

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico médico insuficiencia respiratoria aguda de la unidad de cuidados intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2020

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos

Por:

Patricia Chocccña Trujillo

Asesora:

Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Lima, 18 de enero de 2021

DECLARACION JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

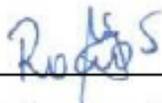
Yo, Rocío Suarez Rodríguez, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

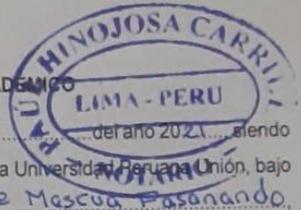
Qué el presente trabajo académico titulado: Proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico médico insuficiencia respiratoria aguda de la unidad de cuidados intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2020. Constituye la memoria que presenta la licenciada Patricia Chocña Trujillo, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: 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 dieciocho días del mes de enero de 2021.



Mg. Rocío Suarez Rodríguez



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

En Lima, Naña, Villa Unión, a las 18 días del mes de enero del año 2021, siendo las 09:30 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Mg. Katherine Mascua Pasanando, el secretario: Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui y los demás miembros:

..... y el asesor Mg. Rocío Suarez Rodriguez con el propósito de administrar el acto académico de sustentación Trabajo Académico de Segunda Especialidad titulado: Proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico médico insuficiencia respiratoria aguda de la unidad de cuidados intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2020.

Conducente a la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos

(Denominación del Título Segunda Especialidad Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado. Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato: PATRICIA CHOCCÑA TRUJILLO

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
APROBADO	16	B	Bueno	Muy Bueno

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente

Esta sustentación fue realizada de manera virtual, conforme al reglamento general de grados y títulos.

Secretario

Asesor

Miembro

Miembro

Candidato/a

Índice

Símbolos usados.....	1
Resumen.....	3
Capítulo I	4
Valoración	4
Datos generales.....	4
Resumen de motivo de ingreso.....	4
Valoración de los patrones funcionales	7
Exámenes auxiliares	7
Tratamiento médico	8
Capítulo II.....	9
Diagnóstico, planificación y ejecución	9
Diagnóstico enfermero	9
Planificación	12
Priorización de diagnósticos de enfermería	13
Planes de cuidados	14
Capítulo III.....	19
Marco teórico.....	19
Limpieza ineficaz de vías aéreas	19
Deterioro de la ventilación espontánea.....	21
Riesgo de infección	24
Riesgo de ulcera por presión	26
Ansiedad.....	28
Capítulo IV.....	30

Evaluación y conclusión.....	30
Primer diagnósticos	30
Segundo diagnóstico.....	30
Tercer diagnóstico	30
Cuarto diagnóstico.....	31
Quinto diagnóstico.....	31
Conclusiones	32
Referencia	33
Apéndice	36

Índice de tablas

Tabla 1. Datos de valoración complementaria	7
Tabla 1. Proteínas totales y fraccionadas (08-09-17).....	7
Tabla 2 Bioquímico (08-09-17)	7
Tabla 3. Hemograma (08-09-17).....	7
Tabla 4. Calcio (08-09-17).....	8
Tabla 5. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares	14
Tabla 6. Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos- faringolaringotraqueomalasia evidenciado por tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO2 :21 %	15
Tabla 7. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía).....	16
Tabla 8. Riesgo de ulcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía	17
Tabla 9 Ansiedad relacionada con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario evidenciado por se muestra inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”	18

Índice de anexos

Apéndice	<u>36</u>
Apéndice A. Guía de valoración de enfermería al ingreso pediatría.....	<u>36</u>
Apéndice B. Consentimiento informado	<u>42</u>

Símbolos usados

ACP: Ambos campos pulmonares

BHE: Balance hídrico estricto

CPAP: Presión positiva continua en la vía aérea

CFV: Control de funciones vitales

FR: Frecuencia respiratoria

FC: Frecuencia cardiaca

FIO₂: Fracción inspiratoria de oxígeno

HB: Hemoglobina

HCTO: Hematocrito

NOC: Nursing Outcomes Classification (es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente)

NIC: Nursing Interventions Classifications

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

PA: Presión Arterial

PEEP: Presión positiva al final de la espiración

RCP: Reanimación cardiopulmonar

RHA: Ruidos hidroaéreos

SIMV: Ventilación intermitente mandataria sincronizada

SC: Superficie corporal

SATO₂: Saturación de oxígeno

SGT: Sonda de gastrostomía

TQT: Tubo de traqueostomía

T^a : Temperatura

TAC: Tomografía axial computarizada

UCIN: Unidad de cuidados intermedio

VM: Ventilador mecánico

Resumen

En el presente trabajo de investigación, se aplicó el proceso de atención de enfermería realizado en la UCIN de un hospital de Lima. El diagnóstico médico, al ingreso del paciente, fue insuficiencia respiratoria aguda. Se realizó la valoración con la guía de patrones funcionales de Marjory Gordon y en los 2 días de cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 5 que fueron: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia de secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares; deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos-faringolaringo-traqueomalasia evidenciado por tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO₂:21 %; riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía); riesgo de úlcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía; ansiedad relacionada con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario evidenciado por se muestra inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”. Los objetivos generales fueron: paciente pediátrico presentará vías aéreas permeables durante el turno. Paciente pediátrico disminuirá el deterioro de la ventilación espontánea, Paciente pediátrico disminuirá el riesgo de infección durante la permanencia en el servicio. Paciente pediátrico disminuirá el riesgo de úlceras por presión. Paciente pediátrico disminuirá la ansiedad progresivamente.

De los objetivos planteados los 4 primeros fueron alcanzados, sin embargo, el último fue parcialmente alcanzado, debido a que el paciente no lograba conciliar el sueño.

Palabras clave: IRA, Síndrome de Moebius, cuidado de enfermería.

Capítulo I: valoración

Datos generales

Nombre : D.P.P
Sexo : Masculino
Edad : 3 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente pediátrico varón de 3 años de edad se encuentra hospitalizado en el servicio de UCI Pediátrica (18-08-14). Por Insuficiencia Respiratoria secundario a malasia severa de vías áreas superior e inferior, al inicio requirió ventilación mecánica invasiva modo SIMV hasta los 6 meses de vida, luego pasa a CPAP por traqueostomía (dic-2014), es portador de Gastrostomía desde enero 2015 por trastorno de deglución; posteriormente, ingresa el 13-03-2015 a la Unidad de Cuidados Intermedios para continuar con ventilación mecánica modo CPAP. Diagnóstico médico: Insuficiencia Respiratoria Aguda -Síndrome de Moebius.

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón I: Percepción- control de la salud

Madre refiere que desde el mes de nacido su hijo está hospitalizado, tuvo un nacimiento por cesárea por oligoamnios a término (13 de julio 2014), siendo diagnosticado con Síndrome de Moebius y pie de Bott bilateral, estenosis subglótica, con antecedentes de paro respiratorio, tiene una permanencia hospitalaria por más de un año.

Al momento de la entrevista, la madre refiere que su hijo tuvo con crisis epiléptica al mes de vida, presentó paro respiratorio en la cual se realizó RCP al mes de vida, con vacunas incompletas y presenta estenosis Subglótica, Faringolaringotraqueomalasia severa y retraso del desarrollo psicomotor con 1626 días de hospitalización.

Patrón II: Nutricional metabólico

Paciente pediátrico de 3 años con peso de 13Kg y talla de 86 cm, se encuentra con piel tibia turgente con presencia de palidez con una temperatura de 36.5°C-37°C; presenta sialorrea, se le observa abdomen distendido con ruidos hidroaéreos normales ++/+++, presenta gastrostomía desde julio del 2015, de la cual se le realizó la curación el 20-10-2017 y recibe su alimentación y tratamiento por su gastrostomía. Su crecimiento y desarrollo para su edad presenta retraso.

Patrón III: Eliminación

Paciente pediátrico realiza deposiciones sólidas: cada dos días, no elimina flatos, con un total de diuresis de 520 cc en 12 horas con uso de pañal descartable.

Patrón IV: Actividad ejercicio

Actividad respiratoria

Paciente pediátrico se encuentra en posición semifowler, portador de traqueotomía con tubo N° 5, que está conectado a ventilador mecánico: modo CPAP FiO2 21%, PEEP: 6, con presencia de secreciones traqueobronquiales densas amarillas, con tórax normal simétrico a la auscultación con crepitantes en ACP, con una frecuencia respiratoria: 30-34x', SatO2: 95-97%.

Actividad circulatoria

Paciente con frecuencia cardíaca: 104 por minuto, irregular, pulso periférico presente a nivel carotídeo, braquial, radial y tibial posterior con un llenado capilar < 2''. Su hemoglobina de 11.2mg/dl y hematocrito de 35%.

Capacidad de autocuidado

Paciente pediátrico en cama con fuerza muscular disminuida con hipotonía con postración crónica y grado de dependencia IV, presenta alto riesgo de caída según la escala de Downton.

Patrón V: Perceptivo cognitivo

Paciente pediátrico con retraso psicomotor presenta estrabismo bilateral con tamaño pupilar de 2mm, despierto durante el día, en la escala de Glasgow 13 pts.

Patrón VI: Autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés

Se observa al paciente con periodos de ansiedad mostrándose inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”.

Patrón VIII: Relaciones – rol

La familia es nuclear conformado por los padres, el niño y una hermana mayor, paciente recibe visita poco frecuente de la madre que es responsable del menor y rara vez de la hermana. El soporte familiar de la familia es el padre que por motivo de trabajo no se relaciona con el niño.

Patrón IX: valores y creencias

La madre refiere que profesan la religión católica.

Patrón X: descanso- sueño

Paciente presenta sueño interrumpido por lo diferentes procedimientos y tratamiento de enfermería.

Patrón XI: sexualidad reproducción

Paciente presenta los genitales acordes a su edad en regular estado de higiene.

Datos de valoración complementarios:

Tabla 1.
Proteínas totales y fraccionadas (08-09-17)

	Valores obtenidos	Valores normales
Proteínas totales	7.5g/dl	6.4 -8.3 g /dl
Albumina sérica	4,1 g/dl	3.4 -4.8 g /dl

fuente (Historia clínica)

Tabla 2.
Bioquímico (08-09-17)

	Valores obtenidos	Valores normales
Glucosa basal	50 mg/dl	40-80 mg/dl
Urea	18.8mg/dl	4.00 – 19.00 mg/dl
Creatinina sérica	0.1 mg/dl	0.2 -0.9 mg/dl

fuente: (Historia clínica)

Tabla 3.
Hemograma (08-09-17)

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	11.2mg/dl	11- 15 mg/dl
Hematocrito	35%	33 – 45%
Plaquetas	408 000cel/mm3	150000-450000cel/mm3
Linfocitos	44%	20-50%
Monocitos	8%	3-7%
Eosinófilos	6%	1-4%
Segmentados	46%	40 – 70 %

fuente: (Historia clínica)

Tabla 4.
Calcio (08-09-17)

	Valores obtenidos	Valores normales
Calcio	9.34 mg/dl	8.5 – 10.2 mg/dl

fuentes: (Historia clínica)

Tratamiento médico primer día (20 – 10 – 17)

- a) Ablactancia 200cc por toma por 4 tomas
- b) Leche entera al ½ +azúcar 5% con volumen de 200cc por toma por 3 toma
- c) Omeprazol 20mg por SGT (sonda de gastrostomía) c/ 24 horas
- d) Lactulosa 12 cc por SGT (sonda de gastrostomía) c/ 12 horas
- e) Paracetamol PRN (condicional a dolor o temperatura) T>38°C, 200mg SGT (sonda de gastrostomía).
- f) Cuidados de VM -TQT-SGT
- g) Control de Funciones vitales y Balance hídrico

Tratamiento médico segundo día (21 – 10 – 17)

- a) Ablactancia 200cc por toma por 4 tomas
- b) Leche entera al ½ +azúcar 5% con volumen de 200cc por toma por 3 toma
- c) Omeprazol 20mg por SGT (sonda de gastrostomía) c/ 24 horas
- d) Lactulosa 12 cc por SGT (sonda de gastrostomía) c/ 12 horas
- e) Paracetamol PRN (condicional a dolor o temperatura) T>38°C, 200mg SGT (sonda de gastrostomía).
- f) Cuidados de VM -TQT-SGT
- g) Control de Funciones vitales y Balance hídrico

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: limpieza ineficaz de vías aéreas.

Características definitorias: disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares.

Factor relacionado: presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas.

Enunciado de enfermería: limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado por disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la ventilación espontánea.

Características definitorias: tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO₂ :21 %.

Factor relacionado: fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos- faringolaringotraqueomalasia.

Enunciado de enfermería: deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos- faringolaringotraqueomalasia evidenciado por tubo de traqueostomía conectado a ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO₂ :21 %.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía).

Enunciado de enfermería: riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

Cuarto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de úlcera por presión.

Factor de riesgo: disminución del movimiento secundario hipotonía.

Enunciado de enfermería: riesgo de úlcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía y postración prolongada.

Quinto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Características definatorias: paciente presenta momentos de irritable y lloroso.

Factor relacionado: proceso de enfermedad y ambiente hospitalario.

Enunciado de enfermería: ansiedad relacionado con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario e/p inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”.

Sexto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: trastorno del patrón del sueño.

Características definatorias: interrupción por el tratamiento y presencia de secreciones traqueobronquiales.

Factor relacionado: procedimientos de atención de enfermería.

Enunciado de enfermería: trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupción por tratamiento y presencia de secreciones traqueobronquiales.

Séptimo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.

Características definatorias: presencia de SGT.

Factor relacionado: incapacidad para ingerir alimentos secundarios a trastornos fisiopatológicos.

Enunciado de enfermería: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos secundarios trastornos fisiopatológicos evidenciado por SGT.

Octavo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caída.

Factor relacionado: edad y ansiedad del paciente.

Enunciado de enfermería: riesgo de caída relacionado con edad y ansiedad del paciente.

Noveno diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la movilidad.

Características definatorias: paciente con disminución en la movilidad físico.

Factor relacionado: deterioro neuromuscular.

Enunciado de enfermería: deterioro de la movilidad relacionado con deterioro neuromuscular.

Decimo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: cansancio del rol del cuidador.

Factor relacionado: enfermedad crónica y de larga estancia hospitalaria del hijo

Enunciado de enfermería: cansancio del rol del cuidador relacionado con enfermedad crónica y de larga estancia hospitalaria del hijo.

Planificación

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares.

Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos- faringolaringotraqueomalasia e/p tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO2 :21 %.

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía).

Riesgo de úlcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía.

Ansiedad relacionada con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario evidenciado por se muestra inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”.

Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupción por tratamiento y presencia de secreciones traqueobronquiales.

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos secundarios trastornos fisiopatológicos evidenciado por SGT.

Riesgo de caída relacionado con edad y ansiedad del paciente.

Deterioro de la movilidad relacionado con deterioro neuromuscular.

Cansancio del rol del cuidador relacionado con enfermedad crónica y de larga estancia hospitalaria del hijo.

Priorización de los diagnósticos enfermería

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares.
2. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos- faringolaringotraqueomalasia e/p tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO2 :21 %.
3. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía).
4. Riesgo de úlcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía.
5. Ansiedad relacionada con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario evidenciado por se muestra inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”.

Planes de cuidados

Tabla 5.

Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares.

Planificación		Ejecución		
Objetivos	Intervenciones	FECHA:22/10/20		
		M	T	N
<p>Objetivo General</p> <p>El paciente presentará vías aéreas permeables durante el turno.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>El paciente presentará secreciones fluidas y en menor cantidad durante el turno</p> <p>paciente presentará la auscultación disminución de sonidos roncantes durante el turno.</p> <p>El paciente presentará una tos eficaz.</p>	1) Valorar la función respiratoria, profundidad y trabajo respiratorio y SatO2 durante el turno.	✓	✓	✓
	2) Valorar las secreciones tanto la cantidad, consistencia y color.	✓	✓	✓
	3) Mantener la cabecera de la cama elevada a 30 a 45 grados.	✓	✓	✓
	4) Mantener el equipo de aspirador disponible.	✓	✓	✓
	5) Auscultar ruidos respiratorios, observar la presencia de roncus durante el turno.	✓	✓	✓
	6) Realizar nebulizaciones cada 12 horas con 5cc de CLNa 0.9%	✓		✓
	7) Aspirar por boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto de la flema.	✓	✓	✓
	8) Evaluar disnea, estridor laríngeo y cianosis en el turno.	✓	✓	✓
	9) Observar las características de la tos: ejemplo, persistente, seca, húmeda y ayudar con las medidas para aumentar la eficacia del esfuerzo de la tos durante el turno.	✓	✓	✓
	10) Realizar fisioterapia respiratoria según indicación médica		✓	
	11) Realizar cambio postural cada 2 horas.	8 a.m. -10-12	14-16-18	20-12 a.m. 6 a.m.
	12) Realizar el registro de enfermería.	✓	✓	✓

Tabla 6.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos- faringolaringo-traqueomalasia evidenciado por tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO2 :21 %.

Planificación		Ejecución		
Objetivos	Intervenciones	Fecha: 22/10/20		
		M	T	N
<p>Objetivo general</p> <p>El paciente disminuirá el deterioro de la ventilación espontánea,</p> <p>Resultados esperados</p> <p>El paciente presentará disminución de esfuerzo respiratorio.</p> <p>El paciente presentará buena tolerancia a disminución de parámetros del ventilador: PEEP:6cm H2O FiO2:0.21%</p>	1. Valorar las funciones vitales priorizando la función respiratoria, profundidad y trabajo respiratorio y SatO2 durante el turno.	✓	✓	✓
	2. Mantener la cabecera de la cama elevada a 30 a 45 grados.	✓	✓	✓
	3. Valorar los parámetros del ventilador y sistema de t° y humidificación oxigenaría.	✓	✓	✓
	4. Verificar la permeabilidad de los corrugados y conexiones del ventilador, que no estén acodados.	✓	✓	✓
	5. Verificar que los corrugados estén libres de agua.	✓	✓	✓
	6. Valorar la respuesta respiratoria ante la modificación de parámetros del VM. Peep:5 cmH2O.	✓		✓
	7. Realizar el registro de enfermería.	✓	✓	✓

Tabla.7.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía)

Planificación		Ejecución		
Objetivos	Intervenciones	Fecha: 22/10/20		
		M	T	N
Objetivo general: El paciente disminuirá el riesgo de infección durante la permanencia en el servicio.	1) Valorar los signos de infección a través de las funciones vitales, priorizando la temperatura y frecuencia cardiaca. T :37°C, FC:104 x	✓	✓	✓
	2) Mantener las medidas de bioseguridad en todos los procedimientos (lavado de manos, etc)	✓	✓	✓
	3) Realizar el lavado de manos.	✓	✓	✓
	4) Aspirar por boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto de la flema.	✓	✓	✓
	5) Observar signos de inflamación, rubor alrededor del ostoma.	✓	✓	✓
	6) Realizar la curación de la ostomía 2 veces al día y según necesidad.	✓		✓
	7) Mantener los cuidados de la traqueostomía con técnica estéril cada 4 a 6 horas si se procede: cambiar la sujeción de la traqueostomía, limpiar y secar la zona alrededor de la ostomía.	✓	✓	✓
	8) Administrar mupirocina al 2% en zona de ostoma después de la limpieza.	✓		✓
	9) Valorar los resultados de hemograma.	✓		
	10) Educar a la madre sobre el procedimiento del lavado de manos		✓	
	11) Realizar el registro de enfermería.	✓	✓	✓

Tabla 8.

Dx enfermería: Riesgo de ulcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía.

Planificación	Ejecución		
Intervenciones	Fecha: 22/10/20		
	M	T	N
1) Observar la piel frecuentemente en busca de zonas de enrojecimiento o presión.	✓	✓	✓
2) Colocar colchón anti-escaras.	✓		
3) Realizar el baño del paciente diariamente con agua tibia y jabón suave, mantener la piel seca y aplicar crema hidratante.	✓		
4) Mantener las sábanas lisas y sin arrugas	✓	✓	✓
5) Realizar cambio de posición postural cada 2 horas	08/10/2012	02/04/2006	9-12-3-6
6) Realizar el registro de enfermería.	✓	✓	✓

Tabla 9.

Dx enfermería: Ansiedad relacionada con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario evidenciado por se muestra inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”.

Planificación		Ejecución		
Objetivos	Intervenciones	Fecha: 22/10/20		
		M	T	N
<p>Objetivo general:</p> <p>El paciente disminuirá la ansiedad progresivamente.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>El paciente evidenciará mayor tranquilidad.</p>	1. Valorar el estado de ansiedad del paciente.	✓	✓	✓
	2. Brindar medidas de comodidad y confort.	✓	✓	✓
	3. Proporcionar a aquellas actividades recreativas encaminadas a reducir el estrés, como la musicoterapia.	✓	✓	
	4. Ajustar el ambiente para favorecer al descanso y sueño.	✓	✓	✓
	5. Permitir la presencia del familiar durante el horario de visita.		✓	

Capítulo III

Marco teórico

1.- Limpieza ineficaz de vías aéreas

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables (NANDA, 2018-2020).

Presencia de secreciones bronquiales, sangre o contenido gástrico, que pueden encontrarse en la vía aérea (boca, nariz, laringe o tramos más distales).

Según NANDA (2018-2020), las características definitorias para esta etiqueta son: alteración de la frecuencia respiratoria, alteración del patrón respiratorio, ausencia de tos, cantidad excesiva de esputo, cianosis, dificultad para verbalizar, disminución de los sonidos respiratorios, disnea, inquietud, mirada con los ojos muy abiertos, ortopnea, sonidos respiratorios anormales y tos ineficaz.

Según los factores relacionados, el paciente presenta el diagnóstico de Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con presencia secreciones traqueobronquiales densas amarillas evidenciado por disminución del reflejo tusígeno y roncus en ambos campos pulmonares.

Se escogió este diagnóstico por la patología que presenta el paciente que es la I.R.A, en la que hay dificultad respiratoria a su vez los alveolos se acumulan de secreciones y el paciente no las puede eliminar, la que genera que el paciente no pueda tener una mejor oxigenación.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr la mejoría se realizaron las siguientes intervenciones:

Valorar la función respiratoria, profundidad y trabajo respiratorio y SatO₂ durante el turno. Las respiraciones pueden presentarse de forma rápida a causa del estado del paciente por lo que es necesario la valorarla (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2008).

Valorar las secreciones tanto la cantidad, consistencia y color. La valoración del sistema respiratorio favorece la identificación oportuna de procesos inflamatorios, secreciones que pueden ocasionar tos sonidos roncantes y secreciones espesas (Gutierrez, 2010).

Mantener la cabecera de la cama elevada a 30 a 45 grados. Al mantener la cabeza elevada, se baja el diafragma, o que favorece la expansión del tórax la aireación de los segmentos pulmonares, la movilización y la expectoración de las secreciones para mantener la vía áreas limpias (Potter & Perry, 2015).

Mantener el equipo de aspirador disponible. El equipo de aspirador debe estar disponible ante cualquier emergencia y prevenir riesgos y actuar con prontitud (Doenges et al., 2008).

Auscultar ruidos respiratorios, observar la presencia de roncus durante el turno. La presencia de roncus puede identificar obstrucción de las vías aéreas o acumulación de secreciones espesas y copiosas (Potter & Perry, 2015).

Realizar nebulizaciones cada 12 horas con 5cc de CLNa 0.9%. La nebulización se utiliza con la finalidad de humidificar los bronquios y sus secreciones y con ello facilitar la expulsión de dichas secreciones (Canalejas, Martínez, Martín, & Cid, 2002).

Aspirar por boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto de la flema. El edema o dolor puede deteriorar la capacidad del paciente para limpiar sus propias vías aéreas. Por ello, es necesario a través de la aspiración mantener vías aéreas libre de secreciones y favorecer a la ventilación (Doenges et al., 2008).

Evaluar disnea, estridor laríngeo y cianosis en el turno. Son indicadores de obstrucción traqueal o espasmo laríngeo, que requieren una rápida evaluación e intervención (Berman, 2013).

Observar las características de la tos: ejemplo, persistente, seca, húmeda y ayudar con las medidas para aumentar la eficacia del esfuerzo de la tos durante el turno. La tos puede ser persistente, aunque ineficaz, en especial si el paciente está debilitado. la tos es más eficaz en posición erguida o con la cabeza hacia abajo después de una percusión torácica (Casas, Contreras, Zuluaga, & Mejia, 2008).

Realizar fisioterapia respiratoria según indicación médica. La fisioterapia respiratoria previene la disfunción respiratoria, además favorece la movilización y drenaje de las secreciones bronquiales (Canalejas et al., 2002).

Realizar cambio postural cada 2 horas. Los pacientes con ventilación están expuestos a desarrollar atelectasias y úlceras por presión. Por lo que es necesario movilizarlos con cambios posturales lateralizarlos favoreciendo a la circulación sanguínea, movilización de secreciones y al confort del paciente (Casas et al., 2008).

Realizar el registro de enfermería. El registro permite la comunicación entre el equipo de salud para mejor cuidado del paciente (Hospital Universitario Ramón y Cajal, 2011).

2.- Deterioro de la ventilación espontánea

Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida (NANDA, 2018-2020).

Según NANDA (2018-2020), características definitorias para esta etiqueta son: aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂), aumento de la tasa metabólica, aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración, disminución de la presión parcial de oxígeno (PO₂), disminución de la saturación de oxígeno arterial (SaO₂), disminución del volumen tidal, disnea e inquietud.

Los factores relacionado fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos-faringolaringotraqueomalasia. Por tal motivo, el paciente presenta el diagnóstico de deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios secundario trastorno fisiopatológicos-faringolaringotraqueomalasia evidenciado por tubo de traqueostomía, ventilación mecánica, modo CPAP, PEEP:6, FiO₂ :21 %.

Se escogió este diagnóstico por la patología que presenta el paciente que es la I.R.A, ya que el paciente está presentando una alteración en el equilibrio de la oxigenación y ventilación por lo que el paciente va requerir un soporte ventilatorio y poder compensar los mecanismos reguladores y esto sumado a problema fisiopatológicos con deterioro neurológico que presenta.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr la mejoría se realizaron las siguientes intervenciones:

Valorar las funciones vitales priorizando la función respiratoria, profundidad y trabajo respiratorio y SatO₂ durante el turno; las respiraciones pueden presentarse de forma rápida a causa del estado del paciente por lo que es necesario la valorarla (Hospital Universitario Ramón y Cajal, 2011).

Mantener la cabecera de la cama elevada a 30 a 45 grados; al mantener la cabeza elevada, se baja el diafragma, o que favorece la expansión del tórax la aireación de los segmentos pulmonares, la movilización y la expectoración de las secreciones para mantener la vía áreas limpias (Casas et al., 2008).

Valorar los parámetros del ventilador y sistema de t° y humidificación oxigenaría. La VM debe estar acondicionada a una temperatura de 37°C y humedad absoluta de 44 mg/l para evitar daño en el epitelio bronquial, atelectasias, sequedad de las secreciones y obstrucción del tubo endotraqueal; también, se debe verificar que los parámetros estén dentro de lo indicado (Canalejas et al., 2002).

Verificar la permeabilidad de los corrugados y conexiones del ventilador, que no estén acodados; se debe observar constantemente que los corrugados estén permeables y no se encuentren acodados para favorecer al intercambio gaseoso con las mínimas complicaciones posibles (Pastor, Perez, & Rodriguez, 2017).

Verificar que los corrugados estén libres de agua. Los corrugados presentan agua, lo que generaría seria contaminación de las tubulares; el agua podría ascender al tubo de traqueostomía provocando un riesgo de aspiración, cianosis y mayor complicación respiratoria (Estrella, Tornero, & Leon, 2014).

Valorar la respuesta respiratoria ante la modificación de parámetros del VM. Peep:5 cmH₂O. El PEEP tiene la función en mantener una presión y, por lo tanto, un volumen al final de la espiración, con el objetivo de abrir (reclutar) alveolos que se encuentran cerrados y mejorar la oxigenación y aumentar el número alveolar. El descenso súbito de la PEEP provocará colapso alveolar, e incluso edema pulmonar en los pacientes con afectación de la función ventricular izquierda y balance positivo de fluido se debe comprobar el efecto con un AGA, la monitorización del intercambio gaseoso y de la mecánica ventilatoria (Canalejas et al., 2002).

Realizar el registro de enfermería. El registro permite la comunicación entre el equipo de salud para mejor cuidado del paciente (Estrella et al., 2014).

3.- Riesgo de infección

Susceptibilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud (NANDA, 2018-2020).

Según NANDA (2018-2020), los factores relacionados para esta etiqueta son enfermedades crónicas, presencia de procedimientos invasivos, inmunización inadecuada e inmunosupresión; por tal motivo, el paciente presenta el diagnóstico Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (tubo de traqueostomía y sonda de gastrostomía).

Se escogió este diagnóstico ya que el paciente es portador de una traqueostomía y gastrostomía y esto puede ocasionar un alto riesgo de infección.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr la mejoría, se realizaron las siguientes intervenciones:

Valorar los signos de infección a través de las funciones vitales, priorizando la temperatura y frecuencia cardiaca. T :37°C, FC:104 x. El hipotálamo es el que regula la temperatura corporal del organismo; por tanto, es necesario valorar T° , ya que si esta se encuentra elevada estaremos ante un proceso de infeccioso (Che, Diaz, & Cortes, 2014).

Mantener las medidas de bioseguridad en todos los procedimientos (lavado de manos, etc); las medidas de bioseguridad son un conjunto de medidas que previenen las infecciones (Smeltzer, Hinkle, Bare, & Cheever, 2013).

Realizar el lavado de manos. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación de infecciones cruzadas (Smeltzer, Hinkle, Bare, & Cheever, 2013).

Aspirar por boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto de la flema. Mantener la vía aérea libre de secreciones favorece a una mejor ventilación y menor riesgo de infección (Che et al., 2014).

Observar signos de inflamación, rubor alrededor del ostoma. Vigilar los signos de infección es importante ya que permite actuar oportunamente ante un proceso infeccioso (Gutierrez, 2010).

Realizar la curación de la ostomía 2 veces al día y según necesidad. Mediante la curación se desprenderá secreciones adheridas alrededor del ostoma manteniendo la zona limpia y seca (Potter & Perry, 2015).

Mantener los cuidados de la traqueostomía con técnica estéril cada 4 a 6 horas si se procede: cambiar la sujeción de la traqueostomía, limpiar y secar la zona alrededor de la ostomía. Los cuidados con una técnica estéril ayudarán a disminuir el riesgo de adquirir infecciones, como también realizar cuidados que impidan la decanulación espontánea fijando bien la cinta de la TQT (Doenges et al., 2008).

Administrar mupirocina al 2% en zona de ostoma después de la limpieza. La Mupirocina es un antibiótico que trata infecciones superficiales de la piel producidas por bacterias (López, 2012).

Valorar los resultados de hemograma. Se debe valorar los resultados y si estos están de los valores normales (Berman, 2013).

Educar a la madre sobre el procedimiento del lavado de manos. Es necesario e importante educar a los padres sobre la higiene del lavado de manos para prevenir las infecciones cruzadas por contacto como también favorecer a la comunicación y confianza entre el equipo de salud y enfermería (Doenges et al., 2008).

Realizar el registro de enfermería. El registro permite la comunicación entre el equipo de salud para mejor cuidado del paciente (Potter & Perry, 2015).

4.-Riesgo de ulcera por presión

Vulnerabilidad a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento (NANDA, 2018-2020).

Según NANDA (2018-2020), los factores relacionados para esta etiqueta es disminución de la movilidad secundario hipotonía, humedad de la piel, largo periodo de inmovilidad sobre una superficie dura, nutrición inadecuada por tal motivo el paciente presenta el diagnóstico. Riesgo de ulcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario hipotonía y postración prolongada.

Se escogió este diagnóstico por la patología que presenta el paciente que es el Síndrome de Moebius, en la cual el paciente presenta retraso en el desarrollo y compromiso de nervios craneales, llegando a presentar una hipotonía que ocasionara que se formen las úlceras de presión.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr la mejoría se realizaron las siguientes intervenciones:

Observar la piel frecuentemente en busca de zonas de enrojecimiento o presión. La postración prolongada produce isquemia y falta de oxigenación de la piel y la posterior aparición de la

ulcera por presión. La piel debe ser objeto de vigilancia extrema en cuanto a sus características: color, textura, turgencia, vascularización, humedad y temperatura. Las áreas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas deben observarse minuciosamente para confirmar su integridad o detectar de forma precoz alguna modificación en su estructura (Gallardo & Rincon, 2016).

Colocar colchón anti-escaras, las úlceras por presión, también denominadas escaras, son heridas de la piel que aparecen al soportar una presión externa, por la presión continua sobre las prominencias óseas impidiendo una correcta circulación sanguínea y la correcta nutrición de los tejidos. Estas heridas evolucionan hacia la necrosis o hacia la ulceración. El colchón anti escaras es una solución viable, su función es disminuir la presión que se genera en las zonas de apoyo (Smeltzer et al., 2013).

Realizar el baño del paciente diariamente con agua tibia y jabón suave, mantener la piel seca y aplicar crema hidratante. Conservar la piel en perfecto estado de limpieza e hidratación; además, el baño estimula la circulación y oxigenación de la piel y con ello a prevenir las úlceras de presión así también favorece el mantenimiento del estado de bienestar físico y psíquico del paciente (Torres, Marin, Peña, Martinez, & Luque, 2010).

Mantener las sábanas lisas y sin arrugas. Realizar el cambio de sabanas diario estirando bien las sábanas para evitar arrugas ya que pueden producir molestas e incluso producir heridas en personas postradas como también favorecer al confort y comodidad (Torres et al., 2010).

Realizar cambio de posición postural cada 2 horas, Los cambios posturales ayudan a aliviar la presión continuada en los pacientes encamado así también ayuda a mejorar el retorno venoso y a prevenir la formación de trombo (Torres et al., 2010).

Realizar el registro de enfermería. El registro permite la comunicación entre el equipo de salud para mejor cuidado del paciente (Torres et al., 2010).

5.-Ansiedad

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (NANDA, 2018-2020).

Según NANDA (2018-2020), las características definatorias para esta etiqueta son: irritabilidad, temor, alteración del patrón respiratorio, rubor fascial, movimientos que muestran impaciencia, angustia, aumento de la sudoración y alteración en el patrón de dormir.

Los factores relacionados son el proceso de enfermedad y ambiente hospitalario tal motivo el paciente presenta el diagnóstico Ansiedad relacionado con proceso de enfermedad y ambiente hospitalario e/p inquieto, lloroso y la madre refiere: “licenciada parece que a mi hijo le duele algo”.

Se escogió este diagnóstico ya que el paciente se le observa en un estado de ansiedad y estrés, bien sea por los procedimientos de enfermería que se le realiza, el ambiente hospitalario y tratamiento médico que recibe.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr la mejoría se realizaron las siguientes intervenciones:

Valorar el estado de ansiedad del paciente. Durante el proceso de la enfermedad y hospitalización el paciente presentará periodos de irritabilidad, fastidio y dolor pues son necesario valorar momentos y poder calmar es necesidad de alivio (Doenges et al., 2008).

Brindar medidas de comodidad y confort. La comodidad brindada al paciente generará alivia al malestar, un estado de tranquilidad y satisfacción, evitar la ropa o sabanas apretadas y las sujeciones (Smeltzer et al., 2013).

Proporcionar a aquellas actividades recreativas encaminadas a reducir el estrés, como la musicoterapia, permitir que el paciente cuente con objetos pequeños que permitan distraerlo y entretenerlo con el fin de aliviar su estrés como pueden ser sonajas, muñequitos musicales, etc. (Potter & Perry, 2015).

Ajustar el ambiente para favorecer al descanso y sueño. El evitar dejar al paciente expuesto a la humedad, realizar cambios de pañal de manera periódica, brindar el tratamiento por sonda de gastrostomía de manera muy cuidadosa, permitir despertar al paciente y mantenerlo lo más cómodo para que pueda dormir (Torres et al., 2010).

Permitir la presencia del familiar durante el horario de visita. La presencia de la madre genera un entorno de tranquilidad, confianza y cariño entre madre y niño (Cristobal, 2015).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

La valoración del paciente se realizó el 20 de octubre del 2017. La atención de enfermería los días 20 en el turno día y 21 en el turno noche. En la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el proceso de atención se denunciaron 10 diagnósticos de los cuales se priorizaron 5 de ellos.

Primer diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo parcialmente alcanzado: el paciente presenta vías aéreas permeables con secreciones fluidas y en menor cantidad y a la auscultación, pero aun presenta sonidos roncales y FR: de 35 x', ausencia de reflejo tusígeno. Segundo día; objetivo alcanzado: el paciente presenta vías aéreas permeables con secreciones fluidas y en menor cantidad y a la auscultación murmullo vesicular y FR: de 35 x', presencia de reflejo tusígeno.

Segundo diagnóstico

Deterioro de la ventilación espontánea

Primer día: objetivo parcialmente alcanzado, el paciente presenta disminución del esfuerzo respiratorio, pero todavía no tolera disminución de parámetros ventilatorios, modo CPAP, PEEP:6, FiO2 :21 %. Segundo día: Objetivo alcanzado, el paciente presenta disminución del esfuerzo respiratorio tolerando disminución de parámetros ventilatorios modo CPAP, PEEP:5, FiO2 :21 %.

Tercer diagnóstico

Riesgo de infección

Primer día: objetivo parcialmente alcanzado, el paciente presenta piel tibia con una temperatura 37.7°C, FC:125x`. Segundo día: Objetivo alcanzado Paciente disminución del riesgo de infección presentando piel tibia, con una T°: 37.°C, FC:104x`.

Cuarto diagnóstico

Riesgo de ulcera por presión

Primer día: objetivo parcialmente alcanzado, el paciente presenta ligero enrojecimiento en zona sacra, con movilizaciones cada 2 horas y aplica de cremas hidratantes. Segundo día: objetivo alcanzado, el paciente la piel integra sin evidencia de signos de presión ni enrojecimiento.

Quinto diagnóstico

Ansiedad

Primer día: objetivo parcialmente alcanzado, el paciente se muestra por momentos lloroso irritable. Segundo día: objetivo parcialmente alcanzado, el paciente se muestra tranquilo, pero con el patrón del sueño alterado.

Conclusiones

Se concluye que el primer, segundo, tercero, cuarto objetivos fueron alcanzados; sin embargo, el quinto objetivo fue parcialmente alcanzado, debido a que paciente sigue con patrón del sueño alterado.

El proceso de atención de enfermería permitió recoger los datos más significativos al realizar la valoración. Se lograron formular los diagnósticos enfermeros acorde a los datos previamente recolectados. Finalmente, se realizaron los planes de cuidado y se ejecutaron las intervenciones de enfermería con los cuales se logró alcanzar la mayoría de los objetivos planteados, los cuales fueron de beneficio del paciente.

Referencias

- Berman, A. (2013). *Kozier & Erb Fundamentos de enfermería: conceptos proceso y práctica* (9°). Madrid: Pearson.
- Canalejas, C., Martínez, M., Martín, C., & Cid, M. (2002). Cuidados a un paciente crítico con insuficiencia respiratoria aguda. *Enfermería Clínica*, 12(6), 290–295.
[https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(02\)73768-6](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(02)73768-6)
- Casas, I., Contreras, E., Zuluaga, S., & Mejía, J. (2008). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 67(1), 24–33.
Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>
- Che, J., Diaz, P., & Cortes, A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumol Cir Torax*, 73(3), 254–263. Retrieved from
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000400006
- Cristobal, I. (2015). *Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería: el niño hospitalizado*. Universidad de Valladolid.
- De Arco, O., & Suarez, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano, 171–1983. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2008). *Planes de cuidados de enfermería* (7ma ed.). Mexico D.F: Mc Graw Hill.
- Estrella, J., Tornero, A., & Leon, M. (2014). Insuficiencia respiratoria. In *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 363–370). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-443-4/00093-0>
- Gallardo, K., & Rincon, L. (2016). *Los comuneros hospital universitario de bucaramanga proyecto de gestión*. Universidad de la Sabana.

- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 286–297.
Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400013
- Gutiérrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda Acute respiratory failure. *Acta Med Per*, 27(4), 286.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. (2011). Plan de cuidados estandarizado. Paciente con insuficiencia respiratoria. Madrid: Comunidad de Madrid. Retrieved from http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=pc11_IRA.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobt
- López, M. (2012). *VADEMECUM Farmacológico de Guinea Ecuatorial* (1°). Madrid: Fundación de Religiosos para la salud (FRS). Retrieved from <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Equatorial-Guinea-Pharmacological-Handbook-2012.pdf>
- NANDA. (2018-2020). *Diagnosticos enfermeros nanda 2019-2027*. Mexico D.F: harcourt brace & company -elsevier.
- OMS. (2019). Neumonía. Retrieved December 23, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Pastor, D., Perez, S., & Rodriguez, J. (2017). Fracaso respiratorio agudo y crónico . Oxigenoterapia. *AEP Protocolos, Sociedad Española de Neumología Pediátrica.*, (1), 369–400. Retrieved from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_fracaso_respiratorio.pdf
- Potter, P., & Perry, A. (2015). *Fundamento de Enfermería* (8°). Barcelona: Elsevier España, S.L.

Smeltzer, S., Hinkle, J., Bare, B., & Cheever, K. (2013). *Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúgica* (12^o). New York: wolters kluwer heal.

Torres, J., Marin, A., Peña, A., Martinez, E., & Luque, M. (2010). Protocolos y procedimientos de enfermería en residencias geriaticas. Almeria: Excma. Diputación Provincial de Almería.

Universidad de la Rioja. (2018). Glucosa . Retrieved December 23, 2019, from <https://www.unirioja.es/error/404.shtml>

Apéndice

Apéndice A. Guía de valoración de enfermería al ingreso pediatría

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PACIENTE: Dayron Pulse Pulse

FECHA DE NACIMIENTO: 13 - 07- 214

EDAD: 3 años SEXO: masculino

H.C: _-----_ N° CAMA: 512

PROCEDENCIA: Puente Piedra

PESO: 13 kg TALLA: 86cm

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

FECHA DE INGRESO: _____ FECHA ACTUAL: _____

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

I. PATRÓN: PERCEPTIVO COGNITIVO	III. PATRÓN: ACTIVIDAD EJERCICIO												
<p>Nivel de conciencia: Orientado () Alerta () somnoliento () Comentarios: _____</p> <p>Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Tamaño: 3 -4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm () Foto reactivas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Escala de Glasgow:</p> <p><u>Lactante:</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Apertura ocular</th> <th style="width: 33%;">Verbal</th> <th style="width: 33%;">Motor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Espontá neo 4</td> <td>Balbu eo 5</td> <td>Mov. Espont. 6</td> </tr> <tr> <td>Al hablarle 3</td> <td>Llanto Irritable 4</td> <td>Retira al tacto 5</td> </tr> <tr> <td>Al</td> <td>Llanto</td> <td>Retira al</td> </tr> </tbody> </table>	Apertura ocular	Verbal	Motor	Espontá neo 4	Balbu eo 5	Mov. Espont. 6	Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5	Al	Llanto	Retira al	<p>Actividad Respiratoria: Respiración: Regular () Irregular () FR: ____ Disnea () Tiraje () Aleteo nasal () Tos eficaz: Si () No () Características de secreciones _____</p> <p>Ruidos respiratorios: CPD () CPI () ACP () Claros () Roncus () Sibilantes () Crepitantes () Otros: _____</p> <p>Oxigenoterapia: Si () No () Modalidad: _____ Saturación de O₂: _____</p> <p>Ayuda respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica ()</p> <p>Drenaje torácico: Si () No () oscila Si () No () Comentarios: _____</p>
Apertura ocular	Verbal	Motor											
Espontá neo 4	Balbu eo 5	Mov. Espont. 6											
Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5											
Al	Llanto	Retira al											

dolor 2	al dolor 3	dolor 4
Ningun o 1	Se queja al dolor 2	Flexión anormal 3
	Sin respuesta 1	Ext. Anormal 2
		Sin respuesta 1

Puntaje Total: _____

Pre- Escolar:

Apertu ra ocular	Verbal	Motor
Espontá neo 4	Orienta do 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confus o 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapro piado 3	Retira al dolor 4
Ningun o 1	Sonido inespec. 2	Decortica ción 3
	Ningun o 1	Descereb ración 2
		Ninguno 1

Puntaje Total: _____

Alteración sensorial: Visuales () Auditivas ()

Lenguaje () otros () Especifique: _____

Comentarios: _____

Evaluación del dolor: Según Wong - Baker

Actividad circulatoria:

Pulso: Regular () Irregular ()

FC / pulso periférico: _____ PA: _____

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

Edema: Si () No: () + () ++ () +++ ()

Perfusión tisular (renal):

Hematuria () Oliguria () Anuria ()

Perfusión tisular (cerebral):

Parálisis () Anomalías del habla ()

Dificultad en la deglución ()

Comentarios: _____

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico () Catéter de vía Central ()

Catéter percutáneo () Flebotomía () Otros: ____

Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo periférico: Si () No ()

Cianosis distal () Frialdad distal ()

II. PATRON: AUTOPERCEPCIÓN

AUTOCONCEPTO

Reactividad:

Activo () Hipo activo () Hiperactivo ()

Estado emocional:

Tranquilo () Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Comentarios: _____

Cuidados de su persona:

Corporal: _____ Vestimenta: _____

Alimentación: _____

Aceptación en la familia y comunidad: Si () No ()



Motivo: _____

Capacidad de autocuidado:

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

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

ACTIVIDADES					
Movilización en cama					
Deambula					
Ir al baño / bañarse					
Tomar alimentos					
Vestirse					

Aparatos de ayuda:

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()

Movilidad de Miembros: Contracturas ()

Flacidez () parálisis ()

Comentarios: _____

IV. PATRÓN: NUTRICIONAL METABÓLICO

Piel: Temperatura: _____

Coloración: Rosada () Pálida () otros: _____

Hidratación: Seca () Turgente ()

V. PATRÓN: PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD

Higiene y apariencia: Buena () Regular () Mala ()

Vacunas: Completas () Incompletas ()

Comentarios: _____

Estilos de vida/hábitos: Consumo de tabaco ()

Alcohol ()

Consumo de medicamentos prescritos ()

Automedicación ()

Especifique: _____

Hábitos alimenticios: _____

Comentarios adicionales: _____

VI. PATRÓN: ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº deposiciones/día _____

Características: _____

Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios: _____

Vesical:

Micción espontánea: Si () No ()

Características: _____

<p>Lesiones: Si () No ()</p> <p>Edema: Si () No ()</p> <p>Especificar zona: _____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>Cabello: Normal () rojizo () amarillo () ralo () Quebradizo ()</p> <p>Peso:</p> <p>Pérdida de peso desde el ingreso: Si () No () Cuanto perdió: _____</p> <p>Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()</p> <p>Dificultad para deglutir: Si () No () especificar: _____</p> <p>Alimentación: NPO () LME () L. Mixta () Fórmula () A. Complementaria () Dieta ()</p> <p>Tipo de fórmula/dieta _____</p> <p>Modo de alimentación: LMD () Gotero ()</p> <p>Bb. ()SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis ()</p> <p>Otros: _____</p> <p>Náuseas: () Vómitos () cantidad: _____</p> <p>Características: _____</p> <p>Abdomen: B/D () Distendido ()Timpánico () Doloroso ()</p> <p>Comentarios adicionales: _____</p> <p>Herida operatoria: Si () No ()</p> <p>Ubicación: _____</p> <p>_____</p> <p>Características: _____</p> <p>_____</p> <p>Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()</p> <p>Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p>	<p>Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal ()</p> <p>Fecha de colocación: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>VII. PATRÓN: SEXUALIDAD</p> <p>REPRODUCCIÓN</p> </div> <p>Menstruación: Si () No ()</p> <p>Problemas menstruales: Si () No ()</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Secreciones anormales en genitales: Si () No ()</p> <p>Características: _____</p> <p>Otras molestias: _____</p> <p>_____</p>
--	--

Drenaje: Si () No () Tipo: _____

Caract. de las secreciones:

Sello y firma de la Enfermera

VIII. PATRÓN: DESCANSO SUEÑO

Descanso-Sueno:

Nº de horas de sueño: _____

Alteraciones en el sueño: Si () No ()

Especifique motivo:

Enuresis. Si () No ()

Comentarios:

IX. PATRÓN RELACIÓN – ROL

(SOCIAL)

Se relaciona con el entorno: Si () No ()

Compañía de los padres: Si () No ()

Recibe visitas: Si () No ()

Comentarios:

Padres separados: Si () No ()

Problema de alcoholismo () Drogadicción ()

Pandillaje () Otros () Especifique: _____

Comentarios:

X. PATRÓN: VALORES Y CREENCIAS

Fe religiosa: _____

Bautizado en su religión: Si () No ()

Restricción religiosa:

**XI. PATRÓN: ADAPTACIÓN –
AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL
ESTRÉS**

Participación (paciente /familia) en las
actividades diarias y/o procedimientos: Si () No ()

**Reacción frente a la enfermedad (paciente y
familiar):** Ansiedad () Indiferencia ()

Rechazo () Comentarios: _____

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 diagnóstico médico de insuficiencia respiratoria aguda de la Unidad de Cuidados Intermedios pediátricos de un hospital de Lima 2018” El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales D.P.P.

Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Patricia Chocña Trujillo, con la asesoría de la Mg. Rocío Suárez Rodríguez. 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 iniciales 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: _____
