

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Cuidados a paciente pediátrico con displasia broncopulmonar del servicio de Pediatría de un hospital nacional de Ayacucho, 2021

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Pediatría

Por:

Gloria Francisca Aramburu Simón

Mariel Fernández Polanco

Asesora:

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lima, febrero de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADEMICO

Yo, Luz Victoria Castillo Zamora, adscrita en la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente de la Unidad de Posgrado de ciencias de la Salud de la respectiva Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“Cuidados a paciente pediátrico con displasia broncopulmonar del servicio de Pediatría de un hospital nacional de Ayacucho, 2021”** constituye la memoria presentada por las licenciadas Gloria Francisca Aramburu Simón y Mariel Fernández Polanco, para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Pediatría, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las declaraciones y opiniones, que contiene el presente trabajo académico, son de completa responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo firmo la presente declaración en Lima, a los 27 días del mes de marzo 2022.



Dra. Luz victoria Castillo Zamora

**Cuidados a paciente pediátrico con displasia broncopulmonar del
servicio de Pediatría de un hospital nacional de Ayacucho, 2021**

Trabajo académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Pediatría

A handwritten signature in blue ink, reading "Luz Victoria Castillo Zamora". The signature is written in a cursive style with a large, prominent initial "L" and "C".

Dra. Luz victoria Castillo Zamora

Lima, 16 de febrero de 2022

Cuidados a paciente pediátrico con displasia broncopulmonar del servicio Pediatria

Gloria Francisca Aramburu Simon^a Mariel Fernández Polanco^b Dra. Luz Victoria Castillo Zamora^c

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

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

^c *Asesor del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Tarapoto, Perú.*

Resumen

La displasia broncopulmonar, secundaria a depresión moderada, constituye un daño significativo derivado de la prematuridad. De acuerdo al nivel de severidad puede asociarse a estancias hospitalarias prolongadas, problemas de neurodesarrollo, afecciones nutricionales y a la muerte por insuficiencia cardiopulmonar. El objetivo es desarrollar el proceso de atención de enfermería a un paciente pediátrico de 2 meses de edad con displasia broncopulmonar de un hospital nacional de Ayacucho. El método enfermero es una herramienta, el cual pudo guiar el cuidado humanizado y especializado. El estudio es de enfoque cualitativo, tipo de caso único. La recolección de datos se realizó mediante el marco de valoración por patrones funcional de Marjory Gordon con el cual se identificaron cinco diagnósticos de enfermería, y se priorizaron tres: patrón respiratorio ineficaz, patrón de alimentación ineficaz y riesgo de aspiración. Se planteó los planes de cuidados de enfermería mediante la taxonomía NANDA, NIC y NOC; se ejecutaron las intervenciones y actividades planificadas, siendo éstas evaluadas comparando la puntuación basal y la puntuación final como resultado de las intervenciones administradas, se obtuvo una puntuación de cambio +2, +3, +3, que tiende a mejorar con las intervenciones en el cuidado de enfermería. Se concluyó que, de acuerdo a los problemas identificados en el paciente, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, lo que permitió brindar un cuidado de calidad contribuyendo a la recuperación del estado de salud del paciente.

Palabras clave: proceso de atención de enfermería, displasia broncopulmonar, paciente pediátrico.

Abstract

The present work uses the Nursing Care Process as a tool to guide the care of a patient with a medical diagnosis of bronchopulmonary dysplasia in order to determine the nursing care processes in pediatric patients with bronchopulmonary dysplasia secondary to moderate depression in a hospital from Ayacucho. For data collection, the interview technique and Marjory Gordon's functional pattern assessment framework were used, with which five nursing diagnoses were identified and the following diagnoses were prioritized: ineffective respiratory pattern related to neuromuscular deterioration evidenced by polypnea, dyspnoea and cyanosis, risk of aspiration factor associated with the presence of an orogastric tube, ineffective infant feeding pattern associated with neuromuscular deterioration evidenced by inability to coordinate sucking and swallowing. Nursing care plans were proposed using the NANDA NIC NOC taxonomy, the planned interventions and activities are carried out, being evaluated comparing the baseline score and the change score. As a result of the administered interventions, a change score of +3 was obtained. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, which allowed to provide quality care to the patient A.H.J

Key words: nursing care process, bronchopulmonary dysplasia.

Introducción

La Displasia Bronco Pulmonar (DBP), en el contexto actual, es muy raro en recién nacidos (RN) con peso mayor a 1.5 Kg., y en las gestantes con un tiempo gestacional mayor a las 30 semanas. Por ello, la incidencia del DBP es proporcionalmente inversa al peso del recién nacido y edad gestacional; encontrándose desde un 7% en RN con peso de 1 251 a 1 500 gramos a 52% en RN con peso de 501 a 750 gramos (Rojas, 2020, p.12). Al respecto, la red neonatal del *National Institutes of Health (NIH)* de nación estadounidense informa una elevación en la incidencia de DBP (expresada en la necesidad de oxígeno a las 36 semanas a lo largo de los últimos 20 años), identificando un porcentaje del 40% en RN prematuros de 22 a 28 semanas. Por otro lado, *Neocosur*, la red sudamericana reporta una incidencia de 25% en niños con peso menor a 1 500 gramos (Brener et al., 2017).

En México, en el Instituto Nacional de Perinatología, “la incidencia de DBP en RN con peso menor de 1,500 gramos, al nacer, es del 20 al 40% y en menores de 1,000 gramos es del 40 al 60% en concepción” (Alaníz et al., 2017, p.5). A nivel de Perú se realizó un estudio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del 2006 al 2010, identificándose una incidencia de 5.6% en RN prematuros menores de 37 semanas, los mismos que requirieron hospitalización: la mayoría de ellos desarrollaron un DBP leve; esta tasa no ha sufrido mayor variación en los últimos años (Rojas, 2020, p.13).

El proceso de atención de enfermería (PAE) se considera como un instrumento primordial en el desempeño de la enfermera pediátrica, ya que está conformado por fases secuenciales y sistemáticas que permiten la provisión de cuidados en base a las respuestas humanas (Miranda et al., 2019); consideradas como solución a problemas reales o potenciales en forma racional y lógica promoviendo el pensamiento crítico (Zona & Giraldo, 2017); de forma integral y holística ante un lactante con DBP incluyendo a la familia, quienes desempeñan un rol fundamental en la recuperación (Zavaleta et al., 2019). Considerada como “La herramienta

basada en el método científico que orienta el ejercicio profesional de la enfermería” (Miranda et al., 2019, p.376).

La DBP es una patología que se presenta mayormente en RN prematuros de 36 semanas o menos de edad gestacional, debido a la falta de madurez de los pulmones y bajo peso al nacer. En referencia a la etiología, se considera de naturaleza multifactorial en RN prematuros con problemas de insuficiencia respiratoria y característica crónica de la enfermedad (Sánchez et al., 2013, p.262).

La DBP presenta un cuadro alterado a nivel de la alveolarización y vascularización, procesos que inician en el período fetal tardío y prosiguen en la infancia temprana (Gutierrez et al., 2019). El desarrollo de la mayoría de alveolos se da en la fase temprana expresándose como micro capilares maduros dobles en una fase como red, seguidamente se produce el crecimiento alveolar de los mismos (Mancilla & Villanueva, 2016). La comprensión de ambas fases es primordial para el planteamiento de acciones terapéuticas que favorezcan el desarrollo de alveolos en los pulmones lesionados de un RN (Guerrero, 2018). Es muy conocido el uso de productos esteroides posnatales para propiciar la función pulmonar, facilita la extubación y previene el riesgo (Doyle et al., 2021).

De acuerdo a hallazgos patológicos, la DBP clásica presenta una lesión de las vías aéreas (bronquiolitis obstructiva) en alternancia con espacios de sobre distensión y fibrosis de connotación grave (Velasco et al., 2017). A pesar de ello, al paso del tiempo, los alveolos tienen la capacidad de desarrollarse en zonas con fibrosis (Flood-Garibay et al., 2019). En la DBP nueva, existe muy poca fibrosis, pero sucede el detenimiento parejo del desarrollo, con amplias estructuras alveolares superficiales y capilares dismórficos (Vera, 2021). Asimismo, es posible que exista alteración del metabolismo de la sustancia surfactante en la DBP nueva debido a la oxidación y daño de las células tipo 2 del pulmón (Guerrero, 2018).

Los RN prematuros se encuentran en alto riesgo de presentar lesión pulmonar derivado de factores mecánicos, liberación de oxidantes e inflamatorios a causa de la inmadurez

anatómica y química extremas de los pulmones. Para el desarrollo de un nuevo DBP se reconoce la participación de importantes factores tales como la disminución de protectores endógenos, inflamación y volutrauma (Mancillaz et al., 2016).

Además, dentro de factores postnatales que incrementan el riesgo de sufrir de DBP se encuentran: efecto tóxico del oxígeno y lesiones pulmonares inducidos por el ventilador (liberación de radicales libres de oxígeno, volutrauma, biotrauma, cascada inflamatoria, atelectrauma, barotrauma), sepsis de inicio tardío, ductus arterioso permeable, bajas concentraciones de retinol plasmático, reanimación en sala de parto con FiO_2 superior a 30%. Es importante tomar en cuenta para la reducción de la tasa de DBP en recién nacidos a la ventilación no invasiva (CPAP), los corticoesteroides sistémicos posnatales y la vitamina A intramuscular (Buenrostro et al., 2019).

En la DBP, la administración de oxígeno por cánula binasal para preservar la saturación entre 92 a 95% en estados de reactividad y sueño constituye un tratamiento muy eficaz que se puede realizar luego del alta de la Unidad de Recién Nacidos y ampliarse a los primeros meses de vida. “En algunas ocasiones, en que existe evidencia eco cardiográfica de hipertensión pulmonar, se sugiere saturación de oxígeno en el rango 96-97%. Una vez que durante el día el paciente sea capaz de mantener SaO_2 94% en forma estable, se considerará evaluar la situación durante el sueño, período en que normalmente la SaO_2 es menor, debido al efecto de la posición corporal, menor frecuencia y profundidad de la respiración”. Sin embargo, no es recomendable el incrementar transitorio del aporte de oxígeno, ya que depende de los períodos de desaturación ocasional (relacionadas al llanto, alimentación, entre otros); si la frecuencia de los episodios es constante, se recomienda incrementar el aporte de oxígeno en forma permanente (Navarro, 2019, p.9).

Por otro lado, también es posible alimentar al RN por la vía oral, se puede optar por alimentación mediante sonda nasogástrica o si se requiere mayor tiempo, una gastrostomía. Por ello, es importante realizar evaluaciones antropométricas. Las fórmulas de alimentación

deben ser las que comúnmente se usa, excepto en pacientes con retención importante de dióxido de carbono. Si aún con adecuado soporte nutricional y ausencia de patologías infecciosas recurrentes no existe aumento de peso se debe investigar otras condiciones tales como: hipoxemia intermitente no diagnosticada, reflujo gastroesofágico, anemia, cardiopatías congénitas, traqueo malacia o aspiración de contenido gástrico (Pizarro & Oyarzún, 2019).

Por otra parte, se recomienda el uso de los broncodilatadores en casos estrictamente necesarios, y si hay evidencia de favorable respuesta clínica y si el paciente presenta broncoespasmo. Además, las teofilinas, ya que presentan efecto broncodilatador, diurético y acciones a nivel del diafragma; pero para la respuesta máxima es necesario dosis elevadas cercanas a la toxicidad. En adición a ello, los corticoides inhalatorios, puesto que su utilización se recomienda en pacientes con sibilancias recurrentes, que responden a broncodilatadores y con historia familiar de asma y alergia (Pizarro & Oyarzún, 2019).

Asimismo, en la actualidad está recomendada dentro de los tratamientos: la oxigenoterapia, tratamiento nutricional, fármacos, inmunizaciones, esteroides inhalados, líquidos orales, restricción del uso de diuréticos, broncodilatadores y corticoides inhalables. Asimismo, como los recién nacidos no son tan maduros en comparación con algunos años atrás, pueden presentar ciertas alteraciones más severas cuando lleguen a la adolescencia y adultez, lo que podría significar que en los siguientes años se cambie de terapia (Buenrostro et al., 2019).

Finalmente, cabe señalar que la enfermera especialista en pediatría es el profesional capacitado para brindar cuidados de enfermería de manera "autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, primaria, hospitalización, incluido la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y transdisciplinar" (Sánchez et al., 2018, p.14).

Además, presenta la atención en diferentes contextos desde un punto de vista individual, familiar comunitario o social, cumpliendo una tarea clave de acompañamiento a la familia del paciente pediátrico (Disabato et al., 2019); (Quezada, 2020). Por último, como profesional enfermero de pediatría especializado, debe tener la convicción de proporcionar la mayor excelencia en los cuidados que se brinda en UCI Pediátrica con el fin de conseguir una mejor calidad de vida en los pacientes pediátricos y familia que acuden al Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (Bernalte, 2017).

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo de tipo caso clínico único, el sujeto de estudio incluyó a un paciente pediátrico de 2 meses con 15 días de edad con diagnóstico de displasia bronco pulmonar. Para el presente caso, se aplicó el proceso de atención de enfermería, el cual es un conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas, citado en (Miranda-Limachi et al., 2019). El mismo que está apoyado en la taxonomía NANDA, el cual “constituye en la recolección de datos y que se efectuó mediante las técnicas de la entrevista y observación” (Arias, 2020, p.31,32). Se inició este procedimiento, con la valoración, empleando los patrones funcionales de Marjory Gordon (Rodríguez, 2020). Dicho instrumento permitió realizar una apreciación minuciosa de los datos y a partir de ellos se definieron los diagnósticos de enfermería (NANDA) (Herdman & Kamitsuru, 2018), luego efectuar la planificación de los cuidados que se ejecutó con la interrelación de la taxonomía NANDA, NOC, (Moorhead et al., 2018) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (Butcher et al., 2018); asimismo, se efectuó las intervenciones y actividades planificadas al final son evaluados los resultados de acuerdo a la diferencia de puntuaciones basal y final, logrando la puntuación de cambio de acuerdo a los objetivos de planteados.

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: A.H.J

Sexo: masculino

Edad: 2 meses y 15 días

Días de atención de enfermería: 30 días

Fecha de valoración: 15 de octubre del 2021

Motivo de ingreso: Lactante de 1 mes con 8 días ingresa al servicio de Pediatría transferido del servicio de neonatología con daño neurológico moderado, con apoyo de oxígeno por cánula binasal 0.5 litros de oxígeno, saturando de 90 a 92%, portador de sonda orogástrica para alimentación, signos vitales estables con tratamiento farmacológico.

Descripción de los patrones funcionales

Patrón I: Percepción – manejo de la salud

Lactante menor ingresa al servicio de Pediatría transferido del servicio de Neonatología con 1 mes y 8 días de edad, de sexo masculino dependiente de oxígeno. Madre adolescente de 17 años de edad, con controles prenatales completos, parto eutócico. lactante al momento de nacer con 36 semanas de edad gestacional según escala de Capurro, Apgar 6 al minuto y 6 a los 5 minutos, complicaciones del parto, aspiración de líquido meconial y depresión severa, no presenta signos de alergia durante su hospitalización. Madre se preocupa por el estado y cuidado de su menor hijo.

Patrón II: Nutricional metabólico

Lactante menor con piel húmeda, hidratada, presenta pobre reflejo de succión, dificultad para deglutir, portador de sonda orogástrica para alimentación, recibe formula láctea al 13%

75cc cada 3 horas, de buena tolerancia oral, no residuos gástricos, abdomen blando/depresible, ruidos hidroaéreos presentes, con relación al peso (4.800kg) adecuado para la edad.

Recibe tratamiento de lactancia materna exclusiva para estimular succión; sulfato ferroso 0.7 ml C/ 24 h VO; vitamina e 25UI V.O C/ 24 h; vitamina A-C-D 0.3 cc C/24h VO; Paracetamol 9 gotas VO condicional a Temperatura > 38.5°; estado de higiene buena. Examen de laboratorio hematológico presenta: leucocitos alterados (12,000 mm³)

Patrón III: Eliminación

En cuanto en eliminación vesical el lactante presenta diuresis normal: de 5 a 7 veces; volumen 265ml en 24 horas, color claro, con flujo urinario normal de 2.3ml por hora. Gérmenes 3+, ano permeable, deposiciones en forma espontánea, de consistencia pastosas de 2 a 5 veces por día.

Patrón IV: Actividad ejercicio

Lactante menor con frecuencia respiratoria de 52 por minuto ligeramente polipnéico, ventilando con apoyo de oxígeno 0.5 Lt por cánula binasal saturando 92%; al destete de oxígeno lactante desatura con una saturación de 80 a 82%, presenta cianosis distal, disnea y dificultad respiratoria. Frecuencia cardiaca de 133 por minuto, miembros superiores e inferiores tibios; llenado capilar <2".

Lactante menor presenta tono muscular disminuido, hipoactivo, reactivo a estímulos externos, con grado de dependencia IV.

Patrón V: Descanso – sueño

Lactante menor con el sueño interrumpido, sobresalta, llora debido a dolor por daño neurológico, procedimientos invasivos, no medicado.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo

Lactante menor, reactivo a estímulos, comunicación a través del llanto, reflejo de prensión débil, audición presente, sonrío, en el área motora lactante no puede sostener la

cabeza, hipotonía. Lactante menor al momento del nacimiento obtuvo un Apgar de 6 al minuto y 6 a los 5 minutos, con referencia a la parte neurológica a causa de la aspiración meconio presenta dificultad para la deglución.

Patrón VII: Autopercepción, autoconcepto

Lactante menor, al apego de la madre, se observa signos de deterioro en la atención: mirada ausente.

Patrón VIII: Relaciones – rol

Lactante menor con madre de 17 años y padre de 19 años, ambos con secundaria completa; viven con sus padres, dependen económicamente de ellos; en relación al bebe demuestran afecto y responsabilidad acompañan al lactante en forma alternada durante las 24horas, se les observa interesados y preocupados por la salud de su menor hijo.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción

Lactante menor de sexo masculino, genitales normales, no fimosis.

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

El lactante menor se sobresalta, irritable, llora; al contacto con la mamá sostiene vinculo y se calma.

Patrón XI: Valores y creencias

Padres de religión católica

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00032) Patrón respiratorio ineficaz.

Dominio 4: actividad y reposo, Clase 4. Respuestas cardiovasculares /pulmonares.

Características definitorias: polipnea, disnea, cianosis.

Factores relacionados: fatiga de los músculos respiratorios.

Enunciado diagnóstico: (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por polipnea, desaturación, disnea y cianosis.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Dominio 2: nutrición, clase 1. Ingestión

Características definitorias: Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración

Factores relacionados asociado: deterioro neurológico.

Enunciado diagnóstico: (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante asociado a deterioro neuromuscular evidenciado por incapacidad para coordinar succión y deglución.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00039) Riesgo de aspiración

Dominio 11: Seguridad/ protección, clase 2: lesión física

Factores de riesgo: Deterioro de la capacidad para deglutir.

Enunciado diagnóstico: (00039) Riesgo de aspiración asociado a deterioro de la capacidad para deglutir.

Cuarto diagnóstico: Etiqueta de diagnóstica: NANDA (00103) Deterioro de la deglución.

DOMINIO 2: Nutrición, clase1: Ingestión

Características definitorias: Atragantamiento antes de la deglución

Factor relacionado: Deterioro neuromuscular

Enunciado de diagnóstico: (00103) Deterioro de la deglución f/r deterioro neuromuscular e/p atragantamiento antes de la deglución.

Quinto diagnóstico

Etiqueta de diagnóstico: NANDA (00002) Desequilibrio nutricional: ingestas inferiores a las necesidades.

DOMINIO 2: Nutrición, clase 1, Ingestión

Características definitorias: Ingestas de alimentos inferiores a las cantidades diarias recomendadas.

Factor relacionado: Ingesta insuficiente de alimentos.

Enunciado de diagnóstico: (00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades f/r ingesta insuficiente de alimentos e/p ingesta de alimentos inferiores a las cantidades diarias recomendadas.

Planificación

Primer diagnóstico

NANDA (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por polipnea, disnea y cianosis.

Resultado esperado

NOC: (0415) Estado respiratorio

Indicadores:

041503 profundidad de la inspiración

41508 saturación de oxígeno

Intervenciones de enfermería.

NIC: [3350] Monitorización respiratoria

Actividades:

335001.-Observar los cambios de saturación SaO₂, SvO₂ y CO₂ tele espiratorio y valores de gasometría arterial según corresponde

3350023.-Monitorizar los patrones de respiración: polipnea, hiperventilación.

335003.-Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.

335005.-Oxigenoterapia por cánula binasal 0.5 Litros x 12 horas.

335006.- Colocar al paciente en decúbito lateral para evitar la aspiración.

Segundo diagnóstico

NANDA (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado a deterioro neurológico evidenciado por incapacidad para mantener una succión eficaz.

Resultado esperado

NOC: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.

Indicadores

10001 alineación y unión adecuada

100014 reflejo de succión

100005 deglución audible

100006 amamanta durante un mínimo de 5 a 10 minutos por pecho

101012 atragantamiento, tos o nauseas

Intervenciones de enfermería

NIC [1060] Terapia de deglución

Actividades:

106001.-Colaborar con los miembros de equipo de cuidados (terapeuta y nutricionista) para dar continuidad al plan de rehabilitación al paciente.

106004.-Explicar el fundamento de régimen de deglución al familiar del lactante.

106006.-Ayudar al lactante a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la alimentación/ ejercicio.

106002.-Proporcionar un chupón al paciente para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua.

106003.-Observar signos y síntomas de aspiración.

106005.-Ayudar al lactante a sentarse en una posición erguida para la alimentación/ ejercicio.

106007.-Observar el sellado de los labios al lactar y deglutir

NIC [1050] Alimentación**Actividades:**

105001. Identificar la presencia del reflejo de deglución.

105002. Facilitar la higiene bucal después de las comidas.

Tercer diagnóstico

NANDA (00039) Riesgo de aspiración asociado a deterioro de la capacidad para deglutir.

Resultado esperado**NOC: (1935) Control del riesgo de aspiración****Indicadores:**

193502.- Identifica los factores de riesgo de aspiración.

193503.- Reconoce factores de riesgos personales de aspiración.

193504.- Notifica a otros sobre sus dificultades para tragar.

193505.- Selecciona alimentos basados en su capacidad para tragar.

193509.- Se sitúa en posición vertical para comer y beber.

Intervenciones de enfermería**NIC (3200) Precauciones para evitar la aspiración****Intervención:**

320001.- Vigilar el nivel de conciencia, reflujo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.

320002.- Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.

320003.- Mantener una vía aérea y colocación erguida a más de 30 grados (alimentación por SOG) a 90 grado o más incorporado posible.

320004.- Comprobar la colocación de SOG antes de la alimentación.

320005.-Mantener la cabecera elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.

320006.-Comprobar el residuo de SOG antes de la alimentación.

320007.-Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.

320008-Mantener el equipo de aspiración disponible.

Evaluación

Referente a la evaluación se logró los resultados esperados según como se menciona a continuación:

Primer diagnóstico

(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por polipnea, desaturación, disnea y cianosis.

NOC 1: Puntuación de cambio: +2. Asimismo, se observó logros en los indicadores, a saber:

041513.- Cianosis: se encontraba en desviación en desviación moderada (3) y luego de las intervenciones se encontró en la escala del rango sustancial (2), logrando una puntuación de cambio +2.

041514.- Disnea de reposo: se encontraban en desviación de moderada (3) y luego de las intervenciones se encontró en la escala del rango sustancial (2), logrando una puntuación de cambio +2.

041503.- Profundidad de la inspiración: se encontraba una desviación leve de (4) y luego de las intervenciones se encontró sin desviación del rango normal (5), logrando una puntuación de cambio +2.

041508.- Saturación de oxígeno: se encontraba una desviación moderada del rango normal (3) y luego de las intervenciones se encontró sin desviación del rango normal (5), logrando una puntuación de cambio +2.

Segundo diagnóstico

(00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado a deterioro neurológico evidenciado por incapacidad para mantener una succión eficaz.

NOC 1: Puntuación de cambio +3: Así, también, se observó logros en los siguientes indicadores:

10001.- Alineación y unión adecuada: se encontraba en la escala de desviación moderadamente adecuada de (3) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

100014.- Reflejo de succión: se encontraba en la escala ligeramente adecuado de (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

100005.- Deglución audible: se encontraba en la escala inadecuado (1) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

100006.- Amamanta durante un mínimo de 5 a 10 min. por pecho: se encontraba en la escala ligeramente adecuado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

100015.- Se detiene para hacer eructar al bebe a intervalo frecuentes: se encontraba en la escala ligeramente adecuado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

100007.- Mínimo de 8 tomas al día: se encontraba en la escala moderadamente adecuado (3) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

101012.- Atragantamiento, tos o nauseas: se encontraba en la escala ligeramente adecuado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

-101017.- Incomodidad con la deglución: se encontraba en la escala ligeramente adecuado (2) y luego de las intervenciones, se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

Tercer diagnóstico

(00039) Riesgo de aspiración asociado a deterioro de la capacidad para deglutir.

NOC 1: Puntuación de cambio +3. Así, también, se observó logros en los siguientes indicadores:

-193502.- Identifica los factores de riesgo de aspiración: se encontraba en la escala raramente demostrado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

193503.- Reconoce factores de riesgos personales de aspiración: se encontraba en la escala raramente demostrado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

193504.- Notifica a otros sobre sus dificultades para tragar: se encontraba en la escala raramente demostrado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

193505.- Selecciona alimentos basados en su capacidad para tragar: se encontraba en la escala a veces demostrado (3) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

193509.- Se sitúa en posición vertical para comer y beber: se encontraba en la escala raramente demostrado (2) y luego de las intervenciones se encontró completamente adecuado (5), logrando una puntuación de cambio +3.

Resultado

En el paciente en estudio se reconocieron ocho diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizan tres de acuerdo al riesgo de vida, siendo el primero: patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por polipnea, disnea y

cianosis, considero el NOC, el estado respiratorio, y en los indicadores, cianosis, disnea, uso de músculos accesorios, saturación de oxígeno, se consideró las intervenciones.

Monitorización respiratoria, con una puntuación basal de 3 y de cambio +2.

El segundo fue patrón de alimentación ineficaz del lactante asociado a deterioro neuromuscular evidenciado por incapacidad para coordinar succión y deglución, se consideró el NOC; eestablecimiento de la lactancia materna: lactante, y en los indicadores ,alineación y unión adecuada, reflejo de succión, deglución audible, Amamanta durante un mínimo de 5 a 10 minutos por pecho, Se detiene para eructar al bebe a intervalo frecuentes, mínimo de 8 tomas al día; atragantamiento, tos o náuseas, incomodidad con la deglución, se consideró las intervenciones de colaboración con los miembros de equipo de cuidados (terapeuta y nutricionista) para dar continuidad al plan de rehabilitación al paciente, Proporcionar chupón al paciente para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua: observar signos y síntomas de aspiración.

Explicar el fundamento de régimen de deglución al familiar del lactante; asimismo, ayudar al lactante a sentarse en una posición erguida para la alimentación/ ejercicio, como ayudar al lactante a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la alimentación/ ejercicio; también observar el sellado de los labios al lactar y deglutir, con una puntuación basal 2 y puntuación de cambio +3. Finalmente, el tercer diagnóstico es riesgo de aspiración asociado a deterioro de la capacidad para deglutir; consideró el NOC para el control del riesgo de aspiración y en los indicadores identifica los factores de riesgo de aspiración. Reconoce factores de riesgos personales de aspiración; además, notifica a otros sobre sus dificultades para tragar; selecciona alimentos basados en su capacidad para tragar; se sitúa en posición vertical para comer y beber, se consideró las intervenciones, como el vigilar el nivel de conciencia, reflujo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.

Igualmente, se llegó a evaluar la presencia de disfagia, según corresponda, manteniendo una vía aérea y colocación erguida a más de 30 grados (alimentación por SOG) a

90 grado o más incorporado posible, teniendo en cuenta comprobar la colocación de SOG antes de la alimentación; siendo necesario mantener la cabecera elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación; comprobando el residuo de SOG antes de la alimentación; también se debe evitar la alimentación si los residuos son abundantes; es por esta razón importante mantener el equipo de aspiración disponible, con una puntuación basal de 2 y de cambio +3; Finalmente, se brindó cuidado a través de la intervención de enfermería, logrando obtener en los diferentes diagnósticos, arriba mencionados, una puntuación de cambio +3 considerándose: objetivo alcanzado.

Discusión

Patrón respiratorio ineficaz

Según NANDA - 2018, es la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada; La respiración ineficaz: “es alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una ventilación adecuada” (Herdman & Kamitsuru, 2018). Según Hein et al. (2017) refieren que está definido como “reservas de energía disminuidas, resultando en incapacidad para mantener la respiración independiente y adecuada para sustentación de la vida” (p.2) . En tanto, según la “Guía de intervención de enfermería pediátrica, 2018” del (Hospital San José - Callao, 2018) define como respiración ineficaz a “la inspiración y/o expiración, que no proporciona una ventilación adecuada” (p.20).

Asimismo, otros autores refieren que la displasia broncopulmonar (DBP) “es un trastorno pulmonar de largo plazo (crónico) que afecta a bebés recién nacidos que han estado con un respirador al nacer o que nacieron antes de tiempo (prematuros)” (Hadjiliadis & Harron, 2019, p.1).

Igualmente, “La displasia broncopulmonar es una enfermedad pulmonar crónica del recién nacido que suele ser causada por la ventilación prolongada y es definida, además, por el grado de prematurez y el requerimiento de oxígeno suplementario” (Lattari, 2021). “Esta enfermedad se caracteriza por la inflamación y la formación de cicatrices en los pulmones, y se

desarrolla más frecuentemente en bebés prematuros, que nacen con los pulmones inmaduros” (Norton Children’s, 2021).

El paciente en estudio, el cual fue un lactante menor de 2 meses y 15 días, con oxigenoterapia por cánula binasal de ½ a 1 L, presentaba dificultad respiratoria, cianosis, polipnea, lo cual genera una dificultad para una correcta ventilación debido a la inmadurez pulmonar por prematuro de 36ss.

Según, Perret et al. (2018) señalan que la DBP es “una patología multifactorial destacando entre estos factores la falta de madurez pulmonar, barotrauma, hiperoxia y la inflamación – infección” (p.175) . Prontamente se ha logrado evidenciar que la susceptibilidad genética constituye otro factor de riesgo, de la misma forma, la ventilación mecánica, por lo que debe administrarse con cuidado y solo cuando exista una indicación clara y sustentada. “La persistencia del ductus arterioso se asocia también a la DBP”, por ello el tratamiento destinado al cierre precoz disminuirá la incidencia de esta patología (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

Los RN con DBP presentan un cuadro clínico caracterizado por “postura trípode, bradipnea, aleteo nasal, alteraciones de movimientos torácicos, incremento del diámetro anteroposterior del tórax, reducción de la capacidad vital, reducción de la presión espiratoria e inspiratoria” (Mancilla et al., 2016, p.91); reducción de la ventilación por minuto, dificultad respiratoria, ortopnea, patrón respiratorio anormal, fase espiratoria prolongada, respiración con labios fruncidos, taquipnea y uso de músculos accesorios respiratorios. NANDA-2018-2020 en (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Las características definitorias del paciente en estudio son las siguientes: polipnea, disnea, cianosis debido por presentar pulmones inmaduros debido a su prematurés, por lo que el paciente presenta los signos mencionados como son la dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria 52 por minuto, saturación de oxígeno 85 %, cianosis distal a la desaturación (Acosta et al., 2017).

Así mismo, según el manual MSD “La displasia broncopulmonar es un trastorno pulmonar crónico que afecta a los recién nacidos”; es un trastorno que afecta a los neonatos de edad de lactancia y en particular en aquellos que hayan nacido muy prematuros, como también con enfermedades pulmonares graves, otro punto es que necesiten de un ventilador, como la necesidad de administrar el oxígeno por tiempos prolongados y finalmente, que sus pulmones insuficientes en su desarrollo mejoren en su función. “La respiración puede ser rápida, dificultosa o ambas cosas, y la piel y/o los labios pueden estar azulados, todo lo cual son signos de una necesidad continua de oxigenoterapia o asistencia respiratoria” (Balest, 2020, p.1).

Para el plan de cuidados se consideró como resultado principal la ventilación espontánea.

Las actividades administradas fueron las siguientes:

Administrar oxigenoterapia, por cánula binasal 0.5 Lt x 12 Hrs. Asimismo Calvo (2020), define que la oxigenoterapia es un procedimiento esencial para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de naturaleza aguda o crónica cuya finalidad es prevenir la hipoxemia, hipertensión pulmonar, disminución del trabajo respiratorio y miocárdico (p.784).

Se monitorizó la función respiratoria; el monitorizar los patrones de respiración considerando que la falla respiratoria aguda es una de las principales causas de admisión en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), “la monitorización continua, confiable y precisa de diversos parámetros respiratorios tanto en la admisión del paciente como en el manejo posterior, permite al clínico la detección temprana de falla respiratoria aguda” (Juyo, 2019, p.11).

Además, se observaron los cambios de saturación SaO_2 , SvO_2 y CO_2 ; monitorizando los patrones de respiración: polipnea, hiperventilación, vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración; asimismo, monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente (Hospital Cayetano Heredia - MINSA, 2021). El monitorizar los niveles de

saturación de oxígeno de forma constante proporciona la oxigenoterapia, la cual es un procedimiento esencial para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de naturaleza aguda o crónica (Fernández et al., 2018). Por lo tanto, “los objetivos principales que llevan a su empleo son tratar de prevenir la hipoxemia, la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocardio” (MINSA, 2020, P.4). A su vez, la oxigenoterapia por cánula binasal 0.5 Lt x 12 Hrs, la cual es un procedimiento esencial para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de naturaleza muy grave o crítica. Además, se conceptualiza como “el aporte artificial de oxígeno en el aire inspirado, a través del cual se previene o trata la hipoxia” (Pírez et al., 2020, p.26).

Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración. Por otro lado, es necesario ubicar al paciente en posición decúbito lateral, para evitar la aspiración, esto es una estrategia destinada a mejorar la concentración de oxígeno arterial en pacientes con síndrome de distrés respiratorio, favoreciendo una redistribución de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón (Pérez, 2019).

Patrón de alimentación ineficaz

Según NANDA es “la alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión – deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas” (Herdman & Kamitsuru, 2018).

La alimentación constituye una necesidad básica del ser humano e imprescindible para asegurar la supervivencia. Asimismo, ejerce gran influencia en el estado de salud de la persona, dado que una adecuada alimentación previene diversas patologías o si la persona las padeciere, mejora el pronóstico de las mismas. Una alimentación equilibrada acompañada de una buena hidratación y ejercicio físico constituyen los pilares para la preservación de la salud (Moreno & Lora, 2017).

La alimentación, adecuada, es la que aporta los nutrientes esenciales para cubrir los requerimientos nutricionales variables por etapa de vida, promoviendo así un crecimiento y desarrollo adecuado y previniendo las enfermedades.

El lactante menor presenta en el momento de la alimentación: reflejo de succión débil, dificultad para deglutir y respirar evidenciándose una sensación de ahogo y acumulo de leche en la cavidad oral, lo cual imposibilita la alimentación oral. Según NANDA el deterioro de la habilidad para succionar o coordinar la respuesta de la succión y deglución afecta en una nutrición oral adecuada (Herdman & Kamitsuru, 2018). En este sentido, es la incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración, incapacidad para iniciar una succión eficaz (Santamaria, 2019).

Las características definitorias del paciente en estudio presentan la incapacidad para coordinar succión y deglución por presentar problemas neuromusculares, presentando en el momento de la alimentación dificultad para deglutir, observándose presencia de leche en la cavidad oral, dificultad para respirar (Delgado & Rodriguez, 2018).

Los prematuros extremos suelen tener problemas importantes con la alimentación oral y esto puede ser aún mayor en aquellos con displasia: al respecto, estos problemas incluyen eventos apneicos, desaturación y dificultad respiratoria durante la alimentación, se ha reportado que cuanto más grave sea la displasia, mayor será la desaturación en la alimentación con tendencia a reincidir por un tiempo prolongado, y a la vez está relacionada con la alteración en el crecimiento (Osuna-Padilla et al., 2020).

En ese sentido, es el deterioro de la habilidad para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada, para las necesidades metabólicas (NANDA, 2020) en (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Dentro de las intervenciones y actividades de enfermería se considera la colaboración con el equipo multidisciplinario (terapeuta y nutricionista) para asegurar la continuidad del plan de rehabilitación del paciente. Por consiguiente, la rehabilitación es una ayuda para el desarrollo, mantenimiento y recuperación de todas las funciones del ámbito somático y psíquico (Sánchez, 2020).

Se debe proporcionar chupón al paciente para que succione y de esta manera tener más fuerza en la lengua. Según Bravo et al. (2015) refieren que “la succión es la principal manera de recibir nutrición y requiere la habilidad de integrar la respiración, succión y deglución para una alimentación coordinada” (p.20) .

Por otro lado, se debe observar signos de aspiración, ya que es importante evaluar la permeabilidad de las vías aéreas puesto que la acumulación de secreciones aumenta la resistencia en la vía aérea y el esfuerzo respiratorio (Chávez, 2018, p.1). “La retención de secreciones es la primera indicación para realizar la aspiración y, se identifica con el signo más común es la presencia de ruidos roncales en los pulmones del paciente especialmente en la región hiliar” (Romero et al., 2017, p.19).

Apoyo al cuidador principal (7040): intervenciones; explicar el fundamento de régimen de deglución al familiar del lactante. “Suministrar la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta al del profesional” (Soria, 2020).

La importancia de las personas dependientes en cualquier etapa de la vida repercute directamente en el bienestar y en las expectativas de vida satisfactoria de aquel a quien se cuida, incidiendo directamente en la vida del cuidador/a principal, se considera que la familia es la que provee de mayor cantidad de apoyo material o instrumental, mientras que los amigos o vecinos cumplen mejor con la satisfacción de otro tipo de necesidades emocionales (Waisgrais et al., 2018).

Es necesario proporcionar ayuda al lactante a tomar una posición cómoda casi derecha para la alimentación y/o ejercicio; además, tener en cuenta que existe una codependencia en la lactancia materna respecto a una posición adecuada de la madre y su hijo, así como un buen agarre de la boca del niño al pecho de su madre; se debe observar el sellado de los labios al lactar y deglutir (Redondo et al., 2016).

La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir lactancia materna es cada vez más reconocida, su efecto radica sobre el coeficiente intelectual y el desarrollo cognitivo del neonato (González de Cosío & Hernández, 2016).

Riesgo de aspiración

Según NANDA, es “susceptible a que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos que pueden comprometer la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Con respecto a los factores de riesgo se encuentran entre los más importantes: la disfagia, la disminución o ausencia del reflejo de vómito, desórdenes neurológicos y movilidad corporal disminuida; lo cual tiene una asociación estadística de manera significativa con el riesgo de aspiración, puesto que tiene una probabilidad de incrementarse hasta en siete veces de sufrir aspiración respiratoria (Munyo et al., 2020).

Al hablar de riesgo de aspiración comprendemos que es la probabilidad de que una persona pueda inhalar secreciones gastrointestinales u orofaríngeas de naturaleza sólida o líquida hacia las vías traqueo bronquiales (Lustiber et al., 2019). Posterior a la revisión bibliográfica, se identificó el siguiente factor que aumenta el riesgo de aspiración en el entorno de medicina intensiva y crítica: existencia de sondas gastrointestinales (Thomas, 2020).

El paciente en estudio, presenta riesgo de aspiración a causa de la incapacidad para deglutir por estado letárgico y la presencia de sonda orogástrica para su alimentación. Con respecto a los factores de riesgo se encuentran entre los más importantes la disfagia, la disminución o ausencia del reflejo de vómito, desórdenes neurológicos y movilidad corporal disminuida (Velasco, 2019). Se concluye señalando que los factores de riesgo de disfagia, ausencia o disminución del reflejo de vómito y movilidad corporal disminuida constituyeron

adecuados predictores del riesgo de aspiración como de la misma aspiración respiratoria (Flórez et al., 2019).

Las Intervenciones de enfermería están centrados en evaluar el nivel conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria “El paciente en estado comatoso o inconsciente, es incapaz de eliminar mediante la deglución o tos el acumulo de secreciones que se encuentran alojados en las vías respiratorias” (Reyes, 2015); citado en (Salinas, 2018, p.35).

Las sondas de alimentación nasogástrica afectan negativamente a la integridad del esfínter esofágico inferior, y pueden ofrecer una vía para que el contenido gástrico entre en las vías respiratorias del paciente; la intolerancia a la nutrición enteral puede provocar distensión abdominal, vómitos y episodios de aspiración, las complicaciones de la aspiración gástrica (química) a menudo provocan el síndrome de dificultad respiratoria aguda (Lustiber et al., 2019, p.48).

Otra de las actividades fue Mantener una vía aérea; para ello, se colocó al paciente en posición erguida a más de 30 grados (alimentación por sonda orogástrica) a noventa grados o cuanto más sea posible. En este punto, es primordial el manejo adecuado de la vía aérea para lo cual se debe usar diversos métodos que aseguren su control, asimismo se requiere mantener la alineación de la cabeza en un mismo eje con la tráquea y laringe (Torres, 2017).

Asimismo, fue comprobar la adecuada inserción de sonda orogástrica antes de brindar la alimentación, dado que si la sonda se encuentra a nivel esofágico, existe un alto riesgo de aspiración (Talavera et al., 2018). Es importante verificar el residuo de la sonda orogástrica antes de la alimentación: los cuidados de la sonda a considerar son las siguientes: Habrá que limpiar diariamente la parte externa de la sonda, tras cada administración de nutrición y habrá que pasar siempre unos 20 ó 30 ml de agua, comprobar la existencia de residuos cada 4- 6 horas durante las primeras 24 horas y luego cada 8 horas (Puyo et al., 2021).

La colocación de una sonda de alimentación no impide la aspiración de contenido oral o gástrico; aunque las sondas de gastrostomía endoscópica nasogástrica y percutánea se utilizan comúnmente para tratar la disfagia, pueden estar asociados con mayor riesgo de aspiración (Lustiber et al., 2019).

Otra actividad fue preservar la cabecera elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación. Esta posición disminuyó el riesgo de inhalación alimentaria y favoreció que por gravedad el alimento se desplace por el tracto digestivo (Thomas, 2020).

Asimismo, se tomó en consideración el evitar alimentar al paciente con la presencia de abundantes residuos; según (Pereira et al., 2016), señalan que, el volumen gástrico residual elevado, constituye una de los mayores problemas para iniciar la nutrición enteral; su medición no debe ser sobrevalorada, debiendo restringirse para evitar un mayor riesgo de aspiración. Finalmente, se mantuvo el equipo de aspiración disponible.

Conclusiones

Se concluye que de acuerdo con los problemas identificados en paciente con displasia broncopulmonar moderada, se desarrolló el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, considerando el modelo de Marjory Gordon para la valoración por patrones funcionales. También, se logró dar solución a los problemas identificados según la taxonomía NANDA I y la planificación de los cuidados se dio para los resultados a través de la taxonomía NOC; igualmente, para las intervenciones se utilizó la taxonomía NIC. En la evaluación de los resultados usó la taxonomía NOC.

El PAE es un método científico que permite sistematizar en el cuidado en sus cinco etapas; por tanto, es de suma importancia que los profesionales de enfermería tengan conocimiento y manejo de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje contribuyendo a estudios similares al presentado.

Se reconoce del empoderamiento y el impacto que genera el trabajo que realiza el profesional de enfermería especialista en pediatría, tanto en el manejo y atención oportuna de

los problemas identificados y complicaciones que presento el paciente durante la primera etapa, así como los problemas pulmonares grave, hipoxia.

De acuerdo a los problemas identificados en el paciente con displasia bronco pulmonar moderada, se logró aplicar el proceso de atención de enfermería, brindando una atención de calidad al paciente en estudio. Se evidenció mejoría en los diferentes problemas, con respecto a la dependencia del oxígeno, se observó ventilación espontánea con una saturación > 90%. En cuanto al deterioro neurológico, se evidenció mejoría luego de haber realizado las terapias de rehabilitación física con respecto a la succión y actividades motoras, mediante la administración adecuada de la oxigenoterapia.

Referencias

- Acosta, J. T., Carrión-Mendoza, R., Camacho-Plasencia, C., & Fernández-Núñez, M. (2017). Neumonitis intersticial descamativa en el paciente pediátrico. *Revista Cubana de Pediatría*, 89(2), 224-233. <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/rt/printerFriendly/141/124>
- Alaníz Rodríguez, M. T., Salinas Meritú, A., & Hernández Pallares, R. (2017). *Prevalencia y caracterización del recién nacido prematuro con Displasia Broncopulmonar hospitalizado en el Hospital General de Cuautitlan durante el año 2014* [Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66388>
- Arias González, J. L. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación. Para ciencias administrativas, aplicadas, artísticas, humanas* (Enfoques Consulting EIRL (ed.); Primera Ed). CienciaySociedad.org. https://www.researchgate.net/publication/350072286_TECNICAS_E_INSTRUMENTOS_DE_INVESTIGACION_CIENTIFIICA
- Balest Lattari, A. (2020). *Displasia broncopulmonar (DBP)*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-recién-nacidos/displasia-broncopulmonar-dbp>
- Bernalte, P. (2017). *El papel de la enfermería en la UCI Pediátrica*. Enfermeria21. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-uci-pediatica-DDIMPORT-051292/>
- Bravo García, G. M., Duque Restrepo, K. J., Prado, P. A., & Vásquez Correa, D. (2015). *Estrategias de estimulación oromotora empleadas por las madres y/o cuidadores en bebés prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatal de un Hospital Del Suroccidente Colombiano, 2015* [Universida Del Valle]. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/10858>
- Brener Dik, P. H., Niño Gualdron, Y. M., Galletti, M. F., Criolioli, C. M., & Gonzalo L., M. (2017). Displasia broncopulmonar: incidencia y factores de riesgo. *Archivos argentinos de pediatría*, 115(5), 476-482. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.eng.476>
- Buenrostro Gaitán, A., Sánchez Miranda, Y., & Juárez Ortiz, C. (2019). Guía para el tratamiento y seguimiento de los niños de dos meses a 18 años con displasia broncopulmonar. *Neumología y Cirugía de Torax(Mexico)*, 78(4), 371-394. <https://doi.org/10.35366/NT194G>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC). En *ELSEVIER Health Science* (7th ed.). U.S. National Library of Medicine. <https://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/NIC/metadata.html>
- Calvo Campos, S. A. (2020). Oxigenoterapia: conceptos generales, objetivos y dispositivos para su administración. *Revista Electrónica Portales Médicos*, XV(15), 784. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/oxigenoterapia-conceptos-generales-objetivos-y-dispositivos-para-su-administracion-revision-bibliografica/>
- Chávez Flores, E. (2018). *Aspiración de secreciones en pacientes intubados por el enfermero. servicio de observación/emergencia Hospital Nacional María Auxiliadora, setiembre– 2017*. Universidad San Martín de Porres.
- Delgado, M. V. D., & Rodríguez, V. S. (2018). Aporte nutricional en pacientes prematuros extremos en la neonatología del hospital de los valles y su relación con el peso y perímetro

- cefálico a los 28 días de vida y a las 36 semanas de edad gestacional TT - Aporte nutricional en pacientes prematuros. *Rev. ecuat. pediatr*, 19(1), 28-30.
<https://doi.org/10.3823/1269>
- Disabato, J. A., Mannino, J. E., & Betz, C. L. (2019). Pediatric nurses' role in health care transition planning: National survey findings and practice implications. *Journal of Pediatric Nursing*, 49, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.08.003>
- Doyle, L. W., Cheong, J. L., Hay, S., Manley, B. J., & Halliday, H. L. (2021). Late (≥ 7 days) systemic postnatal corticosteroids for prevention of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(11).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001145.pub5>
- Fernández, A., Peláez Fernández, J., & Sánchez López, J. (2018). La oxigenoterapia en pediatría y sus complicaciones. *Avances en técnicas en cuidados intensivos pediátricos*, 1(5), 15-22. <https://www.npunto.es/revista/5/la-oxigenoterapia-en-pediatria-y-sus-complicaciones-5>
- Flood-Garibay, J. A., Mendez-Rojas, M. A., & Perez-Cortes, E. J. (2019). Sistema inmune respiratorio y consecuencias de contaminación aérea por materia particulada. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 57(3), 170-180.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im193i.pdf>
- Flórez Almonacid, C. I., Ruiz Pérez, I., López Urbano, T., López Espejo, M. D., Turrado Muñoz, M. Á., & Romero Bravo, Á. (2019). *Prevención de la aspiración orofaríngea: Cuidados seguros*. Hospital Universitario Reina Sofía. Consejería de Salud y Familias.
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/enfermeria/publicaciones_enfermeria/prevencion_aspiracion_orofaringea_revision_080220_20.pdf
- González de Cosío, T. M., & Hernández, S. H. C. (2016). Lactancia materna en México. En *Salud Pública de Mexico* (Primera ed). Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina de México, por.
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Guerrero, M. (2018). Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz [Tesis de Posgrado.Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. En *New England Journal of Medicine* (Vol. 372, Número 2).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7556065>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC394507>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.humphath.2017.05.005>
<https://doi.org/10.1007/s00401-018-1825-z>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27157931>
- Gutierrez, J. A. P., Angulo, E. C., García Hernández, H. A., García Morales, E., Padilla Muñoz, H., Rulfo Ibarra, D. P., Plascencia Hernandez, A., Vargas López, R., Yanowsky Reyes, G., & Zepeda Romero, L. C. (2019). *Manual de Neonatología* (segunda ed). Universidad de Guadalajara.
https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_forros.pdf
- Hadjiliadis, D., & Harron, P. F. (2019). *Displasia broncopulmonar*. MedlinePlus enciclopedia médica; MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001088.htm>
- Hein Seganfredo, D., Amorín Beltrão, B., Martins da Silva, V., Venícios de Oliveira Lopes, M.,

- Maris de JesusCastro, S., & De Abreu Almeida, M. (2017). Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea perjudicada de adultos con oxigenoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2954), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1950.2954>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2018-2020. En NANDA Internacional (Ed.), *Undecima edicion* (11va. Edic). Artmed Publishing Ltd. <https://docer.com.ar/doc/nrxnrvn>
- Hospital Cayetano Heredia - MINSA. (2021). *Guías de procedimiento asistencial de enfermería del servicio de enfermería en UCI Pediátrica: Vol. R.D. N° 042-2021-HC....* Hospital Cayetano Heredia. http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_042-2021-HCH-DG.pdf
- Hospital San José - Callao. (2018). *Guía de intervención de enfermería pediátrica - 2018* (p. 81). Hospital San José - Callao. https://www.hs.j.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2018/RD091.pdf
- Juyo Hernandez, L. M. (2019). *Efectos de las maniobras de reclutamiento alveolar sobre el nivel de oxigenación en pacientes pediátricos bajo ventilación mecánica invasiva. Revisión Documental* [Tesis de Posgrado. Corporación Universitaria IberoAmericana]. [https://repositorio.ibero.edu.co/bitstream/001/846/1/Efectos de las maniobras de reclutamiento alveolar sobre el nivel de oxigenación en pacientes pediátricos bajo ventilación mecánica invasiva. Revisión documental.pdf](https://repositorio.ibero.edu.co/bitstream/001/846/1/Efectos%20de%20las%20maniobras%20de%20reclutamiento%20alveolar%20sobre%20el%20nivel%20de%20oxigenación%20en%20pacientes%20pediátricos%20bajo%20ventilación%20mécánica%20invasiva.%20Revisión%20documental.pdf)
- Lattari, A. (2021). *Bronchopulmonary dysplasia (Bpd)*. Pediatrics - MSD - Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/respiratory-problems-in-neonates/bronchopulmonary-dysplasia-bpd>
- Lustiber, L., Thomas, L., Webb, C., Stephens, C., Lago, A. L., & Berrios, S. (2019). Prevención de la aspiración: Una cuestión de vida y respiración. *Nursing (Ed. española)*, 36(6), 47-49. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2019.11.012>
- Mancilla, J., & Villanueva, D. (2016). Insuficiencia Respiratoria Neonatal. En *Alimentacion en el recién nacido* (Edición re). Federación nacional de Neonatología de México. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf
- Mancilla Ramírez, J., Angulo Casellanos, E., & Garcia Morales, E. (2016). Alimentacion en el recién nacido. En *Programa de Actualizacion Continua en Neontatología* (4to. Libro). /Intersistemas S.A. de C.V. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf
- MINSA. (2020). *Evaluación Tecnológica Santaria: Revisión rápida N° 05-2020*. Ministerio de Salud - R.M. N° 646-2020/MINSA. https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2020/RM_646-2020-MINSA.pdf
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., Cajachagua-Castro, M., Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 16(4), 374-389. <https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.4.623>
- Miranda, K. L., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de

- Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC) - Medición de Resultados en Salud*. <https://www-elsevierelibrary-es.sare.upf.edu/epubreader/clasificacin-de-resultados-enfermera-noc15187379>
- Moreno- Hidalgo, C. M., & Lora, P. (2017). Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. *Nutrición Clínica Diet. Hosp.*, 37(4), 189-193. <https://doi.org/10.12873/374morenohidalgo>
- Munyo, A., Palermo, S., Castellanos, L., & Heguerte, V. (2020). Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. *Arch. pediatr. Urug*, 91(3), 161-165. <https://doi.org/10.31134/AP.91.3.6>
- Navarro Caballero, M. M. (2019). *La Displasia Broncopulmonar como un problema neurológico central en el Neonato expuesto y dependiente de oxígeno* [Tesis de Posgrado. Especialidad. Universidad Nacional de Trujillo]. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/521>
- Norton Children's. (2021). *Displasia broncopulmonar*. KitsHealth. <https://nortonchildrens.com/health-library/article/?url=/es/parents/bpd-esp.html>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Displasia broncopulmonar*. RELAC SIS; OPS. <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/en/61-foros/consultas-becker/1092-displasia-broncopulmonar>
- Osuna-Padilla, I. A., Maldonado-Valadez, P. P., & Rodríguez-Llamazares, S. (2020). Terapia nutricional a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y ventilación mecánica no invasiva: revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3(1), 108-115. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.021>
- Pereira, J., Martínez, A., Gallego, C., & García, P. (2016). La medición del residuo gástrico en nutrición enteral. *Nutr Clin Med*, 5(2), 108-121. <https://doi.org/10.7400/NCM.2016.10.2.5041>
- Pérez Rodríguez, M. (2019). *Morbimortalidad en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo en ventilación prona en el servicio de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia 2018* [Tesis de Pregrado. Universida Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7268/Morbimortalidad_PerezRodriguez_Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perret, C. P., Pérez, C. V., & Poblete, M. J. V. (2018). *Manual de Pediatría* (C. Perret P., C. Pérez V., & M. J. poblete V. (eds.); Primera Ed). Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatría.pdf>
- Pírez, C., Peluffo, G., Giachetto, G., Menchaca, A., Pérez, W., Machado, K., Cristoforone, N., Alamilla, M., Acosta, V., Bruneto, M., Assandri, M., Toscano, B., Telechea, H., Rompani, E., Morosini, F., Taboada, R., Notejane, M., Pacaluk, M., Pujadas, M., ... Varela, A. (2020). Oxigenoterapia Oxygen therapy Terapia de oxigênio. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(Suplemento 1), 26-28. <https://doi.org/10.31134/AP.91.S1.1>
- Pizarro, E. M., & Oyarzún, A. M. (2019). Actualización en Displasia Broncopulmonar. *Nuemo Pediatric*, 11(2), 76-80. https://www.savagnet.ec/revistas/neumo_ped_abril_2016/files/assets/basic-html/page-

18.html

- Puyo, M. C., Guerrero, R. S., Ferrer, O. M., Alvarenga, M. M. B., Guerrero-Sotillos, L., & Muñiz, B. S. (2021). *Cuidados de enfermería al paciente portador de sonda nasogástrica*. Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-portador-de-sonda-nasogastrica/>
- Quezada, A. M. U. (2020). Implicaciones de la enfermería pediátrica para la niñez y la adolescencia durante la pandemia por COVID-19. *Avances en Enfermería*, 38(1supl), 74-80. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.88916>
- Redondo, D., Fraile, P., Segura, R., Villena, G., Rodríguez, Z., Boix, L., & Postigo, F. (2016). Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. En *Evidencia científica de la FAME*. Esmon Publicidad S.A. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf>
- Rodriguez, A. (2020). *Marjory Gordon y los Patronos Funcionales (Enfermería)*. lifeder.com. <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
- Rojas-Torres, W. (2020). *Factores de riesgo de displasia broncopulmonar en recién nacidos pretérmino del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2019* [[Tesis de Pregrado. Universidad Nacional de Cajamarca]]. <https://1library.co/document/z3d06rdy-factores-displasia-broncopulmonar-pretermino-hospital-regional-docente-cajamarca.html>
- Romero Rivas, E. V., Tapia Calcina, E. M., & Vicente Chávez, M. G. (2017). *Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la UCI de un Hospital Nacional De Lima junio 2017* [Tesis de Posgrado. Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1488/Conocimientos_RomeroRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salinas Rojas, E. M. (2018). Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía exploratoria pos trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post Anestesia de un hospital de Lima, 2018 [Tesis de Posgrado Universidad peruana union]. En *Dirección general de Investigación*. https://drive.google.com/file/d/1_IR8G2xOKhcG-2YVMyc1XXEeJ99GQQ2s/view
- SalusPlay. (2019). *El proceso enfermero como proceso de gestión de los cuidados*. SalusPlay. <https://www.salusplay.com/blog/proceso-enfermero-gestion-cuidados-asistencia/>
- Sánchez, J. A. G., Ibáñez, M. L. P., Rodrigo, M. A., Peinador, Y. M., & Cordero, N. S. (2018). *Atención Pediátrica de Atención Primaria. Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid*. Salud Madrid. Gerencia de Asistencia de Atención Primaria. http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-actas_de_la_mesa_sectorial-2018-10-22-punto_2_pediatria_documento_mejora.pdf
- Sánchez Luna, M., Moreno Hernando, J., Botet Mussons, F., Fernández Lorenzo, J. R., Herranz Carrillo, G., Rite Gracia, S., Salguero García, E., & Echaniz Urcelay, I. (2013). Displasia broncopulmonar: definiciones y clasificación. *Anales de Pediatría*, 79(4), 262.e1-262.e6. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2013.02.003>
- Sánchez Naves, F. (2020). *Fisioterapia* [Tesis de Pregrado. Universidad de Baja California]. <https://www.coursehero.com/file/84927828/FISIOTERAPIA-Fernando-Sanchezdocx/>
- Santamaria Juarez, V. A. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante menor*

- de 37 días de nacido del Hospital Regional Lambayeque, 2019 [Tesis de Pregrado. Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle>
- Soria, R. M. (2020). Displasia broncopulmonar: bases fisiopatológicas para la planificación del cuidado. *Revista Enfermería Neonatal*, 34, 17-26.
[https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1042/Enf Neonatal 34 17-26.pdf?sequence=1](https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1042/Enf%20Neonatal%2034%2017-26.pdf?sequence=1)
- Talavera, L., Fernandez, F., & Paredes, R. N. (2018). Cuidados en Enfermería: Sonda orogástrica o Nasogástrica. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 2(3), 129-133.
[https://www.sarda.org.ar/images/2018/5. Actualizacion.pdf](https://www.sarda.org.ar/images/2018/5.Actualizacion.pdf)
- Thomas, D. (2020). *Alimentación por sonda - Trastornos nutricionales*. Manual MSD.
<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-nutricionales/apoyo-nutricional/alimentación-por-sonda>
- Torres, C. M. (2017). *Simulación en la Adquisición de competencias clínicas para Taller de manejo de la vía Aérea y ventilación en los estudiantes de Noveno Ciclo de Medicina*.
- Velasco, V. G., Delgado, I. P., & Selva, B. F. (2017). Bronquiolitis obliterante. *Nuemoped*, 1, 115-126.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_bronquiolitis_obliterante.pdf
- Velasco Zarzuelo, M. (2019). *Resultados de la aplicación de un protocolo multidisciplinar de diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en el Hospital Universitari Vall d' Hebron* [Tesis de Posgrado. Universidad Autónoma de Barcelona].
[https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/670288/mmvz1de1.pdf?sequence=1&is Allowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/670288/mmvz1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vera, O. (2021). Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo y Covid-19. *Revista Médica La Paz*, 27(1), 60-69. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000100010
- Waisgrais, S., Aulicino, C., Fiorito, J., León, G. de, Casanova, L., Lupica, C., Cetrángolo, O., & Curcio, J. (2018). *Las políticas de cuidado en Argentina* (J. Chapa & H. Dato (eds.); Primera ed). OIT, UNICEF, PNUD, CIPPEC, 2018.
<http://www.onu.org.ar/contacto/contacto-general/>
- Zavaleta Gutierrez, F. E., Concepción Urteaga, L. A., Concepción Zavaleta, M. J., & Aguilar Villanueva, D. A. (2019). Factores de riesgo y displasia broncopulmonar en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Pediatría*, 91(1), 1-16.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v91n1/1561-3119-ped-91-01-e600.pdf>
- Zona López, J. R., & Giraldo Marquez, J. D. (2017). Resolución De Problemas: Escenario del pensamiento crítico en la didáctica de las ciencias. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)*, 13(2), 122-150.
<https://doi.org/https://doi.org/10.17151/rlee.2017.13.2.8>

Apéndice

Apéndice A: Plan de cuidados

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
1. Patrón respiratorio ineficaz r/con fatiga de los músculos respiratorio e /p polipnea, disnea y cianosis (00032) NANDA	Resultado: Estado respiratorio (0415)	3 (3.2)	Mantener en:	Intervención: Monitorización respiratoria (3350)				5 (4.8)	+2
			Aumentar a:	Actividades					
	Escala: Grave (1) Ninguno (5)			Observar los cambios de saturación SaO ₂ , SvO ₂ y CO ₂ tele espiratorio y valores de gasometría arterial según corresponda	→	→			+2 OA paciente, mejora el patrón respiratorio.
	Indicadores:								
	041513 cianosis	3		Monitorizar los patrones de respiración: polipnea, hiperventilación.	→	→			
	041514 disnea de reposo	3		Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.	→	→			
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) sin desviación del rango normal (5).			Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente.	→	→			
	Indicadores:			Oxigenoterapia, por cánula binasal 0.5 Lt x 12 horas.	→	→			
041503 profundidad de la inspiración.	4		Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración.	→	→				
041508 saturación de oxígeno.	3			→	→				

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
2.-Patrón de alimentación ineficaz del lactante. r/c deterioro neurológico e/p incapacidad para mantener una succión eficaz. (00107) NANDA PAG. 182	Resultado: Establecimiento de la lactancia Materna: lactante (1000)	2	Mantener en	Intervención: Terapia de deglución (1860)				5 (4.8)	+3
			Aumentar a	Actividades -Colaborar con los miembros del equipo de cuidado (Terapeuta y Dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.	→	→			
	Escala: Inadecuado (1) Completamente adecuado (5)			-Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.	→	→			+3 OA Paciente mejora la ingesta nutricional
	Indicadores: 10001 alineación y unión adecuada.	2		Colaborar con el terapeuta, para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.	→	→			
	100014 reflejo de succión 100005 deglución audible	2		Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante en preparación para la deglución (barbilla metida). Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.					
	100006. Amamanta durante un mínimo de 5 a 10 min; por pecho.	2		Proporcionar un chupón al paciente, para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua, si procede.	→	→			
	100014 reflejo de succión	2		Determinar la capacidad del paciente, para centrar su atención, en el aprendizaje/deglución.	→	→			

100007. mínimo de 8 tomas al día	2		Enseñar a la madre del niño, a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.	→	→		
100015.Se detiene para hacer eructar al bebe a intervalo frecuentes.	1		Colaborar con el terapeuta, para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.	→	→		
Escala: Grave (1) Ninguna (5)	2		Proporcionar un periodo de descanso, para eliminar los gases.	→	→		
Indicadores:	3		Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuados.	→	→		
101012 atragantamie nto, tos o nauseas	2		Elevar la cabecera de 30 a 45 grados durante la alimentación.	→	→		
101017 incomodidad con la deglución	2		Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio en función.	→	→		

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
3.- Riesgo de aspiración asociado a deterioro de la capacidad para deglutir. COD. (00039)	Resultado: Control del riesgo de aspiración (1935)	2 (2.2)	Mantener en	Intervención: Precauciones para evitar la aspiración. (3200)				5	+3
			Aumentar a:	Actividades					
	Escala: Nunca demostrado (1) Siempre demostrado (5)			Vigilar el nivel de conciencia, reflujo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.	→	→			+3 OA Se logró evitar la aspiración del paciente
	Indicadores:			Mantener una vía aérea.	→	→			
	193502 Identifica los factores de riesgo de aspiración.	2		Colocación erguida a más de 30° (Alimentación por SOG) a 90° o más incorporado posible.	→	→			
	193503 Reconoce factores de riesgos personales de aspiración.	2		Comprobar la colocación de SOG antes de la alimentación.	→	→			
	193504 Notifica a otros sobre sus dificultades para tragar.	2		Comprobar el residuo de SOG antes de la alimentación.	→	→			
	193505 Selecciona alimentos basados en su capacidad para tragar.	3		Mantener la cabecera elevada de 30 a 45 min después de la alimentación.	→	→			
	193509 Se sitúa en posición vertical para comer y beber	2		Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.	→	→			
				Mantener el equipo de aspiración disponible.	→	→			

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO
 Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado – UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES		
Nombre del usuario: Aguilera Huaman Jean	Fecha nacimiento: 04/07/2020	Edad: 2m 15 días
Fecha de ingreso al exá: 10/08/2020	Hora: 12:20	Persona de referencia: Enfermera Telf. _____
Procedencia: Consultorio: _____	Emergencia: _____	Otro Servicio de _____
Neonatología	Forma de llegada: Ambulatorio (x)	Silla de ruedas ()
	Camilla ()	
Peso: 4800Kg	Talla: 48.5cm	PA: _____ FC: 133x min FR: 48 x min T° 36.8°
	SO ₂ : 90 a 92%	
Acompañante: Padres (x)	familiares ()	
Motivo de ingreso: Lactante con deterioro neurológico, incapacidad para la deglución Dx. Médico: Displasia Broncopulmonar, Secuela neurológica por depresión neonatal moderada		
Fecha de la valoración: 13/09/2020		

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Patrón Percepción- Control De La Salud

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:
 HTA () DM () Gastritis/úlceras ()
 TBC () Asma ()
 Otros: sin problemas importantes: _____
 Intervenciones quirúrgicas Si () No (x) fechas: _____
 Inmunización: completas () incompletas (x)
 Alergias y otras reacciones: _____
 Fármacos: _____
 Alimentos: _____
 Signos – síntomas: _____
 Otros: _____
 Medicamentos (con o sin indicación médica)
 ¿Qué toma actualmente?
 Vitamina E
 Dosis/ frecuencia 25UI C/24hrs.
 Vitamina A-C-D
 Dosis/ frecuencia 0.3ml C/24hrs.
 Última dosis: _____
 Estado de higiene:
 Buena (x) Regular () Mala ()
 ¿qué sabe usted sobre su enfermedad actual de su niño?

 ¿qué necesita saber usted sobre su enfermedad?

Patrón Relaciones – Rol (aspecto Social)

Ocupación: _____
 ¿con quién vive?
 Solo () con su familia () puericultorio ()
 Otros: Actualmente vive con la madre
 Fuentes de Apoyo:
 familia (x) Amigos ()
 Comentarios adicionales:
 ... familia disfuncional: _____

Patrón Valores – Creencias

Religión: Católico (x) Evangélico () Otros ()
 Restricciones religiosas: _____
 Solicita visita del capellán: _____
 Comentarios adicionales: _____

Patrón autopercepción – autoconcepto
Tolerancia a la situación de estrés

Estado emocional:
 Tranquilo (x) Ansioso () Negativo ()
 Temeroso () Irritable () Lloroso ()
 Indiferente () Preocupaciones ()
 Principales/ comentarios:
 lactante irritable...

Patrón Descanso – Sueño

Horas de sueño: ... Interrumpido
 Problemas para dormir: si (x) No ()
 Especificar:
 Irritable _____
 ¿usa algún medicamento para dormir?
 Si () No (x)
 Especificar: _____

Patrón perceptivo – cognitivo

Despierto () Somnoliento (x)
 Soporoso () Inconsciente ()
 Orientado: tiempo () Espacio () Persona ()
 Presencia de anomalías en:
 Audición: no
 Visión: no
 Habla: no
 Lenguaje: no
 Otro: Lactante con problema neurológico
 Dolor / molestias si (x) no ()



Descripción: Irritable, llanto,
 Escala de Glasgow:

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular	Esponánea A la orden verbal	Esponánea Al grito
4	Al dolor	Al dolor
3	Ninguna	Ninguna
2		
1		
Respuesta Motriz	Obedece órdenes Localiza el dolor	Esponánea 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 Conversa confusa	Balbucea Llora – consolable
5	Palabras inadecuada	Llora persistente
4	Sonidos raros	Gruñe o se queja
3	Ninguna	Ninguna
2		
1		

Apéndice B: Marco de valoración

Apéndice C: 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 “Displasia Broncopulmonar secundaria a depresión moderada, Secuela Neurológica por Depresión Neonatal Moderada, Prematuridad Tardía 36 semanas del Hospital Regional de Ayacucho 2020”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales A.H.J. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Gloria Francisca Aramburú Simón, bajo la asesoría de la Dra. Delia Luz León Castro. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido: Alejandro Aguilar Sulca

DNI: 74 3588 35

Fecha: 28 - 09 - 2020



Firma

Apéndice D: Exámenes auxiliares

<p>Hematológico</p> <p>hemoglobina 19.0 gr%</p> <p>hematocrito 56.4 gr%</p> <p>plaquetas 142,000 mm³</p> <p>leucocitos 12,000 mm³</p> <p>Bioquímica</p> <p>glucosa 53mgdl</p> <p>urea 4mgdl</p> <p>creatinina 0.64 mgdl</p> <p>calcio 5.2 mgdl</p> <p>Bil. indirecta 8.79 mgdl</p> <p>Bili. total 9.18 mgdl</p> <p>Bili. directa 0.39 mgdl</p>	<p>Orina</p> <p>PH <=5.0</p> <p>hematíes 3-6 XC</p> <p>leucocitos 0-3XC</p> <p>gérmenes 3+</p>
--	--

Fuente: historia clínica

Tratamiento médico para 24 horas:		
Vit A, C Y D 0.3ccn	v.o c/24h	10am
Vit E 0.7cc	v.o c/24h	12am
sulfato ferroso 0.7cc	v.o c/24h	12am
paracetamol 9gts	v.o PRN a fiebre > a T 38°C	
estimular reflejo de succión		
O2 x CBN para sat O2 >90%		

Fuente: historia clínica

Apéndice E: Escalas de valoración

www.prontuarioweb.com

Test de APGAR					
Acrónimo	Parámetros / Puntuación	0	1	2	↓
Apariencia	Color de piel	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado o sonrosado	
Pulso	Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm lento	> 100 lpm rápido	
Gesticulación	Irritabilidad Refleja	Sin respuesta	Muecas	Llanto	
Actividad	Tono muscular	Flácido	Flexión de extremidades	Movimientos activos	
Respiración	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular	Llanto vigoroso	

Depresión severa	0 a 3 puntos	RCP neonatal avanzado más medicación, monitoreo en UCI.
Depresión moderada	4 a 6 puntos	Puede ser necesario algunas maniobras RCP neonatal y monitoreo post recuperación.
Normal	7 a 10 puntos	Recién nacido en buenas condiciones.

TEST DE CAPURRO

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

					Postmaduro	42 Semanas o más
Forma de la OREJA	 escasa o nula del Pabellón 0	 Incurvado en el borde Superior 8	 16	 24	A término	37 a 41 semanas
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 0	 5	 10	 15	Prematuro Leve	35 a 36 semanas
Formación del PEZON	 0	 5	 Borde No levantado 10	 Borde levantado 15	Prematuro Moderado	32 a 34 semanas
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Más gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Prematuro Extremo	< 32 semanas
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/3 anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7	