

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con insuficiencia respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Chiclayo, 2018

Por:

Issela Veronica Amaya Arroyo

Asesor:

Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, 29 de abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARY LUZ SOLORZANO APARICIO adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con insuficiencia respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Chiclayo, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada AMAYA ARROYO ISSELA VERONICA para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintinueve días del mes de abril de 2019.


Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con insuficiencia respiratoria en la
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Chiclayo, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



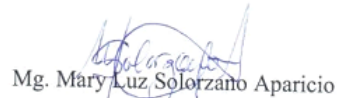
Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Secretario



Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Asesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	xi
Capítulo I: Valoración.....	12
Datos generales	12
Valoración según patrones funcionales:.....	12
Datos de valoración complementarios:	16
Exámenes auxiliares.	16
Interconsultas.	17
Tratamiento médico.....	17
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	20
Diagnóstico enfermero	20
Primer diagnóstico.....	20
Segundo diagnóstico.	20
Tercer diagnóstico.	20
Cuarto diagnóstico.....	21
Quinto diagnóstico.	21
Sexto diagnóstico.	21
Séptimo diagnóstico.	22
Octavo diagnóstico.....	22

Noveno diagnóstico.....	22
Décimo diagnóstico.....	23
Planificación.....	23
Priorización.....	23
Plan de cuidados.....	25
Capítulo III: Marco teórico.....	32
Patrón Respiratorio Ineficaz.....	32
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	38
Hipertermia.....	43
Dolor agudo.....	48
Desequilibrio nutricional por defecto:.....	51
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	55
Evaluación por días de atención:.....	55
Primer diagnóstico.....	55
Segundo diagnóstico.....	55
Tercer diagnóstico.....	56
Cuarto diagnóstico.....	56
Quinto diagnóstico.....	56
Conclusiones.....	56
Bibliografía.....	57
Apéndices.....	61

Índice de tablas

Tabla 1	16
Hemograma completo	16
Tabla 2	17
VSG (Velocidad de sedimentación de eritrocitos).....	17
Tabla 3	17
Electrolitos	17
Tabla 4	25
Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga y proceso de enfermedad evidenciado por disnea, tiraje subcostal, Fr=50x´.....	25
Tabla 5	27
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con retención de las secreciones, evidenciado por sonidos respiratorios adventicios estertores, subcrepitantes, taquipnea y tos ineficaz.....	27
Tabla 6	29
Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad evidenciado piel caliente al tacto, taquicardia =178x´, T= 39 °C.	29
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico (proceso de enfermedad) evidenciado por facies de dolor, quejido, irritabilidad, taquicardia e intensidad del dolor en 6 según Wong Baker.....	30
Tabla 8	31

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta diaria insuficiente evidenciado por caída excesiva de cabello, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas, pérdida de peso. IMC: 12.9 Kg. 31

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	61
Apéndice B: Consentimiento informado	64

Símbolos usados

PAE	: Proceso de atención de enfermería
UCIP	: Unidad de cuidados intensivos pediátricos
CVC	: Catéter venoso central
AMP	: Ampolla
IMC	: Índice de masa corporal
KG	: Kilogramo
IR	: Insuficiencia respiratoria
CM	: Centímetro
D/C	: Descartar
IV	: Intravenosa
MG/DL	: Miligramos por decilitros
T°	: Temperatura
DX	: Diagnostico
PC	: Perímetro cefálico
EG	: Edad gestacional
O2	: Oxígeno.
FR	: Frecuencia respiratoria.
RESP/MIN	: Respiración por minuto
CPN	: Control prenatal
CST	: Test estresante
RNT	: Recién nacido a término
CCA	: Comunicación Cardiaca Aguda

CIA	: Comunicación interauricular
CIV	: Comunicación interventricular
PCA	: Persistencia del conducto arterioso
IPV	: Vacuna inactivada contra la polio
SOG	: Sonda orogástrica
PRN	: Por razón necesaria
H	: Hipersodio
K	: Kalium
LIVA	: Limpieza ineficaz de vías aéreas
NP	: Nutrición parenteral
DS	: Desnutrición Severa
T/E	: Talla para la edad
P/E	: Peso para la edad
T/E	: Talla para la edad
MM	: Milímetro
MG	: Miligramo
NPO	: Nada por vía oral
LT/PM	: Latidos por minuto
GR	: Gramo
OA	: Objetivo alcanzado
OPA	: Objetivo parcialmente alcanzado
ONA	: Objetivo no alcanzado

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a lactante menor, aplicado durante 3 días. Se inició con la valoración utilizando como instrumento la guía de patrones funcionales de Marjory Gordon, que permitió identificar 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Hipertermia, Dolor agudo, Desequilibrio nutricional por defecto. Los objetivos fueron Lactante menor recupera patrón respiratorio eficaz, Lactante menor recupera limpieza eficaz de vías aéreas, Lactante menor disminuirá temperatura corporal, lactante menor disminuirá el nivel de dolor y lactante menor recuperará estado nutricional progresivamente. En la planificación se elaboraron intervenciones de enfermería para cada diagnóstico, luego se realizó la priorización de los diagnósticos, así como la ejecución de las intervenciones planificadas; la evaluación permitió identificar, que el 40% de los objetivos fueron alcanzados y el 60% parcialmente alcanzados. Se concluyó que a través del proceso de atención de enfermería; se brinda cuidados individualizados, humanista y eficiente, tratando a la persona como un ser holístico, que necesita cuidados de enfermería seguros, de calidad y eficaces; para lograr el bienestar y mejoría de la paciente frente al estado crítico que presenta.

Palabras clave: *Proceso de atención de enfermería, lactante menor, insuficiencia respiratoria, unidad de cuidados intensivos pediátricos.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: E.C.C

Edad: 5 meses

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Lactante menor de sexo femenino, procedente de Monsefú Chiclayo, es traída por sus padres, refieren que su hija al momento de ser atendida en una clínica privada presentó fiebre de 40°C, siendo referida por convulsión generalizada y cianosis. Ingresó al tóxico emergencia, inconsciente, con dificultad respiratoria moderada a severa. Ingresó al servicio de UCI pediátrica, con bolsa de reservorio a 10 litros; temperatura de 39°C, flácida, atónica, con vía permeable en miembro superior izquierdo; con cloruro de sodio 9/1000 a 25 cc/h. Diagnóstico médico: Insuficiencia respiratoria

Días de hospitalización: 5 días en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Días de atención de enfermería: 3 días, pero el paciente estuvo internado 5 días en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED)

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Antecedentes de enfermedades y/o quirúrgicas

Madre refiere que su hija no tiene antecedentes de haberla sometido a cirugías.

Factores de riesgo: Alteración del desarrollo psicomotor. Bajo peso para su edad al nacer.

Peso al nacer: 3.300 kg Talla: 45 cm.

Prenatales: Controles prenatales (CPN): 08 controles, EG: 38 Semanas. Enfermedades: Infecciones urinarias con tratamiento oportuno (III trimestre). Control ecográfico: Pie Bott bilateral, Complemento vitamínico sulfato ferroso.

Natales:

Parto: Test estresante (CST) parto podálico más pie de Bott, llanto inmediato al nacer: Si, PC: 35 cm.

Hospitalizaciones previas:

02/03/18 hasta 15/03/18. DX Recién nacido a término (RNT)/ Comunicación cardiaca aguda (CCA): Comunicación interauricular (CIA) - Comunicación interventricular (CIV) - Persistencia del conducto arterioso (PCA)/Neumonía Neonatal, con tratamiento con Captopril más espironolactona, es evaluado a los 2 meses de edad por cardiología donde retira espironolactona, manteniendo solo por Captopril.

La madre refiere que la salud de su hija, en general, desde que nació no fue muy buena, porque no pudo lactar desde el momento que nació; amamantando a los 15 días de nacido; (al terminar hospitalización) y que no muestra habilidad para poder jugar como todas las demás niñas de su edad.

Asimismo, la madre refiere que su hija recibió solo las siguientes vacunas: Vacuna inactivada contra la polio (IPV), Pentavalente, Neumococo, Rotavirus 02/07/18.

La madre menciona que su hija ingresó porque presentaba fiebre, dificultad de respirar, llanto, irritabilidad por las noches y dificultad para el amamantamiento; el tiempo de presentar estos signos y síntomas fue de unas 10 horas aproximadamente, por lo que acude al hospital. También refiere que su hija ha sido llevada al centro de salud el día 05.08.18 por presentar,

fiebre de 38.8°C, y que ya “no amamantaba con frecuencia la veía inquieta”, “para mi es algo angustiante porque es mi primera hija y siento que aún no se recupera”.

Antecedentes: Cardiomegalia, enfermedades congénitas múltiple: CIA; CIV; PCA; tejidos blandos: Hernia umbilical.

Alergias y otras reacciones: Madre refiere que no presenta alergias medicamentosas ni alimentos.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Lactante menor con piel pálida ++/+++, hipertermia T°: 39°C, piel seca, mucosas orales no hidratadas, dificultad para la deglución con sonda orogástrica, cabello ralo y quebradizo, hemoglobina de 9.30 g/l, hematocrito de 27.90%.

Lactancia materna: la madre refiere “mi hija tolera muy poco la leche ya no amanta la veo flaquita”.

Medidas Antropométricas:

Actual:	Del nacimiento
---------	----------------

Talla: 55 cm	45 cm
--------------	-------

Peso: 3.900 gr	3.330 gr
----------------	----------

Edad: 5 meses	RN
---------------	----

IMC: 12.9 Kg.

T/E: Desnutrición crónica severa (-3 DS), P/E: Desnutrición global severa (-3 DS), T/E: Desnutrición aguda severa (-3 DS).

Patrón III: Eliminación.

El día 16/08/18 el lactante menor presentó un flujo urinario de 390cc en 24 horas; uso de sonda vesical. Peso: 3.900kg. Fórmula en menores de 10 kilos: Vol. diuresis/peso/# horas.

(390cc/3.900kg/24horas = 4.1cc/kg/h.)

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad circulatoria: Frecuencia cardiaca: 178x'; pulso periférico palpable, con llenado capilar < 2 segundos. La lactante menor presenta limitaciones para el movimiento con hipotonicidad. La madre refiere que “mi niña necesita de mucha ayuda ya que la veo muy decaída y débil”

Actividad respiratoria: Al ingreso al servicio con bolsa de reservorio a 9 litros; con respiraciones de 50 resp/min; luego se cambia por cánula binasal a 2 litros por minuto, presenta abundantes secreciones espesas blanquecinas por boca y narina. Se auscultan campos pulmonares con presencia de estertores. Así como se observa tiraje subcostal.

Capacidades Motoras Gruesas: Presenta hipotonía muscular. La madre refiere que “mi hija tiene pie de Bott y le dificultad para que se pueda movilizar” “Yo trato de estimularla en todo lo que pueda”

Capacidades Motoras Finas: la madre refiere que “mi bebe agarra las cosas con poca facilidad”.

Patrón V: Descanso – sueño.

Actualmente, la lactante menor no tolera el sueño durante el turno; por la dificultad respiratoria.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

No despierta a la valoración, con escala de Glasgow de 6 puntos: Ocular: 4 (espontanea) verbal (ninguna respuesta). Motora: 1(ninguna respuesta). Presenta pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.

Madre refiere que al ver así a su bebe hospitalizada le ha hecho sentirse mal, afligida, preocupada, por no contar con recursos económicos.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Madre refiere que “mi bebe muestra miedo o vergüenza ante la presencia de personas desconocidas”.

Madre refiere “En mi hogar estamos muy unidos por mi niña ya que es mi primera hija y nos cambió la vida”. Tipo de Familia: Familia nuclear.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Normal de acuerdo para su edad, en forma y coloración, no presenta lesiones.

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

Alterada por la estancia hospitalaria.

Patrón X: Valores y creencias.

Sus padres son católicos y la lactante menor es bautizada.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Hemograma Completo

<i>Hemograma 15/08/2018</i>	Valor encontrado
Leucocitos	23 700 mm ³
Hematocrito	27.90%
Hemoglobina	9.30 gr/dl

Plaquetas	11 7000 mm ³
Linfocitos	19%

Fuente: historia clínica

Interpretación: Anemia Leve/leucocitosis/Plaquetopenia leve.

Tabla 2

VSG (Velocidad de sedimentación de eritrocitos)

VSG15/08/18	Valor encontrado
Velocidad de sedimentación	35 mm/hr

Fuente: historia clínica

Interpretación: Infección aguda.

Tabla 3

Electrólitos

Electrólitos16/08/18	Valor encontrado
Sodio	123.3 mmol/L
Potasio	1.94 mmol/L

Fuente: historia clínica

Interpretación: Hiponatremia/Hipokalemia.

Interconsultas.

Fecha: 16/08/2018- Cardiología- Ecocardiograma pediátrico: Comunicación

Interventricular perimembranosa 5.9 mm con mecanismo parcial de cierre que deja defecto de 3 mm con shunt izquierda derecha y leve repercusión hemodinámica. Disfunción sistólica biventricular conservada con gasto cardiaco normal. Normotenso pulmonar. Crecimiento de cavidades izquierdas de grado leve.

Tratamiento médico.

Primer día (16/08/18)

NPO

Dextrosa 9% x 100ml + H (2cc) +k(1cc) a 15cc/h

Ceftriaxona 220 mg Ev cada 12 horas

Furosemida 5mg Ev cada 12 horas

Ranitidina 5 mg Ev cada 8 horas

Reto K (1cc) + Suero fisiológico (50 cc) pasar en 2 horas.

Paracetamol 60 mg x SOG PRN $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$

Captopril 2.5mg x SOG cada 12 horas

Digoxina 50 mg x SOG cada 24 horas

Salbutamol 4puff cada hora

Bromuro de Ipatropio 4 puff cada 2 horas

Beclometasona 1 puff cada 12 horas

Nebulización con 5 cc (suero fisiológico) + salbutamol 2 gotas.

Control de glucosa cada 6 horas

Segundo día (17/08/18)

Fórmula Láctea 10cc por 20 horas

Dextrosa 10% + H(2cc) +k(1cc) a 8cc/h

Ceftriaxona 220 mg EV cada 12 horas

Furosemida 5mg Ev cada 12 horas

Ranitidina 5 mg Ev cada 8 horas.

Paracetamol 60 mg x SOG PRN $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$

Captopril 2.5mg x SOG cada 12 horas

Digoxina 50 mg x SOG cada 24 horas

Salbutamol 2puff cada 2 horas

Beclometasona 1 puff cada 12 horas

Bromuro de Ipatropio 4 puff después de cada inhalación de salbutamol

Reto Kalium (1.5cc) con 30cc de suero fisiológico pasar en 3 horas

Control de glucosa cada 6 horas

Tercer día (18/08/18)

Fórmula Láctea 15cc por 20 horas

Dextrosa 10% x 100 ml + H(2cc) +k(1.5cc) a 5cc/h

Ceftriaxona 220 mg Ev cada 12 horas

Furosemida 5mg Ev cada 24 horas

Paracetamol 60 mg x SOG PRN T° > 38°C

Captopril 2.5mg x SOG cada 12 horas

Digoxina 50 mg x SOG cada 24 horas

Salbutamol 2puff cada 3 horas

Beclometasona 1 puff cada 12 horas

Bromuro de Ipatropio 4 puff cada 4 horas

Paquete globular: 60 cc Ev pasarlo en 4 horas

Control de glucosa cada 8 horas.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Disnea, tiraje subcostal, Fr = 50x´

Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz.

Factor relacionado: Fatiga y proceso de enfermedad.

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga y proceso de enfermedad evidenciado por disnea, tiraje subcostal, Fr=50x´

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Sonidos respiratorios adventicios estertores, subcrepitantes, taquipnea, y tos ineficaz.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Factor relacionado: Retención de las secreciones.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con retención de las secreciones, evidenciado por sonidos respiratorios adventicios: estertores, subcrepitantes, taquipnea y tos ineficaz.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Piel caliente al tacto, taquicardia =178x´, T= 39 °C.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado: Proceso de enfermedad.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionado con proceso de enfermedad evidenciado piel caliente al tacto, taquicardia =178x', T= 39 °C.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Facies de dolor, quejido, irritabilidad, taquicardia, intensidad del dolor en intervalo 6 según Wong Baker.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Factor relacionado: agente lesivo biológico.

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico (proceso de enfermedad) evidenciado por facies de dolor, quejido, irritabilidad, taquicardia e intensidad del dolor en 6 según Wong Baker.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: Caída excesiva de cabello, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas, pérdida de peso. IMC: 12.9 Kg.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional por defecto.

Factor relacionado: Ingesta diaria insuficiente.

Enunciado diagnóstico: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta diaria insuficiente evidenciado por caída excesiva de cabello, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas, pérdida de peso. IMC: 12.9 Kg.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: taquicardia, disnea y fatiga

Etiqueta diagnóstica: disminución del gasto cardiaco

Factor relacionado: insuficiencia contráctil del miocardio

Enunciado diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco relacionado con insuficiencia contráctil del miocardio evidenciado por taquicardia, disnea y fatiga.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: No presenta

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Factor relacionado: procedimientos invasivos catéter venoso central, sonda orogástrica, sonda vesical.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos catéter venoso central, sonda orogástrica, sonda vesical.

Octavo diagnóstico

Características definitorias: la madre refiere “Mi bebé muestra miedo o vergüenza en la presencia de personas a quienes no conoce”.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad de la madre.

Factor relacionado: preocupación por los cambios en el estado de salud.

Enunciado diagnóstico: ansiedad de la madre relacionada con preocupación por los cambios en el estado de salud evidenciado porque madre refiere “Mi bebé muestra miedo o vergüenza en la presencia de personas a quienes no conoce”.

Noveno diagnóstico

Características definitorias: “Lactante menor no tolera el sueño durante el turno, dificultad respiratoria”.

Etiqueta diagnóstica: trastorno del patrón del sueño.

Factor relacionado: proceso de enfermedad y dolor.

Enunciado diagnóstico Trastorno del patrón del sueño relacionado con proceso de enfermedad y dolor evidenciado por “Lactante menor no tolera el sueño durante el turno, dificultad respiratoria”.

Décimo diagnóstico

Características definitorias: No presenta.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la mucosa oral

Factor relacionado: presencia de sonda orogástrica.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con presencia de sonda orogástrica.

Planificación

Priorización.

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga y proceso de enfermedad evidenciado por disnea, tiraje subcostal, $Fr=50x'$.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con retención de las secreciones, evidenciado por sonidos respiratorios adventicios estertores, subcrepitantes, taquipnea y tos ineficaz.
3. Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad evidenciado piel caliente al tacto, taquicardia $=178x'$, $T= 39^{\circ}C$.
4. Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico (proceso de enfermedad) evidenciado por presencia de facies de dolor, quejido, irritabilidad, taquicardia e intensidad del dolor en intervalo 6 según Wong Baker.

5. Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta diaria insuficiente evidenciado por caída excesiva de cabello, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas, pérdida de peso. IMC: 12.9 Kg.
6. Disminución del gasto cardiaco relacionado con insuficiencia contráctil del miocardio evidenciado por taquicardia, disnea y fatiga.
7. Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos catéter venoso central, sonda orogástrica, sonda vesical.
8. Ansiedad de la madre relacionada con preocupación por los cambios en el estado de salud evidenciado porque madre refiere “Mi bebe muestra miedo o vergüenza en la presencia de personas a quienes no conoce”.
9. Trastorno del patrón del sueño relacionado con proceso de enfermedad y dolor evidenciado por “Lactante menor no tolera el sueño durante el turno, dificultad respiratoria”.
10. Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con presencia de sonda orogástrica.

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con retención de las secreciones, evidenciado por sonidos respiratorios adventicios estertores, subcrepitantes, taquipnea y tos ineficaz

Planificación		Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	16/08/18			17/08/18			18/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La lactante menor recuperará limpieza eficaz de vías aéreas durante su hospitalización.	1. Realizar lavado de manos según protocolo.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	2. Hidratar con cloruro de sodio a 25 cc/h.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	3. Auscultar ambos campos pulmonares en busca de ruidos respiratorios cada 4 horas.	9-12	3-6	9-12-3-6	9-12	3-6	9-12-3-6	9-12	3-6	9-12-3-6
Resultados: 1. La lactante menor disminuirá ruidos adventicios dentro de 48 horas.	4. Evaluar y vigilar la frecuencia respiratoria cada hora.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
2. La lactante menor presentará secreciones fluidas dentro de 24 horas.	5. Colocar en posición semifowler cada 2 horas	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6
3. La lactante menor presentará	6. Realizar nebulización con epinefrina(adrenalina) 1 amp + 4cc suero fisiológico de inmediato prueba rescate, luego con solución	9-12	3-6	9-12-3-6	9-12	3-6	9-12-3-6	9-12	3-6	9-12-3-6

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico (proceso de enfermedad) evidenciado por facies de dolor, quejido, irritabilidad, taquicardia e intensidad del dolor en 6 según Wong Baker

Planificación		Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	16/08/18			17/08/18			18/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La lactante menor disminuirá el nivel de dolor durante su hospitalización.	1. Valorar el dolor según la escala Wong Baker cada hora.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Resultados: 1. La lactante menor mostrará facies de bienestar.	2. Vigilar signos vitales: frecuencia cardiaca cada hora	→	→	→	→	→	→	→	→	→
2. La lactante menor presentará frecuencia cardiaca entre 80-120x'.	3. Proporcionar medidas de comodidad: cambios de posición, música tranquila cada 2 horas.	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6
3. La lactante menor mantendrá escala de dolor en 2 según Wong Baker.	4. Reevaluar el dolor según la escala Wong Baker cada 4 horas	8-12	4	8-12-4	8-12	4	8-12-4	8-12	4	8-12-4

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta diaria insuficiente evidenciado por caída excesiva de cabello, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas, pérdida de peso. IMC: 12.9 Kg.

Planificación		Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	16/08/18			17/08/18			18/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La lactante menor recuperará estado nutricional progresivamente.	1. Realizar lavado de manos según protocolo.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	2. Valorar en cada administración la cantidad y la tolerancia de la alimentación por sonda orogástrica cada 4 horas.	10	2-6	10-2-6	10	2-6	10-2-6	10	2-6	10-2-6
Resultados: 1. La lactante menor incrementará su ganancia adecuada de peso progresivamente según estándar establecido.	3. Valorar si la piel está seca, descamada con pigmentación cada 2 horas.	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6	8-10-12	2-4-6	8-10-12 2-4-6
2. La lactante menor presentará mucosas rosáceas e hidratadas.	4. Registrar la tolerancia de la dieta cada 4 horas.	10	2-6	10-2-6	10	2-6	10-2-6	10	2-6	10-2-6
3. La lactante menor logrará ingerir nutrientes suficientes para satisfacer necesidades metabólicas.	5. Controlar la ingesta de líquidos administrados cada 12 horas.		6	6		6	6		6	6
	6. Realizar control peso diario.	9			9			9		

Capítulo III

Marco teórico

Patrón Respiratorio Ineficaz

El patrón respiratorio ineficaz (PRI) se define como inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada (Nanda, 2015-2017).

Asimismo, Seganfredo (2017) refiere que el diagnóstico mencionado fue introducido en la clasificación a partir de 1980 y auditado tres veces (1996, 1998 y 2010). Siendo definido como “inspiración y/o espiración que no proporciona ventilación adecuada”. Los mecanismos que compensan la función respiratoria se ven influenciados directamente por el periodo de adaptación del niño, para lo cual la homeostasis responde insatisfactoriamente las necesidades del organismo; logrando una dependencia absoluta de los cuidados de enfermería relacionado al diagnóstico del PRI.

Por otra parte, Friedman (2018) sustenta que la relación entre la perfusión pulmonar y hematosis determinan una alteración en el patrón respiratorio, dando inicio a un desequilibrio ácido base. Las alteraciones de las vías respiratorias bajas se dan con más frecuencia en niños en comparación a los adultos, debido al radio bronquial y maduración tardía de las células de tipo II a nivel alveolar. Las causas neuromusculares de esta patología pueden ocurrir en cualquier parte, desde el sistema nervioso central hasta los músculos de la respiración inervados.

Rangel (2012) realiza esta teoría enfatizando que el intercambio alveolo capilar es ineficaz cuando el paciente presenta una anomalía fisiológica de característica ventilatoria y de perfusión a nivel alveolar.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a la fatiga y proceso de la enfermedad, así lo menciona Acevedo (2013) fundamentando que es provocado por una hipoxia tisular; de manera

fisiológica las demandas de oxígeno se incrementan y la capacidad para realizar pequeñas actividades se disminuye. Además, Friedmam (2018) afirma que el diafragma de los niños se fatiga más rápido que el de los adultos debido a menor cantidad de fibras de tipo I. Por lo que se ve reflejado en el antecedente que presenta la lactante en estudio; ya que al momento de su nacimiento tuvo como diagnóstico neumonía neonatal, por el cual estuvo quince días hospitalizada, ocasionando una infección pulmonar, debido a ello la lactante tuvo recaída frente a este antecedente y manifiesta empeoramiento del estado respiratorio observándose fatiga para respirar por lo que es referida a la Uci Pediátrica.

Para Martins (2006), el sistema fisiológico del infante se encuentra en constante cambio por una adaptación permanente en relación a su entorno, para lo cual el sistema nervioso simpático eleva la frecuencia cardiaca, vaso comprime los vasos sanguíneos e incrementa la contracción del corazón causando un mayor consumo de oxígeno. La disminución de la perfusión de oxígeno en la membrana alveolo capilar y el edema pulmonar incrementan la dificultad respiratoria provocando una alteración en la homeostasis.

Las vías respiratorias de un niño crecen y cambia de manera constante durante los primeros 12 años. Los pulmones son el principal componente del aparato respiratorio. Ellos inspiran aire, extraen oxígeno y exhalan dióxido de carbono, un producto de desecho. El pulmón derecho tiene tres lóbulos, el izquierdo tiene dos. El mediastino es el espacio entre los dos pulmones. Estos están rodeados por una estructura de costillas, vertebras, que forman el tórax. Las vías respiratorias superiores están compuestas por nariz y conductos nasales, boca y orofaringe, faringe, laringe. Las vías respiratorias inferiores están formadas por: tráquea, bronquios, alveolos (Lippicontt, 2015).

Guerrero (2018) refiere que el sistema respiratorio está formado por: nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios, pulmones, junto con el sistema circulatorio proveen de oxígeno (O_2) y eliminan dióxido de carbono (CO_2) de la sangre. Los pulmones humidifican y limpian el aire inspirado, neutralizan las partículas y gérmenes inspirados, filtran las partículas de la sangre que proviene de los tejidos, producen mediadores de respuesta inflamatoria y otras sustancias con funciones metabólicas.

Por su parte, Gutiérrez (2010) sustenta que el sistema respiratorio se clasifica en dos partes: vías respiratorias altas y bajas (narinas, cornetes nasales, coanas, laringe, tráquea, bronquios y alveolos). Los alveolos son caracterizados por permitir el intercambio gaseoso, mide aproximadamente como la cabeza de un alfiler, pero cumple la función más importante de todo el sistema respiratorio y organismo. Las condiciones que pueden alterar el flujo aéreo son consecuencias de las enfermedades que causan la obstrucción bronquial, infecciones y aumento de líquido en los alveolos.

De esta manera, las propiedades estructurales del pulmón y los componentes de la pared torácica son los elementos que determinan el adecuado desempeño del proceso ventilatorio. El trabajo muscular de la pared torácica, el diafragma y el abdomen, generan cambios en el volumen del pulmón y del tórax, modificando la presión intraalveolar y la presión intrapleurales. Los músculos accesorios de la respiración mantienen un tono pasivo que evita la deformidad de la caja torácica en la contracción y relajación activa del diafragma. Estos músculos accesorios reflejan su tono activo y son la manifestación secundaria de la dificultad respiratoria, siendo la evidencia inicial el aumento de la frecuencia respiratoria denominado taquipnea, la cual es el signo más sensible y específico de la dificultad respiratoria (Hernández, 2018).

Asimismo, Aguaron (2013) indica que el principal objetivo del sistema respiratorio es mantener un aporte adecuado de oxígeno a nivel celular de todo el organismo y la eliminación del dióxido de carbono que genera el ciclo de Krebs. Tal hazaña se consigue por un trabajo coordinado de diversos órganos y sistemas, tales como el bulbo raquídeo y tronco encefálico ya que son encargados de las respiraciones autónomas y autocontroladas; músculos respiratorios que aportan una expansión adecuada del parénquima pulmonar y por último la relación entre los bronquios y alveolos están estrechamente relacionada a la ventilación y perfusión y aporte de oxígeno y descarte de dióxido de carbono.

Respecto a un estudio realizado por Pascoal (2015), encontró que las características definitorias más prevalentes en una insuficiencia respiratoria es la disnea y la broncoconstricción. El resultado de la investigación enfatiza que las enfermedades que afectan a las vías respiratorias bajas comprometen en un 90% el intercambio y transporte de oxígeno. Como mecanismo de compensación la frecuencia respiratoria se incrementa y la hiperventilación se agudiza, dando pase a una hipocapnia; la respuesta fisiológica produce un número de mecanismos compensatorios de adaptación (disnea, uso de músculos accesorios, aleteo nasal y taquipnea).

Por consiguiente, Acevedo (2013) refiere que la disnea se conceptualiza como una dificultad en la inspiración y expiración producida por una disminución del flujo aéreo a nivel de los bronquios y alveolos, dando a una sensación de ahogo. En tal sentido, las personas con este síntoma se limitan en los movimientos corporales para evitar un incremento innecesario del oxígeno; asimismo, los músculos accesorios de la respiración se activan para mejorar la expansión del parénquima. Tal como lo menciona Aguaron (2013) que la disnea constituye un síntoma clínico esencial para el diagnóstico de enfermedades pulmonares, su relevancia es

puntualizada porque es el inicio de todos los mecanismos compensatorios, como la hiperventilación, hipocapnea, hipoxemia, hipoxia, taquipnea y taquicardia.

Martínez (2014) describe que el tiraje subcostal, es una depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración (en una persona sana, el pecho se expande durante la inspiración). Asimismo, Couceiro (2012) refiere que el tiraje se presenta más fácilmente en los lactantes y en los niños pequeños en los que su pared torácica es más elástica; por eso, cuando aparece en niños mayores de 5 años indica que el compromiso respiratorio es importante. Por lo que las retracciones o movimiento de los músculos hacia adentro como resultado de la reducción de la presión en la cavidad torácica; de manera que, durante la inspiración, traccionan de la piel por encima del esternón (supraesternal), o inmediatamente por debajo de ellas (subcostal).

Las intervenciones a realizar frente a este problema de patrón respiratorio ineficaz Potter (2015) son generalmente prioritarias, ya que afectan directamente la oxigenación tisular, siendo esta una función vital. Por ello, la identificación de este diagnóstico es particularmente importante en personas portadoras de enfermedades del tracto respiratorio, debido al comprometimiento que ocasiona en las vías aéreas; frente a esta situación, dice que es importante que el enfermero de la UCI pediátrica realice una evaluación cuidadosa de la función respiratoria, para determinar precozmente el diagnóstico de enfermería sobre la condición clínica del paciente e implementación de intervenciones de enfermería que objetiven su resolución.

De esta manera, se basa en evaluar el patrón respiratorio: la frecuencia, ritmo y profundidad, son indicativas del grado de afección pulmonar y de estado de salud general subyacente. Las respiraciones pueden aumentar como resultado del dolor o como mecanismo compensatorio inicial para adaptarse a la pérdida del tejido pulmonar. Sin embargo, el

incremento del trabajo de respiración puede indicar un consumo creciente de oxígeno y de gasto energético, disminución de la reserva respiratoria (Potter, 2015).

La valoración de tiraje subcostal, las manifestaciones clínicas dadas por la presencia de retracciones subcostales, hasta uso de músculos supraclaviculares nos marcarán la progresión de una dificultad leve hasta una severa, respectivamente. Las manifestaciones clínicas dadas por la presencia de retracciones subcostales hasta uso de músculos supraclaviculares nos marcarán la progresión de una dificultad leve hasta una severa, respectivamente. Este signo indica que existe una disnea o dificultad para respirar más o menos intensa (Valles, 2015).

Del mismo modo, el monitoreo de los niveles de oxígeno, Guerrero (2014), mediante el pulsooxímetro, permite identificar la cantidad de oxígeno administrada, de tal manera que la presión parcial en el alvéolo sea lo suficiente para saturar completamente la hemoglobina, de no ser, se debe realizar los ajustes necesarios. Además, permite la detección precoz de la hipoxemia, por lo cual se emplea como método cribado en la enfermedad cardiopulmonar. Facilita el ajuste de los aportes suplementarios de oxígeno (Pastor, 2017).

Al elevar la cabecera en posición semifowler, ayuda a optimizar la expectoración pulmonar y reducir el esfuerzo respiratorio. Una expectoración máxima puede abrir zonas atelectasias y favorecer el movimiento de secreciones hacia las vías de mayor tamaño para su expectoración (Doenges, 2008).

Por esta razón, se debe administrar oxígeno por cánula binasal, para prevenir la hipoxemia, evitar sus consecuencias (hipertensión arterial pulmonar, acidosis metabólica, hipoxia tisular), controlar la sintomatología y reducir el trabajo respiratorio y miocardio generados por la puesta en marcha de mecanismos compensadores (Pastor,2017).

Por otra parte, es necesario administrar salbutamol, porque es un broncodilatador agonista B₂ adrenérgico selectivo de acción corta que actúa relajando la musculatura lisa bronquial, estimula el movimiento ciliar e inhibe la liberación de mediadores por los mastocitos. También causa una vasodilatación que provoca un efecto cronotrópico reflejo.

Asimismo, al administrar la beclometasona, reduce la inflamación y el edema local de las vías respiratorias mediante inhibición de los efectos de la histamina y de otros reguladores, para reducir la intensidad y la frecuencia del espasmo bronquial, y la disnea (Doenges, 2008).

Por otro lado, al administrar el bromuro de ipratropio, al ser un broncodilatador, actúan relajando la musculatura del bronquio, lo que les produce dilatación, realizan su efecto interaccionando con el receptor betaadrenérgico abundante en el músculo bronquial (Guerrero, 2018).

Por último, al evaluar la radiografía de tórax, permite identificar los efectos del proceso de la enfermedad, el régimen terapéutico y facilita si es necesario cambiar la terapéutica. Son útiles para valorar la enfermedad respiratoria en los niños. Además de determinar anomalías pulmonares, proporcionan información sobre el tórax óseo (anomalías costales o vertebrales), el corazón (cardiomegalia, derrame pericárdico) y los grandes vasos (arco aórtico derecho/anillos vasculares, muescas en las costillas) (Doenges, 2008).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

La NANDA (2015) sustenta que la limpieza ineficaz de las vías aéreas (LIVA) es definida como incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. En el mismo sentido, Arribas (2009) manifiesta que LIVA es un proceso de dificultad para mantener los bronquios permeables y una disminución de la expulsión eficaz de las secreciones, dando lugar a los sonidos adventicios (sibilantes, crépitos,

roncus y estridor) por un inadecuado pase del flujo de aire. Para el uso de este diagnóstico el paciente debe presentar secreciones bronquiales significativas.

El diagnóstico es relacionado con el acumulo secreciones en el árbol bronquial, así como lo argumenta Pascoal (2015), donde indica que la retención de secreciones causa una atelectasia por aumentar la presión negativa de las paredes de los alveolos rompiendo la tensión homeostática que produce la surfactante. El número de alveolos con problemas de atelectasia influye en el volumen tidal y residual de los pulmones por incrementar los espacios muertos; asimismo, disminuyen a los macrófagos que producen las células de tipo II debido a una disminución del intercambio gaseoso y retención de secreciones. Estas alteraciones se presentan con más frecuencia en los niños porque son más vulnerables a las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas, siendo un factor en contra por el aumento de secreciones como mecanismo de eliminación de las bacterias o virus.

Martins (2006) refuta que el diagnóstico limpieza ineficaz de las vías aéreas (LIVA). Se presenta a todas las patologías que irritan el árbol bronquial por un incremento de cuerpos extraños en todo el sistema respiratorio, tales como en patologías de edema pulmonar cardiogénico que cursa con signos de expectoración espumosa y crepitantes. La producción de mucosa es una reacción fisiológica compensatoria de los pulmones, relacionada con el aumento de volumen sanguíneo en el espacio intersticial dando lugar a los broncoespasmos. Los pacientes de pediatría padecen de este diagnóstico enfermero por presentar limitaciones en la vasoconstricción a nivel bronquial e inmadurez del reflejo de tos, disminuyendo las probabilidades de expectorar.

La vía aérea pediátrica es pequeña y puede estrecharse aún más con secreciones, edema o broncoconstricción. Los niños pequeños también tienen ventilación colateral subdesarrollada y

un ángulo agudo del bronquio del lóbulo superior derecho, que los predispone a la atelectasia. La pared torácica de un niño es más complaciente, lo que desde un punto de vista mecánico es una desventaja para la respiración normal (Friedman,2018).

Pascoal (2012) refiere que la infección respiratoria es una enfermedad que causa un aumento de las secreciones y que interfiere en los mecanismos de defensa de las vías respiratorias, causando retención o exceso de flemas, secreción bronquial y exudado en los alveolos. Además, la limpieza ineficaz de las vías aéreas (LIVA) en los niños en un estudio realizado en Brasil muestra que en las primeras 48 horas de evaluación con una tasa de riesgo del 100%, en lo cual tan solo un 31% de los niños con cardiopatías congénitas desarrollan LIVA en este mismo periodo, y un 29% del total de niños seguidos no han desarrollado este diagnóstico hasta el final de un periodo de 12 días.

La limpieza ineficaz de las vías aéreas implica la imposibilidad de mantener una captación normal de oxígeno; por lo que el mecanismo de la obstrucción respiratoria se le observa al momento de la valoración la dificultad del pasaje del aire, debido a la presencia de secreciones retenidas en la vía aérea, comunes en niños con infección respiratoria, de esta manera es esencial asegurar la mejor evolución del mismo, buscando limitar el daño pulmonar. (Martins, 2006), por eso la enfermera de UCI pediátrica debe brindar de forma oportuna el beneficio de la terapia intensiva, haciendo el máximo esfuerzo para evitar complicaciones.

Las características definitorias encontradas en la lactante menor en estudio fueron: presencia de sonidos adventicios (estertores y subcrepitantes), cambios en la frecuencia respiratoria (taquipnea) y tos ineficaz.

El empeoramiento del estado respiratorio, cantidades y un cambio en la calidad de las secreciones respiratorias (Acevedo, 2013). La presencia de secreciones bronquiales hace que se

escuchen roncus y cuando las secreciones ocupan el espacio intersticial pulmonar se auscultan estertores. También los crepitantes, según Couceiro (2012), son de origen alveolar y se producen por despegamiento de sus paredes, cubiertas por líquido. Se auscultan en inspiración (neumonía lobar). Seguidamente, Doenges (2008) recalca que se escuchan crepitantes y estertores a la inspiración, o ambas, como respuesta a la acumulación de líquido, secreciones espesas y espasmo. Las respiraciones ruidosas, y las crepitantes son indicativas de secreciones retenidas, obstrucción de las vías respiratorias o ambas. Por lo que los cambios respiratorios, el uso de músculos accesorios o la presencia de crepitantes /estertores indican retención de secreciones.

Martins (2006) argumenta que el incremento de la frecuencia respiratoria es uno de los síntomas más comunes en los pacientes del servicio de pediatría; en consecuencia, la dificultad respiratoria es marcada. En la semiología de este tipo de pacientes es la hiperventilación pulmonar como mecanismo de compensación autónoma para la adaptación; el desequilibrio entre el dióxido de carbono y el oxígeno es probable en un 94% por su limitación en la inspiración y expiración. En el mismo sentido, Cobo (2011) realza que la taquipnea es un signo de alarma en los lactantes por su alta peligrosidad en el aporte de oxígeno a los órganos blandos.

Pascoal (2012) refiere que la tos corresponde a un reflejo del sistema respiratorio por irritación de la mucosa o por la presencia de elementos extraños dentro del mismo. La tos es común en la etapa inicial de la enfermedad, aparece por gran cantidad de mucosidad (esputo) en los pulmones y como consecuencia de la destrucción de los cilios y de la actividad mucociliar. El broncoespasmo aumenta el tono bronquial, causa irritación y estimula receptores de la tos, la hiperrespuesta a estímulos ambientales, exacerba estos episodios. La tos es a menudo ineficaz para eliminar secreciones; la imposibilidad de inspirar profundamente no permite generar el flujo de aire para expulsarlas (Acevedo, (2013). Asimismo, Potter (2015) afirma que la tos ineficaz se

refiere al mecanismo de disminución de la eficacia de la tos en la movilización y en la eliminación de secreciones en las vías respiratorias.

Las intervenciones a realizar frente a este problema de limpieza ineficaz se basan en la hidratación con cloruro de sodio, la hidratación ayuda a reducir la viscosidad de las secreciones, facilitando la expectoración (Doenges,2008).

Es importante auscultar ambos campos pulmonares, constituye una herramienta clínica indispensable que permite relacionar los ruidos respiratorios con las diferentes características fisiológicas de cada enfermedad, en busca de ruidos respiratorios ya que ante la presencia de broncoespasmo se debe actuar de manera rápida, para aumentar la permeabilidad y disminuir el esfuerzo, además de identificar ruidos adventicios para actuar de manera oportuna (Doenges,2008).

Por esta razón evaluar y vigilar la frecuencia respiratoria, la monitorización respiratoria representa un importante rol en el cuidado del niño con falla respiratoria aguda. Por tanto, su apropiado uso y correcta interpretación (reconociendo qué señales y variables deben ser priorizadas) deberían ayudar a un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones terapéuticas (Donoso, 2016).

Seguidamente, colocar en posición semifowler, esta medida favorece una inspiración máxima y potencian la expectoración de las secreciones para mejorar la ventilación. Aumenta la expansión pulmonar y el drenaje de las secreciones (Doenges, 2008).

Posteriormente, realizar nebulizaciones constantes para lograr una acción inmediata que asegure la ventilación y oxigenación. Facilita la licuefacción y eliminación de las secreciones (Doenges,2008).

En consecuencia, realizar fisioterapia respiratoria, pueden ayudar a potenciar la difusión; reducir el broncoespasmo y estimular la expectoración. La percusión potencia la eliminación de secreciones excesivas /viscosas y mejoran la ventilación de los segmentos pulmonares inferiores (Doenges, 2008). Por lo que proporciona la estabilidad de las variables hemodinámicas, como la frecuencia cardíaca, el mantenimiento de las vías respiratorias con un flujo turbulento y una reducción de secreciones; lo que permite el aumento de la permeabilidad, la disminución de la resistencia de las vías respiratorias, quedando patente la eficacia de los procedimientos de fisioterapia para mejorar la función respiratoria (Guerrero ,2018).

Posteriormente, realizar aspiraciones de secreciones de las vías aéreas estimula la tos o limpia las vías aéreas en forma mecánica a pacientes incapaces de hacerlo por sí mismo a causa de una tos ineficaz o por disminución del nivel de conciencia (Doenges, 2008).

Finalmente, es importante evaluar la cantidad de las secreciones, para prevenir aparición de infección que requiere corrección o tratamiento (Doenges (2008).

Hipertermia

La hipertermia se define como un signo común en la unidad de cuidados intensivos; implica el reto de descubrir su causa, por lo general refleja la existencia de infección, aunque puede tener origen no infeccioso o estar condicionada por síndromes de hipertermia. Es una reacción fisiológica compleja de alguna enfermedad, mediada por el incremento de las citocinas y la generación de reactantes de fase aguda. Se puede clasificar en tres categorías principales: síndromes de hipertermia, origen infeccioso y no infeccioso (Sánchez,2017).

Además, Sánchez (2016) refiere que la hipertermia es un signo común en la unidad de cuidados intensivos. Esta implica el reto de descubrir la causa subyacente; puede tener un origen infeccioso o no infeccioso. El 50% de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados

intensivos presentará fiebre; de estos, solo la mitad será de origen infeccioso. «fiebre» en pacientes en estado crítico como la temperatura igual o mayor a 38.3° C, lo que implica investigar la causa.

Otro aspecto, Mejía (2014) refiere que la hipertermia es la temperatura corporal central que aumenta por encima de 37 grados centígrados cuando la génesis excede a la pérdida de calor, se denomina hipertermia.

Del mismo modo, Dice Sánchez (2017) que la hipertermia puede estar asociada con daño hipotalámico directo, afecta el ciclo circadiano y se caracteriza por temperatura muy elevada, constante y con escasa respuesta a los antipiréticos. La causa de la fiebre de origen infeccioso puede dividirse en cinco principales categorías: bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos; las bacterias son los patógenos etiológicos más comunes.

Asimismo, Sánchez (2016) menciona que las principales causas de fiebre en los individuos críticamente enfermos son los síndromes de hipertermia, las causas infecciosas y las causas no infecciosas. Los síndromes de hipertermia son condicionados por golpe de calor, fármacos (neuroléptico maligno, hipertermia maligna, serotoninérgico) y causas endocrinas (tirotoxicosis, feocromocitoma, crisis adrenal).

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a un proceso de la enfermedad ya que la lactante menor en estudio presento una manifestación común en patologías agudas y crónicas, trastornos inflamatorios y algunas neoplasias. Se relaciona con la generación de pirógenos exógenos que estimulan la síntesis de prostaglandina 1, que aumenta la liberación de norepinefrina y la producción de AMP cíclico, elevando la temperatura corporal. Los pirógenos mejor estudiados son los lipopolisacáridos de bacterias gram negativas; Su componente activo en

la porción lipídica A de la molécula, eleva la temperatura en proporción directa a su concentración (Mejía,2014).

Por otra parte, Bombín (2015) manifiesta que en la hipertermia el centro regulador no puede controlar el aumento de la temperatura. No está causada por pirógenos. Se produce una acumulación de calor por exposición prolongada al calor, mal funcionamiento del hipotálamo etc. Se pueden producir lesiones orgánicas. De forma general podemos establecer un orden en la aparición de las manifestaciones clínicas en relación al aumento de la temperatura corporal: A los 38⁰C, inicialmente, aparece sudor ligero y mareo leve. A los 39⁰C la sudoración aumenta, aparece rubor y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Algunos pacientes pueden sufrir convulsiones. A los 40⁰C aparece vértigo, deshidratación, mareos, náuseas, vómitos, cefalea y sudor profundo. A los 41⁰C aparecen alteraciones en el nivel de conciencia surgiendo confusión, alucinaciones, delirios etc. A los 42⁰C el paciente puede entrar en coma con hipertensión o hipotensión y taquicardia. A la temperatura de 43⁰ C normalmente el sujeto fallece o bien se producen secuelas neurológicas, convulsiones, shock, parada cardiorrespiratoria.

Puesto que la hipertermia, en el área pre óptica del hipotálamo se describen dos poblaciones de neuronas térmicamente sensibles para frío y calor, que responden a aferencias provenientes de receptores cutáneos periféricos y receptores centrales en médula espinal, en las vísceras y en los vasos sanguíneos. Mediadores químicos como las monoaminas, iones de calcio y sodio, prostaglandinas y nucleótidos cíclicos, son determinantes en la información inducida en el hipotálamo. La hormona tiroidea, es responsable de la generación del calor que mantiene la temperatura basal, a través de la regulación de la actividad de la bomba sodio potasio ATP asa a nivel de las membranas celulares, así como también, durante la contracción muscular de transporte activo de aminoácidos, de carbono y lípidos en el tracto gastrointestinal; es por eso

que durante el ejercicio vigoroso la temperatura puede exceder los 40 grados centígrados (Mejía,2014).

De esta manera, Escobar (2015) explica que, mediante la fiebre, el organismo humano se defiende de agresores denominados pirógenos exógenos a partir de la activación de los pirógenos endógenos, cuya función es la de inducir la fiebre y así destruir los microorganismos que pretenden atacar. Luego, aparecen la reacción inflamatoria y la memoria inmunológica que guarda esta información para responder a futuros ataques de manera más contundente.

Las características definitorias que presenta la lactante de 5 meses son: Piel caliente al tacto, taquicardia, temperatura de 39°C . La temperatura corporal es la expresión numérica de la cantidad de calor del cuerpo. Expresa el balance entre la producción de calor en el cuerpo y la pérdida. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal prefijado se activan mecanismos como vasodilatación, la hiperventilación y sudoración que promoviendo la pérdida de calor. Si, la temperatura cae por debajo del nivel normal prefijado se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que causan escalofríos y promueven la generación de calor (Cobo ,2011).

Del mismo modo, Cobo (2011) refiere que la taquicardia es una frecuencia cardiaca más rápida que el rango normal para la edad del niño, aumenta el pulso por la vasodilatación periférica secundaria al ascenso de la temperatura. Es una respuesta común e inespecífica a diferentes afecciones subyacentes. Para lograr evaluar si la taquicardia es de tipo sinusal asociada a una respuesta compensatoria como en estados de fiebre, choque o representa una alteración primaria del ritmo cardiaco.

Durante la hipertermia la frecuencia cardiaca aumenta en respuesta a la disminución de la presión arterial que se produce como consecuencia de la vasodilatación periférica y como

consecuencia del aumento del metabolismo. La frecuencia y la profundidad respiratoria se elevan con el objeto de incrementar las pérdidas de calor por la transpiración (Potter, 2015).

Según la intensidad de la temperatura. Febrícula: temperatura hasta 38 °C. Fiebre moderada: temperatura entre 38 y 39 °C. Fiebre alta: temperatura superior a 39 °C. Supervisar la temperatura. Una fiebre alta (frecuente en las neumonías bacterianas y la gripe) aumenta en gran medida las demandas metabólicas y el consumo de oxígeno y altera la oxigenación celular (Cobo,2011).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en controlar la temperatura, permite identificar el posible diagnóstico y recurrir a la realización de diferentes técnicas de termorregulación que permitan ayudar a su normalizar la temperatura (Potter, 2015).

Luego retirar el exceso de prendas del paciente, permitirá que su cuerpo se refresque correctamente permitiendo que su sudor se evapore; así favorecer la pérdida de calor por convección (Potter, 2015).

Seguidamente aplicar medios físicos, para favorecer la pérdida de calor por conducción, irradiación y evaporación (Potter, 2015).

Siendo necesario administrar paracetamol, porque tiene una acción antipirética y analgésica rápida y eficaz en lactantes y niños. inhibe la acción de los pirógenos, endógenos sobre los centros termorreguladores encefálicos al bloquear la formación y liberación de prostaglandinas en el S.N.C. generando una acción antipirética (Ministerio de salud, 2014).

Posteriormente, revalorar la temperatura corporal, el mantener una temperatura adecuada es una necesidad básica del organismo ya que al verse alterada repercute de forma negativa en el organismo. Esta alteración regularmente se asocia a procesos infecciosos (Potter, 2015).

Para finalizar, la intervención de enfermería al lactante menor durante el proceso febril, manejar ingesta de líquidos, aumentar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación u otras complicaciones. El permanecer hidratado ayudará a su cuerpo a sudar y a mantener una temperatura del cuerpo normal. La diaforesis y la pérdida excesiva de líquidos por el aumento de la transpiración y taquipnea incrementan la cantidad de líquido eliminado por el cuerpo, durante la hipertermia aumenta la producción de productos de desecho por lo que es necesario eliminarlos (Potter, 2015).

Dolor agudo

El dolor agudo se define como una situación en la que la persona experimenta una percepción sensorial y emocional desagradable originada por un daño tisular real, potencial o descrito en tales términos, de comienzo repentino o gradual, de intensidad de leve a severa, con un final anticipado o predecible y una duración de menos de 6 meses (Arribas,2009).

Además, Gancedo (2008) refiere que el dolor agudo se produce durante alguna enfermedad o al realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Cuando es por enfermedad puede servirnos como información para el diagnóstico de la misma, por lo que antes de tratarlo o suprimirlo, deben haberse agotado sus posibilidades diagnósticas, dentro de lo razonable.

Otro aspecto, García (2017) refiere que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. Esta definición subraya que no solamente se involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores, sino que abarca también un componente afectivo importante. Esto es lo que lo hace al dolor un fenómeno tan complejo, personal e intransferible.

Existen 4 procesos básicos en la producción de dolor, nocicepción: Transducción, conducción, modulación y percepción.

Del mismo modo, Pérez (2013) afirma que el dolor causa una serie de alteraciones multisistémicas como hipoxemia, acumulación de secreciones y atelectasias; a nivel cardiovascular produce estimulación simpática con aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, vasoconstricción, alteración de los flujos regionales y aumento del consumo de oxígeno. Los lactantes están más expuestos a infecciones debido a la depresión del sistema inmunitario provocada por el dolor. Además, el estímulo doloroso puede perturbar el sueño, provocar alteraciones en la alimentación y dificultades de autorregulación fisiológica.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con el agente lesivo (proceso de enfermedad) Agente lesivo biológico (infección, isquemia) algo que desencadena una lesión (alteración patológica o traumática de un tejido) relacionada a un evento biológico (alteración del funcionamiento celular o de un órgano o tejido) o invasión de microorganismos (Lopez, 2017).

De esta manera, dentro de la fisiopatología del dolor, se libera una serie de neurotransmisores que se conocen en conjunto como “Sopa inflamatoria”: Prostaglandinas (PG), bradicinina (BK), factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), hidrogeniones (H), factor de crecimiento neural (NGF), histamina, ATP y de manera retrograda substancia P (Sp) y péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) que producen vasodilatación y de granulación de mastocitos. Esta sopa inflamatoria va a sensibilizar al nociceptor e incrementar la expresión de canales de sodio facilitando así la generación y transmisión de estímulos. Esto se conoce como sensibilización periférica y en esencia disminuye el umbral nociceptivo y facilita las respuestas nocifensivas para promover una adecuada recuperación de los tejidos. Esta es la base fisiopatológica del dolor agudo (García,2017).

Las características definitorias que presenta la lactante menor son facies de dolor, quejido, irritabilidad, taquicardia e intensidad del dolor en 6 según Wong-Baker.

El comportamiento expresivo (agitación, llanto) se refiere a las reacciones comportamentales con relación a la presencia de un estímulo recibido. Algunos comportamientos pueden demostrarse y son indicadores del dolor, tales como: irritabilidad, ansiedad, inquietud/agitación, aislamiento social (Lopez, 2017).

Asimismo, en la expresión facial del dolor (ojos sin brillo, apariencia abatida, movimiento fijo o disperso, muecas) – Definición conceptual: se trata de la forma como el rostro, mediante mímica facial, expresa el sentimiento de dolor, presentando una expresión facial diferente de lo normal (Lopez, 2017).

Cambios en el parámetro fisiológico (frecuencia cardíaca) se trata de alteraciones de los signos vitales causadas por la liberación de catecolaminas como respuesta al estímulo doloroso (Lopez,2017).

Escalas de dibujos faciales (Facial scale): probablemente son las más extendidas, las más utilizadas y siempre presentes en los protocolos que usan diversos métodos de medida de dolor. Entre ellas tenemos a la Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker, el número de caras que utiliza son seis, suele acompañarse cada cara de una graduación numérica para convertir la cara que indicar el niño en un número; la puntuación de las seis caras es 0, 2, 4, 6, 8, 10, donde 0 es sin dolor, 2 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 8-10 dolor intenso (Gancedo,2008).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en valorar el dolor según la escala Wong Baker, es necesaria la valoración de la intensidad del dolor apropiadas para cuantificarlo la duración e intensidad del mismo y para evaluar su tratamiento analgésico ya que, estas situaciones generan ansiedad, miedo al paciente pediátrico (Pérez,2013).

Por consiguiente, es importante vigilar signos vitales como la frecuencia cardiaca, sobre el aparato circulatorio el dolor produce un aumento del tono simpático, lo que origina mayor producción de catecolaminas y en esta área aparece taquicardia, hipertensión arterial, aumento del gasto cardíaco y aumento del consumo de oxígeno por el miocardio (Gancedo, 2008).

Proporcionar medidas de comodidad, con la distracción la persona va a lograr disminuir su dolor. Las técnicas de relajación como masajes “actúan como sedantes de la actividad nerviosa, induciendo al sueño”, como también aumenta la circulación y las respiraciones lentas crea una facilidad en el flujo” sanguíneo (Potter,2015).

Reevaluar el dolor según la escala Wong Baker, son componentes esenciales en el cuidado pediátrico, es relevante identificar la presencia, severidad y el manejo indicado del dolor (Pabón,2015).

Desequilibrio nutricional por defecto:

La mala nutrición por defecto es un estado pluricarencial donde predomina el déficit proteico energético, resultado de una dieta inadecuada en términos de cantidad y calidad, que no provee al organismo de suficiente energía, proteína, y nutrientes específicos que cubran las necesidades corporales para el funcionamiento, crecimiento y desarrollo normales (Cala, 2015).

Además, Vallejo (2015) refiere que la malnutrición describe una condición patológica, consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional, y puede deberse a un déficit en la ingesta de nutrientes, a un estado de sobre nutrición o a una alteración en la utilización de estos nutrientes en el organismo.

Blanco (2014) refiere que la malnutrición por defecto y se trata de un proceso continuo provocado por una falta de equilibrio entre la ingesta de energía y los requerimientos de un

individuo. Da lugar a una serie de cambios metabólicos y funcionales iniciales, que sólo se traducen en alteraciones antropométricas tiempo después.

Del mismo modo, Villegas (2012) afirma que la malnutrición incluye todas las situaciones en que la nutrición es anormal (por defecto o por exceso) con respecto a uno o varios nutrientes.

El diagnóstico se ve relacionado con la ingesta diaria insuficiente, la nutrición en las etapas iniciales de la vida se reconoce como un factor condicionante de la salud del individuo a lo largo de su vida. Al aporte de nutrientes por vía enteral y parenteral, se han basado en las necesidades de obtener crecimiento y desarrollo óptimo buscando prevenir los daños asociados con condiciones tanto de déficit como de exceso de nutrientes (Guerrero,2018). En el mismo sentido, los aportes calóricos insuficientes son causadas por una limitación en la ingesta diaria de los alimentos e inapetencia por una saciedad precoz. En la semiología de los niños con cardiopatía y neumonía se evidencia por un incremento en la frecuencia respiratoria acompañado por disnea y fatiga. El proceso de la patología en las enfermedades pulmonares presenta complicaciones multifocales, una de ellas es los efectos que producen en la nutrición por ende el sistema inmunológico disminuye con las moléculas de hierro a nivel de los eritrocitos, dando lugar a una alteración en el sistema respiratorio o el incremento de las infecciones en el aparato respiratorio (Montalvo, 2016).

Por otra parte, Montalvo (2016) afirma que los pacientes en el servicio de pediatría es una población con mayores probabilidades de presentar problemas digestivos, pulmonares y metabólicos, por tales motivos la evolución nutricional es frecuente y minuciosa, más aún si su condición se caracteriza por ser un paciente crítico. Durante la evaluación del estado nutricional limita reconocer la vulnerabilidad frente a infecciones intrahospitalarias, riesgo de morbilidad,

estancia prolongada. Distintas investigaciones fundamentan que las poblaciones con mayores riesgos que comprometen la salud son niños menores de 5 años y lactantes en específico neonatos con un índice de morbimortalidad del 55% durante los primeros 28 días de vida.

Asimismo, Cabrales (2010) reporta que la demanda de esfuerzo respiratorio es producto de un incremento en el metabolismo energético basal elevado, la disminución del aporte de nutrientes y la baja calidad de sustratos de energéticos contribuyen a los periodos de apnea y disnea. La disnea es uno de los síntomas que incremente la frecuencia de las respiraciones superficiales, por ende, el ingreso de aire no es solo en la tráquea también se da en el esófago y estómago, contribuyendo en un poco porcentaje al incremento de los casos de desnutrición por un impedimento en la masticación y deglución. Así mismo, los medicamentos de tipo β_2 son hipercatabólicos que aporta aún más en la dificultad respiratoria.

Por otro lado, los datos significativos de los lactantes revelan en un estudio realizado que la caída excesiva de cabello, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas, pérdida de peso, IMC: 12.9 KG son determinantes para un incremento en el esfuerzo respiratorio.

La disminución de la oxigenación a nivel capilar es producida por una mala distribución del mismo, a lo que Pascoal (2015) menciona que la palidez es a nivel corporal se presenta posterior a estímulos neurogénicos y hormonales con un contraste en la disminución del gasto cardíaco y anemia grave.

En este caso la lactante menor estuvo con alimentación parenteral; portando sonda orogástrica. La decisión de indicar nutrición parenteral (NP) está condicionada por el estado nutricional, las necesidades el paciente, el grado de funcionalidad del tracto gastrointestinal y el tipo de patología. La frecuente infra nutrición o malnutrición condicionada por un estado

hipermetabólico, con necesidades nutricionales elevadas y disminución de la capacidad de utilización del sustrato energético, se asocia a un incremento de la morbimortalidad (Pérez, 2005).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en valorar en cada administración la cantidad y la tolerancia de la alimentación, mantiene el equilibrio de líquidos, reduce la sed y mantiene la humedad en las membranas de las mucosas. Identifica los puntos fuertes y las deficiencias nutricionales (Doenges,2008).

Manejar ingesta de líquidos, para identificar las carencias nutricionales y necesidades terapéuticas, que son muy variables, dependiendo de la edad del paciente, la fase de la enfermedad y otras situaciones coexistente además previene la deshidratación que se puede agravar por un incremento de las pérdidas ocultas y reduce el riesgo de estreñimiento (Doenges,2008).

Registrar la tolerancia de la dieta es útil para medir la eficacia del soporte nutricional y líquido, identifica los desequilibrios entre los requerimientos nutricionales estimados y la ingesta real. Controla la ingestión calórica o la cantidad insuficiente de los alimentos consumidos (Doenges, 2008).

Valorar si la piel está seca, descamada con pigmentación, refleja la falta de una nutrición suficiente, además son indicadores directos del estado hídrico. Ayuda a identificar una desnutrición proteínico-calórica, especialmente cuando el peso y las medidas antropométricas son menores de lo normal (Doenges, 2008).

Realizar control peso diario, establece unos valores de referencia, ayuda a controlar la eficacia del régimen terapéutico y alerta a la enfermera de tendencias inadecuadas en la pérdida o ganancia de peso (Doenges, 2008).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendieron 3 días al lactante menor, iniciando el 16/08/18 al 18/08/18.

Se atendió a lactante menor G.B.C hospitalizado en la UCI pediátrica, cuya valoración inicio el 16 de agosto y finalizó la atención el 18 de agosto del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno diurno, el 2do. día turno diurno y el 3er. día turno noche.

El 1er día se identificó 4 diagnósticos, el 2do. día 3 diagnósticos y el 3er. día fueron 3 diagnósticos.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz

Objetivo parcialmente alcanzado (OPA): la lactante menor recuperó parcialmente el patrón respiratorio eficaz al presentar respiración sin dificultad y frecuencia respiratoria normal, sin embargo, aún presenta leve tiraje subcostal.

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Objetivo parcialmente alcanzado (OPA): la lactante menor recuperó parcialmente la limpieza eficaz de las vías aéreas al presentar disminución de estertores, secreciones fluidas y en menor cantidad, pero aun presenta tos ineficaz.

Tercer diagnóstico.

Hipertermia

Objetivo alcanzado (OA): la lactante menor disminuyo temperatura corporal alcanzado con temperatura axilar de 36.8 C°, piel tibia al tacto y frecuencia cardiaca de 90 x´.

Cuarto diagnóstico.

Dolor agudo

Objetivo alcanzado (OA): la lactante menor disminuyo el nivel de dolor alcanzado con facie de bienestar, frecuencia cardiaca: 98' y escala de dolor en 2 según Wong Baker.

Quinto diagnóstico.

Desequilibrio nutricional por defecto

Objetivo parcialmente alcanzado (OPA), lactante menor recupero estado nutricional parcialmente al mantener peso corporal de 3.900 kg, presenta mucosas rosáceas e hidratadas, pero aún continúa recibiendo dieta por sonda orogástrica.

Conclusiones

Se cubrió las necesidades del lactante menor a través del proceso de atención de enfermería; se brindó cuidados individualizados, humanista y eficiente, tratando a la persona como un ser holístico que necesita atenciones de enfermería enfocadas en un cuidado seguro y eficaz para alcanzar el bienestar y mejoría frente al estado crítico que presenta según valoración.

Se priorizaron cinco diagnósticos de enfermería, con objetivos propuestos, de los cuales el tercer y cuarto objetivo fueron alcanzados, mientras que el primer, segundo y quinto parcialmente alcanzados; siendo el 60% parcialmente alcanzado y el 40% alcanzados, debido al estado crítico del lactante menor.

Bibliografía

- Acevedo, F. (2013). *Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la taxonomía Nanda, NIC, NOC*. Avances en enfermería. vol. XXXI N.º 2 julio-diciembre 2013. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a13.pdf>
- Arribas, A. (2009). *Conceptualizaciones acerca del cuidado. Síndrome agudo del cuidado respiratorio inefectivo*. Madrid. Obtenido de http://ome.fuden.es/media/docs/Lenguaje_Esp_Sep_09.pdf
- Aguarón, J. 2013. *Guía de buena práctica clínica en insuficiencia respiratoria*. Obtenido de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_respiratoria.pdf
- Blanco, M. (2014). *Evolución y complicaciones de los niños tratados con trasplante de progenitores hematopoyéticos y su relación con el estado nutricional y soporte empleado*. Obtenido en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660762/blanco_%20rodriguez_miriam.pdf?sequence=1
- Bombín, B. (2016). *Justificación científica del diagnóstico de enfermería: riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal*. Universidad de Valladolid. Grado en enfermería Facultad de Enfermería. Obtenido de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17694/1/TFG-H406.pdf>
- Cala, A. (2015). *Factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años*. Revista Información Científica [en línea] (Mayo-junio): [Fecha de consulta: 7 de marzo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757249003>> ISSN
- Casas, I. (2008). *Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda*. Bogotá: Medigraphic. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132zd.pdf>
- .
- Cabrales, R. (2010). *Soporte Nutricional en Enfermedad Pulmonar: Una revisión sistemática*. Colombia. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v12n21/v12n21a07.pdf>
- Cobo, D. (2011). *Signos vitales en pediatría*. Colombia. Obtenido de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5810/1/15%20signos.pdf>. Revista Gastrohnutp Año 2011 Volumen 13 Número 1 Suplemento 1: S58-S70

- Coucerio, G. (2012). *Pediatría Integral. Programa de formación continuada en pediatría extrahospitalaria*. Madrid. Obtenido: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatría-Integral-XV-Suplemento-1.pdf>
- Donoso, A. (2016). *Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(3):149---165 Obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n3/1665-1146-bmim-73-03-00149.pdf>
- Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A., Nuñez, O., & Romano, J. (2008). *Planes de cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- Escobar, A. (2015). *Fiebre en el niño: una mirada reflexiva a las prácticas de cuidado*. Colombia. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00333.pdf>
- Friedman, M. (2018). *Insuficiencia respiratoria aguda en niños*. *Pediatr Ann*. 47 (7): e268-e273. Obtenido de: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=93080>
- García. (2017). *Manejo básico del dolor agudo y crónico*. Obtenido de Scielo Web Site: <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>
- Gancedo, C. (2008). *Dolor en pediatría*. Madrid. https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf
- Gutiérrez, F. (2010). *Insuficiencia respiratoria aguda*. Obtenido de Scielo Web Site: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
- Guerrero, L. (2018). *Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz San Luis Potosí*. Obtenido de: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/4627/1/TESINA%20FINAL%20%20MYRIAM.pdf>
- González, N. (2013). *Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en insuficiencia respiratoria*. Obtenido de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_respiratoria.pdf
- Hernández, A. (2018). *Concordancia Interobservador de los Signos de Esfuerzo Respiratorio en Menores de 5 Años*. Bogotá. Obtenido de: <http://bdigital.unal.edu.co/62098/7/AnaM.HernandezBotero.2018.pdf>
- Lippincott, W. (2015). *Enfermería Pediátrica* (Segunda ed.). (Oliver, Ed.) Barcelona: Mikki Meadows.

- Lopes, M. (2017). *Definición conceptual y operacional de los componentes del diagnóstico de enfermería Dolor Agudo (00132)*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25: e2973DOI: 10.1590/1518-8345.2330.2973. Brasil. Obtenido en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2973.pdf
- Martins Da Silva, V. (2006). *Análisis del diagnóstico enfermero patrón respiratorio ineficaz en niños con cardiopatías congénitas*. Enfermería en Cardiología N.º 38 / 2.o cuatrimestre <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/3803.pdf>
- Martínez, M. (2014). *Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon* [Internet] [consultado 8 de julio del 2018] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82770298.pdf>
- Mejía, O. (2014). Regulación de la temperatura con acupuntura. Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de: <http://bdigital.unal.edu.co/43132/1/19394380.2014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2014). Resumen de las características del producto. Obtenido de: https://www.cecmec.cu/sites/default/files/adjuntos/rcp/m14081n02_paracetamol_tableta.pdf
- Montalvo, M. (2015). *Relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del Hospital Rebagliati*. TESIS. Obtenido de http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2714/1/2017_Montalvo_Relacion-entre-el-estado-nutricional-y-la-morbimortalidad.pdf
- NANDA I. (2017). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Madrid: Elsevier.
- Nelson. (2015). *Pediatría esencial* (Septima ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pabón, T. (2015). Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en Pediatría. *Javeriana Cali*, 4-19. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xQHcnDJKnIwJ:revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/download/1367/pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Pascoal, L. (2012). *Estudio longitudinal de los diagnósticos de enfermería respiratorios en niños con infección respiratoria aguda*. Elsevier Doyma. Brasil. Obtenido de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-estudio-longitudinal-los-diagnosticos-enfermeria-S1130862112001027>

- Pascoal, L. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Latino-Am. Enfermagem*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf
- Pérez, I. (2013). *Manejo del dolor en edad pediátrica*. Habana: Medigraphic. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132zd.pdf>
- Pérez, J. (2005). *Nutrición artificial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos*. Obtenido de: <http://www.analesdepediatria.org/es-nutricion-artificial-las-unidades-cuidados-articulo-13071305>.
- Potter PA, Perry AG. (2015). *Fundamentos de Enfermería*. 8.a ed. Barcelona: Elsevier España.
- Rangel, A. (2012). *Aplicación del proceso del cuidado enfermero y uso de la taxonomía NIC-NOC-NANDA, en un paciente con dx de enfermería: limpieza ineficaz de vías aéreas núcleo integrador: Fundamentos de Enfermería II*. Obtenido de: <https://es.slideshare.net/andredylanftm/dx-limpieza-ineficaz-de-vias-aereas>
- Sánchez, J. (2016). *Fiebre en la unidad de cuidados intensivos*. México D.F: Medigraphic. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc161f.pdf>
- Sánchez, J. (2017). Fiebre en el paciente críticamente enfermo: ¿tratar o no tratar? . *Medicina Interna Mexicana*, I(33), 48-60. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n1/0186-4866-mim-33-01-00048.pdf>
- Seganfredo, D. (2017). *Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Obtenido de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2954.pdf
- Valles, M. (2015). Variables relacionadas a diagnóstico de enfermería en niños con síndrome de distres respiratorio atendidos en el hospital Iquitos. Obtenido en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/203/VALLES-1-TrabajoVariables.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vallejo, M. (2015). *Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa*. Colombia. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a12.pdf>
- Villegas, D. 2012. *Fisiopatología general de la nutrición*. Madrid. file:///C:/Users/Issela/Downloads/Dialnet-FisiopatologiaGeneralDeLaNutricion-4018458%20(1).pdf

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____	Nº Cama: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____
Procedencia: TRAUMA SHOCK () TOPICO EME () OBSERVACION EME () HOSP. PEDIATRIA () C.Qx () URPA ()	
Peso: _____	Talla: _____
Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____	
Fuente de Información: Madre: _____ Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____	
Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____	
Fecha de Ingreso: _____ Hora: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()	
Persona Responsable: _____	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</div> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () CARDIOPATIA () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra () LME() LM () L. MIXTA () PEDICULOSIS ()</p> <p>Factores de Riesgo: Peso: Normal () bajo() sobrepeso () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previas: Si () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No () Especifique: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON VALORES-CREENCIAS</div> <p>Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No () Restricción Religiosa: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON RELACIONES-ROL</div> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Vive con los padres(solo al ingreso) Si () No () Ocupacion y hora de trabajo de los padres (solo al ingreso) _____ Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones :</p> <p>❖ Con los padres: Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NO APLICA: (ejp: TETsedado,incociente)</p> <p>❖ Con el personal: Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NE.....</p> <p>Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No () LOS PADRES SON: Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () quien: problemas de drogadicción: si () no () quien: Pandillaje: Si () No () Otros: _____ Especifique: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</div> <p>Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON RELACIONES-ROL</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON DESCANSO-SUEÑO</div> <p>Sueño: a) conservado () b) Insomnia () c) Alterado: Por enfermedad () Por terapéutica () Motivo: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON RELACIONES-ROL</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</div> <p>Ventilación /oxigenación: Espontanea () Asistida () Especificar :.....</p> <p>Simetría torácica: Simétrico() asimétrico ()</p> <p>Murmullo vesicular: ACP () HTI () HTD ()</p> <p>Ruidos agregados : Ninguno () roncantes () crepitantes () subcrepitantes () estridor () Sibilantes () : Inspiratorio () espiratorio ()</p> <p>Uso de músculos respiratorios :</p>

PATRÓN PERCEPTIVO-COGNITIVO

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

Comentarios: _____

Tono muscular :

Conservada () hipotónico () hipertónico ()

Convulsión :

Si () No () observación.....

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()

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

TAMAÑO:

Comentarios: _____

Escala de Glasgow: Lactante

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

Puntaje Total: _____

Escala de Glasgow: Pre- Escolar

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

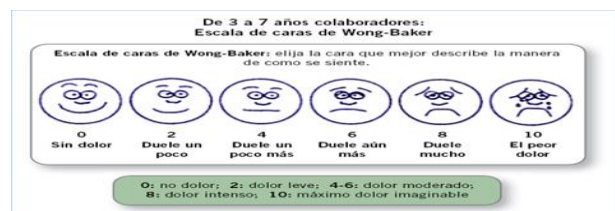
Puntaje Total: _____

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

_____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;



Escala Ramsay:

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

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
Marmárico () Reticulado ()

Observaciones: _____

Ninguna () intercostales () subcostales ()
supraclaviculares () subxifoidales ()

Características del patrón respiratorio:

Frecuencia :

Eupnea () braquípnea () taquipnea () DISNEA () NO APLICA ()

ejp: TET

Ritmo :

Regular () irregular ()

Profundidad:

Normal () superficial () profunda ()

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

UBICACIÓN: Derecho () Izquierdo ()

CARACTERÍSTICAS:

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:

Ritmo cardíaco :

Regular () irregular () Taquicardia () bradicardia ()

Pulso: presente () ausente ()

Ubicación Pulso: Carotídeo () Pedio () Axilar () Otro:

Características de pulso periférico :

Normales () filiformes () saltones ()

Edema :

Presente () ausente ()

Lugar:

Llenado capilar:

Perfusión Tisular Cerebral:

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

Comentarios: _____

Capacidad de autocuidado:

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

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

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

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _____

Escala de Caídas:

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

PATRÓN ELIMINACIÓN

Flujo Urinario :

Normal () Oliguria () Anuria ()

Poliuria () Disuria () Globo vesical ()

Características de la orina :

Amarillo ámbar () hematórica () colúrica ()

Termorregulación: Temperatura: _____
 Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()
Hidratación de piel y mucosas: Húmeda/ turgente () seca ()

Higiene:

Buena () regular () mala ()
 Observación: _____
 Edema: Si () No () + () ++ () +++ ()
 Especificar Zona: _____
 Comentarios: _____

Abdomen:

Blando depresible () Globuloso depresible ()

Timpánico () **doloroso** ()

Ruidos Hidroaereos:

PRESENTES () **AUSENTES** ()

Escala de Norton:

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

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:
 PUNTAJACIÓN DE 5 A 9 ----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTAJACIÓN DE 10 A 12 ----- RIESGO ALTO.
 PUNTAJACIÓN 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTAJACIÓN MAYOR DE 14 ----- RIESGO MÍNIMO/ NO RIESGO.

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()

Ralo () Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () **MUGUET** ()

PLACAS BLANQUESINAS () **CARIES** () **HALITOSIS** ()

Observaciones: _____

Malformación Oral: Si () No ()

Especificar: _____

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

Cuanto Perdió: _____

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Disminuido () Náusea () Vómitos ()

Cantidad de los vómitos: _____ Características: -¿ _____

Dificultad para Deglutir: Si () No ()

Especificar: _____

Alimentación: NPO () Enteral : deglución directa () infusión :

STP () Bolos: SNG () SOG () SGT ()

Otros: _____

Tolerancia Enteral :

Adecuada ()

Inadecuada: Náuseas () vómitos () RG ()

Parenteral: NPP () NPT ()

Integridad de la piel y mucosa:

intacta () lesiones: eritema () úlcera () necrosis () **EQUIMOSIS** ()

FLICTEMAS () **VESICULAS** () **ESCORIACIONES** ()

Lugar: _____

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Si () No ()

Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

Sedimentosa () **Piuria** ()

Uso de dispositivos:

Sonda Foley ()

Catéter vesical () :

Intermitente () permanente ()

Evacuación intestinal :

Normal () estreñido () diarrea ()

Características:

Grumosa () acuosa () semiacuosa ()

Melena () disintérica () acolia ()

COLOR: _____

Portador :

yeyunostomía () colostomía ()

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No ()

Especifique: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

Nombre de la enfermera: _____

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con insuficiencia respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Chiclayo, 2018”, el objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales E.C.C. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Enf. Amaya Arroyo Issela Veronica, bajo la asesoría de la MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio. 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 trabajo

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 y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma