) llevo a cabo una revisión sistemática sobre la enfermería y la EK, el autor señala la importancia del cuidado de enfermería y sus intervenciones, determinadas mediante una valoración cefalocaudal del paciente con EK, en la cual se sustenta el cuidado eficaz de los pacientes al reducir los síntomas que causan malestar e incomodidad, y que busca evitar complicaciones que pongan en peligro la vida.

Otro punto es, Cambuim et al. (2021) practicaron un análisis denominado asistencia hospitalaria multiprofesional en diferentes bases de datos, artículos, disertaciones y tesis, elaborados por investigadores de diferentes regiones del mundo que abordaron la atención multidisciplinaria de salud de los niños con enfermedad de Kawasaki. Utilizó estadística descriptiva simple y construyó una muestra final de 16 investigaciones donde señala a los miembros del equipo multiprofesional: enfermero; médico; fonoaudiologo; psicólogo; dentista y fisioterapeuta. Destaca que el personal de enfermería es un profesional que desarrolla su labor en la asistencia directa e indirecta a niños con Enfermedad de Kawasaki. Se enfatizó la importancia de que todos los integrantes del equipo conozcan los síntomas de la enfermedad, ya que todos los profesionales están involucrados en este proceso.

Marco de Referencia

De acuerdo con Aguilar et al. (2022) El cuidado proporcionado a los niños tiene relevancia en la historia de la enfermería mexicana; desde la cultura azteca, se les preparaba para sus actividades futuras en el calmecac, telpuchcalli y culcalli, mientras que durante la época precortesiana la principal figura era la tlamatqui-ticitl (partera), responsable de atender a las embarazadas y a sus niños durante los primeros meses.

Por consiguiente, la Enfermería Pediátrica se ocupa del cuidado y atención integral al niño, a partir del nacimiento hasta terminar su crecimiento, promoviendo la inclusión y la participación de la familia en todo el proceso.

Entre las funciones de la enfermería pediátrica se encuentran la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de enfermedades y detección de riesgos, así como el cuidado del niño sano o enfermo en el hogar y en los centros asistenciales; realizando actividades curativas, rehabilitadoras y paliativas.

Además, la educación para la salud adquiere una especial relevancia, ya que la infancia es el momento óptimo para adoptar actitudes y hábitos saludables; sentando las bases del cuidado de la salud en la etapa adulta (Barba, 2021).

Al inicio de su historia, los cuidados de enfermería estuvieron apartados del método científico, ya que se sostenían únicamente en el empirismo y confería un papel de sumisión y abnegación a la persona que brindaba la asistencia. Esto ha cambiado y hoy en día el personal de enfermería fundamenta sus acciones en la evidencia científica, mediante el proceso de enfermería (PE) y la enfermería basada en evidencia (EBE) por lo que la enfermería es una ciencia y no un simple oficio.

El proceso enfermero (PE) es un método de resolución de problemas que incluye la identificación y el tratamiento de los problemas del paciente y proporciona un marco para ayudar a pacientes y familias a alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento.

El proceso enfermero comprende cinco fases dinámicas y fluidas: Valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.

- 1) **V** valorar: realizar una valoración de enfermería.
- 2) **D** iagnosticar: realizar diagnósticos enfermeros.
- 3) **P** lanificar: formular y redactar enunciados de resultados/objetivos y determinar las intervenciones de enfermería apropiadas basadas en la realidad del cliente y en la evidencia (investigación).
- 4) **I** mplementó los cuidados.
- 5) **E** valuar los resultados y los cuidados de enfermería implementados. Realice las revisiones necesarias en las intervenciones de cuidados cuando sea preciso (Flynn & Martínez, 2024).

La enfermería basada en la evidencia (EBE) y el proceso de enfermería como herramienta de trabajo permite brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a la población infantil.

Por lo tanto, el cuidado de enfermería pediátrica en la EK debe ser asertivo, oportuno de calidad y humano.

Para la elaboración este estudio de caso clínico se empleó el PE en una institución de atención pediátrica de tercer nivel. Se identificaron las respuestas humanas alteradas que presenta un paciente pediátrico con enfermedad de Kawasaki a través del instrumento de valoración de enfermería de Marjory Gordon, con los 11 Patrones Funcionales de Salud (PFS) y la exploración cefalocaudal, se recopilaron los datos

objetivos y subjetivos (síntomas y signos); de los cuales se conforman los diagnósticos de enfermería. En función de estos se realizará la planificación y la ejecución de las actividades encaminadas a prevenir, controlar, reducir o eliminar los problemas detectados en el paciente y su familia, de igual forma se establecerán las actividades dirigidas a potenciar la salud.

Objetivo del Caso Clínico

Plantear e implementar un plan de cuidados individualizado a un paciente pediátrico con enfermedad de Kawasaki, sustentado en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. A su vez, elegir la literatura científica, estudios y Guías de Práctica Clínica con el mayor grado de evidencia.

Capítulo II

Procedimientos

Diseño del Caso Clínico

Caso clínico descriptivo, prospectivo y trasversal en el Hospital para el Niño Poblano de la SSEP, en el periodo comprendido de enero de 2023, elaborado el Proceso de Enfermería a un niño con enfermedad de Kawasaki; realizándose una valoración exhaustiva y holística.

Proceso de Enfermería

I. Valoración Inicial: 19 de enero de 2023, 08:00 a.m.

a) Datos de Identificación

N.C. A .M lactante de 1 año 2 mes de edad, hombre, habitante del estado de Puebla. Se encuentra hospitalizado en el Hospital para el Niño Poblano de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla, ingreso al servicio de urgencias el día 19 de enero del 2023 con diagnóstico médico actual: Fiebre y exantema polimorfo.

A su ingreso se encuentra irritable, inquieto con poca capacidad de consuelo, constantes vitales: Frecuencia cardiaca 162 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 52 por minuto, temperatura axilar: 39.9°C, tensión arterial 90/60 mmHg, presión arterial media (PAM) 70 mmHg, saturación de oxígeno por pulsioximetría 95% y Glasgow de 15/15.

Se le brindan medidas antitérmicas, se coloca catéter periférico corto # 22 G, se extrae sangre venosa para pruebas de laboratorio.

Antecedentes heredo-familiares:

Madre 31 años de edad con escolaridad de bachillerato completo, divorciada de ocupación comerciante, diagnosticada con artritis reumatoide desde los 16 años con régimen terapéutico, sin embargo, durante el tiempo de estancia hospitalaria de su hijo no lleva el tratamiento de forma regular, refiere mucho cansancio y no reporta toxicomanías, consanguinidad negativa entre progenitores. No hay historia de enfermedades familiares, mentales, alergias, neurológicas o malformaciones congénitas. Padre 31 años de edad ausente del núcleo familiar, hermana de 12 años de edad aparentemente sana, abuela materna con hipotiroidismo, bisabuelos maternos con diabetes e hipertensión arterial.

b) Observación del entorno (Unidad del paciente)

N.C. A .M se ubica en el número dos de urgencias-observación sala general en un tercer nivel de atención médica pediátrica en cuna manual con barandales arriba, acompañado de su cuidador primario (madre) con monitorización hemodinámica no invasiva con iluminación, ventilación, limpieza adecuada, mobiliario ordenado, dos lavabos para manos en la sala, material para realizar higiene de manos, tablero con flujómetro para oxígeno medicinal, flujómetro para aire medicinal, tromba de aspiración con aspirador, toma corrientes, cortina hospitalaria corrediza plegable, buro metálico, silla y tabla de oficina.

c) Datos Históricos

Lactante hombre de 1 año 2 meses de edad, habitante de la ciudad de Puebla, producto de la segunda gestación, se obtiene por cesárea a las 39 semanas de gestación con Apgar 8/9, peso de 2800 gr, talla 50 cm, sin complicaciones e inicia alojamiento conjunto en la primeras horas al nacimiento con inicio de lactancia materna, egresado en binomio a las 24 horas con aplicación de vitamina K, vacuna contra tuberculosis (BCG) y vacuna contra hepatitis B. Caída del cordón umbilical a los 8 días de vida extrauterina, se realizó tamiz neonatal con resultado negativo.

Alimentación exclusiva al seno materno durante 11 meses e inicio de ablactación a los 8 meses de edad con frutas y verduras, sin antecedentes alérgicos.

Tratamiento Farmacológico.

Inmunoglobulina humana 2 mg/kg/d vía intravenosa en un total de 10 horas

Ácido acetilsalicílico 80mg/kg/día vía oral

Metilprednisolona 30 mg/Kg/día vía intravenosa

Dosis de mantenimiento Ácido acetilsalicílico 30mg/Kg/día a partir del quinto día

Metilprednisolona (30 mg/kg/día) 285 mg vía intravenosa cada 24 horas diluido en 30 ml cloruro de sodio al 0.9%.

Paracetamol solución inyectable (15 mg/kg/d) 142.5 mg cada 8 horas vía intravenosa.

Colutorio (solución tópica anestésica con 5 ml de lidocaína al 1%, 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina) cada 8 horas.

d) Datos Actuales:

Se obtuvieron mediante la aplicación del instrumento de valoración de enfermería por los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

e) Patrones Funcionales de Salud (PFS)

1. Patrón de percepción-manejo de la salud.

Madre del lactante N.C. A .M refiere a su hijo como un niño sano, hasta el día 15 de enero del 2023 cuando presenta secreción nasal, estornudos y congestión, malestar general, muy irritable, inquietud, disminución del apetito, temperatura de 38.6 °C la cual es controlada con baño de agua templada, uso de ropa ligera, administración de paracetamol pediátrico gotas de 1.5 ml cada 8 horas en su domicilio.

Por la persistencia de fiebre y los síntomas antes mencionados el día 16 de enero del año en curso es valorado en consulta pediátrica privada estableciendo un diagnóstico médico de infección de vías respiratorias superiores, se le inicia tratamiento a base de cefalosporina de primera generación (Cefalexina), antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ibuprofeno, antipirético metamizol sódico y mucolítico acetilcisteína.

El día 17 de enero de 2023 inicia con exantema polimorfo en tronco anterior y posterior, eritema, labios secos, fisurados, agrietados y con sangrado, eritema de la mucosa oral y faríngea, dolor e intolerancia a la alimentación, fiebre de difícil control.

El día 18 de enero de 2023 presenta inyección conjuntival bulbar sin exudado, linfadenopatía cervical (≥ 1.5 cm de diámetro) en manos y pies, eritema y edema en sin mejoría.

Día 19 de enero de 2023, acude a consulta externa de urgencias del Hospital para el Niño Poblano de la Secretaría de Salud en Puebla donde es valorado y hospitalizado urgencias-observación con el diagnóstico médico de Enfermedad de Kawasaki completa.

Inicio de tratamiento médico 19 de enero del 2023 con inmunoglobulina humana 2 mg/kg/d vía intravenosa para infusión continua de 10 horas, ácido acetilsalicílico 80mg/kg/día vía oral, paracetamol solución inyectable (15 mg/kg/d) 142.5 mg cada 8 horas vía intravenosa y colutorio (solución tópica anestésica con 5 ml de lidocaína al 1%, 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina) cada 8 horas.

Cuenta con esquema nacional de vacunación completo para la edad, ducha y cambio de ropa todos los días, higiene bucal una vez al día.

Habita casa propia construida de concreto organizada en sala, cocina, baño completo, dos recamaras, con iluminación, ventilación adecuada, aseo diario de la vivienda, cuenta con servicios de urbanización (agua potable, electricidad, saneamiento, comunicación movilidad y transporte), cohabitan cuatro personas en convivencia con animales domésticos, dos perros, un gato con esquema de vacunación completo, desparasitación y dos pájaros (canarios).

2. *Patrón nutricional- metabólico*

Formula láctea de crecimiento 300 ml cada 6 horas por succión más papillas cada 8 horas, solución mixta 120 ml para 24 horas pp I.V a 5 ml / h; mucosas orales semi hidratadas, labios secos, fisurados con presencia de eritema, descamación del borde labial, sangrado, lengua con aspecto de fresa, tolerando solo líquidos, semisólidos en poca cantidad, disminución del apetito; exantema polimorfo generalizado.

Antropometría: peso de 9.500 kg, talla de 75 cm, IMC: 16.8 niño eutrófico, superficie corporal: 0.47m^2 , temperatura 39.9°C , glucemia capilar: 98 mg/dl.

3. Patrón de eliminación

Abdomen blando, depresible con peristalsis presente, audible, continua con uso pañal uresis 2ml/kg/h espontanea de color ámbar, densidad urinaria: 1.010, pH: 6.0, gasto fecal 2ml/kg/k con tres deposiciones en escala de brístol tipo 4 de color café.

4. Patrón de actividad – ejercicio

Previamente a enfermar se desarrolla como un niño activo con un desarrollo cognitivo, social y motor de acuerdo con el test de Denver para su edad. Se encuentra en posición fowler, se muestra muy irritable es confortado en brazos por la madre, muestra poco interés de actividades lúdicas y deambulación. La alimentación es asistida no es tolerada, el baño en regadera es bien tolerado, limpieza de la cavidad oral no es tolerada. Signos vitales con frecuencia cardiaca 162 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 52 respiraciones, temperatura axilar 39.9°C , presión arterial sistólica: 90 mmHg, presión arterial diastólica: 60 mmHg, presión arterial media 70 mmHg, saturación de oxígeno SatO_2 : 94%, llenado capilar 2 segundos.

5. Patrón Sueno-Descanso

N.C. A .M antes de enfermar dormía nueve horas y una hora de siesta por la tarde, actualmente cambio su patrón de sueño por fiebre persistente, dolor en cavidad oral, cambios en el entorno por hospitalización e interrupción del personal del equipo de salud para su atención. Duerme tres horas, logra conciliar el sueño acunado en los brazos de su madre, adopta la posición semifowler, decúbito dorsal y lateral durante el sueño-descanso, rehúsa a quedarse solo.

6. Patrón cognitivo perceptual

N.C. A .M se encuentra en sedestación con simetría en la postura de las extremidades, alerta, orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio), comportamiento para su edad con escala pediátrica de coma de Glasgow 15/15, normocéfalo (47.5 cm), con pupilas isocóricas normorefléxicas, inyección conjuntival bulbar sin exudado en ambos ojos, audición conservada, movimientos faciales adecuados, movimientos linguales adecuados y simétricos, se muestra irritable por dolor, producto de las lesiones en boca con escala FLACC:7/10, con hambre, fiebre y malestar general.

7. Patrón Autopercepción – autoconcepto

No valorable.

8. Patrón rol-relaciones

Integrantes de la familia madre de 31 años como cuidador principal donde la mayor parte del día solo se ausenta en periodos cortos para comer, ducharse, de ocupación comerciante, escolaridad bachillerato completo, padre de 31 años ausente del núcleo familiar, hermana de 12 años de edad, sana, la relación interpersonal es buena.

9. Patrón sexualidad – Reproducción

Características físicas anatómicas y fisiológicas masculinas de acuerdo a su crecimiento y desarrollo para su edad con presencia de exantema polimorfo en la región del área de pañal.

10. Patrón Adaptación – tolerancia al estrés

N.C. A .M se muestra temeroso al entorno hospitalario, irritabilidad frecuente por fiebre persistente, lesiones orales, dificultad para la ingestión de alimentos (signos y síntomas propios de la evolución de la enfermedad).

La madre hace referencia de sentir mucho cansancio por permanecer todo el tiempo al cuidado de su hijo hospitalizado e incertidumbre por el pronóstico de salud del niño.

11. Patrón Valores–creencias

La familia profesa y practica la religión católica, señala la madre convicción en la pronta recuperación de la salud de su pequeño.

II. Valoración Céfalocaudal

Cabeza: Normocéfalo, cuero cabelludo integro cabello bien implantado y distribuido, color castaño oscuro corto limpio.

Cara: Ojos simétricos con pupilas isocóricas normorefléxicas, presenta inyección conjuntival bulbar sin exudado en ambos ojos.

Oídos: Pabellones auriculares íntegros bien implantados, simétricos sin alteraciones, conducto auditivo interno sin alteraciones con higiene adecuada, con agudeza auditiva conservada.

Nariz: Centrada, simétrica, tamaño mediano, tabique nasal recto y fosas nasales permeables, simétricas, sin lesión en mucosa.

Boca: Eritema en mucosa, dolor en mejillas internas con sensibilidad, ocho piezas dentales, lengua “aframbuesada”, labios secos, fisurados, descamación del borde labial,

Cuello: Acorde a su biotipo, flexible, cilíndrico, sin presencia de ingurgitación yugular, cilíndrico, linfadenopatía cervical (≥ 1.5 cm de diámetro).

Tórax: Simétrico, normo expandible patrón respiratorio regular frecuencia Simétrico, con adecuados movimientos de amplexión, con murmullo vesicular normoaudible, sin estertores, ni sibilancias, sin datos de broncoespasmos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.

Abdomen: Suave depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades superiores: Simétricas, integra sin atrofia muscular, ósea, malformaciones óseas, con pulsos distales presentes, llenado capilar < 2 segundos sin hematomas, eritema y edema en manos.

Extremidades inferiores: simétricas, integra sin atrofia muscular, ósea, malformaciones óseas, con pulsos distales presentes, llenado capilar < 2 segundos eritema y edema en pies.

III. Resultados de Auxiliares de Diagnósticos

Glucosa: 90 mg/dl, urea: 19.3 mg/dl, creatinina: 0.2 μ mol/L, Bilirrubina Total: 0.3 mg/dl, Bilirrubina Directa: 0.2 mg/dl, Bilirrubina Indirecta: 0.10 mg/dl, Albumina: 3.7 g/dL, TGP: 25 UI/l, TGO: 25 U/l, Factor Reumatoide: 180 IU/mL, HB: 11.6 g/L, Hematocrito: 35.1 %, Hemoglobina corpuscular media: 25.2 mg/dl, volumen corpuscular medio: 76.1 fl, leucocitos: 12.57/L, neutrófilos: 55/ml, seg: 53, Bandas: 1, linfocitos: 39 mm^3 , monocitos: 6 (%), mielocitos: 1(%), plaquetas: 175 x 10⁹ L, Velocidad de eritrosedimentación (VSG): 47 mm/h, Velocidad de eritrosedimentación

(VSG) corregida: 28 mm/h, Tiempo de protrombina (TP): 11.3 segundos, tiempo de tromboplastina parcial (TTP): 30 segundos, INR: 0.98, Fibrinógeno: 588 mg/dL, Dímero D: 722 mg/ mL.

Proteína C reactiva: >24 mg/L.

Glicemia capilar: 105 mg/dL.

IV. Identificación de Patrones Funcionales de Salud (PFS) disfuncionales

En presente caso clínico del lactante N.C. A .M con diagnóstico médico de enfermedad de Kawasaki se reconocieron los siguientes PFS disfuncionales:

Patrón 02: Nutricional / metabólico: Dismución importante ingesta de líquidos y alimentos a consecuencia de fiebre de difícil control, lesiones en cavidad oral y dolor agudo.

Patrón 04: Actividad / ejercicio: Abatimiento por la enfermedad (signos y síntomas de la EK) y entorno desconocido para el niño.

Patrón 08: Rol / relaciones: Muestra la madre vulnerabilidad a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador primario asociado con cansancio y enfermedad (artritis reumatoide).

Valoración continua

Continua en el servicio urgencias – observación 20 de enero de 2023 08:00 horas.

Patrón 01. Percepción – manejo de la salud.

Se encuentra en su día dos de hospitalización, continua inquieto, muy irritable, alerta, periodos de llanto irritable, con línea intravascular permeable, sin datos de infección, con monitorización hemodinámica no invasiva con constantes vitales dentro de percentiles para su edad.

Patrón 02. Nutricional – metabólico

Intolerancia a la alimentación con aporte de solución mixta 120 ml para 24 horas pp I.V a 5 ml / h, labios semi hidratados, fisurados con presencia de eritema, descamación del borde labial, lengua con aspecto de fresa, temperatura axilar de 38.7 °C.

Patrón 04. Actividad – Ejercicio

Se encuentra en brazos de su madre, se muestra temeroso, sin interés por la actividad física o el juego.

Patrón 05. Sueño – descanso

Logra dormir cuatro horas, rehúsa a quedarse solo.

Patrón 08. Rol – relaciones

Continúa al cuidado de la madre todo el tiempo.

Servicio urgencias – observación 21 de enero del 2023 08:00 horas

Patrón 01. Percepción – manejo de la salud: Sigue con discomfort, susceptible, con vigilancia cardiovascular.

Patrón 02. Nutricional – metabólico: Acepta en poca cantidad de leche y papillas, permanece aporta hídrico parenteral con solución mixta 120 ml para 24 horas pp I.V a 5 ml / h, con lesiones en cavidad oral y continúa con hipertermia (38 °C).

Patrón 04. Actividad – Ejercicio: Se observa intranquilo con fiebre persistente, indiferente por el juego y actividades físicas habituales (caminar, sentarse solo).

Patrón 05 Sueño – descanso: Descansa cinco horas, no acepta permanecer en su cuna.

Patrón 08. Rol – relaciones: La madre es cuidador primario de tiempo completo.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 11. Seguridad/Protección

Clase: 02. Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería 1: deterioro de la integridad de la mucosa oral *relacionado con* acceso inadecuado al cuidado *manifestado por* edema oral, lesión oral, fisura oral.

Dominio: 11. Seguridad/Protección

Clase:02. Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería 2: Deterioro de la integridad tisular *relacionado con* hipertermia *manifestado por* dolor agudo, sangrado, edema localizado (labios secos, fisurados con presencia de eritema, descamación del borde labial, sangrado, lengua con aspecto de fresa, eritema de la mucosa oral y faríngea, dolor e intolerancia a la alimentación)

Dominio 11. Seguridad / protección

Clase 06. Termorregulación

Diagnóstico de enfermería 3: Hipertermia *relacionado con* enfermedad *manifestado por* taquicardia, taquipnea, vasodilatación, estado de ánimo irritable.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 04. Actividad/Reposo

Clase 04. Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 4: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular *relacionado con* sensibilidad a factores intrínsecos o extrínsecos en el transporte, homeostasis corporal, eliminación de residuos metabólicos tisulares que pueden deteriorar uno o más órganos vitales, así como el propio sistema circulatorio.

Dominio 07. Rol/relaciones

Clase 01. Roles de cuidador

Diagnóstico de Enfermería 5: Riesgo de cansancio del rol de cuidador *relacionado con* inexperiencia en la provisión de cuidados, duración extendida de la prestación de cuidado requerido.

Plan de Cuidados de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I; Heather & Kamitsuru, 2021)	<p>Dominio 11. Seguridad / protección Clase 02. Lesión física</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la integridad de la mucosa oral <i>relacionado con</i> acceso inadecuado al cuidado <i>manifestado por</i> edema oral, lesión oral, fisura oral 			
Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2019)	<p>Campo 01. Fisiológico: Básico Clase F. Facilitación del autocuidado Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Restablecimiento de la salud bucal <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se monitorizó el estado de la boca del lactante (labios, lengua, mucosas, dientes, encías), incluidas las características de las anomalías (tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, así como otros signos de infección). - Se controló los cambios del gusto y/o de la deglución. - Se realizó higiene bucal con gasa suave desechable. - Se mantuvo labios hidratados con un bálsamo labial a base de manteca de karité y aceites naturales. - Se administró colutorio (solución tópica anestésica contiene: 5 ml de lidocaína al 1%, 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina). - Se administraron medicamentos según prescripción (analgésicos, anestésicos, antimicrobianos, antipiréticos, antiinflamatorios) - Se evitó alimentos picantes, salados, ácidos y secos, ásperos o duros. - Se indicó no tomar alimentos que causen reacciones alérgicas. - Se animó al lactante aumentar la ingesta de agua. - Se evitó alimentos, líquidos calientes para no crear quemaduras o mayor irritación. 	<p>Campo 02. Fisiológico: Complejo Clase N. Control de la perfusión tisular Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manejo de líquidos <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pesó a diario y controlo la evolución. - Realizo un registro preciso de entradas y salidas. - Se vigiló el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso y presión arterial. - Monitorización de los signos vitales. - Administro terapia intravenosa según prescripción. - Administraron líquidos. - Se monitorizó el estado nutricional. - Se favoreció la ingesta oral. 		
Evaluación	<p>Resultado Esperado (NOC; Moorhead, Swazon, Johnson & Maas, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> Salud oral Hidratación 	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor Integridad de la mucosa oral Humedad Labial Limpieza de la boca Sangrado Ingesta de líquidos 	<p>Escala de medición</p> <p>1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4.Levemenete comprometido 5.No comprometido</p>	<p>Evaluación</p> <p>Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:3</p>
(Galicia y Ramos, 2014).				

Plan de Cuidados de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I; Heather & Kamitsuru, 2021)	Dominio 11. Seguridad / protección Clase 02. Lesión física <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la integridad tisular <i>relacionado con hipertermia manifestado por dolor agudo, sangrado, edema localizado (labios secos, fisurados con presencia de eritema, descamación del borde labial, sangrado, lengua con aspecto de fresa, eritema de la mucosa oral y faríngea, dolor e intolerancia a la alimentación)</i> 			
Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2019)	Campo 01. Fisiológico: Básico Clase: F. Facilitación del autocuidado. Intervención: <ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de la salud bucal Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Se estableció una rutina de cuidados bucales. - Aplicación de lubricante para humedecer los labios y mucosa oral. - Se observó los efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, cremas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos. - Se observó color, brillo y existencia de restos alimenticios en dientes y cavidad oral. - Se brindó enseñanza, ayuda al paciente a realizar higiene bucal después cada comida. - Se brindaron recomendaciones dieta saludable, ingesta adecuada de agua. 	Campo 01. Fisiológico: Básico Clase F. Facilitación del autocuidado Intervención: <ul style="list-style-type: none"> Cuidado de los ojos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Se brindó vigilancia en evolución ocular. - Se cuidó que no se tocara los ojos el paciente. - Aplicación de colirios y pomadas, según prescripción. - Aplicación de protección ocular. - Se proporcionó lavados oculares. - Limpio de manera exhaustiva los ojos varias veces al día. 		
Evaluación	Resultado Esperado (NOC; Moorhead, Swazon, Johnson & Maas, 2019)	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas Control de Síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones de la mucosa Eritema Integridad de la piel Temperatura de la piel Reconoce la persistencia del síntoma Utiliza medidas preventivas 	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemenete comprometido 5.No comprometido	Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:3
(Galicia y Ramos, 2014).				

Plan de Cuidados de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I; Heather & Kamitsuru, 2021)	<p>Dominio 11. Seguridad / protección Clase 02. Lesión física</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la integridad tisular <i>relacionado con</i> hipertermia manifestado por dolor agudo, sangrado, edema localizado (labios secos, fisurados con presencia de eritema, descamación del borde labial, sangrado, lengua con aspecto de fresa, eritema de la mucosa oral y faríngea, dolor e intolerancia a la alimentación) 			
Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2019)	<p>Campo 02. Fisiológico: Complejo Clase H. Control de fármacos Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Administración de medicación <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se mantuvieron políticas, procedimientos institucionales para una administración precisa y segura en los medicamentos. - Se conservó un manejo, ambiente máximo de seguridad y eficacia en la administración de medicamentos. - Se evitaron interrupciones durante preparación, verificación o administrar en las medicaciones. - Se siguieron los diez correctos en la administración de la medicación. - Se vigiló existencia de alergias, interacciones y contraindicaciones en los medicamentos. - Se informó a la madre del paciente el tipo de medicación, objetivo para su administración, acciones esperadas, efectos adversos antes de administrarla. - Se vigilaron los signos vitales, valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos. - Se brindó ayuda al paciente para tomar la medicación. - Se observó los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Se documentó la administración de la medicación, capacidad de respuesta del paciente. 			
Evaluación	<p>Resultado Esperado (NOC; Moorhead, Swazon, Johnson & Maas, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas Control de Síntomas 	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesiones de la mucosa Eritema Integridad de la piel Temperatura de la piel Reconoce la persistencia del síntoma Utiliza medidas preventivas 	<p>Escala de medición</p> <p>1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido</p>	<p>Evaluación</p> <p>Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:3</p>
(Galicia y Ramos, 2014).				

Plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I; Heather & Kamitsuru, 2021)	Dominio 11. Seguridad / protección Clase 06. Termorregulación <ul style="list-style-type: none"> Hipertermia <i>relacionada con enfermedad manifestado por</i> taquicardia, taquipnea, vasodilatación, estado de ánimo irritable. 			
Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2019)	Campo. Fisiológico: Complejo Clase. Termorregulación Intervención: <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de la hipertermia <ul style="list-style-type: none"> Aseguró la permeabilidad de la vía aérea. Monitorizo los signos vitales. Se aplicaron métodos de enfriamiento externos. Se brindó solución rehidratación oral. Se colocó un acceso intravenoso. Se monitorizo la diuresis. Monitorización de gases arteriales. 	Campo. Fisiológico: Complejo Clase. Termorregulación Intervención: <ul style="list-style-type: none"> Regulación de la temperatura <ul style="list-style-type: none"> Se tomó y registro la temperatura cada 2 horas. Se observó el color y la temperatura de la piel. Se brindó una ingesta nutricional, un aporte de líquidos adecuada. Se administraron medicamentos antipiréticos. 		
Evaluación	Resultado Esperado (NOC; Moorhead, Swazon, Johnson & Maas, 2019)	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> Termorregulación 	<ul style="list-style-type: none"> Deshidratación Irritabilidad Temperatura cutánea aumentada Frecuencia cardiaca apical Frecuencia respiratoria 	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:3
(Galicia y Ramos, 2014).				

Plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico de Enfermería NANDA-I; Heather & Kamitsuru, 2021)	<p>Dominio 04. Actividad/Reposo</p> <p>Clase 04. Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <ul style="list-style-type: none"> Riesgo de deterioro de la función cardiovascular <i>relacionado con</i> sensibilidad a factores intrínsecos o extrínsecos en el transporte, homeostasis corporal, eliminación de residuos metabólicos tisulares que pueden deteriorar uno o más órganos vitales, así como el propio sistema circulatorio. 			
Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek , Dochterman & Wagner, 2019)	<p>Campo 04. Seguridad</p> <p>Clase V. Control de riesgos</p> <p>Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorización de los signos vitales <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. -Monitorización, registro signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. -Monitorización del ritmo y frecuencia cardíaca. -Monitorización periódica en el color, temperatura, humedad de la piel. -Identificación de causas posible en variaciones de los signos vitales. -Monitorización en la pulsioximetría. 	<p>Campo 03. Conductual</p> <p>Clase S. Educación de los pacientes</p> <p>Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñanza: proceso de enfermedad <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se evaluó el nivel de conocimientos a la madre relacionados con el proceso de enfermedad específica del pediátrico. -Se revisó el conocimiento de la madre sobre la afección del niño. -Describió signos y síntomas de la enfermedad. -Se identificaron cambios en el estado físico del paciente. -Se instruyó al cuidador primario de los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario. -Se robusteció la información suministrada por el equipo multidisciplinario en relación al cuidado. 		
Evaluación	<p>Resultado Esperado (NOC; Moorhead, Swazon, Johnson & Maas, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> Signos vitales Control del riesgo 	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Temperatura corporal Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Presión sistólica Presión diastólica Controla los factores de riesgo personales Control los cambios en estado general de salud Reconoce cambios en el estado general de salud 	<p>Escala de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemenete comprometido 5.No comprometido 	<p>Evaluación</p> <p>Puntuación Basal: 2</p> <p>Puntuación Diana:5</p> <p>Puntuación Cambio:3</p>
(Galicia y Ramos, 2014).				

Plan de Cuidados de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I; Heather & Kamitsuru, 2021)	Dominio 07. Rol/relaciones Clase 01. Roles de cuidador <ul style="list-style-type: none"> Riesgo de cansancio del rol de cuidador <i>relacionado con</i> inexperiencia en la provisión de cuidados, duración extendida de la prestación de cuidado requerido 			
Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2019)	Campo 05. Familia Clase. Cuidados durante la vida Intervención: <ul style="list-style-type: none"> Apoyo al cuidador principal - Determino el nivel de conocimientos del cuidador - Determino la aceptación del cuidador de su papel. - Admitió las dificultades del rol del cuidador principal. - Se brindó apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. - Enseñó al cuidador la terapia del paciente - Enseñó técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. - Enseñó al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental. - Promovió una red social de cuidadores.	Campo 05. Familia Clase: Cuidados durante la vida Intervención: <ul style="list-style-type: none"> Cuidados por relevo - Estableció una relación terapéutica con el paciente/ familia. - Controló resistencia del cuidador. - Se preparó los preparativos para el cuidador sustituto. - Se evaluó el nivel de actividad del cuidador de relevo - Seguimiento a la rutina habitual de cuidados - Proporcionó un programa de actividades adecuadas. - obtuvieron números de telefónicos de urgencia. - Determinó la forma de contacto con el cuidador habitual. - Se brindó un informe al cuidador habitual al regreso.		
Evaluación	Resultado Esperado (NOC; Moorhead, Swazon, Johnson & Maas, 2019)	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia del papel del cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> Dominio de las actividades de cuidados directos Dominio de las actividades de cuidados indirectos Apoyo social para el cuidador primario 	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Puntuación Basal: 2 Puntuación Diana:5 Puntuación Cambio:3
(Galicia y Ramos, 2014).				

Recomendaciones de Alta

Nombre de la Persona: N.C. A .M Edad: 1 año 2 meses de edad Fecha de ingreso: 19/01/2023

Servicio/Contexto: Hospitalización Diagnóstico médico: Enfermedad de Kawasaki completa

Intervenciones de Enfermería de alta (Wong, 2019)

- Educación para la administración de medicamentos.
- Mantener ropa suave de algodón y evitar el uso de jabones y emolientes.
- Aplicación de ejercicios pasivos mediante juguetes blandos y juegos tranquilos.
- Evitar el frotar los ojos y el contacto directo con la luz solar y/o artificial.
- Educación para la salud y orientación a los padres o cuidador primario del niño.

Capítulo III

Conclusión

La utilización del Proceso de Enfermería en el niño con enfermedad de Kawasaki permite a la enfermera pediátrica proporcionar un cuidado holístico, oportuno, asertivo, humano y de calidad que se enfocó a reconocer respuestas humanas alteradas o potencialmente a partir de la valoración y diagnósticos de enfermería, lo cual marca las pautas para jerarquizar y priorizar intervenciones en la atención de enfermería, así como promover actividades para el logro del resultado esperado en el paciente y la familia. También contribuir en la detección de complicaciones cardiovasculares con fundamento en la evidencia científica académica actualizada disponible.

Referencias

Akamine C, & Clark E, & Shandera W.X. (2023). Enfermedad de kawasaki. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W., & McQuaid K.R.(Eds.), *Diagnóstico clínico y tratamiento 2023*. McGraw Hill.

Aguilar, E. M., Saldívar-Flores, A., Aguilar-Guzmán, O., Cruz-Jiménez, M., Romero-Herrera, G., & de los Santos-Chametla, J. (2023). Historia de la Enfermería Pediátrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. *Revista De Enfermería Neurológica*, 21(2), 184–189. <https://doi.org/10.51422/ren.v21i2.307>

Butcher, H.K., Bulechek G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* [7ª Ed.]. Elsevier-Mosby: España.

Cambuim H.C., & Nascimento A.T., & Andrade K.Y., & Tuani P. (2021). *J Nurs UFPE* on line. 2021;15: e245223 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245223.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1252619>

Escobar HA, Meneses-Gaviria G, Ijají-Piamba JE, Triana-Murcia HM, Molina-Bolaños JA, Vidal-Martínez JF, *et al.* Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Kawasaki. *Rev. Fac. Med.* 2019;67(1):103-8. Spanish. doi:

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.64144>.

Ferreruela R., & Martínez C., & Coloma T., & Fernando M., & Patricia Ferrer Sierra & Tejedor N. (2022). Proceso de atención de enfermería ante un paciente pediátrico con enfermedad de Kawasaki. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol.

3, Nº. 1, 2022

Flynn M.B., & Martínez M.R (2024). Manual de diagnóstico de enfermería de Ackley y Ladwig, 13.^a edición. Elsevier

García-Domínguez M, Quibrera J, Canizales-Muñoz S, López-Nogueda M, León-Ramírez ÁR, Velázquez-Ríos CA et al. Enfermedad de Kawasaki, casos diagnosticados en dos hospitales pediátricos en México de enero de 2004 a marzo de 2020. *Alergia Asma Inmunol Pediatr.* 2021; 30 (2): 37-42. <https://dx.doi.org/10.35366/101640>

García A, & Romero N, & Juan Luis Domínguez J.L. (2022). Implicaciones pronósticas cardiovasculares y su aplicación en la enfermedad de Kawasaki.

REC Cardio Clinics. 2022;57 (4):282-291. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2022.07.005>

García-Domínguez, M., Riviera-Navarro, D., Quibrera, J., & Pérez-Gaxiola, G. (2020). Aneurismas coronarios gigantes en lactante con síndrome de choque por enfermedad de Kawasaki. *Revista Alergia México*, 67(2), 174–182.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-902020000200174&script=sci_arttext

Garrido A., & Larraz S., & Lario N.E., & Juárez E.P, & García L., & Juárez J.A (2023). Proceso de atención de enfermería (PAE) en un paciente con enfermedad de Kawasaki. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 4, N°. 5, 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965452>

Herdman. T.H. & Kamitsuru, S.K y TaKáo C (2021). *Diagnósticos Enfermero.*

Definiciones y clasificación 2021-2023. Duodécima Edición. Elsevier: Barcelona, España.

Judith Sánchez-Manubens Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. Universidad Autònoma de Barcelona.

Barcelona Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. *Protoc diagn ter pediatri*.

2020; 2:213-224

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf

Lafuente Hidalgo M, Ranz Angulo R, Bustillo Alonso M. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Kawasaki en la infancia. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2021;14(1):14-21.

Lucas Z. (2022). Proceso enfermero aplicado a paciente con Dx., enfermedad de Kawasaki y COVID-19 del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos de un instituto nacional de Lima, 2021. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5349>

Moorhead, S., Swazon, E, Johnson, M. y Maas, M.L. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* [6ª Ed.]. Elsevier: Barcelona, España.

Reyes M. (2011). Enfermería: un acercamiento a la enfermedad de Kawasaki. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2011;19 (2): 67 -73

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112d.pdf>

Rodriguez M.A., & González C. T., & Megías D., & Barba M. A (Eds.), *Enfermería del niño y adolescente* 2021. DAE. Grupo Paradigma

Rubens-Figueroa, Jesús De, Ceballos-Cantú, Juan C., López-Ornelas, Ana F., Vazquez-Perdomo, Mayela, & Pablos-Hach, José L. (2021). Frecuencia de cardiopatías congénitas y adquiridas en 4,544 niños. Estudio basado en ecocardiografía. *Archivos de cardiología de México*, 91(4), 407-414. Epub 06 de diciembre de 2021.

<https://doi.org/10.24875/acm.20000166>

Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. *Protoc diagn ter pediatri*. 2020; 2:213-224. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf

Autor (2019). Wong. Enfermería Pediátrica (Edición 10ª). Elsevier Limited (Reino Unido)

Zhu, F., Ang, JY 2021 Actualización sobre el manejo clínico y el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki. Curr Infect Dis Rep 23, 3 (2021)

<https://doi.org/10.1007/s11908-021-00746-1>