

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso enfermero en paciente pediátrico con cardiopatía congénita e
insuficiencia respiratoria de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital
de Lima, 2021**

Trabajo Académico

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

Por:

Jorge Alfonso Ramos Rosales

Asesora:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, enero de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Elizabeth Gonzales Cárdenas, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “**Proceso enfermero en paciente pediátrico con cardiopatía congénita e insuficiencia respiratoria de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2021**” constituye la memoria que presenta el licenciado Jorge Ramos Rosales 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 de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 19 días del mes de enero de 2022.



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Proceso enfermero en paciente pediátrico con cardiopatía congénita
e insuficiencia respiratoria de la Unidad de Cuidados Intensivos de
un hospital de Lima, 2021**

Trabajo Académico

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



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, 19 de enero de 2022

Proceso enfermero en paciente pediátrico con cardiopatía congénita e insuficiencia respiratoria de la Unidad de Cuidados Intensivos

Lic. Jorge Alfonso Ramos Rosales^a Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas^b

^a*Autor del trabajo académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.*

^b*Asesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú.*

Resumen

El presente trabajo usó el proceso de atención de enfermería para consolidar los cuidados a un paciente pediátrico con cardiopatía congénita e insuficiencia respiratoria. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería, identificando los problemas relacionados a enfermería. Se realizó la recolección de datos a través de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando 10 diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA, priorizándose tres: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por agitación, cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, ojos muy abiertos y sonidos respiratorios adventicios; Deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio ventiló/ perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal, taquipnea e hipoxia tisular; Respuesta ventilatoria disfuncional al destete relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por deterioro de la gasometría arterial, disminución del nivel de conciencia y respiración descoordinada con el ventilador. Por ello, se establece un plan de cuidados de enfermería basado en la taxonomía NOC y NIC; ejecutándose las intervenciones planteadas. Como resultado de las intervenciones se obtuvo una puntuación de cambio +1, +1, +1. Se concluyó que, la aplicación del proceso de atención de enfermería en todas sus etapas facilitó la identificación de los problemas y permitió la realización del cuidado integral al paciente pediátrico.

Palabras clave: proceso de atención de enfermería, cardiopatía congénita, insuficiencia respiratoria.

Abstract

The present work used the nursing care process to consolidate care for a pediatric patient with congenital heart disease and respiratory failure. The objective was to manage the nursing care process, identifying the problems related to nursing. Data collection was carried out through the Marjory Gordon functional pattern assessment guide, identifying 10 nursing diagnoses based on the NANDA taxonomy, prioritizing three: Ineffective airway clearance related to accumulation of secretions evidenced by agitation, changes in respiratory rhythm, excessive amount of sputum, wide eyes and adventitious breath sounds; Impaired gas exchange related to ventilatory/perfusion imbalance evidenced by abnormal arterial blood gases, tachypnea, and tissue hypoxia; Dysfunctional ventilatory response to weaning related to accumulation of secretions evidenced by impaired arterial blood gases, decreased level of consciousness, and uncoordinated breathing with the ventilator. Therefore, a nursing care plan based on the NOC and NIC taxonomy is established; executing the proposed interventions. As a result of the interventions, a change score +1, +1, +1 was obtained. It was concluded that the application of the nursing care process in all its stages facilitated the identification of problems and allowed the performance of comprehensive care for the pediatric patient.

Keywords: nursing care process, congenital heart disease, respiratory failure.

Introducción

Las cardiopatías congénitas constituyen defectos estructurales y/o funcionales del corazón y los grandes vasos como consecuencia de un error en la embriogénesis de estas estructuras. Se producen como resultado de alteraciones en el desarrollo embrionario del corazón, sobre todo entre la tercera y décima semana de gestación. La mayoría de las lesiones cardíacas congénitas son más tolerables durante la vida fetal. Cuando se elimina la circulación materna y el sistema cardiovascular del recién nacido se hace independiente, se pone de manifiesto el impacto de un trastorno anatómico y después hemodinámico (Valentín, 2018).

El niño con cardiopatía congénita representa un grupo que puede requerir un soporte de cuidado intensivo, monitorización y cuidados adicionales. Las cardiopatías de tipo cianóticas son las de mayor prevalencia, siendo las más frecuentes los defectos del tabique interauricular e interventricular, estenosis valvular pulmonar, coartación de aorta y persistencia del conducto arterioso (Gaytán, 2016).

La comunicación interventricular (CIV) es una abertura en el tabique interventricular que comunica a ambos ventrículos y que puede ser de tamaño variable, única o múltiple, aislada o asociada a otros defectos cardíacos (Insa y Malo, 2018). La comunicación interauricular (CIA) se produce por alteraciones en la septación de las cavidades auriculares durante el desarrollo embrionario del corazón, que conlleva una comunicación entre ambas aurículas a través de las que se origina un shunt o cortocircuito (Valdés et al., 2020).

La incapacidad del corazón, como bomba para satisfacer las demandas tisulares periféricas, provoca un estado de bajo gasto o bajo débito, el que inicialmente se restablece por los mecanismos compensadores; lo que se describe como una insuficiencia cardíaca compensada, pero si estos no son suficientes se produce una hipoperfusión tisular con compromiso en la

microcirculación produciendo el choque cardiogénico (Garnica et al., 2019). La disfunción ventricular induce a un estado hipoxémico que requiera un soporte ventilatorio que reemplace la función respiratoria, optimizando la relación ventilación/perfusión que corrija la insuficiencia respiratoria (Pastor et al., 2017); el uso de un tubo endotraqueal conectado a un equipo de ventilación mecánica, prolongadamente, puede producir cambios o defectos en la luz laríngea con aparición de estenosis a nivel de la glotis (Álvarez et al., 2019).

El tratamiento se centra en la prevención de complicaciones como la endocarditis infecciosa, uso de digitálicos, inotrópicos, diuréticos, suplementos de potasio, y quirúrgicas con circulación extracorpórea. Las técnicas de cierre por medio de catéter disminuyen el riesgo de complejidad quirúrgica (Rueda y Fariña, 2018).

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático que brinda cuidados humanistas centrados en el logro de resultados esperados, el uso de los patrones funciones facilita la búsqueda de comportamientos, valoración y la identificación de las respuestas humanas del paciente (Hernández et al., 2018).

La función del enfermero, especialista en cuidados intensivos pediátricos, se especializa en satisfacer las necesidades particulares de los niños y la familia; adaptarse al entorno de una unidad crítica en conjunto con el equipo de salud; así mismo crea planes de cuidado para optimizar el cuidado, contribuir a la disminución de la estancia hospitalaria y presentar menor riesgo a la infección cruzada (Álvarez et al., 2019).

Metodología

Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo, estudio de caso único y el método fue el proceso de atención de enfermería (PAE). Este método organizado y sistémico, planifica y provee cuidados individualizados a los pacientes; es de carácter continuo y coordinado,

asimismo, promueve la resolución de problemas y toma de decisiones, igualmente, fomenta la autonomía del cliente, su colaboración y comunicación con el equipo de salud. Como todo método se basa en fuentes científicas y filosóficas (Hernández et al., 2018). El sujeto de estudio fue un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, y se eligió por criterios clínicos. Para recolectar los datos, se utilizó la técnica de la observación y la revisión de registros. Una vez identificados los problemas y necesidades, se enunciaron los diagnósticos de enfermería con la Taxonomía NANDA, la planificación se realizó en base a la taxonomía NOC-NIC. Las actividades se ejecutaron en su mayoría y se evaluó en base a los indicadores del NOC.

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos Generales.

Apellidos y nombres: R. G. G. M.

Sexo: masculino

Edad: 8 meses

Días de atención de enfermería: 25 días

Fecha de valoración: 20/02/2021

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente lactante mayor ingresa al servicio el 26/01/2021 proveniente de emergencia, portador de tubo endotraqueal en apoyo de ventilación positiva, polipnea y abundantes secreciones, con antecedentes de extubación fallida en dos ocasiones (18/12/2020 y 22/01/2021) y parada cardiaca el 24/01/2021. El paciente ingresa a la institución proveniente del Hospital Belén (Trujillo), el 07/12/2020 por distrés respiratorio.

Diagnóstico médico: insuficiencia respiratoria aguda tipo 1 y 2 en VM, atelectasia en hemitórax derecho d/c, estenosis subglótica, síndrome post reanimación cardiopulmonar (RCP),

síndrome de abstinencia, comunicación interauricular/comunicación interventricular e hiponatremia leve.

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón I Percepción – control de la salud.

Paciente lactante mayor con cardiopatía congénita CIA/CIV, según historia no presenta alergias, recibe lactancia materna mixta, no recibió las vacunas completas, y se observa buen estado de higiene.

Patrón II Nutricional- metabólico.

Paciente lactante mayor presenta piel pálida, hipotérmico, piel hidratada, edema de miembros superiores (+), fontanela normotensa, mucosa oral intacta; portador de sonda orogástrica con fórmula extensamente hidrolizada continua, abdomen globuloso/distendido. HCO₃: 31 mEq/L.

Patrón III Eliminación.

Paciente lactante mayor presenta una deposición al día con características grumosas, micción espontánea.

Patrón IV Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria: paciente lactante mayor a la auscultación, presenta roncus y crépitos en ambos campos pulmonares, portador de tet N.º 3.5 en apoyo de VM modo bipap asistido FIO₂ 30%, peep: 5, Pi: 16, rampa: 0.30, Ti: 0.60, ligera taquipnea, FR: 54 x" en sincronía con ventilador mecánico y abundantes secreciones en vía aérea artificial, Sat O₂ 91%, análisis de gases arteriales (AGA): PH: 7.34, PaCO₂: 55 mm Hg, PaO₂: 82 mm Hg, SaO₂: 89%.

Actividad circulatoria: se evidencia pulso periférico fuerte, con llenado capilar menor a 2 segundos y frialdad distal. Portador de catéter venoso central en subclavia derecha (27/01/2021), ojos muy abiertos.

Actividad capacidad de autocuidado: presenta hipotonía y fuerza muscular disminuida.

Patrón V Sueño – Descanso.

Paciente lactante mayor presenta alteración del sueño con episodios de irritabilidad y temblores por abstinencia.

Patrón VI Perceptivo – cognitivo.

Paciente lactante mayor presenta un Glasgow 9/15, somnoliento e irritable, con pupilas isocóricas 2/2 foto reactivas.

Patrón VII Autopercepción – autoconcepto.

Paciente lactante mayor se muestra reactivo, irritable y con llanto persistente.

Patrón VIII Relación- rol.

Paciente lactante mayor tiene una relación afectiva con sus padres, y hay disposición para el cuidado del niño.

Patrón IX Sexualidad/reproducción.

Paciente lactante mayor presenta genitales acordes de desarrollo normal para su edad.

Patrón XI Valores y creencias.

Paciente lactante mayor pertenece a familia de religión católica, y no está bautizado.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica

[00031] limpieza ineficaz de las vías aéreas

Característica definitoria

Agitación, cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, ojos muy abiertos y sonidos respiratorios adventicios.

Factor relacionado

Acumulo de secreciones

Enunciado diagnóstico

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones, evidenciado por agitación, cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, ojos muy abiertos y sonidos respiratorios adventicios.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica

[00030] deterioro del intercambio de gases

Característica definitoria

Gasometría arterial anormal (análisis de gases arteriales (AGA): PH: 7.34, PaCO₂: 55 mm Hg, PaO₂: 82 mm Hg, SaO₂: 89%), taquipnea e hipoxia tisular.

Factor relacionado

Desequilibrio en la ventilación- perfusión

Enunciado diagnóstico

Deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio en la ventilación- perfusión, evidenciado por gasometría arterial anormal (análisis de gases arteriales (AGA): PH: 7.34, PaCO₂: 55 mm Hg, PaO₂: 82 mm Hg, SaO₂: 89%), taquipnea e hipoxia tisular.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica

[00034] respuesta ventilatoria disfuncional al destete

Característica definitoria

Deterioro de la gasometría arterial, disminución del nivel de conciencia y respiración descoordinada con el ventilador.

Factor relacionado

Acumulo de secreciones

Enunciado diagnóstico

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete relacionado con acumulo de secreciones, evidenciado por deterioro de la gasometría arterial, disminución del nivel de conciencia y respiración descoordinada con el ventilador.

Planificación

Primer diagnóstico

NANDA [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por agitación, cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, ojos muy abiertos y sonidos respiratorios adventicios.

Resultados esperados.

NOC [410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores

41020 acumulación de esputos

41005 ritmo respiratorio

41002 ansiedad

41007 ruidos respiratorios patológicos

Intervenciones de enfermería

NIC [3160] aspiración de las vías aéreas:

Actividades:

316001 Determinar la necesidad de aspiración.

316002 Auscultar los sonidos respiratorios.

316003 Observar el estado de oxigenación del paciente.

316004 Hiperoxigenar con oxígeno al 100%.

NIC [3180] manejo de las vías aéreas artificiales

Actividades.

314001 Colocar al paciente en posición semifowler.

314002 Eliminar las secreciones.

318003 Proporcionar una humidificación al 100%.

Segundo diagnóstico

NANDA [00030] Deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio en la ventilación- perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal, taquipnea y cianosis.

Resultados esperados

NOC [402] estado respiratorio: intercambio de gases:

Indicadores.

040208 presión parcial de oxígeno en la sangre arterial

040209 presión parcial de dióxido de carbono en la sangre

040204 disnea

040206 cianosis

Intervenciones de enfermería

NIC [3350] monitorización respiratoria

Actividades.

335001 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

- 335002 Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
- 335003 Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría.
- 335004 Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización).
- 335005 Auscultar los sonidos respiratorios.
- 332006 Administrar oxígeno.

Tercer diagnóstico.

NANDA [00034] Respuesta ventilatoria disfuncional al destete relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por deterioro de la gasometría arterial, disminución del nivel de conciencia y respiración descoordinada con el ventilador.

Resultados esperados

NOC (412) respuesta del destete de la ventilación mecánica

41224 secreciones respiratorias

41208 presión parcial de oxígeno en la sangre arterial

41209 presión parcial de dióxido de carbono en la sangre

41236 dificultad para comunicar las necesidades

41229 impulso para respirar alterado

Intervenciones de enfermería

NIC [3310] destete de la ventilación mecánica

Actividades.

- 331001 Colocar al paciente en posición semifowler.
- 331002 Aspirar la vía aérea.
- 331003 Administrar fisioterapia torácica.
- 331004 Alternar periodos de ensayos de destete.
- 331005 Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria.

Evaluación.

Primer diagnóstico:

Se obtuvo como puntuación basal 2, luego de las intervenciones la puntuación de cambios + 1.

Segundo diagnóstico:

Se obtuvo como puntuación basal 2, luego de las intervenciones la puntuación de cambios + 1.

Tercer diagnóstico:

Se obtuvo como puntuación basal 2, luego de las intervenciones la puntuación de cambios + 1.

Resultados

En la valoración de enfermería se identificaron 6 diagnósticos reales y 3 de riesgo, y se priorizaron los diagnósticos reales. En la evaluación del primer diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones, se obtuvo una puntuación de cambio de 2 a +1, en tanto el segundo diagnóstico: deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación/perfusión; se obtuvo una puntuación de cambio de 2 a +1, y el tercer diagnóstico: respuesta ventilatoria disfuncional al destete relacionado con acúmulo de secreciones, se obtuvo una puntuación de cambio de 2 a +1.

Discusión

Limpieza ineficaz de vías aéreas

La limpieza ineficaz de las vías aéreas es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener permeables las vías aéreas (Herdman y kamitsuru, 2019).

También, es la imposibilidad del mantenimiento de la vía aérea por obstrucción de las vías respiratorias en presencia de secreciones (Rosa Da silva et al., 2020).

Igualmente, es la estrechez o resistencia de las vías aéreas al pasaje del oxígeno y eliminación de dióxido de carbono por la incapacidad de eliminar secreciones (Ibarra y Gil, 2016).

La impermeabilidad de la vía aérea, se describe con sonidos respiratorios patológicos, dificultad respiratoria y ansiedad (Rebollo, 2017), similar a las características definitorias siguientes: disnea, ausencia o efectividad de la tos, ojos muy abiertos, disminución de los ruidos respiratorios, ortopnea, sonidos respiratorios adventicios, cambios en la frecuencia, ritmo respiratorio, agitación y esputo.

El factor relacionado es la retención o acumulación de secreciones, circunstancia común que interfiere en la función respiratoria por obstrucción de la vía aérea afectando su permeabilidad y facilita la aparición de infecciones (Rosa Da silva et al., 2020).

Las intervenciones de enfermería se realizaron valorando la necesidad de apertura de la vía aérea, como la eliminación de secreciones a través de la aspiración orotraqueal por succión negativa (Rosa Da silva et al., 2020).

Al mismo tiempo, se aseguró la humidificación activa para fluidificar secreciones, el uso de inhaladores para aumentar el pasaje de luz, y los cambios posturales para movilizar el acumulo de las secreciones, así como la elección del uso de la posición semifowler por favorecer el descenso diafragmático (Dezube, 2019).

Del mismo modo se auscultaron los campos pulmonares para determinar cambios en las estructuras respiratorias y observación continua en los cambios del patrón respiratorio como indicador de fatiga muscular (Rebollo, 2017).

Se hizo uso de la terapia respiratoria para movilizar las secreciones y facilitar su salida, la necesidad de administrar oxígeno al 100% previa aspiración como estrategia para el aumento de reservas de esta misma (Rebollo, 2017).

Además, se valoró la saturación de oxígeno que facilita la vigilancia del estado de oxigenación celular (Pastor et al., 2017).

Deterioro del intercambio de gases

El deterioro del intercambio gaseoso es un estado grave, que representa exceso o déficit de la oxigenación y/o en la eliminación del dióxido de carbono en la membrana capilar alveolar (Maia et al., 2015).

Se define, también, como la alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar-capilar (Herdman y Kamitsuru, 2019).

Asimismo, viene a ser la interrupción de la función del pulmón, el déficit del aporte de oxígeno y la incorrecta eliminación del anhídrido carbónico resultante del metabolismo (Arismendi y Barbera, 2017).

La inadecuación del intercambio de gases se traduce en dificultad o esfuerzo respiratorio, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la presión parcial de oxígeno, ansiedad e inquietud (Mondragón, 2016), lo que coincide con las características definitorias mencionadas a continuación: la hipoxemia, acompañada de gasometría anormal, cefalea, somnolencia, ansiedad, taquicardia, taquipnea e hipoxia tisular.

El factor relacionado es el desequilibrio ventilación-perfusión, que se refiere a la alteración de uno o más procesos que se requieren en la producción de oxígeno y su distribución celular (Hein et al., 2017).

Las actividades de enfermería se realizaron a través de la valoración de los cambios respiratorios, control de las respiraciones, uso de músculos accesorios, simetría, e identificación de ruidos adventicios como indicador de la función pulmonar y su mecánica. La valoración del diafragma por ser el principal músculo de la respiración, así como el uso de la posición de la máxima respiración por descenso diafragmático y expansión pulmonar, optimizando su uso y disminuyendo la probabilidad de fatiga (Dezube, 2019).

La valoración del aire que viaja a través de las vías respiratorias favorece la identificación de cambios en las estructuras pulmonares, la auscultación y el reconocimiento del murmullo vesicular es un indicador de un buen pasaje de oxígeno (Mondragón, 2016).

La administración de microgotas en forma de aerosol facilita la administración de medicamentos de manera directa al pulmón, así como contribuye a la humidificación de las secreciones de las vías aéreas, facilita su salida y eliminación (Pastor et al., 2017).

El uso de oxígeno como restaurador de la hipoxia incrementa el aporte de forma externa a los tejidos (Maia et al., 2015).

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete

La respuesta ventilatoria disfuncional al destete es el estado en el que el paciente no se adapta a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el periodo de destete (Herdman y Kamitsuru, 2019).

Es la incapacidad en la desconexión de la ventilación mecánica y adaptación a la ventilación espontánea con restablecimiento del eje faringo-laríngeo-traqueal (Ibarra y Gil, 2016).

También, se define como aquella interrupción de la retirada de la ventilación mecánica mediante la adaptación de la respiración espontánea del paciente (Rebollo, 2017).

La dificultad en el destete ventilatorio se acompaña de dificultad en la respiración, valores de gases arteriales anormales, fatiga y ansiedad (Hernández et al., 2017), concordante con las características definitorias siguientes: malestar al respirar, agitación, cambios en el nivel de conciencia, asincrónica con el ventilador mecánico, e irregularidad o deterioro de la gasometría arterial.

El factor relacionado es la retención o acumulación de secreciones, circunstancia frecuente que altera la función respiratoria por obstrucción en el pasaje y facilita la aparición de infecciones, además interfiere en la función de la ventilación mecánica (Rosa Da Silva et al., 2020).

Las intervenciones de enfermería se dieron con la reducción gradual adecuada de los parámetros ventilatorios, alternando a modos más básicos (espontáneo) en periodos cortos facilitando el uso parcial del diafragma y la mecánica respiratoria (Rosa Da Silva et al., 2020).

Asimismo, se valoró activamente el patrón respiratorio y la posición de máxima respiración (semifowler) que favorece la expansión pulmonar y la permeabilidad de la vía aérea (Dezube, 2019).

Además, se realizó la eliminación de las secreciones a través de la aspiración o succión negativa, el uso de nebulizaciones para el desprendimiento de las secreciones y uso de la terapia torácica para movilizar estas mismas (Rosa Da Silva et al., 2020).

También, se identificó el uso de músculos accesorios, los movimientos torácicos anormales indicaron fatiga muscular, lo que se traduce a la presencia de taquipnea y valores bajos en la saturación de oxígeno (Ibarra y Gil, 2016).

Conclusiones

Se logró gestionar el proceso de atención de enfermería en todas sus etapas en el paciente pediátrico.

La aplicación del proceso de atención de enfermería en el paciente portador de CC facilitó la identificación de necesidades y problemas del paciente pediátrico, lo que permitió brindar un cuidado de calidad.

Bibliografía.

- Álvarez Guerrero, M, Guaman Mendez, S. y Quiñonez Cuero, J. (2019). Cuidados de enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados críticos intensivos pediátricos. Recuperado de: <https://doi.org/10.36015/cambios.v18.n1.2019.392>
- Arismendi, E y Barberá, A. (2017). Valoración del Intercambio Gaseoso. Recuperado de: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogxviii_5._valoracion_del_intercambio.pdf
- Dezube, R. (2019). Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Recuperado de: <https://www.msmanuals.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>
- Garnica Camacho, C, Rivero Sigarroa, E. y Dominguez Chérit, G. (2019). Choque cardiogénico: de la definición al abordaje. In Tema de revisión Med Crit (Vol. 33, Issue 5). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2019/ti195f.pdf>
- Gaytan Pontaza, L. (2016). Cardiopatías Ductus Dependientes. Recuperado de: https://cerpo.cl/_items/File_002_00348_0013.pdf
- Hein Seganfredo, D, Amorim Beltrao, B, Martions Da silva, V, De oliveira Lopes, M, De Jesus Castro, S. y De abreu Almeida, M. (2017). Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia. In Revista Latino-Americana de Enfermagem (Vol. 25). University of Sao Paulo, Ribeirao Preto College of Nursing Organisation. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1950.2954>
- Herdman, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Recuperado de: <https://tienda.elsevier.es/>
- Hernández Ledesma, Y, Fernández Camargo, I, Henríquez Trujillo, D. y Lorenzo Nieves, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: Estrategias para la enseñanza-aprendizaje. Recuperado de:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>

Hernández Lopez, G, Ceron Juárez, R, Escobar Ortiz, D, Graciano Gaytan, L, Gorordo Delsol, L, Merinos Sánchez, G, Castañón Gonzales, J, Amezcua Gutiérrez, M, Cruz Montesinos, S, Garduño López, J, Lima Lucero, I. y Montoya Rojo, J. (2017). Retiro de la ventilación mecánica.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti174j.pdf>

Ibarra Fernández, A. y Gil Hermoso, M. (2016). Capítulo destete de la ventilación mecánica. Recuperado de:

<https://ajibarra.org/D/post/capitulodestetedelaventilacionmeca/>

Insa Albert, B. y Malo Concepción, P. (2018). Comunicación Interventricular. Recuperado de:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_civ.pdf

Maia Pascoal, L, De oliveira Lopes, M, Resende Chaves, D, Amorim Beltrao, B, Martins Da Silva, V. y

Magalhaes Monteiro, F. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. In Revista Latino-Americana de Enfermagem (Vol. 23, Issue 3). University of Sao Paulo, Ribeirao Preto College of Nursing Organisation. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0269.2581>

Mondragón Bustos, J. (2016). Hipoxia y Cianosis. In Revista Médica Sinergia (Vol. 1, Issue 9). Recuperado

de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070357>

Pastor Vivero, D, Perez Tarazona, S. y Rodriguez Cimadevilla, J. (2017). Fracaso respiratorio agudo y cronico. Oxigenoterapia. Recuperado de:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_fracaso_respiratorio.pdf

Rebollo Arnay C. (2017). Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5519/Plan%20de%20cuidados%20estandarizado%20para%20pacientes%20en%20proceso%20de%20destete%20de%20la%20ventilacion%20mecnica%20invasiva.pdf?sequence=1>

Rosa Da silva, L, Soto Tonelli, I, Costa Oliveira, R, Lage Lemos, P, Silqueira de Matos,S. y Machado

Chianca, T. (2020). Estudio clínico de respuesta ventilatoria disfuncional al destete en pacientes críticos. In Revista Latino-Americana de Enfermagem (Vol. 28). University of Sao Paulo, Ribeirao Preto College of Nursing Organisation. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3522.3334>

Rueda Nuñez, F. y Fariña Candal C. (2018). Complicaciones ambulatorias de la cirugía de las cardiopatías congénitas. Recuperado de: <http://www.telecardiologo.com/descargas/55789.pdf>

Valdes Alvarez, J, Dominguez Gonzales, M, Ramiro Novoa, J, Carballes Garcia, J, Perez Sanchez, M. y

Ozores Suarez, F. (2020). Cierre de la comunicación interauricular por cateterismo intervencionista con dispositivo Amplatzer en pediatría. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000100007

Valentín Rodríguez, A. (2018). Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015

Apéndices

Apéndice A. Guía de valoración de enfermería

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____ Nº Cama: _____ DNI Nº _____ Teléfono: _____
Procedencia: Admisión () Emergencia () Consultorios Externos () Otros: _____
Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____
Fuente de Información: Madre: _____ Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____
Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____
Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III ()
IV ()
Persona Responsable: _____

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () gastritis/ulcera () TBC () asma ()
cardiopatía ()

Otros: _____

Alergias y Otras Reacciones: polvo () medicamentos ()
alimentos () otros: _____

Estado de Higiene: bueno () regular () malo ()

Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte ()

Consumos de agua pura () comida chatarra () LME () LM ()
L. MIXTA ()

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Sí () No () Vacunas completas: Sí () No ()

Hospitalizaciones previas: Sí () No ()

Descripción: _____

Consumo de medicamentos prescritos: Sí () No ()

Especifique: _____

PATRÓN RELACIONES-ROL

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

Vive con los padres (solo al ingreso) Sí () No ()

Ocupación y hora de trabajo de los padres (solo al ingreso)

.....

Recibe Visitas: Sí () No ()

Comentarios: _____

Relaciones:

Con los padres:

Afectivo () indiferente () temeroso () hostil ()

No aplica: TET sedado,
inconsciente)

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Religión: _____ Bautizado en su religión: Sí () No ()

Restricción religiosa: _____

Religión de los padres: católico () evangélico () adventista ()

Religión () sí () tipo.....

Solicita visita de párroco sí () no ()

Otros: _____ Observaciones: _____

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Reactividad: activo () hipo activo () hiperactivo ()

Estado Emocional: tranquilo () ansioso () irritable ()

negativo () indiferente () temeroso ()

intranquilo () agresivo ()

Llanto Persistente: Sí () No ()

Comentarios: _____

Participación paciente/familia en las actividades diarias y/o

Procedimientos: aceptación del tratamiento Sí () No ()

Reacción frente a la enfermedad paciente y familia:

ansiedad () indiferencia () rechazo () aceptación ()

Comentarios: _____

X

PATRÓN DESCANSO-SUEÑO

Sueño: Nº de horas de sueño: _____

Sueño normal () tranquilo () intervalo ()

Alteraciones en el sueño: Sí () No ()

Especifique: _____

Motivo: _____

Con el personal:

Afectivo () indiferente () temeroso () hostil ()

NE.....

Disposición positiva para el cuidado del niño: Sí () No ()

Familia Nuclear: Sí () No () Familia ampliada Sí () No ()

Los padres son:

Padres separados: Sí () No ()

Problema de alcoholismo: Sí () No () quien:

problemas de drogadicción: Sí () No () quien:

Pandillaje: Sí () No () Otros: _____

Especifique: _____

PATRÓN PERCEPTIVO-COGNITIVO

Alteración Sensorial: visuales () auditivas () lenguaje ()

Otros: _____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Nivel de Conciencia: orientado () alerta () despierto ()

sonnoliento () confuso () irritable ()

estupor () comatoso () letárgico () secuejado () sedado ()

relajado ()

Comentarios: _____

Tono muscular:

Conservada () hipotónico () hipertónico ()

Convulsión:

Sí () No () observación.....

Pupilas: isocóricas () a isocóricas () reactivas ()

no reactivas () fotoreactivas () meióticas () midriáticas ()

Tamaño:

Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()

Foto reactivas: Sí () No ()

Comentarios: _____

Comentarios: _____

Escala de Glasgow: lactante

Cuadro # 1. Escala de Coma de Glasgow Modificada para lactantes y niños		
Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular	Espontánea	Espontánea
4	A la orden verbal	Al grito
3	Al dolor	Al dolor
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta Motriz	Obedece órdenes	Espontánea
6	Localiza el dolor	Localiza el dolor
5	Defensa al dolor	Defensa al dolor
4	Flexión anormal	Flexión anormal
3	Extensión anormal	Extensión anormal
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta verbal	Se orienta – conversa	Balucea
5	Conversa confusa	Llora – consolable
4	Palabras inadecuada	Llora persistente
3	Sonidos raros	Gruñe o se queja
2	Ninguna	Ninguna
1		

Escala de Glasgow: Pre- Escolar

PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad respiratoria: respiración: FR: _____

amplitud: superficial () profunda () disnea ()

tiraje () aleteo nasal () apnea ()

Tos Ineficaz: Sí () No ()

Secreciones: Sí () No () Características: _____

Ruidos respiratorios:

CPD () CPI () ACP ()

claros () roncantes () sibilantes () crepitantes () tiraje ()

Otros: _____

Oxigenoterapia:

Sí () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____

Enuresis. Sí () No ()

Comentarios: _____

Ventilación espontánea () CBN () CPAP () VAFO ()

TET () Traqueostomía () V. mecánica ()

Parámetros ventilatorios: _____

Drenaje torácico: Sí () No () Oscila Sí () No ()

Comentarios: _____

Actividad circulatoria:

Pulso: regular () irregular () taquicardia () bradicardia ()

FC / Pulso periférico: _____ PA: _____

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

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 central () catéter percutáneo ()

Otros: _____

Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo periférico: Sí () No ()

Cianosis distal () Frialdad distal ()

Capacidad de autocuidado:

0 = independiente () **1** = ayuda de otros ()

2 = ayuda del personal () **3** = dependiente ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Va al baño / bañarse				
Toma alimentos				
Puede vestirse				

Aparatos de Ayuda: _____

Fuerza Muscular: conservada () disminuida ()

Movilidad de Miembros:

contracturas () flacidez () parálisis ()

Comentarios: _____

Escala de Caídas:

Escala de Glasgow (> de 4 años)

APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Abiertos, Parpadeo normal	4	Orientada Sabe su nombre	5	Ubedece orden	b
Por orden Verbal	3	Confusa, Sabe su nombre	4	Para movimientos Localiza estímulos Dolorosos	5
Por estímulo al dolor	2	Emite palabras Comprensibles	3	Retirada al dolor	4
Nula	1	Emite sonidos Incomprensibles	2	Postura en flexión o Decorticación	3
		Sin Respuesta	1	Postura en extensión Descerebración	2
				Sin movimientos	1

Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;

ESCALA DE CARAS DE DOLOR DE WONG-BAKER:
Niños, incluido edad pre-escolar



PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: normal () pálida () cianótica () icterica ()
fría () tibia () caliente ()

Termorregulación: temperatura: _____
hipertermia () normotermia () hipotermia () coloración:

normal () cianótica () icterica () fría ()
rosada () pálida () tibia () caliente ()

Observación: _____

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 hidroaéreos:

presentes () ausentes ()

Escala de Norton:

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

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

CLASIFICACION DE RIESGO:

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

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día _____

Características: _____

Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios: _____

Vesical:

Micción espontánea: Sí () No ()

Características: _____

Sonda vesical () Colector urinario () Pañal ()

Fecha de colocación: _____

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: Sí () No ()

Especifique: _____

Otras molestias: _____

Observaciones: _____

Problemas de identidad: _____

Cambios físicos: _____

Testículos no palpables: Sí () No ()

Fimosis Sí () No ()

Testículos descendidos: Sí () No ()

Masas escrotales Sí () No ()

Tratamiento médico actual:

Observaciones:

Nombre de la enfermera:

Fontanelas: normotensa () abombada () deprimida ()
Cabello: normal () rojizo () amarillo ()
ralo () quebradizo ()
Mucosas Orales: intacta () lesiones () MUGUET ()
Placas blanquecinas () caries () halitosis ()
observaciones: _____
Malformación Oral: Sí () No ()
Especificar: _____
Peso: pérdida de peso desde el ingreso: Sí () No ()
Cuanto perdió: _____
Apetito: normal () anorexia () bulimia ()
disminuido () náusea () vómitos ()
Cantidad de los vómitos: _____ Características: _____

Dificultad para deglutir: Sí () No ()
Especificar: _____
Alimentación: NPO () Enteral : deglución directa () infusión :
STP () Bolos: SNG () SOG () SGT ()
Otros: _____
Tolerancia enteral:
adecuada ()
inadecuada: náuseas () vómitos () RG ()
Parenteral: NPP () NPT ()
Integridad de la piel y mucosa:
intacta () lesiones: eritema () úlcera () necrosis () equimosis ()
flictenas () vesículas () escoriaciones ()
Lugar:
Herida Operatoria: Sí () No ()
Ubicación: _____ Características: _____
Apósitos y gasas: secos () húmedos ()
serosos () hemáticos () serohemáticos ()
Observaciones: _____
Drenaje: Sí () No ()
Tipo: _____
Características de las secreciones: _____
Tipo: _____
Características de las secreciones: _____

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice B. Planes de cuidado

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Resultados e indicadores
NANDA [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por agitación, cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, ojos muy abiertos y sonidos respiratorios adventicios	Resultado: NOC [410] Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias	3	Mantener en:	Intervención: NIC [3160] Aspiración de las vías aéreas				5	+2
			Aumentar a: 4	Actividades.					
	Escala Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			316001 Determinar la necesidad de aspiración	→				
				316002 Auscultar los sonidos respiratorios	→				
	Indicadores			316016 Observar el estado de oxigenación del paciente	→				
	41020 Acumulación de esputos	3		316009 Hiperoxigenar con oxígeno al 100%	→			5	
	41005 Ritmo respiratorio	3		NIC [3180] Manejo de las vías aéreas artificiales.				5	
	41002 Ansiedad	3		Actividades.				5	
	41007 Ruidos respiratorios patológicos	4		314002 Colocar al paciente en posición semifowler	→			5	
				314006 Eliminar las secreciones	→				
			318002 Proporcionar una humidificación al 100%	→					

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
NANDA [00030] Deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal, taquipnea y cianosis	Resultado: NOC [402] Estado respiratorio: intercambio de gases	4	Mantener en:	Intervención: NIC [3350] Monitorización respiratoria				5	+1
			Aumentar a:3	Actividades					
	Escala Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			335001 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones	→				
				335008 Observar su hay fatiga muscular diafragmática	→				
	Indicadores			335002 Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría	→				
	040208 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial	5		335026 Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización)	→			5	
	040209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre	5		335009 Auscultar los sonidos respiratorios	→			5	
040204 Disnea	2		332005 Administrar oxígeno	→			5		
040206 Cianosis	3						5		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
NANDA [00034] Respuesta ventilatoria disfuncional al destete relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por deterioro de la gasometría arterial, disminución del nivel de conciencia y respiración descoordinada con el ventilador	Resultado: NOC (412) Respuesta del destete de la ventilación mecánica	3	Mantener en:	Intervención: NIC [3310] Destete de la ventilación mecánica				4	+1
			Aumentar a:4	Actividades					
	Escala Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5).			331005 Colocar al paciente en posición semifowler	→				
				331006 Aspirar la vía aérea	→				
	Indicadores			331007 Administrar fisioterapia torácica	→				
	41224 Secreciones respiratorias	5		331009 Alternar periodos de ensayos de destete	→			5	0
	41208 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial	5		331013 Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria	→				
	41209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre	5							
41236 Dificultad para comunicar las necesidades	5								
41229 Impulso para respirar alterado	5								

Apéndice C: Escalas de valoración

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

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

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

ESCALA DE CARAS DE DOLOR DE WONG-BAKER:
Niños, incluido edad pre-escolar



Apéndice D: consentimiento informado

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Con respecto al trabajo académico titulado “Proceso enfermero aplicado a paciente pediátrico con cardiopatía congénita, e insuficiencia respiratoria en un hospital de lima 2020”, tiene como objetivo evidenciar los problemas prioritarios en base a diagnósticos planteados de enfermería y realizar intervenciones de una manera eficaz y eficiente. La presente investigación es realizada por el Lic. Jorge Ramos Rosales, mediante la asesoría constante de la Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas.

La recopilación de datos se realizó a través de la guía de valoración, y la entrevista, cuya información es de carácter confidencial y se utilizará sólo para fines de la investigación y obtener el grado de Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos.

Riesgos del estudio

Es importante recalcar que no existe ningún riesgo asociado con este trabajo académico de investigación. Sin embargo, se tendrá las precauciones correspondientes para evitar poner en riesgo la integridad y privacidad del paciente.

Beneficios del estudio

Permanecer con el paciente en todo momento y brindar una atención de manera holística, eficaz y eficiente.

Participación voluntaria

La participación en el estudio es completamente voluntaria, ofreciendo mi tiempo, recursos, talento y vocación de enfermero para beneficio del paciente, de manera social y humanitaria.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento, confirmo con mis datos personales la manera voluntaria en que participo de esta investigación.

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Firma: _____