

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de tumor temporal izquierdo en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2020

Por:

Mirian Yohanna Sedano Ramos

Asesor:

Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Lima, 27 de julio de 2020

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NEAL HENRY REYES GASTAÑADUI, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de tumor temporal izquierdo en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2020”*, constituye la memoria que presenta la licenciada MIRIAN YOHANNA SEDANO RAMOS 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 veintisiete días del mes de julio de 2020.



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de tumor temporal
izquierdo en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2020

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Mg. Katherine Mescua Fasanado

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Asesor

Lima, 27 de julio de 2020

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración.....	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios:	13
Exámenes auxiliares.	13
Tomografías	15
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución.....	18
Diagnóstico enfermero	18
Primer diagnóstico.....	18
Segundo diagnóstico.	18
Tercer diagnóstico.	18
Quinto diagnóstico.	19
Sexto diagnóstico.	19
Séptimo diagnóstico.	19
Octavo diagnóstico.....	20
Noveno diagnóstico.....	20

Planificación.....	20
Priorización.	20
Plan de cuidados.....	22
Capitulo III: Marco teórico	29
Limpieza ineficaz,	29
Patrón respiratorio ineficaz.	31
Dolor agudo.....	35
Hipertermia	37
CP Infección.....	40
Capitulo IV: Evaluación y conclusiones.....	43
Evaluación.....	43
Conclusión.....	44
Bibliografía	45
Apéndices.....	53

Índice de tablas

Tabla 1 Hemograma completo.....	13
Tabla 2 Análisis de gases arteriales	14
Tabla 3 Electrolitos.....	14
Tabla 4 Prueba de procalcitonina.....	14
Tabla5 Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada al aumento de las secreciones bronquiales evidenciado por presencia de estertores, sibilantes a la auscultación de ambos campos pulmonares y disnea.	22
Tabla6 Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad y dolor post neurocirugía evidenciado por taquipnea y alteración de los movimientos torácicos.....	24
Tabla7 Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (herida operatoria) evidenciado por aumento en la frecuencia cardiaca e irritabilidad por intervalos.	26
Tabla8 Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada a enfermedad infecciosa evidenciado por aumento de la temperatura (38.4 °C) y piel caliente al tacto.....	27
Tabla9 Diagnóstico de enfermería: CP. Infección.....	28

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	54
Apéndice B: Consentimiento informado	58

Símbolos usados

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

IRA: Insuficiencia Respiratoria Aguda.

V.M.: Ventilación Mecánica.

T°: temperatura.

SNG: Sonda Nasogástrica

FR: Frecuencia respiratoria.

V.T.: Volumen

PEEP: Presión Positiva al final de la Espiración.

BIPAP Asistido: Modo ventilatorio asistido Controlado.

AGA: Análisis de Gases Arteriales.

HCO₃: bicarbonato

PCO₂: Presión parcial de dióxido de carbono.

CO₂: Dióxido de Carbono.

PAM: Presión Arterial Media.

FC: frecuencia Cardiaca.

EV: endovenoso

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

O₂: Oxígeno.

mmHg.: Milímetros de mercurio.

CVC: Catéter Venoso central.

LA: Línea arterial.

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente en estudio; realizado durante 2 días, a partir del cuarto día de su ingreso al servicio de UCI Pediátrica de un hospital de Lima. El diagnóstico médico al ingreso fue insuficiencia respiratoria aguda en ventilación mecánica, post operatoria de craneotomía y exéresis de tumor temporal izquierdo. Se realizó la valoración con la guía de patrones funcionales de Marjory Gordon y en los 2 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 15 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 5 de enfermería que fueron los siguientes: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada al aumento de las secreciones bronquiales, evidenciado por presencia de estertores sibilantes a la auscultación de ambos campos pulmonares y disnea; patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad y dolor post neurocirugía, mostrado por taquipnea y alteración de los movimientos torácicos; dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (herida operatoria), evidenciado por aumento en la frecuencia cardiaca e irritabilidad por intervalos; hipertermia relacionada a enfermedad infecciosa mostrada por aumento de la temperatura (38.4 °C) y piel caliente al tacto, CP Infección. Los objetivos generales fueron de esta manera: paciente pediátrico evidenciará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno, presentará patrón respiratorio eficaz, disminuirá dolor agudo durante el turno, presentará normotermia durante el turno y revertir infección. De los objetivos propuestos, el primero, tercero, cuarto y quinto objetivo fueron parcialmente alcanzados, sin embargo, el segundo objetivo, no se alcanzó debido a que la niña agravo su estado ventilatorio y presentó complicaciones posteriores.

Palabras clave: niña pre escolar, craneotomía, exéresis de tumor, insuficiencia respiratoria aguda.

Capítulo I: Valoración

Datos generales

Nombre: A. C. S.

Edad: 2 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente pediátrico ingresa al servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos en camilla, acompañado del anestesiólogo, la enfermera del centro quirúrgico, el técnico de enfermería; con tubo endotraqueal número 4.5 c/c fijado en 15cm, ventilando con el resucitador pediátrico, tiene un catéter venoso central en subclavia derecha número 4. Una línea arterial ubicada en la arteria humeral derecha con catéter N° 22, sonda Foley N° 8 y con diagnóstico médico: insuficiencia respiratoria aguda en ventilación mecánica, congestión pulmonar, post operada de craneotomía exéresis de tumor parietal derecho.

Días de hospitalización: seis días.

Días de atención de enfermería: dos días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Se le preguntó a la madre como era la salud de su hija, la cual refirió que se comportaba normal; solo en invierno se resfriaba. La trajo a emergencia cuando la niña de repente presentó dolor de cabeza y se quedó con la mirada fija, lo cual la asustó. En relación a sus actividades y juego, la infanta iba a su nido y jugaba y socializaba con sus compañeras. La madre explicó que no la lleva a su control de niña sana; solo realizaba la visita al médico cuando se presentaba alguna enfermedad o fiebre. La menor tiene sus vacunas completas, pero aún le faltan los refuerzos. Al preguntarle si recibía algún medicamento, respondió que no tomaba medicinas antes de enfermarse.

Los padres manifestaron que no tenían ningún conocimiento sobre la cirugía que iba a recibir la niña y sus riesgos. También, informaron que desean conocer los cuidados que deben realizar con hija después de la cirugía.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente pediátrico de dos años y cinco meses de edad, sexo femenino, dentadura completa, estado nutricional adecuado, mucosas orales intactas, con acceso gástrico por sonda nasogástrica para alimentación, tolera su dieta no presenta náuseas, ni vómitos con uso de alimentador continuo. Abdomen un poco distendido pero depresible y ruidos hidroaéreos presentes. Niña en posición pronación. Su piel es caliente al tacto, con temperatura de T°38.4 axilar, leucocitos 14.92/1 con una línea arterial y un catéter venoso central, además, una sonda Foley para monitorizar la diuresis. Su crecimiento es adecuado para su edad y su desarrollo también es adecuado.

Patrón III: Eliminación

Niña micciona por sonda Foley N°8 con bolsa colectora; realiza deposiciones normales.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria

Esta con soporte ventilatorio acoplado al modo ventilatorio: modo BIPAP asistida; frecuencia respiratoria:29_x; pico de presión inspiratoria: 24; presión positiva al final de la espiración:6. FIO₂ :40%, T; inspiratorio:0.65, RAMPA: 0.20. Movimientos torácicos irregulares, presenta sibilantes y roncales a la auscultación de ambos campos pulmonares, presenta taquipnea; acumula secreciones densas por la boca y por tubo endotraqueal. En los análisis de gases arteriales presenta el pH dentro de los valores normales, P0₂ 39.9 disminuida; el PC0₂ 55, el HC0₃ está en 32.3; saturación: 73.9%.

Actividad circulatoria:

La niña presenta taquicardia sinusal, con frecuencias de 150 por minuto, pulsos periféricos conservados, frialdad en miembros inferiores, llenado capilar mayor a 2", su presión arterial es de 51/32 y la presión arterial media de 43. Esta con administración de adrenalina para apoyar a mantener la presión de acuerdo a su rango percentil 50, según su edad. Su hemoglobina está dentro de los límites normales; no presenta edemas, presenta líneas invasivas, línea arterial, dos catéteres venosos centrales de 2 lumens cada uno.

Capacidad de autocuidado:

La menor se encuentra en cama con sedación. Tiene un grado de dependencia V, calificándose como completamente dependiente.

Patrón V: perceptivo - cognitivo.

En la evaluación del estado de conciencia se encuentra sedada con medicación continua, pupilas isocóricas 2/2; a la evaluación existe reacción pupilar hiporeactiva, presenta reflejo corneal positivo, al estímulo muestra reflejo tusígeno; se observa ptosis parpebral en ojo derecho por el edema producida por la cirugía craneal. No evidenciamos formas de comunicación debido a la sedación. Existen momentos en la que la niña se manifiesta agitada logrando despertar a pesar de la sedación que recibe, esto ocasiona el desacoplamiento del ventilador.

Patrón VI: Autopercepción- autoconcepto. Niña con tratamiento de sedación y relajación continúa.

Patrón VII: Relaciones – rol.

La familia es nuclear conformado por la madre, el padre y la niña, siendo la hija única de la pareja. Aparentemente se observa una relación familiar adecuada, la madre informa que su hija es muy sociable con sus amigos del colegio; el soporte familiar de la familia es el padre. No

informan algún problema familiar. No alcohol, no drogas, no pandillaje; en la actualidad los padres se muestran preocupados y pendientes a la evolución de su hija.

Patrón VIII: Sexualidad/ reproducción:

Niña con genitales femeninos presentes, la madre niega enfermedades anteriores a la presente.

Patrón IX: Afrontamiento / tolerancia al estrés.

La niña se encuentra irritable, agresiva cuando se le trata de retirar la sedación, no se logra acoplar completamente al ventilador; lo que se puede entender como estrés a la situación.

Los padres se encuentran preocupados en relación a la recuperación post operatoria de su hija; a la vez les preocupa en qué situación quedara la menor luego de la post- neurocirugía.

“Preguntan si volverá a ser la misma niña de antes”.

Patrón X: Valores y creencias

Los padres informan que practican la religión cristiana.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Hemograma completo

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	14.3 mg/dl
Hematocrito	41.3%
Leucocitos	$14.92 \times 10^9/L$
Hematíes	4.89 g/dl
Plaquetas	$251 \times 10^9/L$

Fuente: historia clínica

Interpretación: Leucocitosis

Tabla 2

Análisis de gases arteriales

Compuesto	Valor encontrado
PH	7.39
P02	39.9 mmHg
PC02	55 mmHg
HC03	32.3 mmHg
E. Base	5.8 mEq/L
Sat. O2	73.9 %
Tc02	28.8

Fuente: historia clínica

Interpretación: se evidencia P0₂ disminuido, PC0₂ aumentado el bicarbonato aumentado y la saturación de oxígeno disminuida. Se evidencia falla ventilatoria.

Tabla 3

Electrolitos

Compuesto	Valor encontrado
Na	138.3 mEq/L
K	3.39 mEq/L
Cl	93.5 mmol/L

Fuente: historia clínica

Interpretación: dentro de los valores normales.

Tabla 4

Prueba de procalcitonina

Compuesto	Valor encontrado
Procalcitonina	0.08

Fuente: historia clínica

Interpretación: dentro de los valores normales.

Tomografías

Tomografía cerebral: edema leve.

Tratamiento médico.**Primer día (03/07/2018)**

Formula polimérica al 21% 25cc cada 24 horas. Reposo gástrico 4 horas (6am – 10am).

Fenitoína sódica 30mg. Ev. C/8horas.

Metamizol sódico 380mg EV C/8horas

Midazolam 50mg/10cc SSF.5mcg/kg/min. Continuo.

Manitol 40ml ev. c/8 horas

Omeprazol 15mg. Ev c/24 horas.

Propofol10mg/ml (1%) 20ml 50 mcg continuo.

Metoclopramida clorhidrato 2mg ev c/8 horas.

Metilprednisolona 30mg. ev c/ 8 horas.

Vancomicina 230mg. ev c/6 horas.

Meropenem 500mg. ev c/8 horas.

Morfina clorhidrato 50mg continua infusión continua.

Furosemida10mg ev c/6 horas

Bromuro de Vecuronio 4mg/ml – 2mcg/kg/min.

Ketamina 50mg/ml 10ml – 250mg ketamina / Clna0.9%25cc...15mcg/kg/min. Titulable.

Norepinefrina1mg/ml 4ml. – 0.05mcg/kg/min titulable para PAM p50.

Dextrosa 5 g/ 100(5%) 1litro. Indicación: Dxa 5% 1000cc + ClNa20% 40cc + ClK 20%

35cc/hr.

Salbutamol 5mg/ml 10 ml NBZ. SSH. 3% 5cc+5 gotas de salbutamol cada 4 horas.

Segundo día (04/06/2018)

Formula polimérica al 21% 25cc cada 24 horas. Reposo gástrico 4 horas (6am – 10am).

Fenitoína sódica 30mg. Ev. C/8horas.

Metamizol sódico 380mg EV C/8horas.

Midazolam 50mg/10cc SSF.5mcg/kg/min. Continuo.

Manitol 40ml ev. c/8 horas

Omeprazol 15mg. Ev c/24 horas.

Propofol10mg/ml (1%) 20ml 50 mcg continuo.

Metoclopramida clorhidrato 2mg ev c/8 horas.

Metilprednisolona 30mg. ev c/ 8 horas.

Vancomicina 230mg. ev c/6 horas.

Meropenem 500mg. ev c/8 horas.

Morfina clorhidrato 50mg continua infusión continua.

Furosemida10mg ev c/6 horas

Bromuro de Vecuronio 4mg/ml – 2mcg/kg/min.

Ketamina 50mg/ml 10ml – 250mg ketamina / Clna0.9%25cc...15mcg/kg/min. Titulable.

Norepinefrina1mg/ml 4ml. – 0.05mcg/kg/min titulable para PAM p50.

Dextrosa 5 g/ 100(5%) 1litro. Indicación: Dxa 5% 1000cc + ClNa20% 40cc + ClK 20%

35cc/hr.

Salbutamol 5mg/ml 10 ml NBZ. SSH. 3% 5cc+5 gotas de salbutamol cada 4 horas.

Radiografía de tórax.

Exámenes de laboratorio.

Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: taquipnea y alteración de los movimientos torácicos.

Etiqueta diagnóstica: patrón respiratorio ineficaz.

Factor relacionado: ansiedad y dolor post neurocirugía.

Enunciado diagnóstico: patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad y dolor post neurocirugía evidenciado por taquipnea y alteración de los movimientos torácicos.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta; CP infección

Definición: según Nelson, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son aquellas enfermedades que afectan primordialmente, las distintas estructuras del aparato respiratorio con afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad, las cuales tienen una duración menor de 15 días (citado por Villaruel, 2012).

Signos y síntomas: fiebre, proteína C reactiva elevada, leucocitosis

Enunciado: CP infección.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: presencia de estertores y sibilantes a la auscultación de ambos campos pulmonares y disnea.

Etiqueta diagnóstica: limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Factor relacionado: aumento de las secreciones bronquiales.

Enunciado diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionada al aumento de

las secreciones bronquiales, evidenciado por presencia de estertores y sibilantes a la auscultación de ambos campos pulmonares y disnea.

Cuarto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de lesión corneal.

Factor de riesgo: ventilación mecánica y sedación.

Enunciado diagnóstico: riesgo de lesión corneal relacionado a ventilación mecánica y sedación.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: aumento en la frecuencia cardiaca, irritabilidad por intervalos.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: agente lesivo físico (herida operatoria).

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (herida operatoria), evidenciado por aumento en la frecuencia cardiaca, irritabilidad por intervalos.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: Aumento de la temperatura (38.4 °C) y piel caliente al tacto.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado: Enfermedad infecciosa.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionada a enfermedad infecciosa evidenciado por aumento de la temperatura (38.4 °C) y piel caliente al tacto.

Séptimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de desequilibrio electrolítico

Factor de riesgo: régimen terapéutico: uso de diuréticos

Enunciado diagnóstico: riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con el régimen terapéutico: uso de diuréticos.

Octavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de aspiración.

Factor relacionado: alimentación por sonda y retraso en el vaciado gástrico.

Enunciado diagnóstico: riesgo de aspiración relacionado con alimentación por sonda nasogástrica y retraso en el vaciado gástrico.

Noveno diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de perfusión tisular cerebral

Factor de riesgo: cirugía de craneotomía exéresis de tumor parietal derecho

Enunciado diagnóstico: riesgo de perfusión tisular cerebral relacionado a cirugía de craneotomía exéresis de tumor parietal derecho.

Planificación

Priorización.

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada al aumento de las secreciones bronquiales, evidenciado por presencia de estertores, sibilantes a la auscultación de ambos campos pulmonares y disnea.
2. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad y dolor post neurocirugía, evidenciado por taquipnea y alteración de los movimientos torácicos.
3. Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (herida operatoria), evidenciado por aumento en la frecuencia cardiaca e irritabilidad por intervalos.
4. Hipertermia relacionada a enfermedad infecciosa evidenciado por aumento de la

temperatura (38.4 °C) y piel caliente al tacto.

5. CP Infección
6. Riesgo de perfusión tisular cerebral relacionado a cirugía de craneotomía exéresis de tumor parietal derecho.
7. Riesgo de aspiración relacionado con alimentación por sonda nasogástrica y retraso en el vaciado gástrico.
8. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con el régimen terapéutico: uso de diuréticos.
9. Riesgo de lesión corneal relacionado a ventilación mecánica y sedación.

Plan de cuidados.

Tabla5

Diagnóstico de enfermería: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada al aumento de las secreciones bronquiales evidenciado por presencia de estertores, sibilantes a la auscultación de ambos campos pulmonares y disnea.

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		03/06/18			04/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente pediátrico evidenciará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno. Resultados: 1. El paciente presentará disminución de las secreciones bronquiales. 2. El paciente no presentará estertores ni sibilantes. 3. Paciente presentará disminución de disnea.	1. Realizar el lavado de manos.	→	→	→	→	→	→
	2. Evaluar las funciones vitales.	→	→	→	→	→	→
	3. Verificar la frecuencia respiratoria.	→	→	→	→	→	→
	4. Auscultar el tórax anterior, lateral y posterior de la niña, identificar ruidos respiratorios.	→	→	→	→	→	→
	5. Colocar las barreras de protección.	→	→	→	→	→	→
	6. Preparar los insumos para la aspiración de secreciones por oro faringe y por tubo endotraqueal. Se utiliza la sonda N° 8 o N°10 para aspirar orofaringe y sonda N° 8 de circuito cerrado para tubo endotraqueal N° 4.5.	→	→	→	→	→	→
	7. Verificar el funcionamiento del aspirador.	→	→	→	→	→	→
	8. Verificar que en la etiqueta del circuito cerrado debe estar colocado la fecha de cambio ya que este se cambiara cada 24 horas.	→	→	→	→	→	→
	9. Cargar una jeringa de 20ml. Con suero fisiológico estéril.	→	→	→	→	→	→
	10. Aspirar las secreciones por tubo endotraqueal con circuito cerrado con	→	→	→	→	→	→

-
- una presión de 80 a 120mm Hg.
11. Verificar la presión de la aspiración que deberá ser la correcta. →
 12. Colocar por el conector el suero fisiológico y presionar la válvula de aspiración y lavar el catéter repitiendo hasta que el catete este limpio. →
 13. Administrar su tratamiento inhalatorio. Nebulización SSH 3% 5cc + 8 gotas de Salbutamol cada 4 horas.
 14. Posterior al procedimiento auscultar el tórax para reevaluar los ruidos respiratorios y simetría del movimiento torácico.
 15. Valorar la saturación de oxígeno. →
 16. Realizar la limpieza de la cavidad oral con solución de clorhexidina al 0.2%.
 17. Verificar el acoplamiento al ventilador.
-

Tabla6

Diagnóstico de enfermería: patrón respiratorio ineficaz, relacionado con ansiedad y dolor post neurocirugía evidenciado por taquipnea y alteración de los movimientos torácicos.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		03/06/18			04/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente pediátrico presentara patrón respiratorio eficaz.	1. Vigilar la frecuencia respiratoria, profundidad.	→	→	→	→	→	→
	2. Auscultar el tórax identificando los ruidos respiratorios, accesorios y simetría de los movimientos respiratorios.	→	→	→	→	→	→
Resultados: 1. Paciente frecuencia respiratoria dentro de los valores normales.	3. Valorar la saturación de oxígeno.	→	→	→	→	→	→
	4. Verificar y mantener los parámetros ventilatorios de acuerdo a la indicación médica.						
2. Paciente presentara movimientos torácicos regulares.	5. Ubicar a la niña en posición prona. (indicación médica) observar el color de la piel temperatura y humedad.	→	→	→	→	→	→
	6. Verificar que la niña este acoplada al ventilador mecánico(sincronizada).						
	7. Gestionar y valorar examen de AGA.						
	8. Vigilar la frecuencia y ritmo cardiaco.	→	→	→	→	→	→
	9. Mantener la bolsa de reanimación cerca de la cama con válvula de PEEP de acuerdo a la necesidad de la niña y sea utilizada.						
	10. Revisar las tubuladuras en busca de acodamientos y obstrucciones como dobleces, acumulación de agua. Vaciar la						

tubuladura y evitar que el agua reingrese a la niña por el TET.

11. Verificar el buen funcionamiento de las alarmas del ventilador, según los parámetros establecidos para la niña.



Tabla7

Diagnóstico de enfermería: dolor agudo relacionado a agente lesivo físico (herida operatoria, evidenciado por aumento en la frecuencia cardiaca e irritabilidad por intervalos.

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		03/06/18			04/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente pediátrico disminuirá dolor agudo durante el turno.	1. Monitorizar las funciones vitales cada hora.	→	→	→	→	→	→
	2. Preparar y administrar en el horario de las mañanas las infusiones por el CVC: -Midazolam50mg/10ml: 5mcg/kg/min.	→	→	→	→	→	→
Resultados: 1. Paciente presentara frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria en valores normales.	3. Propofol 10mg/ml: 50 mcg continuo. 4. Morfina 50mg continúa por infusión. 5. Ketamina50mg:25cc/ hora.	→	→	→	→	→	→
2. Paciente no presentará irritabilidad durante el turno.	6. Verificar y monitorizar las infusiones continuas según las indicaciones médicas. 7. Evaluar pupilas del paciente 8. Verificar las funciones vitales y registra.	→	→	→	→	→	→

Tabla8

Diagnóstico de enfermería: hipertermia relacionada a enfermedad infecciosa evidenciado por aumento de la temperatura (38.4 °C) y piel caliente al tacto.

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		03/06/18			04/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente pediátrico presentará normotermia durante el turno.	1. Controlar la temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial de la niña cada hora.	→	→	→	→	→	→
	2. Aligerar las cubiertas y aplicación de medios físicos en cada turno.	8am				2 pm	
Resultados: 1. Paciente presentará temperatura dentro de los valores normales 36.5°c - 37°c.	3. Administrar antipirético indicado: Metamizol 380mg.ev C/8horas.	8am	→	→	→	2 pm	→
2. Paciente presentará piel tibia al tacto.	4. Cambiar las cubiertas y ropa de cama de la niña para darle confort posterior a la hipertermia.	→	→	→	→		→
	5. Valorar los exámenes de laboratorio, el hemograma en cada turno.	→	→	→	→	→	→

Tabla9

Diagnóstico de enfermería: CP. infección.

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		03/06/18			04/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Revertir infección.	1. Administra los antibióticos indicados: Vancomicina 23mg. Ev. c/6 horas. - Se administra la vancomicina diluida en 50ml. En dos horas. En jeringa perfusora o volutrol. - Meropenem 500mg. Ev. c/8 horas. Se administra el meropenem diluido en 50ml en una hora. En jeringa perfusora o volutrol.	6am-12m	18:00	00:00	6am-12m	18:00	00:00
	2. Registrar en el kardex y en los registros de enfermería la hora y el tratamiento recibidos.	06:00	14:00	22:00	06:00	14:00	22:00
	3. Valorar los exámenes de sangre que se le tomen a la niña específicamente el PCR y leucocitos.	→	→	→	→	→	→
	4. Realizar el cuidado de catéter venoso central.	→	→	→	→	→	→
	5. Realizar lavado de manos y uso de barreras de protección antes de manipularlos.	→	→	→	→	→	→
	6. Verificar que la sonda Foley se encuentre en posición adecuada y evitar el retorno de orina.			06:00			06:00

Capítulo III: Marco teórico

Limpieza ineficaz,

El manejo de las vías aéreas es primordial en pacientes que se encuentren en ventilación mecánica, y mantener la vía aérea permeable es muy importante para el paciente en estado crítico.

En un pulmón con secreciones sucede un estrechamiento fisiológico de la vía aérea, producido por la diferencia de presiones entre la que hay en esta y las que ejercen la pared torácica y el parénquima pulmonar sobre la pared bronquial; en caso de obstrucción o colapso en las vías periféricas por la presencia de moco, la resistencia será mayor en las vías aéreas periféricas, y la red colateral se vuelve relativamente menos resistente; por lo tanto, el flujo colateral será superior al periférico (Buendía & Martínez, 2006).

Cuando uno está con un paciente con dificultad respiratoria, el objetivo principal es asegurar la permeabilidad de las vías aéreas; ya que, esta situación va a facilitar un adecuado intercambio de gases y así se podrá evitar complicaciones que se puedan ocasionar por falta de ella (Ige & Chumacero, 2010).

Como sabemos el aparato respiratorio es primordial en el funcionamiento de las funciones vitales, y junto con el aparato circulatorio (prioridad dos), ambos con un mismo fin, es decir, transportar oxígeno y otras sustancias a todos los tejidos.

El acumulo de secreciones se ve asociado a la infección respiratoria que padece la paciente en estudio. La infección en sentido general, y según el microorganismo causal en particular, se acompaña de un grupo de respuestas de tipo bioquímicas, hormonales, humorales y metabólicas, todas ellas perfectamente predecibles; algunas ya se ponen de manifiesto desde el propio período de incubación y en su mayoría aparecen junto a la fase febril. Estas respuestas

neuroendocrinas, paracrinas y humorales del metabolismo intermediario han sido descritas en detalle por diversas publicaciones referidas al tema (Torres, Martín, & Manso, 2007).

También, está asociado a la presencia de vía aérea artificial, la ventilación mecánica a través de un tubo endotraqueal es el procedimiento habitual para el tratamiento en infecciones respiratorias. A este proceder invasivo se asocian numerosas complicaciones como los traumas y la sepsis. Por otro lado, la incomodidad y ansiedad que ocasionan el paciente, requiere del empleo frecuente de fármacos que potencializan el tiempo de ventilación y la estadía hospitalaria de los mismos (Bacardí, Paéz, Jones, Rodríguez, & Gondres, 2015).

Las intervenciones a realizar frente este problema estuvieron direccionadas a permeabilizar la vía aérea, sin embargo, lo primero en realizar es el lavado de manos, esto se realiza para evitar una infección nosocomial; está determinada por factores referentes al paciente (edad, inmunidad, comorbilidades, malnutrición) y a aquellas intervenciones invasivas que intensifican el riesgo (procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y quirúrgico) (De Vita, Weisburd, Beltramino, & Bussi, 2014).

Luego, se debe evaluar las funciones vitales, priorizando la frecuencia respiratoria, con relación a esto, Villegas, Villegas, & Villegas, (2012) mencionan que una adecuada función respiratoria ha ganado espacio. La cuantificación de la saturación de oxígeno por medio de la oximetría (OXM) que se basa en los principios fisiológicos de que la hemoglobina oxigenada y desoxigenada tienen diferente espectro de absorción y permite dar una rápida pero beneficiosa idea de la calidad de perfusión de oxígeno a los tejidos.

Seguidamente, se debe auscultar al paciente buscando escuchar la ventilación y los ruidos de accesorios que se dan en la inhalación y exhalación. Se debe escuchar, al menos, un ciclo respiratorio completo y comparar puntos simétricos en cada hemitórax (Zafra, 2016).

Para realizar la aspiración endotraqueal se debe utilizar todas las medidas de bioseguridad como el uso de mascarilla, gorro y guantes. Este procedimiento que tiene como objetivo mantener las vías aéreas operativas, removiendo de forma mecánica secreciones pulmonares acumuladas, especialmente en pacientes con vía aérea artificial. Considerando la complejidad de ese procedimiento, una evaluación previa de la necesidad de aspiración es indispensable, pues se trata de un procedimiento invasivo y complejo que debe ser realizado mediante indicación criteriosa, una vez que puede causar agravios al paciente (Oliveira, y otros, 2012).

Se realiza la nebulización, el cual es un método para administrar vapor y/o medicación a la vía aérea. Es general, se trata de broncodilatadores como el salbutamol como en el caso del paciente en estudio, y se usa mucho en el caso de los niños pequeños por prescripción médica. A su vez, tanto en pequeños como en adultos, las nebulizaciones con solución fisiológica que sólo generan vapor, ocasionan alivio en algunos casos de tos seca y despegan la mucosidad (Peralta, 2019).

Patrón respiratorio ineficaz.

El patrón respiratorio ineficaz se define como la inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada (NANDA, 2015).

Hein, y otros (2017) indica que en la práctica clínica este diagnóstico es frecuentemente atribuido a los pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos dependientes de ventilación mecánica invasiva, ya que son pacientes con problemas en los procesos de respiración y cambio de gases en las membranas celulares, definido como “exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar”

Añadiendo a esto Lechtzin (2017) refiere que el intercambio de gases se da en los pulmones, entre el aire que ingresa a los alveolos y la sangre que se transporta hasta los

capilares, los cuales se mueven en ambas direcciones. Por un lado, gradiente de oxígeno entre el aire atmosférico y los tejidos, haciendo que el gas se difunda desde los alveolos hacia los capilares a través de la membrana alveolo capilar y, por otro lado, simultáneamente hay un gradiente inverso para el dióxido de carbono que se difunde de la sangre a los alveolos.

Además, Pascoal, y otros (2015) refieren que el intercambio gaseoso está indirectamente relacionado con los conceptos asociados a la alteración de la profundidad respiratoria, taquipnea bradipnea que son puntos definitorios para el diagnóstico de la respiración ineficaz.

Por otro lado, en las neurocirugías, el ventilador mecánico le proporcionan una adecuada y buenas condiciones respiratorias ya que en la mayoría de los casos estas cirugías son de tiempos prolongados, pero a la vez refieren que existe un riesgo potencial de generar alteración patrón respiratorio ineficaz (Grünberg, Gelpi, & Quintana, 2009).

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con ansiedad y dolor que la niña en estudio presentó una vez después de una cirugía neuroquirúrgica, de largo tiempo operatorio, ocasionando esto el desacoplamiento del ventilador cada vez que se agita y despierta.

La niña estuvo en ventilación mecánica con parámetros altos del ventilador mecánico. El ventilador es Dragüer, el modo ventilatorio es BIPAP asistido, y los parámetros son: Fr: 29, PIP: 24, PEEP: 7, FiO₂: 50%.

Según Garnero, Abbona, Gordo, & Hermosa (2013) refieren que al utilizar un ventilador mecánico en los pacientes en estado crítico los modos ventilatorios pueden ser diferentes. Esta diferencia es entre método de respiración espontánea y mandatoria, el equipo controla total o parcialmente la respiración. Los modos de ventilación de los equipos Dräger pueden dividirse en tres grupos de ventilación: modos de ventilación controlada por volumen, modos de ventilación, por presión y modos de respiración espontánea/asistida. Durante la atención de la

niña usaba modo ventilatorio por presión; que es aquella que mantiene constante dos niveles de presión: el nivel de presión inferior PEEP y el nivel de presión superior presión insp. El volumen y el flujo decreciente son las variables resultantes y pueden variar según los cambios de la mecánica pulmonar.

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio, verificar el modo ventilatorio, la buena posición del tubo endotraqueal que es número 4fr, fijado en 12cm.

La posición prona y con la cabecera a 30ª ayuda a que la distribución de aire sea mayor en las áreas no dependientes o dorsales que en las regiones ventrales. La caja torácica va tener una mayor distensibilidad en el área ventral, además, en la región espinal para permitir que en el área dorsal disminuyan los movimientos torácicos no dependientes y, desplacen la ventilación hacia las regiones ventrales. Al realizar esto se favorece la disminución de la frecuencia de lesión pulmonar inducida por el ventilador (Báez, y otros, 2016).

También, es muy importante controlar periódicamente las funciones vitales, entre ellas, está la oximetría de pulso, ya que permite vigilar cambios iniciales en la oxigenación y puede permitir actuar rápidamente; antes de observar otros signos o síntomas perjudiciales. De la misma forma, se debe controlar la frecuencia respiratoria para poder observar si existe sincronización con el ventilador mecánico, y si la paciente se encuentra acoplada al ventilador mecánico (Mejía & Mejía, 2012).

Asimismo, se debe auscultar periódicamente el tórax en busca de identificar presencia de ruidos o presencia de secreciones bronquiales, evaluar la simetría del tórax y movimientos respiratorios tanto del tórax, y observar ambas fosas nasales. Los cambios de la simetría del tórax o el observar aleteo nasal nos puede indicar la posición incorrecta del tubo endotraqueal, o

complicaciones como barotrauma o neumotórax; así mismo, es de importancia los signos vitales como frecuencia cardiaca, puede estar identificada con taquicardia debido a la estimulación del sistema nervioso simpático, la cual elimina catecolaminas, adrenalina y noradrenalina en un intento por aumentar el oxígeno en los tejidos (Tomicic, y otros, 2008).

Dentro de las evaluaciones y monitorización se observa el color de la piel, temperatura, turgencia de la piel, llenado capilar ungueal que se encuentra en 3, la cual manifiesta el flujo sanguíneo de los tejidos (Donoso, Arriagada, Contreras, Ulloa, & Neumann, 2016).

Otra intervención de suma importancia es la toma de muestra de gases arteriales, la cual brindara información sobre la alteración del intercambio gaseoso. Uno de los factores que puedan producir hipoxemia son el hipo o hipercapnia, el dolor en el post operatorio; por el contrario, un aumento del volumen minuto es la hipertermia, la ansiedad que van a provocar una disminución del CO₂ (Paco₂) (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2015).

Dentro de la preparación del cuidado en cada inicio de turno se debe verificar la presencia de la máscara resucitadora que debe encontrarse operativa y con la válvula de PEEP (Carrillo & Vladimir, 2015).

Por otro lado, se revisa que las tubuladuras del ventilador mecánico en busca de algún acodamiento, ya que esto va a disminuir el volumen de ingreso al paciente, la presencia de agua dentro de los corrugados. Estos corrugados deben estar dirigidos hacia abajo para evitar el retorno de líquido hacia el paciente o hacia el humidificador, por lo que, se vaciará la trampa de agua si estuviera con agua. La verificación de las alarmas, del ventilador de los monitores, deben estar en un volumen mínimo audible, ya que apagar las alarmas pone en riesgo al paciente, al no escuchar los avisos de acuerdo a los parámetros programados para el paciente (Plotnikow,

Accoce, Navarro, & Tribelli, 2018).

Dolor agudo

Según la lengua española, el término dolor se define según su etimología latina (*dolor-oris*) como «aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» y también, como «un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo». La asociación mundial para el estudio del dolor define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica real (actual) presente o potencial o en términos de la misma” (Ibarra, 2006).

El dolor se produce en distintas áreas corticales del SNC, a través de un sistema aparente normalmente inactivo, produciéndose no solo una respuesta refleja, ni solo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes. Primero, el componente sensorial-discriminativo: hace referencia a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como su localización, calidad, intensidad y sus características temporo — espacial. Segundo, el componente cognitivo evaluativo: analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir. Tercero, el componente afectivo emocional: por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia, etc. (Rosselli, 2003).

La profesión de enfermería también contempla la necesidad de aportar una definición propia del dolor, por ello la *North American Nursing Diagnosis Association* indica que el dolor es una “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos” (NANDA, 2015).

La etiología del dolor puede ser multifactorial, una de las causas puede ser el dolor después de un procedimiento quirúrgico; de tal forma que el cuerpo envía una información de que algo negativo está sucediendo para poder iniciar la búsqueda de una solución. Este es un

aspecto positivo de dolor, intentando la protección de la vida. Tras estos múltiples conceptos define el dolor que debe ser única, inherente e individual a cada persona (López & Mingote, 2008).

Es importante iniciar las intervenciones con la monitorización estricta del dolor, ya que el aumento de este puede ocasionar aumento de la presión intracraneana especialmente en los niños sometidos a cirugías neuroquirúrgicas, ya que el trastorno neurológico severo produce cambios metabólicos, los cuales condicionan a presentar alteraciones sistémicas que influirán en el desarrollo de la agresión secundaria del sistema nervioso central, y en una rápida desnutrición del paciente, es decir hipermetabolismo (García & Rodríguez, 2009).

Ruiz, Utrera, Aguilera., & María (2019) clasifican las escalas de evaluación en dos, de auto-evaluación o de hetero-evaluación, la principal diferencia entre ambas es que en la primera el niño valora su propio dolor, mientras que en la otra es un tercero, frecuentemente el personal de salud. Las escalas de auto evaluación sirven para que el niño pueda expresarse y decir lo que siente, por ello estas escalas serán más aprobadas en niños mayores de 6 años de edad, aunque a la vez se debe valorar la madurez del niño y que él pueda participar, es decir, entre 4 a 6 años. En relación a las escalas de hetero-evaluación van dirigidas a todos aquellos niños que no pueden evaluar su dolor, ya sea por su edad, o un problema de salud que les incapacite para ello.

Estas escalas se realizan mediante la observación del niño. Las escalas que nos informan en este estudio en la evaluación hetero evaluación son las siguientes: 0 a 3 para cada ítem, y de 0 a 15 para el resultado final. A partir de cuatro puntos hay que pensar en un tratamiento analgésico; y a partir de siete puntos, un analgésico de segunda categoría. El paciente en estudio es una niña post operada de una neurocirugía, la que la lleva a estar potencialmente expuesta al dolor, motivo por el cual se le mantuvo con la administración de analgesia y sedación

La administración de analgesia, en pacientes es importante ya que la agitación y el dolor aumentan las presiones endocraneales, esta sedación debe aumentarse previa a las manipulaciones, a la vez debe ser bien monitorizada la paciente ya que el uso de estos puede producir cierto riesgo de hipoventilación, apnea, laringoespasmo o alteraciones en la hemodinámica. Se recomienda la monitorización adecuada de los parámetros fisiológicos, y observación continua del niño, lo cual permite el reconocimiento rápido y preciso de las complicaciones y facilita el inicio de medidas de rescate. A la niña en estudio la monitorización se realizó continuamente, en horario y la valoración de enfermería fue también continuo para identificar alguna complicación o efecto adverso por el uso de narcóticos (Escobar, 2012).

Es importante realizar un examen de las pupilas, como parte imprescindible de la evaluación clínica neurológica, constituye una herramienta antológica, pero aún vigente por sus múltiples ventajas: gran asertividad, sencillez y la interpretación de las alteraciones es relativamente simple, facilita la detección precoz de lesiones focales y tiene valor pronóstico. Los cambios pupilares alertan sobre la aparición de complicaciones y ayudan en la diferenciación de otras causas de disminución del nivel de conciencia en el paciente (Cruz, Marrero, Fernandez, & Ocampo, 2012).

Hipertermia

Se define como hipertermia al trastorno de la regulación de la temperatura, ya sea esta por el exceso de la producción de calor, en la que se produce un aumento de la temperatura corporal; como consecuencia de esto salen los mecanismos de eliminación del calor; pero, estos son sobrepasados y entonces aparecen las alteraciones fisiopatológicas típicas de la hipertermia (Maté, Mora, Boscá, & Aguado, 2017).

De igual forma, Lifshitz (2007) define a la fiebre como una elevación transitoria del

punto prefijado del centro termorregulador; esta se va a producir por una interacción de diversos procesos infecciosos y no infecciosos (inflamatorios); este aumento de la temperatura es la manifestación ya que existe un centro termorregulador funcional dependiente de un control hipotalámico. Esta fiebre se puede producir por cuadros patológicos, asociados con la liberación de citoquinas con propiedades pirógenas, conocidas como pirógenos endógenos (PE).

Por otro lado, Ortega (2018) menciona que el aumento de la temperatura interna, de los tejidos en varios grados, conlleva a un aumento de la actividad circulatoria con consecuencias fisiológicas, ya que, esta hipertermia va a determinar la función de los órganos que dependen de ella. Se activan los cambios nutritivos, al comprobarse que las vibraciones moleculares en los tejidos sometidos a estas condiciones producen un aumento de las funciones de asimilación y desasimilación. En consecuencia, de eso se van a incrementar las oxidaciones al favorecer el aumento interno de temperatura y la aceleración de la velocidad de la reacción química.

Asimismo, Ramón & Farías (2014) refieren que la hipertermia es la elevación del valor de la referencia de la temperatura corporal en respuesta a citosinas pirógenas que van actuar sobre el hipotálamo, a través de los receptores que estimulan cambios en ese valor. Esta hipertermia será la consecuencia de una respuesta inflamatoria que podrá ser provocada por diferentes estímulos, y que a la vez van a estar asociadas con bacterias y sus endotoxinas, virus, levaduras, espiroquetas, protozoarios, reacciones inmunitarias, hormonas, medicamentos y polinucleótidos sintéticos. Por lo tanto, la activación del sistema inmunológico innato por patrones moleculares asociados con patógeno o por patrones moleculares asociados con daño a través de receptores es por causa de la hipertermia. También, reconocen que existen tres beneficios que la humanidad ha obtenido en relación a la fiebre; la primera la introducción de la quinina, la segunda, el descubrimiento de la vacunación y la tercera, el desarrollo de la asepsia.

El diagnóstico enfermera se ve relacionado a una causa infecciosa, manifestándose con el aumento de temperatura, frecuencia cardíaca, intranquilidad, aumento del metabolito y leucocitosis.

Según Duarte, y otros (2009) el shock séptico constituye una de las primeras causas de morbi mortalidad en unidades de cuidados infantiles y forma parte de los estadios evolutivos la respuesta inflamatoria sistémica en la edad pediátrica.

Las intervenciones estuvieron direccionadas a regular la temperatura en el paciente, para ello, se realizó la monitorización de las funciones vitales identificando la hipertermia y aumento de la frecuencia respiratoria. Según Gómez, y otros (2013) refieren que la fiebre es un signo importante para determinar si hay neumonía en lactantes. La fiebre elevada ($>38.5^{\circ}\text{C}$) en las primeras 72 horas, se relaciona con mayor frecuencia a una etiología bacteriana o mixta y a un mayor nivel de gravedad.

Luego se le aplicó medios físicos, paños tibios en cabeza y abdomen. El empleo de este procedimiento va a confirmar la vasodilatación que ocurre en la piel, favoreciendo el riego sanguíneo y por consiguiente, va a disminuir la temperatura corporal (Cabrera, Castro, Tápanes, & Durán, 2005).

Posterior a la aplicación de los medios físicos, se administró el tratamiento antipirético indicado, de metamizol 380mg. endovenoso lento y diluido. Este fármaco derivado de las pirazolonas ha sido ampliamente utilizados a través de los años para el control de pacientes muy febriles, cuyo control térmico no ha sido posible con otros fármacos, la dosis terapéutica es de 10mg/kg/día como máximo de cuatro dosis, presentando un rápido descenso de la temperatura, pero, hay un riesgo de hipotermia en niños por debajo del año de edad (Herskovic, 2008).

Asimismo, es un muy importante valorar el balance hídrico y nivel de hidratación del

paciente, evaluar las mucosas orales y el flujo urinario que este adecuado para la edad de la niña.

En la unidad pediátrica se mantiene una temperatura ambiental a 21°C que favorece a la disminución de la temperatura de la menor en estudio, a la vez, se debe estar pendiente en el cambio de cubiertas, en el momento del descenso de la temperatura, manteniendo el confort del paciente.

Según Del Río (2007) el sistema de ventilación y climatización, permitirá controlar la temperatura de cada ambiente mediante termostato. En el estudio aconsejan mantener la temperatura entre 22 y 25 °C durante todo el año y una humedad relativa del 30%.

CP Infección

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre (Ferreira, y otros, 2013).

De igual forma Bayona & Niederbacher (2015) menciona que la infección respiratoria aguda (IRA) es toda aquella patología de presentación con menos de 15 días de evolución de origen infeccioso, que produce afección del tracto respiratorio tanto superior como inferior. Su transmisión es frecuente de persona a persona, a través de la inhalación de aerosoles, gotas con gérmenes provenientes de personas infectadas o de fómites. Diversas entidades clínicas se incluyen en el grupo de IRA rinofaringitis, faringoamigdalitis, bronquiolitis, neumonía, crup, entre otras.

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en poder controlar la infección, para esto lo primero a realizar es la higiene de manos respectiva y luego administrar el tratamiento antibiótico indicado, en el caso de la paciente será a través del CVC. El tratamiento y las indicaciones médicas fueron las siguientes: administrar vancomicina 230mg, endovenoso cada 6 horas. Este antibiótico es un bactericida y ejerce sus efectos uniéndose los precursores de la pared celular de la bacteria, impidiendo la síntesis de estas. El resultado final es una alteración de la permeabilidad de la pared celular de la bacteria incompatible con la vida. También, se administró meropenem 500mg endovenosa cada ocho horas diluido en 50ml. Este antibiótico inhibe la formación de la pared celular, facilitando la lisis de bacteria, siendo su efecto bactericida. El meropenem es una sustancia anfótera que atraviesa fácilmente la membrana externa de la célula (Asociación Española de Pediatría, 2016).

También, es importante realizar la asepsia respectiva del CVC, se entiende que estos dispositivos invasivos que pueden estar implantados durante largo tiempo. Se instalan para la infusión de nutrición parenteral, fluidos (tratamientos), quimioterapia y la monitorización de pruebas diagnósticas. Asimismo, predisponen a complicaciones como la infección y la oclusión, entre otras, que tienen un alto costo económico y de morbimortalidad, por lo que los cuidados de enfermería al aplicar adecuada y oportunamente las técnicas de mantenimiento influyen en la disminución de la infección y oclusión del CVC (García & Margarita, 2015).

Seguido a esto, es importante revisar constantemente el resultado de los análisis de sangre como el hemograma, el dato que se debe observar con precisión es los leucocitos, ya que estas son células presentes en sangre, cuya función es la defensa del organismo frente a las agresiones del medio externo. Su estudio, nos ayudará principalmente al diagnóstico de los procesos hematológicos e infecciosos (Melo, 2012).

Capítulo IV: Evaluación y conclusiones

La valoración de la paciente se realizó el 6 de junio del 2018; la atención de enfermería los días 6 en el turno diurno y 7 de junio en turno noche. Se atendió a la paciente CALL en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; durante el proceso de atención se identificaron diez diagnósticos de enfermería, priorizando cinco para la atención de la paciente.

Evaluación

Primer diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas

Objetivo parcialmente alcanzado: paciente pediátrico evidenció limpieza de vías aéreas de forma parcial durante el turno; ya que presentó ausencia de disnea, sin embargo, continuó con los estertores, sibilantes y secreciones bronquiales.

Segundo diagnóstico: patrón respiratorio ineficaz

Objetivo no alcanzado: paciente pediátrico mantuvo el patrón respiratorio ineficaz al continuar presentando taquipnea y alteración en los movimientos torácicos.

Tercer diagnóstico: dolor agudo

Objetivo parcialmente alcanzado: paciente pediátrico disminuyó dolor agudo al presentar ausencia de irritabilidad, sin embargo, continuó con taquicardia y frecuencia respiratoria anormal.

Cuarto diagnóstico: hipertermia

Objetivo parcialmente alcanzado: paciente pediátrico presentó temperatura parcialmente normal, ya que, el proceso febril continuó durante dos días más.

Quinto diagnóstico: CP infección

Objetivo parcialmente alcanzado: paciente demoró revertir infección debido a su estado ventilatorio y presentar complicaciones posteriores.

Conclusión

Se concluye que el primero, tercero, cuarto y quinto objetivo fueron parcialmente alcanzados, sin embargo, el segundo objetivo no se alcanzó debido a que la niña agravo su estado ventilatorio y presenta complicaciones posteriores.

El proceso de atención de enfermería permitió recoger los datos principales al realizar la valoración, luego se pudo formular diagnósticos acordes con los datos significativo. Finalmente se pudo realizar planes de cuidados con intervenciones que se ejecutaron y fueron de beneficio para la paciente.

Bibliografía

- Aranceta, J., Aldrete, J., Alexander, E., & Alvarez, R. (2018). Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. *Med Int Méx*, 34(2), 214-243. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182f.pdf>
- Asociación Española de Pediatría. (2016). *Meropenem*. Madrid: AEP. Obtenido de <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/meropenem>
- Bacardí, P., Paéz, Y., Jones, O., Rodríguez, A., & Gondres, K. (2015). Caracterización clínica de pacientes con ventilación mecánica no invasiva en terapia intermedia. *Panorama Cuba y Salud*, 10(1), 24-30. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2015/pcs151e.pdf>
- Báez, R., Monraz, S., Castillo, P., Rumbo, U., García, R., Ortíz, R., & Fortoul, T. (2016). La exploración del tórax: una guía para descifrar sus mensajes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(6), 43-57. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600043&lng=es&tlng=es.
- Bayona, Y., & Niederbacher, J. (2015). Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. *MÉD*, 8(1), 133-141. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a14.pdf>
- Buendía, F., & Martínez, J. (2006). Efectividad comparada de la máscara PEP en la eliminación de secreciones. *Revista de Fisioterapia*, 3-7. Obtenido de <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/433>
- Cabrera, R., Castro, M., Tápanes, J., & Durán, G. (2005). Método físico para la regulación de la temperatura corporal. *Revista Cubana de Enfermería*, 13(2), 80-85. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000200004&lng=es&tlng=es.

Carrillo, E., & Vladimir, E. (2015). Reclutamiento alveolar y decúbito prono para el manejo del síndrome de insuficiencia respiratoria. *Med Int Mex*, 21(1), 60-68. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6844>

Cruz, A., Marrero, Y., Fernandez, B., & Ocampo, E. (2012). El examen de las pupilas en el neuromonitoreo clínico del paciente con trauma craneoencefálico. *Medicina Intensiva*, 29(1). Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pbig2t9y0lsJ:revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/292/265/+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

De Vita, V., Weisburd, G., Beltramino, D., & Bussi, E. (2014). Conocimiento actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clínico en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Médica de Rosario*, 105-116. Obtenido de <http://www.caecihs.uai.edu.ar/libros%20y%20art%C3%ADculos/Dr%20Guillermo%20Weisburd%20-%20Lavado%20de%20manos.pdf>

Donoso, A., Arriagada, D., Contreras, D., Ulloa, D., & Neumann, M. (2016). Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(3), 149-165. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-monitorizacion-respiratoria-del-paciente-pediatrico-S1665114616300399>

Duarte, J., Espinosa, R., Sánchez, G., De Santiago, J., Díaz, S., & Lee, V. (2009). Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. *Revista de la Asociación Mexicana de*, 23(4), 225-233. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2009/ti094g.pdf>

- Escobar, P. (2012). *Cuidados de Enfermería en la UCI Pediátrica*. Barcelona: Hospital Universitario Vall Hebron. Obtenido de <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/PurificacionEscobar.pdf>
- Fernández, R. (2016). Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA. *Medicina Intensiva*, 30(8), 374-378. doi:10.1016/S0210-5691(06)74551-X
- Ferreira, E., Báez, R., Trejo, B. F., Delgado, G., Lingdao, O., Mendoza, L., & García, L. (2013). Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 307-313. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55suppl2/S307-S313/es>
- García, C., & Margarita, E. (2015). Mantenimiento del catéter venoso central en la unidad de trasplante de médula ósea. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 23(3), 157-62. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim153e.pdf>
- García, M., & Rodríguez, A. (2009). Traumatismo craneoencefálico y manejo nutricional del paciente neurológico en estado crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 2(2), 106-113. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754010.pdf>
- Garnero, A., Abbona, H., Gordo, F., & Hermosa, C. (2013). Modos controlados por presión versus volumen en la ventilación mecánica invasiva. *Medicina intensiva*, 37(4), 292-298. doi:10.1016/j.medin.2012.10.007
- Gómez, C., Florez, I., Morales, O., Bermúdez, M., Aguilar, J., & López, L. (2013). Correlación entre la fiebre y la frecuencia respiratoria en menores de 5 años. *Revista chilena de pediatría*, 84(4), 409-416. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000400007>

- Grünberg, G., Gelpi, X., & Quintana, V. (2009). Alteraciones del intercambio gaseoso durante la ventilación mecánica en neurocirugía prolongada. *Revista Chilena de Anestesia*, 38(1), 15-23. Obtenido de <https://revistachilenadeanestesia.cl/alteraciones-del-intercambio-gaseoso-durante-la-ventilacion-mecanica-en-neurocirugia-prolongada/>
- Hein, D., Amorim, B., Martins, V., De Oliveira, M., De Jesus, S., & De Abreu, M. (2017). Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25(e2954). doi:10.1590/1518-8345.1950.2954
- Herskovic, P. (2008). Tratamiento sintomático de la fiebre. *Revista chilena de pediatría*, 70(5), 431-432. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000500011>
- Ibarra, E. (2006). Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(2), 65-72. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es&tlng=es.
- Ige, M., & Chumacero, J. (2010). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 270-280. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400011&lng=es&tlng=es.
- Lechtzin, N. (12 de Setiembre de 2017). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/biolog%C3%ADa-de-los-pulmones-y-de-las-v%C3%ADas-respiratorias/intercambio-de-ox%C3%ADgeno-y-di%C3%B3xido-de-carbono>
- Lifshitz, A. (2007). Fiebre y otras formas de elevación térmica. *Revista de investigación clínica*,

- 59(2), 130-138. Obtenido de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es&tlng=es.
- López, M., & Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300005&lng=es&tlng=es.
- Maté, M., Mora, J., Boscá, A., & Aguado, F. (2017). *Transtornos de la regulación de la temperatura*. Malaga: Universidad de Málaga. Obtenido de
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/temp.pdf>
- Mejía, H., & Mejía, M. (2012). Oximetría de pulso. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51(2), 149-155. Obtenido de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200011&lng=es&tlng=es.
- Melo, M. (2012). Interpretación del hemograma. *Pediatría Integral*, XVI(5), 413.e1-413.e6. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-06/interpretacion-del-hemograma/>
- NANDA. (2015). *Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificacion 2015-2017*. España: Edit. Elsevier.
- Oliveira, D., Campos, R., Marin, S., Garbin, L., Merízio, F., & Barcellos, M. (2012). Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con veía aérea artificial: revisión sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_23.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2015). *Guía para el*

- manejo integral del recién nacido grave*. Guatemala: OPS/OMS. Obtenido de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=773-guia-para-el-manejo-integral-del-recien-nacido-grave&category_slug=boletines-en-web&Itemid=518
- Ortega, F. (2018). *Cuidado de enfermería a paciente con toracocentesis, Hospital III Essalud Juliaca, 2018*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3428/SEG.ESPEC_FLORA%20ORTEGA%20HUANCA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pascoal, L., De Oliveira, M., Resende, D., Amorim, B., Martins, V., & Magalhães, F. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1-10. doi:10.1590/0104-1169.0269.2581
- Peralta, M. (2019). *La nebulización y su influencia en el tratamiento de bronquiolitis aguda en niños menores de 2 años ingresados en la unidad de pediatría del Hospital Seguro Social, Babahoyo- Los Ríos, Mayo a Setiembre 2019*. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/6981/1/P-UTB-FCS-TERRE-000147.pdf>
- Plotnikow, G., Accoce, M., Navarro, E., & Tribelli, N. (2018). Acondicionamiento del gas inhalado en pacientes con vía aérea artificial. Revisión narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*, 30(1), 86-97. doi:10.5935/0103-507X.20180015
- Ramón, F., & Farías, J. (2014). La fiebre. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 20-33. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400020&lng=es&tlng=es

- Rosselli, M. (2003). Maduración Cerebral y Desarrollo Cognoscitivo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 125-144. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100005&lng=en&tlng=es
- Ruiz, G., Utrera, E., & Aguilera, M. (2019). Evaluación del dolor en las urgencias pediátricas. *Ciberrevista Enfermeriadeurgencias*, 1-6. Obtenido de <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15795527&AN=138041389&h=xzqR50PSSFT0VYWXoQaEue%2fS4MBCE2sYuqqtDs%2b1EK9Lx2cD6mrQXTfHbPPi4%2bz%2fNCK8zHfdrsWu4Oo0%2bVgUBg%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resu>
- Ruiz, G., Utrera, E., Aguilera., & Maria. (2019). *Evaluación del dolor en las Urgencias Pediátricas*. Granada: Enfermería de urgencias. Obtenido de <http://ciberfebrero2019.enfermeriadeurgencias.com/images/1.pdf>
- Tomicic, V., Espinoza, M., Andresen, M., Molina, J., Calvo, M., Ugarte, H., . . . Esteban, A. (2008). Características de los pacientes que reciben ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos: primer estudio multicéntrico chileno. *Revista médica de Chile*, 136(8), 959-967. doi:10.4067/S0034-98872008000800001
- Torres, V., Martín, V., & Manso, I. (2007). Infecciones respiratorias y desnutrición. *Gacetas Médicas Espirituana*, 9(3). Obtenido de <http://revgm.espirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/809/670>
- Villegas, J., Villegas, O., & Villegas, V. (2012). Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. *Archivos de Medicina (Col)*, 12(2), 221-240. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

Zafra, M. (2016). Semiología Respiratoria. *Pediatría Integral*, XX(1), 62.e1–62.e12. Obtenido de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/06/n1-062e1-e12_R-bases_Zafra.pdf

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DEL PACIENTE EN UCI PEDIATRÍA

KKK

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. PEDIATRÍA () 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;">PATRÓN PERCEPCIÓN- CONTROL DE LA SALUD</div> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: DM () Gastritis/Úlcera () TBC () Asma () Cardiopatía () 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;">PATRÓN 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;">PATRÓN RELACIONES-ROL</div> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Vive con los padres (solo al ingreso) Si () No ()</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocupación y hora de trabajo sin embargo ajo de los padres (solo al ingreso) <p>Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Con los padres: Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NO APLICA: (ejm: TETsedado, inconsciente) ❖ Con el personal: Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NE..... <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:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN 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;">PATRÓN DESCANSO-SUEÑO</div> <p>Sueño: a) Conservado () b) Insomnio () c) Alterado: Por enfermedad () Por terapéutica ()</p> <p>Motivo: _____</p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PATRÓN 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 ()</p> <p>Sibilantes () : Inspiratorio () espiratorio ()</p> <p>Uso de músculos respiratorios:</p>

problemas de drogadicción: si () no () **quien:**
 Pandillaje: Si () No () Otros: _____
 Especifique: _____

PATRON 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 () Meióticas () Midriáticas ()

TAMAÑO:
 Comentarios: _____

Escala de Glasgow: Lactante

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Baluceo 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

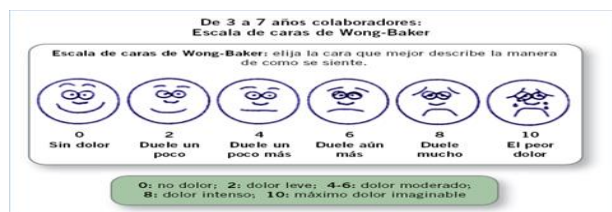
Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Orientado 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confuso 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapropiado 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Sonido inespec. 2	Decorticación 3
	Ninguno 1	Descerebración 2
		Ninguno 1

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

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

Características del patrón respiratorio:

Frecuencia :

Apnea () braquipnea () taquipnea () DISNEA () NO APLICA () ... ej.: TET

Ritmo :

Regular () irregular ()

Profundidad:

Normal () superficial () profunda ()

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

UBICACIÓN: Derecho () Izquierdo ()

CARACTERÍSTICAS:

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:

Ritmo cardiaco :

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
	Antidepresivos	1
Déficits sensoriales	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
Estado mental	Extremidades	1
	Orientado	0
Deambulacion	Confuso	1
	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 :

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

Observaciones: _____

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	MOBILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	IMMOBIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

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

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()

GRANDE ()

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:

Nauseas () vómitos () RG ()

Parenteral:

NPP () NPT ()

Integridad de la piel y mucosa:

intacta ()

lesiones: eritema () ulcera () necrosis () **EQUIMOSIS ()**

FLICTEMAS () VESÍCULAS () ESCORIACIONES ()

Lugar: _____

Herida Operatoria: Si () No ()

Amarillo ámbar () hematórica () colúrica ()

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 :

yeyunostomia () 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: _____

<p>Ubicación: _____ Características: _____ Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos () Serosos () Hemáticos () Serohemáticos () Observaciones: _____ Drenaje: Si () No () Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____ Termorregulación : Normotermia () hipotermia () hipertermia ()</p>	
---	--

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con insuficiencia respiratoria aguda y post operada de tumor temporal izquierdo en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018”. El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales L. P. CH. M. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Mirian Yohanna Sedano Ramos, bajo la asesoría del Mg. Neal Reyes Gastañadaui. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y, que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto, antes que el informe esté finalizado sin ningún tipo de penalización. Lo mismo, se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma
