

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente lactante menor con diagnóstico bronquiolitis del servicio de pediatría de un hospital de Lima, 2021

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

Por:

Vilma Taipe Bendezú

Mabel Caccha Alegría

Asesor:

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lima, febrero 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; “Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente lactante menor con diagnóstico bronquiolitis del Servicio de Pediatría de un hospital de Lima, 2021”. Constituye la memoria presentada por las Licenciadas VILMA TAIPE BENDEZÚ Y MABEL CACCHA ALEGRÍA, para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Pediatría que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las declaraciones y opiniones que contiene este 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 16 días del mes de febrero de 2022.



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

**Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente lactante
menor con diagnóstico bronquiolitis del Servicio de Pediatría de un
hospital de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad

Profesional de Enfermería: Pediatría



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lima 16 de febrero de 2022

Lic. Vilma Taipe Bendezu^a · Lic. Mabel Caccha Alegría^b Dra. Luz Victoria Castillo Zamora^c

^{a,b} *Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c *Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El presente trabajo, utiliza el proceso de atención de enfermería como herramienta para poder guiar el cuidado a un paciente con Bronquiolitis. Con el objetivo de identificar los problemas de enfermería presentes y gestionar el cuidado integral del paciente, Mediante la metodología del cuidado enfermero, estudio cualitativo, tipo caso único, se administró un cuidado humano con calidad y soporte seguro favoreciendo la recuperación y salud de la paciente. Para la recolección de datos, se utilizó el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con el cual se diagnosticaron 14 diagnósticos de enfermería y se priorizaron los siguientes diagnósticos, Hipertermia r/c enfermedad evidenciado por, irritabilidad, piel caliente, temperatura 38°C . Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, evidenciado por alteración del patrón respiratorio (profundidad -superficial, ritmo-irregular, periodos de apnea); Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación evidenciado con Taquipnea-Fr: $60\text{x}^{\text{`}}$; respiración irregular, superficial; usos de los músculos accesorios: tiraje sub costal, intercostal; disnea; aleteo nasal. Se plantearon planes de cuidados de enfermería haciendo uso de la Taxonomía NANDA, NOC, NIC, se ejecutan las intervenciones y actividades planificadas, siendo éstas evaluadas, se obtuvo una puntuación de cambio. +2, +2, +1. Se concluye que se logró gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, Bronquiolitis, síndrome febril.

Abstract

The present work uses the Nursing Care process as a tool to guide the care of a patient with a medical diagnosis, Bronchiolitis. In order to identify the present nursing problems and manage the comprehensive care of the K.R.A. For data collection, the Marjory Gordon functional pattern assessment framework was used, with which 14 nursing diagnoses were diagnosed and the following diagnoses were prioritized: Hyperthermia r / c disease evidenced by, irritability, hot skin, temperature - 38C°, tachycardia - HR: 148 x` tachypnea -Fr: 60 x`; Ineffective cleaning of the airways r / c excessive mucus, evidenced by Alteration of the respiratory pattern (depth -surface, rhythm-irregular, periods of apnea) Alteration of the frequency (Tachypnea-Fr, 60 x`); Decreased breath sounds (Decreased vesicular murmur in PCA), dyspnea, adventitious breath sounds (snoring, wheezing); Excessive amount of secretions; Ineffective cough; Ineffective respiratory pattern r / c hyperventilation evidenced with Tachypnea- Fr: 60x`; irregular, shallow breathing; uses of accessory muscles: sub costal, intercostal pull; dyspnoea; nasal flaring. Nursing care plans were proposed using the NANDA, NOC, NIC Taxonomy, the interventions and planned activities are executed, being these evaluated, a change score was obtained. + 2, + 2, + 1. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, which allowed K.R.A. to provide quality care to the patient.

Key words: Nursing care process, Bronchiolitis, febrile syndrome.

Introducción

Las enfermedades más graves de las vías respiratorias bajas, son la bronquiolitis y la neumonía. Constituyéndose en la principal causa de muertes en niños menores a 5 años y estas ascienden hasta los 5,9 millones de niños según Organización Mundial de Salud (OMS) (Córdova et al., 2020). En los países sub desarrollados, los datos de mortalidad son de sesenta y cien casos en cada 1000 niños menores de cinco años (García & De La Cruz, 2018). Al respecto, en el Foro de la Sociedades Respiratorias Internacionales (2017), refirieron que, es una de las razones más frecuentes de hospitalización causando casi 34 millones de ocurrencias cada año y 9 de cada diez niños mueren por infecciones respiratorias, estos se producen en los países de ingresos económicamente bajo a medio (Sociedad Internacional Respiratoria, [SIR], 2017).

En el Perú, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) están convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Los casos diagnosticados en el año 2017 son más de 2.3 millones y son muy frecuentes antes de cumplir los 5 años de edad (Ministerio de Salud [MINSA], 2019). Por lo tanto, la mortalidad por infección respiratoria aguda se mantuvo como la causa principal de muerte neonatales entre los años 1985 al 2015 (Ordoñez, 2020).

Así mismo, según el Instituto de Salud, en sus datos de vigilancia 2015 reportó que “un tercio de los pacientes atendidos por esta infección, tuvo como agente etiológico el Virus Sincitial Respiratorio” (Mezarina et al., 2016, p.7). Con respecto a la edad, “se presentó un porcentaje elevado de casos con diagnóstico de bronquiolitis en los menores de 6 meses con un 63,3%, seguido de los niños entre 6 meses y 11 meses con un 25,8 %” (Gomez, 2019, p.27). Cabe mencionar que las “infecciones respiratorias y la bronquiolitis sigue patrones estacionales y son más frecuentes en invierno” (Rodríguez, 2020, p.222).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene el propósito de guiar la labor del profesional de enfermería, de manera científica, ordenado y humanista del quehacer de enfermería (Piña & Preciado, 2020).

La bronquiolitis se define como una infección del tracto respiratorio bajo que “produce una inflamación en las vías respiratorias más pequeñas bronquiolos del pulmón, lo que origina una obstrucción que dificulta el flujo del aire a través de estas” (Children’s Health, 2021, p.1). La causa más frecuente es el virus sincitial respiratorio (VSR), con un 70% de incidencias en estos casos (García et al., 2017); está definido como el primer incidente de tos con respiraciones silbantes, antecedido de rinitis aguda o tos por 3 a 5 días en los neonatos inferiores a 2 años (MINSA, 2020) (MINSA, 2019).

La Fisiopatología “se inicia en el tracto respiratorio superior extendiéndose al epitelio respiratorio inferior (bronquiolos) el cual produce inflamación en bronquiolos que se caracteriza por daño ciliar, infiltración celular, edema de la submucosa y adventicia, pudiendo ocasionar necrosis tisular”. El edema, la mucosidad y el daño del epitelio respiratorio es generado por una dificultad parcial o total de la vía aérea, atelectasias y se ve afectado en la relación ventilación - perfusión, causando hipoxemia, polipnea y taquipnea en este tipo paciente con infección (MINSA, 2019, p.8).

En cuanto al tratamiento, se administra oxígeno suplementario tibio y húmedo para la mantención de la saturación de oxígeno mayor o igual a 92%, seguida de una monitorización continua de la saturación. Se administra solución salina al 0.9% en la nebulización o en la instilación nasal con la finalidad de mantener permeable la vía aérea según el requerimiento del paciente de acuerdo a valoración; Así mismo de debe vigilar los efectos adversos o colaterales al tratamiento con oxígeno suplementario ya que puede producir cambios inflamatorios

pulmonares, además la hiperoxia puede producir disminución del gasto cardiaco y consecuentemente disminuir la frecuencia cardiaca y producir vasoconstricción sistémica, por lo que debe utilizarse con precaución (MINSA, 2019); (Martínez & García, 2018).

Finalmente, 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 (Buenrostro et al., 2019).

Por otro lado, se debe proporcionar apoyo nutricional, asegurando un aporte nutricional de 180 cal/Kg/día y preservar el incremento ponderal de 30gr/día. Asimismo, se debe proporcionar vitaminas y sustancias como el hierro, ácido fólico, sulfato de zinc, vitaminas ACD y calcio en caso se identificará la existencia de enfermedad metabólica (con un solo dosis de 45-90 mg/Kg/día). Si por alguna razón no es posible alimentar al RN por la vía oral, se puede optar por alimentación mediante sonda nasogástrica. Por ello, es importante realizar evaluaciones antropométricas. Las fórmulas de alimentación deben ser las que comúnmente se usa (Pizarro & Oyarzún, 2019).

Es importante mencionar que las intervenciones de la enfermera especialista en pediatría, con conocimiento, juicio clínico y con un enfoque holístico permitirá dar un cuidado integral ya que estos pacientes lactantes ameritan mayor monitorización, manejo de la vía aérea, confort para mejorar el bienestar y fortalecer el vínculo madre niño. Por lo tanto, Enfermería cumple un rol primordial en atención del paciente tanto a nivel preventivo, promocional y recuperativo (Martin & Estrada O, 2018 p. 14).

Metodología

El presente trabajo es un estudio cualitativo, tipo caso único, que utiliza el método: Proceso de Atención de Enfermería. Esta es considerado método, porque es la aplicación del método científico. El PAE es racional, sistemático y de planificación que proporciona asistencia de enfermería. “Su propósito es identificar el estado de salud del paciente, sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden sus necesidades identificadas y así aplicar intervenciones de enfermería que cubran tales necesidades” (Fernández et al., 2020, p.42).

El sujeto de estudio es un paciente lactante con edad de 4 meses. El PAE es un método racional, sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. “Su propósito es identificar el estado de salud del paciente, sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden sus necesidades identificadas y así aplicar intervenciones de enfermería que cubran tales necesidades” (Fernández et al., 2020, p.42). También es considerado como un método basado en lo científico y en lo filosófico. “Su aplicación requiere del desarrollo de habilidades interpersonales, técnicas e intelectuales, dentro de las cuales el pensamiento crítico, la solución de problemas y la toma de decisiones adquieren un papel relevante” (Hernandez et al., 2018, p.2).

Los datos obtenidos fueron recolectados mediante la técnica de entrevista; como instrumento, se utiliza el Marco de Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon con lo cual se desarrolló la valoración de manera detallada. A partir de los datos obtenidos, se elaboraron los diagnósticos de enfermería con la taxonomía (NANDA (2020-2023), basada en la teoría de Virginia Henderson, para luego realizar la planificación. Se ejecutaron los resultados - (NOC) (Moorhead et al., 2018b) y las actividades se ejecutaron en base a una programación

según las intervenciones de enfermería - (NIC) (Butcher et al., 2018), finalmente, se realizan las evaluaciones de los objetivos planteados de acuerdo a los indicadores del NOC.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: K.R.A

Sexo: Femenino

Edad: 4 meses

Servicio: pediatría

Días de atención de enfermería: turno 24 horas

Fecha de valoración: 13/09/21

Diagnostico medico: Bronquiolitis

Motivo de ingreso.

Paciente lactante menor de 4 meses ingresa al servicio de hospitalización de pediatría, con dificultad respiratoria, Frecuencia respiratoria incrementada, tiraje costal, secreciones nasales- bucales, disnea, con saturación de oxígeno a un 92%, tos inefectiva y temperatura de 38°C, con requerimiento de oxígeno por cánula binasal a 1 litro x min e hidratación parenteral dextrosa 5% y electrolitos a 25cc/hora.

Descripción de Valoración por Patrones Funcionales de Salud.

Patrón I: Percepción y control de la salud.

Paciente lactante con antecedentes neonatales: parto eutócico, sin control prenatal; con enfermedad previa: Sífilis Congénita tratada e IRA a los 2 meses tratada; no intervenciones quirúrgicas previas; sin controles CRED y vacunas Incompletas; la madre refiere, vivir en casa

precaria (prefabricada), presencia de gatos en casa, niega presencia de alergias y menciona desconocimiento de enfermedad actual. Se observa a lactante en mal estado de higiene.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Se observa piel pálida, turgente, caliente. Temperatura 38 ° C; cavidad bucal normal, mucosas semi seca; apetito disminuido, sin tolerar lactancia materna por la dificultad para deglutir ante la presencia de secreciones y tos; vómitos esporádicos post tos, con contenido lácteo y secreciones blanquecinas; estado nutricional normal (Peso 7.029gr, talla - 60cm); Abdomen: blando depresible con ruidos hidroaéreos presentes; lesión en región peri anal eritema y piel caliente.

Patrón III: Eliminación.

Eliminación vesical: diuresis de 24 horas 8 veces, volumen total 400ml de inicio colúricas con aclaramiento posterior, con sistema de ayuda pañal. Flujo urinario 2ml/Kg/H.

Eliminación Intestinal: paciente con deposiciones en pequeñas cantidades frecuentes post tos, verdosas con secreciones, en 12 horas 6 veces, cantidad 1 a 5ml por pañal.

Patrón IV: Actividad – Ejercicio.

Actividad Respiración: Paciente con Fr = 60 x`, taquipnea, respiración superficial, irregular con presencia de apnea; con esfuerzo respiratorio: tirajes, subcostal, intercostal, aleteo nasal. Ruidos respiratorios disminuidos (murmullo vesicular disminuido), no quejidos, con presencia de ron cantes, sibilancias en ambos campos pulmonares, con disnea presente a la actividad. Con tos exigente, con secreciones, densas, blanquecinas narices y en boca secreciones fluidas abundantes y claras; no cianosis; saturación: 92 % sin oxígeno FIO2 21%, recibiendo oxígeno por CBN a 1 litro x` a FiO2 24%. Saturación 95%

Actividad Circulatoria: Fc = 148 x¹, regular, pulsos periféricos presentes, piel caliente en Miembros superiores, Fría en miembros inferiores; presión arterial no medible (equipo malogrado); llenado capilar menor 2 “, no edema.

Actividad capacidad de autocuidado: Lactante, dependiente en el autocuidado; hipo activo; movilidad de miembros y fuerza muscular conservada; tono muscular disminuido.

Patrón V: Descanso – Sueño.

Paciente lactante, con sueño actual, “No puede dormir ante la tos”

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente lactante somnoliento, sin anomalías visuales, ni auditivas; llanto al dolor = 6 (Escala Flacc) por lesión de región perianal.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.

Madre refiere. “quiero que se sane mi bebé”

Patrón VIII: Relaciones – Rol.

La madre se muestra preocupada por el estado salud de su hija. Consulta “cuando me voy a mi casa”.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Lactante de sexo femenino, no presenta anomalías genitales.

Patrón X: Adaptación – Tolerancia a la Situación y al Estrés.

Paciente lactante, despierta se muestra lloroso, irritable, temeroso al contacto con el personal de salud. Madre refiere preocupación “me preocupa la salud de mi bebé”

Patrón XI: Valores y Creencias.

Lactante con madre católica, niega restricciones religiosas.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia (00007)

Características definitorias: Irritabilidad, piel caliente, Temperatura 38 °C, taquicardia.

FC 148 x`, taquipnea Fr 60x.

Condición asociada: Enfermedad

Enunciado diagnóstico: Hipertermia r/c enfermedad evidenciado por, irritabilidad, piel caliente- temperatura 38C°, taquicardia. FC 148 x` taquipnea- Fr- 60 x`

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza Ineficaz de las vías aéreas (00031)

Características definitorias: Alteración del patrón respiratorio (respiración superficial, irregular, periodos de apnea). Disminución de los sonidos respiratorios (murmullo vesicular disminuido en ACP), sonidos respiratorios adventicios (ron cantes, sibilancias); excesiva cantidad de secreciones; tos inefectiva.

Factor relacionado: Mucosidad excesiva.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, evidenciado por Alteración del patrón respiratorio (profundidad- superficial, ritmo-irregular, periodos de apnea). Disminución de los sonidos respiratorios (Disminución del murmullo vesicular en ACP), aleteo nasal, disnea, sonidos respiratorios adventicios (ron cantes, sibilancias); excesiva cantidad de secreciones; tos inefectiva.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz (00032)

Características definitorias: Taquipnea, Fr, 60x` ; respiración irregular, superficial; usos de los músculos accesorios: tiraje sub costal, intercostal; disnea (aleteo nasal)

Factor relacionado: Hiperventilación.

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación evidenciado con Taquipnea, Fr, 60x` ; respiración irregular, superficial; usos de los músculos accesorios: tiraje sub costal, intercostal; disnea; aleteo nasal.

Planificación

Primer diagnóstico

Hipertermia r/c enfermedad evidenciado por, irritabilidad, piel caliente- temperatura 38C°, taquicardia. FC 148 x` taquipnea- Fr- 60 x`

Resultados esperados (NOC).

Termorregulación (0800).

Indicadores:

(080001) Temperatura cutánea aumentada

(080013) Frecuencia respiratoria (taquipnea)

(080017) Frecuencia cardíaca (taquicardia)

(080019) Hipertermia

Intervenciones (NIC).

Monitoreo de los signos vitales (6680)

Actividades:

(6680) Monitorizar signos vitales: Fr, Fc, T, Sat O2. c/d 2 horas.

Tratamiento de la hipertermia (3786)

Actividades:

(3740) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

(3740) Aplicar medios físicos: colocar en ambiente ventilado, Retirar la ropa y cubiertas;

Aplicar baño de esponja o realizar baño en tina.

(3740) Administrar antipirético prescrito: Paracetamol

100mg c/d 6 horas.

(3740) Administrar líquidos: vía endovenosa y vía oral (LME)

(4130) Controlar el balance hídrico c/d 6 horas.

(3740) Vigilar la presencia de complicaciones.

(3786) Instruir a la madre sobre manejo de la fiebre

Segundo diagnóstico.

Limpeza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, evidenciado por Alteración del patrón respiratorio (profundidad- superficial, ritmo-irregular, periodos de apnea) alteración de la frecuencia (Taquipnea-Fr, 60 x`); disminución de los sonidos respiratorios (Disminución del murmullo vesicular en ACP), aleteo nasal, disnea, sonidos respiratorios adventicios (ron cantes, sibilancias); excesiva cantidad de secreciones; tos inefectiva.

Resultado Esperado (NOC).

Permeabilidad de las vías respiratorias (0410).

Indicadores:

(041004) Frecuencia respiratoria (taquipnea)

(041005) Ritmo respiratorio(irregular)

(041011) Profundidad de la inspiración(superficial)

(041012) Capacidad de eliminar secreciones (tos inefectiva)

(041007) Ruidos respiratorios patológicos (ron cantes)

(041013) Aleteo nasal

(041016) disnea de esfuerzo leve

(041019) Tos

(041020) Acumulo de secreciones

Intervenciones (NIC).

Manejo de la vía aérea (3140).

Actividades:

(3390) Valorar signos y síntomas de obstrucción de las vías aérea que requieran aspiración: Frecuencia respiratoria anormal, ruidos adventicios, secreciones en nasales y bucales (babeo), tos.

(3160) Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración.

(3316) Realizar lavado nasal o instilación según necesidad con Cl Na 0.9%.

(3140) Nebulizar con solución salina Cl Na 0.9% según prescripción. c/d 2 horas.

(3302) Colocar al paciente en una posición semi- fowler con la cabeza al lado para la aspiración bucal, o con el cuello en hiperextensión para la aspiración nasal.

(3140) Administrar oxígeno humidificado según corresponda

Aspiración de la Vía aéreas (3160).

Actividades:

(3160) Aspirar secreciones bucofaríngeas, nasofaríngeas utilizando la bombilla de goma en el lactante según necesidad.

Monitoreo Respiratorio (3390).

Actividades:

(3302) Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

(3160) Auscultar los ruidos respiratorios después de la aspiración

(3350) Colocar al paciente decúbito lateral después de la aspiración

(3350) Vigilar el aumento de intranquilidad, ansiedad y sensación de falta de aire, observar los cambios de saturación de oxígeno.

Tercer diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación evidenciado con Taquipnea, Fr, 60x`;
respiración irregular, superficial; usos de los músculos accesorios: tiraje sub costal, intercostal;
disnea; aleteo nasal.

Resultado esperado.

Estado respiratorio: Ventilación (0403).

Indicadores:

(040301) Frecuencia respiratoria (Fr,60 x`)

(040302) Ritmo respiratorio (Irregular)

(040303) Profundidad de la inspiración(superficial)

(040309) Utilización de los músculos accesorios

(040310) Ruidos respiratorios patológicos(sibilancias)

(040314) Disnea de esfuerzo

Intervenciones (NIC).

Monitorización Respiratoria (3350).

Actividades:

(3350) Controlar el estado respiratorio: La frecuencia, el ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; observar uso de los músculos accesorios y tirajes; auscultar los ruidos respiratorios; cambios de la saturación de oxígeno.

(3320) Controlar la oximetría de pulso.

(3140) Vigilar el estado respiratorio la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, uso de los músculos accesorios, ruidos respiratorios, frecuencia cardiaca, el color de la piel y la saturación.

Ayuda a la ventilación (3390).

(3320) Administrar el oxígeno humidificado suplementario prescrito: 1 L/min a FiO_2 24 % x CBN.

(3390) Realizar cambios de posición c/4 horas (decúbito lateral)

(3390) Administrar medicamentos prescritos. (Dexametasona c/6 horas- salbutamol c/2 horas).

Manejo de la vía aérea (3140).

Actividades:

(3302) Colocar al paciente en una posición semifowler con extensión de cabeza y fijación de la misma con rodete en "U".

(3390) Mantener la vía aérea permeable.

Evaluación

Primer diagnóstico.

Puntuación Basal: 2

Puntuación de cambio: +2

Segundo diagnóstico.

Puntuación Basal: 2

Puntuación de cambio: +2

Tercer diagnóstico.

Puntuación Basal: 2

Puntuación de cambio: +1

Resultados

En el proceso de atención de enfermería aplicado a paciente lactante menor con diagnóstico médico: Bronquiolitis de un hospital de Lima 2020. Se identificaron 14 diagnósticos de enfermería lográndose priorizar 3 de ellos, que ponen en riesgo la vida del paciente siendo estos: Hipertermia r/c enfermedad evidenciado por, irritabilidad, piel caliente, temperatura 38C°, taquicardia. FC 148 x` taquipnea- Fr- 60 x`; Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, evidenciado por Alteración del patrón respiratorio (profundidad- superficial, ritmo-irregular, periodos de apnea). Alteración de la frecuencia (Taquipnea-Fr, 60 x`); Disminución de los sonidos respiratorios (Disminución del murmullo vesicular en ACP), disnea, sonidos respiratorios adventicios (ron cantes, sibilancias); Excesiva cantidad de secreciones; Tos inefectiva; Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación evidenciado con Taquipnea, Fr, 60x; respiración irregular, superficial; usos de los músculos accesorios: tiraje sub costal, intercostal; disnea; aleteo nasal.

En la evaluación de los tres diagnósticos: respecto al puntaje basal y puntaje de logro, se obtuvo una puntuación de cambio de: +2, +2, +1 respectivamente a cada diagnóstico priorizado.

Discusión

Hipertermia

Hipertermia, según NANDA (2020-2023), está definida como “el estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales debido a la falla de termorregulación”.

El MINSA (2019, p.14,16) establece la fiebre con “Temperatura rectal 38° C, axilar mayor de 37.5°C y timpánica > 38,2°C”. En tanto que, para Jameson et al. (2020), la hipertermia es el “aumento incontrolado de la temperatura corporal que excede la capacidad del cuerpo para perder calor sin un cambio en el punto de ajuste hipotalámico y que ésta no involucra moléculas pirógenas”. Mientras que, la fiebre es el aumento de la temperatura junto con aumento en el punto de ajuste hipotalámico.

Asimismo, la hipertermia sucede por un “mal funcionamiento de la termorregulación a nivel hipotalámico, que no responde a los antitérmicos y puede ser muy grave”. “La fiebre es una respuesta adaptativa del organismo que consiste en un aumento de la temperatura corporal por encima del valor normal (36° y 37.8 °C)” (Sanz, 2017, p.18).

La bronquiolitis presenta en su proceso clínico la tos con o sin fiebre (MINSA, 2019).

Esta “genera una respuesta inflamatoria respiratoria, que activa la respuesta inmunológica, cuyas células actúan como pirógenos internos, que alteran la termorregulación” (Ramón & Farías, 2014, p.31). El lactante en estudio presentó un cuadro de hipertermia con una temperatura de 38°C.

En relación a las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de hipertermia, se encontraron: Irritabilidad, piel caliente, temperatura 38°C, taquicardia-148 x`, taquipnea- 60 x´. El paciente en estudio presentó fiebre. La fiebre genera en el organismo un aumento del metabolismo basal y trae como consecuencia el incremento el gasto cardiaco, el consumo de oxígeno y el vaso dilatación periférica, los que va a producir el incremento el ritmo cardiaco, aumento de la frecuencia respiratoria, piel caliente e incluso la aparición de alguna alteración neurológica, como la irritabilidad y en casos muy graves aparición de convulsiones (Durán, 2017).

El paciente en estudio presentó la condición asociada, la Enfermedad. La Bronquiolitis, como infección respiratoria, genera una respuesta inflamatoria en las vías respiratorias. “Esto facilita la entrada de microorganismos que desencadena la liberación de diversas sustancias inflamatorias, como citoquinas, por parte de neutrófilos y macrófagos, que actúan como pirógenos endógenos y desencadenan mecanismos que producen un aumento de la temperatura” generando la hipertermia (Ares & Morillo, 2020, p.398).

Frente a la hipertermia en el paciente, se realizaron las siguientes intervenciones con sus respectivas actividades: Se Monitorizó los signos vitales cada 4 horas: ello permitió valorar continuamente los “parámetros” (FC,FR,T); evaluar del “estado de salud del paciente; detectar los cambios y/o modificaciones que indiquen alguna alteración real o potencial en el estado de salud” y evitar posibles complicación neurológicas (Durán, 2017). También se monitorizó con periodicidad el color, temperatura y humedad de piel, ello permitió detectar oportunamente los cambios de la termorregulación, ya que en la piel se encuentran los receptores sensoriales periféricos que tienen la capacidad de detectar el calor y frío (Picón et al., 2020).

Se aplicó medios físicos: como el retiro de la ropa y cubiertas se “pierde calor por convección 5%; luego se realizó un baño con agua tibia en donde se pierde calor por radiación 50% y la evaporación 30%” (Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN], 2019, p.11). Sin embargo, debemos tomar en cuenta los nuevos aportes en el manejo de la fiebre como: Ares & Morillo (2020) no recomienda el uso rutinario de baños, ni paños tibios, porque aumenta el malestar general del niño y menciona que “el objetivo del tratamiento de fiebre, es mejorar el malestar asociado a la fiebre y no simplemente disminuir la temperatura” (p.405).

Se administró antipiréticos, según indicación: Paracetamol 14 gotas condicional a T= mayor 38°C, ello por su efecto antipirético y analgésico, y por ser más empleado, dado que no

tiene efecto antiinflamatorio, antiagregante plaquetario, ni producir efectos erosivos, ni ulcerantes a nivel gastrointestinal. Sin embargo, se debe tener cuidado en su uso, porque presenta riesgo de hepatotoxicidad (Gómez, 2018).

Se administró líquidos endovenosa y por ingesta oral (leche materna exclusiva (LME)); ello es importante para el paciente lactante con bronquiolitis, dado que se garantiza una adecuada hidratación. Ésta es “esencial para todos los procesos fisiológicos, desde la digestión, la absorción, pasando por la eliminación de desechos metabólicos no digeribles, también para la estructura y función del aparato circulatorio” (Serra, 2015).

La hidratación es fundamental en los lactantes porque son “los más vulnerables a desequilibrios hídricos dado que sus necesidades hídricas son de 2 a 3 veces más que del adulto” (Moreno et al., 2019, p.16).

Se controló del balance hídrico. Ello permitió llevar un control estricto de “los aportes y pérdidas de líquidos, durante un tiempo determinado. Siendo fundamental para contribuir al mantenimiento hidroeléctrico” del paciente lactante ya que las pérdidas de líquido y electrolitos por la piel y la respiración, son mayores por su gran área de superficie corporal en comparación con los adultos (Zamata, 2017, p.11); (Carranza et al., 2016).

Se vigiló la aparición de complicaciones; ello permitió “detectar precozmente los procesos adversos que puedan alterar y poner en riesgo la salud de lactante” (Durán, 2017, p.2).

Se instruyó a la madre sobre manejo de la fiebre; ello permitió que la madre cuente con información completa y clara sobre el manejo de la fiebre; que elimine percepciones erróneas y participe en cuidado de su niña (Periáñez & Macías, 2018 p. 14).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Según NANDA (2020-2023, p.468), “Limpieza ineficaz de las vías aéreas es definida, como la incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables”.

Para Cortes et al. (2019), la limpieza ineficaz de la vía área se presenta en diversas enfermedades respiratorias que favorecen el acumulo de secreciones por tres “mecanismos, incremento de la producción de moco, alteración en el transporte mucociliar; la hipersecreción del moco en las vías respiratorias contribuye al deterioro del aclaramiento mucociliar, y promueve, la obstrucción de la vía aérea” (p.313,314).

En tanto, para Moyao (2016) la limpieza ineficaz de la vía aérea se presenta en los pacientes con alguna patología aguda como las infecciones respiratorias en el que se altera la permeabilidad de la vía aérea.

Finalmente, Jara (2017) menciona que la limpieza ineficaz de la vía aérea es producida por patologías respiratorias que provocan “retención de secreciones en la vía aérea debido a que los pacientes no pueden eliminarlas de forma activa por medio de la tos y la expectoración” (Arrieta et al., 2018, p.4); por consiguiente, es de importancia la utilización de medios artificiales para su eliminación.

La bronquiolitis genera limpieza ineficaz de la vía aérea, ya que una infección respiratoria pulmonar, de inicio en el tracto respiratorio superior y luego inferior (bronquiolos) en la que se produce inflamación que, que es caracterizado “por daño ciliar, infiltración celular, edema de la submucosa y adventicia pudiendo también ocasionar necrosis tisular. Así, el edema, la secreción de moco y el daño del epitelio respiratorio generan obstrucción parcial o total de la vía aérea” (MINSA, 2019, p.8).

En relación a las características definitorias de la etiqueta diagnóstica sobre limpieza ineficaz de la vía aérea, se observaron en el paciente en estudio: presentó alteración del patrón respiratorio (profundidad-superficial, ritmo-irregular, periodos de apnea), alteración de la frecuencia respiratoria (taquipnea-Fr, 60x min), disminución de los sonidos respiratorios (disminución del murmullo vesicular en ACP), disnea, sonidos respiratorios adventicios, excesiva cantidad de secreciones y tos inefectiva.

La bronquiolitis es un proceso inflamatorio respiratorio que genera edema, daño epitelial y el incremento de secreción de moco que ocasiona una obstrucción total y/o parcialmente de la vía aérea. Esta genera alteraciones de la función respiratoria como: la aparición de ruidos respiratorios adventicios (ronquidos y sibilancias), taquipnea, tirajes y disnea (Asociación Española de Pediatría [AEP], 2017).

El factor relacionado con el diagnóstico limpieza ineficaz es la mucosidad excesiva. Siendo este uno de los signos presentados en la bronquiolitis, que pueden ocasionar, una obstrucción total o parcial en la vía aérea (MINSA, 2019).

Frente al diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas, se realizaron las siguientes intervenciones (Manejo y Aspiración de la vía aérea y monitoreo respiratorio) con sus respectivas actividades. Se realizó la valoración los signos y síntomas de obstrucción de las vías aérea que requieran aspiración: Frecuencia respiratoria anormal, ruidos adventicios, secreciones en nasales y bucal (babeo), tos. Ello permite determinar la necesidad de aspiración y así se prevenir las complicaciones. Los signos y síntomas de obstrucción por secreciones generan una disminución de oxígeno en los tejidos, así como la mezcla de secreciones en la vía aérea superior e inferior (Potter & Perry, 2015).

Se auscultaron los ruidos respiratorios antes de la aspiración. Es una labor habitual de la exploración física, que se debe registrar y analizar para determinar así el principio y sus efectos fisiopatológicas derivadas de su existencia (Fiz et al., 2015).

Se realizó lavado nasal o instilación con CI Na 0.9%. Ello permitió el desprendimiento de secreciones y retiro del moco en exceso y así mantener permeable la vía aérea. Se dará según el requerimiento del paciente y de acuerdo a su valoración (MINSA, 2019).

Se nebulizó con solución salina CI Na 0.9% según prescripción médica. Ello permite mantener permeable las vías aéreas según requerimiento del paciente. Es importante mencionar que “No se recomienda el uso de solución hipertónica en nebulización sobre la solución salina 0.9%” (MINSA, 2019, p.15).

Se Colocó al paciente en una posición “semi- Fowler con la cabeza al lado para la aspiración bucal, o con el cuello en hiperextensión para la aspiración nasal” (Pomacosi, 2020, p.22). En esta postura, es más fácil la inserción de la bombilla de goma y se previene la aspiración de las secreciones. La posición semifowler favorece la respiración y un mejor intercambio de gases (Berman et al., 2013).

Se realizó la aspiración de secreciones bucofaríngeas, nasofaríngeas utilizando bombilla de goma en lactantes según necesidad. Ello permitió eliminar las secreciones de la vía respiratoria elevada, consecuentemente se favoreció la ventilación y se previno el riesgo de aspiración por acumulación de secreciones. Se debe tener cuidado en la aspiración, para evitar el estímulo del reflejo nauseoso (Berman et al., 2013, p.1407).

Se realizó el control y observación del color, cantidad y consistencia de las secreciones. Ello proporcionó datos para documentar la presencia o ausencia de infección del tracto respiratorio (Potter & Perry, 2015, p.858).

Se administró oxígeno humidificado según indicación médica. Nos permitió favorecer la oxigenación – perfusión, al estar humidificado se previene que las mucosas se sequen o irriten, también permite que se ablanden las secreciones (Berman et al., 2013, p.1391).

Se colocó al paciente en decúbito lateral después de la aspiración. Ello permitió proporcionar una máxima expansión torácica y “mejorar la difusión del oxígeno de los alvéolos a la sangre” (Berman et al., 2013, p.1390).

Se vigiló el aumento de intranquilidad, ansiedad, sensación de falta de aire y cambios de saturación de oxígeno. El vigilar es un acto de acompañar o quedarse bien cerca para observar los riesgos que el paciente lactante presente, por su condición de dependencia total. También ello favorece un actuar oportuno y prevenir así posibles complicaciones (Yakuwa et al., 2018).

Patrón respiratorio ineficaz

Según NANDA (2021-2023), define que, el “Patrón respiratorio ineficaz, consiste en una alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una ventilación adecuada”(p.295).

Al respecto, Patel (2020) considera “la insuficiencia ventilatoria que se produce cuando el aparato respiratorio ya no pueden soportar la carga respiratoria” (p,1). Las causas con las que se presenta con mayor frecuencia son las enfermedades pulmonares obstructivas.

Por otro lado, una “alteración de la ventilación pulmonar”, basado en una alternación entre la inspiración y la espiración. Menciona que” la alteración de la ventilación “son ocasionas por: Alteraciones neurológicas, debilidad de los músculos, compromiso de elasticidad, distensibilidad del pulmón y la obstrucción de la vía aérea. Con última inclusión el asma, EPOC y la Bronquiolitis. Finalmente, resalta que de acuerdo al “grado de compromiso de la ventilación puede ser necesario el uso de un mecanismo auxiliar externo como Ventilación mecánica o no invasiva” (Fundacion Argentina del Torax [FAT], 2021).

Finalmente, Casanova (2015) considera “patrón anormal de la ventilación” entendida como “patrón anormal de la inspiración y espiración”.

Recordando que la ventilación pulmonar es la primera etapa de fisiología respiratoria la define como entrada y salida del aire entre atmosfera y el alveolo. Tiene variables que la condicionan, control, vías motoras, caja torácica, distensibilidad y la permeabilidad de vía aérea.

El paciente presenta un patrón respiratorio ineficaz , dado que la patología de la bronquiolitis, causa un proceso inflamatorio, a nivel del epitelio respiratorio ocasionando “edema de la mucosa y sub mucosa, necrosis epitelial y la pérdida de la superficie ciliar, lo que produce disminución en el transporte de secreciones y dentritus celulares de la luz bronquiolar”, lo cual altera el flujo de aire al pulmón ocasionando la alteración de la ventilación – perfusión que se evidencia en una hipoxemia (Ruíz González, 2018); (MINSA, 2019, p.8).

El paciente en estudio presentó las siguientes características definitorias: Taquipnea $Fr=60x'$, respiración irregular, superficial; usos de los músculos accesorios, tiraje sub costal, intercostal; disnea; aleteo nasal. Ella se ajusta al cuadro clínico de la bronquiolitis.

El factor relacionado al patrón respiratorio ineficaz es la hiperventilación. La bronquiolitis, al ser una infección respiratoria, produce un proceso inflamatorio, lo cual genera una alteración en la ventilación y perfusión ocasionando hipoxemia (disminución del concentrado de oxígeno en la sangre). Los efectos de la baja concentración de sangre se traducen en una deficiente liberación de oxígeno en tejidos (hipoxia) y en el caso del sistema respiratorio, esta deficiencia estimulará los receptores carotídeos y aórticos que causara la hiperventilación para aumentar la concentración de oxígeno en sangre (Jameson et al., 2020).

Frente al diagnóstico de Patrón respiratorio ineficaz, se realizaron las siguientes intervenciones con sus respectivas actividades. Se controló el estado respiratorio: la frecuencia,

ritmo, profundidad, esfuerzo de las respiraciones; se observó el uso de los músculos accesorios - tirajes y se auscultó los ruidos respiratorios para detectar los cambios de la saturación de oxígeno. Ello proporciona medidas basales de ventilación y presencia o ausencia de dificultad respiratoria (Potter & Perry, 2015, p.859).

Así mismo, observar los movimientos disminuidos de la pared torácica, los crepitantes o ruidos pulmonares reducidos, la frecuencia respiratoria aumentada, la producción de esputo aumentada y/o la hipoxia indican la necesidad de ventilación no invasiva para mejorar la oxigenación (Potter & Perry, 2015, p.871) (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria [IECS], 2020).

Se controló la oximetría de pulso. Ello proporciona información basal objetiva sobre el nivel de oxigenación del paciente. También, permite regular el flujo de oxígeno de acuerdo a las necesidades del paciente (Potter & Perry, 2015, p.853); (Plazas, 2021). Se colocó al paciente en una posición semi fowler con extensión y fijación de la cabeza, con rodete en "U". Ello Permitió la máxima expansión torácica para pacientes confinados en la cama, en particular los que tienen disnea.

Se mantuvo la vía aérea permeable. Por la presencia de secreciones en las vías aéreas obstruye a la misma y disminuyen la eficacia de la administración de oxígeno (Potter & Perry, 2015, p.871); (Silva Higuero et al., 2019).

Se administró el oxígeno humidificado suplementario prescrito: 1 L/min a FiO₂ 24 % x CBN. Ello permitió administrar oxígeno a concentraciones mayores al del ambiente (21%), con el objeto de aliviar o prevenir la hipoxia. Es importante aquí asegurar el uso de humidificadores ya que permite prevenir sequedad e irritación de la mucosa (Potter & Perry, 2015, p.84), (Martínez & García, 2018).

Se realizó cambios de posición c/d 4 horas (posición decúbito lateral). Ello permitió “alternar la máxima expansión en ambos lados del tórax y mejorar la difusión del oxígeno de los alvéolos a la sangre” (Berman et al., 2013, p.1390).

Se administró medicamentos prescritos: Dexametasona (4mg) 0.9 mg, E.V c/d 6 horas y salbutamol 4 gotas + 3cc Cl Na 9% por 3 veces cada 20 minutos luego cada 2 horas, intercalado 4cc de Cl Na9%, según el MINSA (2019), “Guía técnica de bronquiolitis en los niños menores 2 años”. Indica que no se debe usar corticoide ni broncodilatadores porque no se ha demostrado la efectividad. Dicha afirmación es apoyada por Zhang et al. (2017). El tratamiento con medicamentos generalmente no es efectivo, por lo que la bronquiolitis generalmente es causada por un virus.

Sin embargo, el MINSA (2019) menciona que si el evaluador lo indica debe realizarse solo en broncodilatadores (salbutamol), una prueba terapéutica previa y continuar si evidencia buena respuesta clínica con una vigilancia estricta al paciente. Los broncodilatadores “reducen el broncoespasmo, abriendo las vías respiratorias cerradas o congestionadas y facilitando la ventilación. Sin embargo, se debe vigilar la aparición de efectos secundarios como el aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, ansiedad e Intranquilidad” (Porque estos fármacos potencian también el sistema nervioso simpático) (Berman et al., 2013, p.1391).

Se vigiló el estado respiratorio la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, uso de los músculos accesorios, ruidos respiratorios, frecuencia cardíaca, el color de la piel y la saturación. Ello permitió una correcta identificación del empeoramiento del estado respiratorio (Pérez, 2016).

Conclusiones

Se concluye que de acuerdo a los problemas identificados en el paciente lactante se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas. considerando el modelo de Marjory Gordon para la valoración por patrones funcionales.

Se logró dar solución a los problemas identificados según la taxonomía NANDA I; la planificación de los cuidados se dio para los resultados a través de la taxonomía NOC y para las intervenciones se utilizó la taxonomía NIC. La evaluación de los resultados usó la taxonomía NOC.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permitió brindar un cuidado de enfermería forma integral, con calidad, favoreciendo la recuperación del su estado de salud. Así mismo 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.

Referencias

- Ares Álvarez, J., & Morillo Gutiérrez, B. (2020). Manejo del paciente pediátrico con fiebre sin foco. En Lúa Ediciones 3.0 (Ed.), *Congresode actualización pediatría 2020* (pp. 397-408). : AEPap (ed.). https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/397-408_Manejo del paciente....pdf
- Arrieta-Sanchez, J. J., Marky-Bazán, G. A., & Rodriguez-Hidalgo, K. (2018). Conocimientos y Prácticas del enfermero sobre aspiraciones de secreciones en pacientes pediátricos intubados en un hospital de Lima, noviembre 2018 [Tesis de Posgrado se segunda especialidad. Universidad Peruana Cayetano Heredia]. En *Universidad Peruana Cayetano Heredia* (Vol. 1, Número 1). <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0A>
<https://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.04.024%0A>
- Asociación Española de Pediatría [AEP]. (2017). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neumología pediátrica. En M. V. Velasco González, M. C. Luna Paredes, M. Sánchez Solís de Querol, S. Rueda Esteban, E. Sánchez Sánchez, M. L. García García, D. Gómez Pastrana, L. García Marcos, & J. R. Villa Asensi (Eds.), *NumoPed - AEP* (Asociación). Asociación Española de Pediatría - Serie: Protocolos de la AEP. www.aeped.es/protocolos/
- Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., & Erb, G. (2013). Fundamentos de enfermería, Kozier & Erb : conceptos, proceso y práctica. En *Journal of Visual Languages & Computing: Vol. II* (9ª ed.). Madrid : Pearson Educación.
https://catoute.unileon.es/discovery/fulldisplay/alma991008729764105772/34BUC_ULE:VU1
- 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. *Neumologia y Cirugia 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>

- Carranza, C. A., Gomez B., J., & Wilchez, L. (2016). Rehidratación en el paciente pediátrico. *Revista Med*, 24(2), 1-15. <https://www.redalyc.org/pdf/910/91049738004.pdf>
- Casanova Mendoza, A. R. (2015). Fisiología Respiratoria. En *Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor* (p. 14). <https://es.slideshare.net/ALDORENATO/fisiologa-respiratoria-48687584>
- Children's Health. (2021). *Bronquiolitis*. Stanfor Children's Health. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bronquiolitis-90-P06022>
- Córdova Sotomayor, D. Á., Chávez Bacilio, C. G., Bermejo Vargas, W. E., Jara Ccorahua, X. N., & Santa María Carlos, F. B. (2020). centro materno-infantil de Lima Prevalence of acute respiratory infections in children under 5 years of age at a maternal-child health center in Lima. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 54-60. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.08>
- Cortes-Telles, A., Che-Morales, J. L., & Ortiz-Farías, D. L. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. *Neumología y Cirugía de Torax(Mexico)*, 78(3), 313-323. <https://doi.org/10.35366/NT193I>
- Durán, A. (2017). Modulo Signos Vitales. En *StuDocu*. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/salud-y-sociedad/modulo-signos-vitales-2017/9996917>
- Fernández Sola, C., Torres Navarro, M. del M., & Ruiz Arrés, E. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*. (E. U. de Almería (ed.); Colección:). https://www.researchgate.net/publication/345894569_Teoria_y_practica_de_los_fundamentos_de_enfermeria_I_Bases_teoricas_y_metodologicas/link/5fb0e1d045851518fda6de1b/download
- Fiz, J. A., Lozano, M., & Jané, R. (2015). Avances en el análisis de sonidos respiratorios para la monitorización de pacientes con patologías respiratorias. *Medicina respiratoria - Actualidad en los estudios de acústica respiratoria*, 8(2), 17-24. <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R82-3.pdf>

Fundacion Argentina del Torax [FAT]. (2021). *Ventilación pulmonar*. Fundacion Argentina del Torax.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rRyzmjYoUxQJ:https://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/anatomia-y-fisiologia/685-ventilacion-pulmonar+&cd=13&hl=es-419&ct=clnk&gl=peGarc%EDa>

García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A. (2017). Bronquiolitis aguda viral. *Protocolo diagnostico y terapeutico pediatría*, 1(1), 85-102.

[https://www.mendeley.com/search/?add=72b59019-af9d-3dba-9203-962ab5c2cfdc&page=1&query=Bronquiolitis aguda viral&sortBy=relevance](https://www.mendeley.com/search/?add=72b59019-af9d-3dba-9203-962ab5c2cfdc&page=1&query=Bronquiolitis+aguda+viral&sortBy=relevance)

García Quintero, F., & De La Cruz Rodríguez, R. (2018). Actualización en la etiopatogenia de la bronquiolitis aguda Update in acute bronchiolitis' etipathogeny. *16 de Abril*, 57(268), 125-134. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2018/abr18268j.pdf>

Gómez-Toscano, V. (2018). Uso de antipiréticos en Pediatría. *Acta Pediatr Mex*. 2018 noviembre-diciembre, 39(6), 385-388. www.actapediatrica.org.mx

Gomez Carhuas, S. A. (2019). *Características clínicas, epidemiológicas de la bronquiolitis en menores de 2 años que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del hospital nacional Arzobispo Loayza durante el periodo enero - diciembre 2018*.

http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2908/UNFV_GOMEZ_CARHUAS_SIDNEY_ALINA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernandez Ledesma, Y., Fernandez Camargo, I., Henriquez Trujillo, D., & Lorenzo Nieves, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanaza-aprendizaje. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 8(2), 46-53.

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

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria [IECS]. (2020). *Ventilación no Invasiva en COVID 19: Documento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Informe de Respuesta Rápida N° 774*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100248/iecs-irr-774-va-ventilacion-no-invasiva-en-covid-19-1.pdf>

Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN]. (2019). *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de la Fiebre en el Paciente Pediátrico*. INSN.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NJsjJByw1rwJ:www.insnsb.gob.pe/docstrans/resoluciones/archivopdf.php%3Fpdf%3D2019/RD%2520N%25C2%25B0%2520000258-2019-DG-INSNSB%2520GPC%2520DIAGNOSTICO%2520Y%2520MANEJO%2520DE%2520LA%2520FIEBRE.pdf+%&cd=2>

Jameson, L. J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., & Longo, D. (2020). *Fiebre, Hipertermia y exantema / Harrison. Manual de Medicina, 20e* (S. A. de C. V. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES (ed.); 20a edición).

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=247751484&bookid=2943&Resultclick=2>

Jara Rodríguez, J. R. (2017). Intervención de enfermería en aspirado de secreciones bronquiales en el servicio 7 B Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins -2015 [Tesis de Posgrado Segunda Especialidad. Universidad nacional del Callao]. En *Repositorio institucional – UNAC*.

<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/2437>

Marti, M., Estrada, S. (2018). Cuidados en el paciente pediátrico. pg 14.

<https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Cuidados%20en%20el%20Paciente%20Pedi%C3%A1trico.pdf>

Martínez Pardo, B., & García Morillo, M. (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>

Mezarina, H. A., Rojas, A. R., Bada, C. A., Castañeda, R. E., & Carhuancho, J. R. (2016).

Características clínicas y epidemiológicas de la infección respiratoria aguda grave por virus sincitial respiratorio en menores de 5 años TT - Clinical and epidemiological characteristics of severe acute respiratory infection due to respiratory syncytial. *Horizonte Médico*, 16(3), 6-11.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000300002&lang=pt

- Ministerio de Salud. (2019). *Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años*. Ministerio de Salud - R.M. N° 556-2019/MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
- MINSA. (2020). Boletín Epidemiológico del Perú 2020. *VOLUMEN 29 - SE 02-2020*, 1-33. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2020/02.pdf>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018a). *Nursing Outcomes Classification (NOC) - Medición de Resultados en Salud*. <https://www-elsevierelibrary-es.sare.upf.edu/epubreader/clasificacin-de-resultados-enfermera-noc15187379>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018b). Nursing Outcomes Classification (NOC). En *Elsevier* (Sixt Editi). https://books.google.com.pe/books?hl=en&lr=&id=LYIIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=bPTwTXAtDP&sig=CgB-qo_yrypuIGyDR3B5Ej-9K3w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Moreno Aliaga, M. J., Bach Faig, A., García Perea, A., Jaraíz Arias, F., Lozano Estevan, C., Martín Gutiérrez, L., Pastor Martín, M. R., Tur Mari, J. A., & Viar Morón, T. (2019). Manual de Hidratación. En *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceúticos*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:763oKrx1yM4J:https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/cuidados-verano/2019-campana-hidratacion/Documents/2019-guia-hidratacion.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Moyao-García, D. (2016). La vía aérea en pediatría. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 5-7. www.medigraphic.org.mxhttp://www.medigraphic.com/rma
- NANDA. (2020). *Diagnósticos de Enfermería NANDA NIC NOC (2021 - 2023)*. Diagnósticos NANDA. https://www.diagnosticosnanda.com/#google_vignette
- Patel, B. K. (2020). *Insuficiencia ventilatoria - Cuidados críticos*. MANUAL MSD Versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-criticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilacion-mecanica/insuficiencia-ventilatoria>
- Pazos Aro, I. N. (2020). *Cuidados de enfermería al paciente con crisis asmática en el área de observación de pediatría del hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega – Callao, 2020*

[Tesis de Posgrado; Segunda Especialidad. Universidad Nacional del Callao].

http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5428/PAZOS_ARO_FCS_2DA_ESPEC_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Sanz, J. (2016). Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integral*, XX(1), 28-37.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/>

Periáñez Cordero, M. del R., & Macías Caballero, S. (2018). *Educación en salud a los padres sobre el manejo de la fiebre*. Revista Electrónica de Portales Médicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/educar-en-salud-a-los-padres-sobre-el-manejo-de-la-fiebre/>

Picón-Jaimes, Y. A., Orozco-Chinome, J. E., Molina-Franky, J., & Franky-Rojas, M. P. (2020). Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *MedUNAB*, 23(1), 118-130. <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>

Piña Orozco, A. V., & Preciado Vergas, E. J. (2020). Proceso de atención de enfermería en Gestante Obesa con Covid-19. En *Universidad Técnica de Machala*. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15211>

Pizarro, E. M., & Oyarzún, A. M. (2019). Actualización en Displasia Broncopulmonar. *Nuemo Pediatric*, 11(2), 76-80. https://www.savynet.ec/revistas/neumo_ped_abril_2016/files/assets/basic-html/page-18.html

Plazas, L. (2021). *Dispositivos de oxigenoterapia*. Enfermería Buenos Aires.

<https://enfermeriabuenosaires.com/dispositivos-de-oxigenoterapia/>

Pomacosi Ramos, R. M. (2020). *Cuidados De Enfermería En La Aspiración De Secresiones En Pacientes Adultos Intubados, En Unidad De Cuidados Intensivos De Hospitales Manuel Núñez Butrón De Puno Y Carlos Monge Medrano Juliaca - 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano].

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13341/Pomacosi_Ramos_Richard_Marlon.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Potter, P., & Perry. (2015). Fundamentos de Enfermería Ed.8°. En *Potter, P.* - 9788490225356 -

Journal (8º Edición). Elsevier Castellano.

<https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788490225356/Fundamentos+de+Enfermería+Ed+8º>

- Ramón-Romero, F., & Farías, J. M. (2014). La fiebre. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(4), 20-33. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un144d.pdf>
- Rodríguez, M. S. (2020). La bronquiolitis en el año del COVID-19. *Arch Argent Pediatr*, 118(3), 222-223. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a35.pdf>
- Ruíz González, M. (2018). *Proceso Cuidado Enfermero en pacientes críticos con diagnóstico “deterioro del intercambio de gases”* [Tesis de Posgrado de especialidad. Universidad Autónoma San Luis Potosí]. <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4603/TESINA MAURICIO RUIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sanz Olmos, S. (2017). *Fiebre*. Farmacia Profesional. <https://www.elsevier.es/en-revista-farmacia-profesional-3-articulo-fiebre-X0213932417620584>
- Serra Majem, L. (2015). Balance hídrico: Hidratación y salud. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(s1), 213. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-145/>
- Silva Higuero, N., Borrego Sanz, E., & García Ruano, A. (2019). Obstrucción aguda de la vía respiratoria superior. *Pediatría Integral.es*, 23(1), 1-15. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-01/obstruccion-aguda-de-la-via-respiratoria-superior/>
- Sociedad Internacional Respiratoria. (2017). Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria. En *El impacto global de la Enfermedad Respiratoria – Segunda edición*. https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf
- Yakuwa, M. S., Neill, S., & Débora Falleiros de Mello, D. (2018). Estrategias de enfermeros para la vigilancia a la salud del niño. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(e3007), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>
- Zamata Chura, R. H. (2017). *Manejo del Balance Hídrico por el profesional de enfermería en*

los servicios de cirugía de los hospitales del MINSA de Puno y Juliaca, 2016 [Tesis de pregrado. Universidad Nacional del Altiplano].

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/1771/Recharte_Urrutia_Marilia_Yesica_Paye_Huarahuara_Holinda_Maritza.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zhang, L., Mendoza-Sassi, R. A., Wainwright, C., & Klassen, T. P. (2017). Solución salina hipertónica nebulizada para la bronquiolitis aguda en lactantes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(12), 1-75. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006458.pub4>

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
Hipertermia relacionada con enfermedad, evidenciado por irritabilidad, piel caliente, temperatura 38°C, taquicardia – FC:148 x', taquipnea, Fr: 60 x', temperatura cutánea aumentada, NANDA (p.458).	Resultado: Termorregulación (0800)	2 (1,6)	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención: Monitoreo de los signos vitales (6680) Actividad:				4	+2
	Escala: De grave (1) a Ninguno (5)			Monitorizar signos vitales: Fr, Fc., T°, Sat O2 c/d 2 horas.					
	Indicadores			Intervención: Tratamiento de la fiebre (3740) Actividad:					
	080017 Frecuencia cardiaca (taquicardia)	1						4	
	080013 Frecuencia respiratoria (taquipnea)	1		Aplicar medios físicos: colocar en ambiente ventilado, retirar la ropa y cubiertas, aplicar paños tibios o realizar baño en tina.	→				
	Escala: Grave (1) Ninguno (5)			Administrar antipirético prescrito: Paracetamol 100mg/ml 14 gotas CD a T= mayor 38°C	→			3	
	Indicadores			Administrar líquidos: vía endovenosa, vía oral (LME). Controlar el balance Hídrico c/6 horas	→				
	080001 Temperatura cutánea aumentada	2		Vigilar la presencia de complicaciones (neurológicas – disminución del nivel de conciencia).	→			4	
	080019 Hipertermia	2		Instruir a la madre sobre el manejo de la fiebre	→			4	
	080006 Irritabilidad	2						4	

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
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con mucosidad excesiva, evidenciado por alteración del patrón respiratorio (superficial, irregular con periodos de apnea) alteración de la frecuencia (taquipnea, Fr-60x'), disminución de los sonidos respiratorios, (disminución del murmullo vesicular en ACP), aleteo nasal, disnea, sonidos respiratorios adventicios (roncantes, sibilancias), excesiva cantidad de secreciones, tos inefectiva. (00031)	Resultado: Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	2 (1,6)	Mantener en:	Intervención: Manejo de la vía aérea (3140)				4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: Desviación grave del rango normal (1), Sin desviación del rango normal (5)			Valorar signos y síntomas de obstrucción de las vías aéreas que indiquen necesidad de aspiración; frecuencia respiratoria anormal, ruidos adventicios, secreciones en nasales y bucales (babeo), tos.	→				El paciente mejora la permeabilidad de la vía aérea
	Indicadores			Nebulización con solución salina CI Na 0.9% según prescripción (c/d 2 horas).	→				
	041004 Frecuencia respiratoria	2		Colocar al paciente en una posición semifowler con la cabeza al lado para la aspiración bucal, o con el cuello en hiperextensión para la aspiración nasal.	→			4	
	041005 Ritmo respiratorio	2		Intervención: Aspiración de la aéreas (3160)				4	
	041011 Profundidad de la inspiración	2		Actividad:				4	
	041012 Capacidad de eliminar secreciones	1		Auscultar los ruidos nasal o instilación antes y después de la aspiración.	→			4	
	Escala: Grave (1), Ninguno (5)			Realizar lavado nasal o instilación según necesidad con CI Na 0.9%	→			4	
	041007 Ruidos respiratorios patológicos	3		Administrar oxígeno humidificado según corresponda.	→				
041013 Aleteo nasal	1		Aspirar secreciones bucofaríngeas y nasofaríngeas utilizando para el paciente la bombilla, según necesidad.	→			3		

041016 Disnea de leve esfuerzo	1		Auscultar los ruidos respiratorios después de aspirar.	→			3
041020 Acumulo de secreciones	1		Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones	→			4
041019 Tos	2		Intervención: Monitoreo respiratorio (3390)				3
			Actividad:				
			Colocar al paciente decúbito lateral después de la aspiración.	→			
			Vigilar el aumento de intranquilidad, ansiedad y sensación de falta de aire, observar los cambios de saturación de oxígeno	→			

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
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación, evidenciado con Taquipnea, Fr, 60x'; respiración irregular, superficial; uso de los músculos accesorios; tiraje sub costal, intercostal; disnea; (alteo nasal) NANDA (p.250) (00032)	Resultado: Estado respiratorio: Ventilación (0403)	2 (1,6)	Mantener en:	Intervención: Monitorización Respiratoria (3350)				3	+1
			Aumentar a: 4	Actividad:					
	Escala: Desviación grave del rango normal (1), Sin desviación - Ninguno (5)			Controlar el estado respiratorio: La frecuencia, el ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; Observar uso de los músculos accesorios y tirajes; Auscultar para los ruidos respiratorios; Cambios de la Saturación de Oxígeno.	→				El paciente mejora levemente el patrón respiratorio
	Indicadores			Controlar la oximetría de pulso.	→				
	040301 Frecuencia respiratoria	2		Vigilar el estado respiratorio de frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, uso de los músculos accesorios, ruidos respiratorios, frecuencia cardiaca, el color de la piel y la saturación.	→			3	
	040302 Ritmo respiratorio	2		Intervención: Ayuda a la ventilación (3390).				3	
	040303 Profundidad de la inspiración	2		Actividades: .				3	
	Escala: Grave (1), Ninguno (5)			Colocar al paciente en una posición semi fowler con extensión de cabeza y fijación de la misma con rodete en "U".	→				
	040309 Utilización de los músculos accesorios.	2		Mantener la vía aérea permeable.	→			3	
040310 Ruidos respiratorios patológicos	2		Intervención: Manejo de la vía aérea (3140)				3		

	040314 Disnea de esfuerzo	2		Actividades:				3	
				Administrar oxígeno suplementario con CNB a 1 L/min, a FIO2 24%.	→				
				Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: Sat O2.	→				
				Administrar medicamentos prescritos (Corticoides- Dexametasona c/d 6 horas, broncodilatadores – salbutamol c/d 2 horas)	→				

Apéndice B: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

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

DATOS GENERALES:		H. C.:
Nombre del usuario: K. R. A.		Fecha nacimiento: 11/ 05/ 2020
Edad: 4 meses		Telf. 984758293
Fecha de ingreso : 13/09/2020	Hora: 10:35 AM	Persona de referencia: Abuela
Procedencia: Consultorio: (x)	Emergencia: ()	Otro _____
Forma de llegada: Cargado (x)	Silla de ruedas ()	Camilla ()
Peso: 7.029 gr	Talla: PA: 60 cm	FC: 148 x` FR: 60 x` T: 38.C° SO ₂ : 92%
Fuente de información: Cuidador (Madre) (familiar)..... otros:		
Motivo de ingreso: Paciente presenta dificultad para respirar, fiebre; madre refiere "mi bebe no puede respirar, tose mucho, no puede lactar"		
Dx. Médico: Sd/febril, SOBA D/C Bronquiolitis		Fecha de la valoración: 13 /09/ 2020
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD		

<p>I. Patrón Percepción- Control De La Salud</p> <p>Antecedentes Neonatales, Enfermedades e Intervenciones quirúrgicas, factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatales: Prenatales: <u>Sin control prenatal.</u> Natales: tipo de parto; <u>eutócico.</u> • Enfermedades previas (IRAS, EDAS, ITU, OTROS...): <u>Sífilis Congénita, hospitalizado con tratamiento completo.</u> <u>IRA tratada en consultorio</u> • Intervenciones quirúrgicas: Si () No (x) fechas: • Factores Riesgo Evaluación de CRED: Irregular (x) Irregular () Inmunizaciones: Incompleto. (x) Completo () Tipo de Alimentación: LME (). LMX (x), LA(), AC () • Alergias y otras reacciones: Fármacos: Niega Alimentos: Niega Signos – síntomas: Otros: Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/ frecuencia..... Ultima dosis..... • Estado de higiene: Buena () Regula () Mala (x) • ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual de su niño? <u>"No sé nada señorita"</u> • ¿qué necesita saber usted sobre su Enfermedad? <u>"Que le van hacer". "¿Va a mejorar?"</u> 	<p>II. Patrón Relaciones - Rol (aspecto Social)</p> <p>Ocupación del cuidador: <u>Madre no trabaja.</u> ¿Con quién vive? Madre (x) Padre () Ambos padres () otros:</p> <p>Fuentes de Apoyo: Familia (x) <u>Abuela</u>..... Otros: ()... Comentarios adicionales:</p> <p style="text-align: center;">III. Patrón Valores – Creencias</p> <p>Religión: Católico (x) Evangélico () Otros () Restricciones religiosas: Niega..... Solicita visita del capellán: Niega..... Comentarios adicionales:</p> <p>IV. Patrón autopercepción – Auto concepto</p> <p>Madre refiere. "Quiero que se sane mi bebe"</p> <p>V. Patrón Tolerancia a la situación de estrés</p> <p>Estado emocional: Tranquilo () Lloroso (x) Irritable (x) triste () Temeroso (x) Ansioso () Negativo () Indiferente () Preocupaciones(x) Principales/ comentarios Madre "Me preocupa la salud de mi bebé"</p> <p style="text-align: center;">VI. Patrón Descanso – Sueño</p> <p>Sueño: Tranquilo () Interrumpido (x) Horas de sueño: 2 a 3 horas "cuando está sano" Problemas para dormir: Si (X) No () Especificar: "No puede dormir por la tos" ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No (x) Especificar:</p>
--	---

VII. Patrón perceptivo – cognitivo

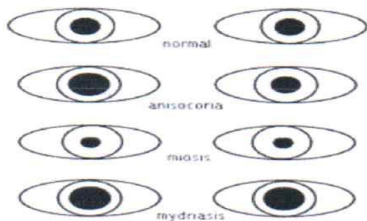
Nivel de Conciencia: Alerta ()
Somnoliento (x) Confuso ()
 Estupor () Coma ()
Atención: Atento () **Distraído** ()
Orientación: Orientado, () T- E – P
 Desorientado () T-P-E
Presencia de anomalías en los sentidos:
 Audición: **Ausente**.....
 Visión: **Ausente**.....
Lenguaje: **Llanto** (X) Comunicativo () Poco comunicativo.
 Problemas presente en el habla:.....
Dolor: SI (x).No ()

Características - Localización: dolor intenso
(ESCALA FLACC-7) en región perianal.
Escala Glasgow:

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular		
4	Espontánea	Espontánea
3	A la orden verbal	Al gnto
2	Al dolor	Al dolor
1	Ninguna	Ninguna
Respuesta Motriz		
6	Obedece órdenes	Espontánea
5	Localiza el dolor	Localiza el dolor
4	Defensa al dolor	Defensa al dolor
3	Flexión anormal	Flexión anormal
2	Extensión anormal	Extensión anormal
1	Ninguna	Ninguna
Respuesta verbal		
5	Se orienta – conversa	Balbucea
4	Conversa confusa	Llora – consolable
3	Palabras inadecuada	Llora persistente
2	Sonidos raros	Gruñe o se queja
1	Ninguna	Ninguna

Resultado: **RO (4) R M (6) RV (4); Punta total: 14**

Pupilas:



Isocóricas (x) Anisocóricas ()
 Mioticas () **Midriáticas** (x)
Reactivas (x) No Reactivas ()

Comentarios adicionales:

VIII. Patrón Actividad – Ejercicio

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: Normal () FR.... Alterada:
 FR: **60 x'**
 Alteraciones: **Taquipnea** (x) Bradipnea ()
Apnea (x)

Polipnea () Disnea ()
 Ritmo: Regular () **Irregular** (x)
 Profundidad: **Superficial** (x) Profunda ()
 Esfuerzo: S/ esfuerzo () **C/ esfuerzo** (x)
 Tirajes: Costal () Sub costal (x) intercostal
 (x) Supraclavicular () Otros.....
Aleteo nasal (x)
 Ruidos respiratorios: claros () **Disminuidos**
 (x) Ausentes ()
Murmullo vesicular en ambos ACP
 Audibles sin dispositivos: Quejidos SI ()
No(x)
 Tipos de ruidos: **MV** (x) **Roncantes** (x)
Sibilantes (x) Crépitos () Sub crépitos ()
 Estridor ()
Tos:
 Reflejo de tos: **Presente** (x) disminuido ()
 Ausente () Incrementado (x)
 Tos efectiva (), tos inefectiva ()
 Secreciones: **Si** (x) No ()
Fluidas (x) **Boca, Densas blanquecinas** (x)
Nasal

Características: **Blanquecinas, escasas en nariz, incrementada en boca.**
 Cianosis: Si () **NO** (x) Central () Periférica ()
 Oxigenación:
 Sat O2: **92 % sin O2, con modo: 1 litro / min/ FIO2 24 % Sato2:**
 Soporte Respiratorio:
CBN (x) MR () Venturi () otros ()

Nebulizaciones:
Cada 20 minutos por 6 veces luego cada 2 horas.

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: 148x' **Regular** (x) Irregular ()
 Pulso periférico: **Presente**(x) Disminuido ()
 Ausente () Riego periférico:

MSI Tibia fría **caliente**
 MSD Tibia fría **caliente**
 MI I Tibia **fría** caliente
 MID Tibia **fría** caliente

Presión Arterial: No se valora por ausencia de equipo.

Llenado capilar: **Menor 2 "**(x) Mayor de 2 "()
 Edema: **No se evidencia**
 (0 a 0.65 cm)+ (0.65 a 1.25 cm) ++ (1.25 a 2.50 cm) +++

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico: **Nº 24 en MSD (dorso de mano)**

Catéter central:.....

EJERCICIO: Capacidad De Autocuidado

Autocuidado:

Dependiente (x) Parcialmente dependiente ()
 Independiente () Movilidad: Activo () **Hipo activo** (x) Hiperactivo ()

Movilidad de miembros: **conservada** (x)

Flacidez () Contracturas ()

Parálisis ()

Tono Muscular: Conservado () **Tono disminuido** (x)

Tono aumentado ()
 Fuerza muscular: Conservada (x)
 disminuida ()
 Aparatos de ayuda: **Ninguno (x)**
 Muletas ()
 Andador () Silla De ruedas ()
 Otros ()
 Comentarios adicionales:
lactante.....

IX. Patrón Nutricional- Metabólico

Piel:
 Coloración: Normal () **Pálida (x)** Cianótica ()
 Ictérica ()
 Hidratación: Seca () **Turgente (x)**
 Integridad: Intgra () **Lesiones (x)**
 Especificar: ... eritema peri anal.....

Cavidad bucal: **Normal (x)** Malformaciones:
 ...no.....
 Especificar: (frenillos, paladar hendido, labio leporino, otros...)
 Mucosas orales: Secas ()
 Semi secas (x) Húmedas () lesiones ():

 Especificar: (muguet, abtas, otros...)
 Caries: SI () **NO (x)**
 Especificar:

Apetito: Normal () Disminuido (x)
 Incrementado ()

Ingestión: **Tolera vía oral (x)** no tolera vía oral ()
 SNG () Nutrición parenteral ()
 Dificultad para deglutir: **Si (x)**
 Especificar: **Por la las secreción y tos.....** No ()
 Náuseas: Si () **No (x)**
 Vómitos: Si (x); **lácteos (x)** alimenticios ()
 Biliosos () Porracios (), otros: **con moco.....** No ()
 Cantidad: **_Escasas_ 2 veces.....**

Estado nutricional: **Peso 7.029gr.** Talla: **60cm**
Normal (x): Ganancia adecuada (x)
 Ganancia inadecuado ()
 Desnutrido () Sobre Peso () Obeso ()
 Abdomen: Blando /depresible (x)
 Distendido ()
 Globulosos () Doloroso ()
 Ruidos hidroaéreos: Presente (x) Ausente ()
 Aumentado () Disminuido ()

X. Patrón De Eliminación

Hábitos vesicales
 Frecuencia: **4 veces.....** /12 horas

Oliguria (x) Anuria () otros:
 Cantidad: 12 horas: ... **83 ml.....**
 Flujo Urinario: **12 horas = 0.98 ml/Kg/h... (0.5- 5ml)**
 Características: Clara () **Colúrica (x)**
 Hematúrica ()
 Otros:.....
 Sistema de ayuda:
 Sondaje () Colector () **Pañal (x)**
 Fecha de colocación: _____
Hábitos intestinales
 Nº de deposiciones/día: **12 horas 6 veces..**
 Normal () Estreñimiento ()
Diarrea (x) Incontinencia ()
 Características: **escasa cantidad, verdosa con moco.....**
 Cantidad.... **160ml**
 Flujo diarreico: **1.9 ml/kg/h** (valor normal < 10ml/kg/hora)

XI. Patrón de sexualidad/reproducción

Secreciones anormales en genitales: Si ()
 No (x)
 Especifique:
 Comentarios adicionales:
 Fimosis: Si () No ()
 Criptorquidia: Si () No (x)
 Observaciones:

Administración de medicamentos: ...

LME a demanda.
 Dextrosa 5% (1000cc)
 ClNa20% - 40ml
 Clk 20% - 10ml
 25ml / hora
 Dexametasona (4mg) 0.9 mg, E.V c/d 6 horas
 Nebulización: 4 gotas salbutamol+ 3cc Cl Na 9% por 3veces cada 20 minutos luego cada 2 horas: Intercalado 4cc de Cl Na9%
 Paracetamol 100mg/ml condiciona a T mayor 38°C 14 gotas x VO
 Oxígeno por CBN si saturación < = a 92 %
 Observaciones:

Exámenes de laboratorio	Valores Normales
Hematocrito 33%	
Hemoglobina 10.3 gr/dl	
Hematies 3800000 mm3	
Leucocitos 12 100 mm3	
Plaquetas545000 mm3	
Constantes corpusculares	
Volumen corpuscular Medio 89.4 fL	80.0 – 100.0 fL
HB Corpuscular Media 28.9 pg	27.0 – 34.0 pg

Conc. Hb Corpusc. Media 32.3g/dl	32.0 – 30.0 g/dl
Formula Leucocitaria	
Abastoados 00%	
Segmentados 41%	
Eusinoofilos 00 %	
Monocitos 02%	
Linfocitos 55%	
Observaciones	
Proteína C Reactiva: NEGATIVA	

Reacción Inflamatoria:	Negativo
Examen Orina	Negativo
Radiografía Tórax	Parénquima pulmonar aprecian unos infiltrados perihiliares con engrosamientos peri bronquial. No se identifica consolidación pulmonar, ni atelectasia. Inflamado

Nombre de la enfermera: Lic. Vilma Taipe Bendezú.
CEP: 43190.

Apéndice C: Consentimiento informado

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

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de Enfermería aplicado a paciente lactante menor con diagnóstico bronquiolitis del servicio de Pediatría de un hospital de Lima, 2021”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de Iniciales K.R.A. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Vilma Taipe Bendezú y Lic. Mabel Caccha Alegria, bajo la asesoría de la Dra. Luz Victoria Castillo Zamora. 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: Pendiente por regularizar.

DNI _____ Fecha: _____

 Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

Escala de Glasgow

Tabla III. Escala de Glasgow adaptada a la edad pediátrica				
Apertura ocular	Puntuación	Mayor de 1 año	Menor de 1 año	
	4	Espontánea	Espontánea	
	3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
	2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Respuesta motora	Puntuación	Mayor de 1 año	Menor de 1 año	
	6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
	5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
	4	Se retira al dolor	Se retira al dolor	
	3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
	2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Respuesta verbal	Puntuación	Mayor de 5 años	2 a 5 años	Menor de 2 años
	5	Orientado	Palabras adecuadas	Sonríe, balbucea
	4	Confuso	Palabras inadecuadas	Llanto consolable
	3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora ante el dolor
	2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja ante el dolor
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta

Fuente: Hernandez Rastrollo, R. (2019). UCI pediátrica .Hospital Universitario Materno Infantil Badajoz. Pediatr Integral; 2019 XXIII (1): 6-14

TEC: como: leve= 14 o 15; moderada = 9 y 13 puntos y grave es inferior a 9 .

Exámenes que apoyan DX de Infección Bacteriana Invasiva y Manejo fiebre

Patología Clínica:

1. Hemograma: Leucocitos Mayor a 15000 dan una sensibilidad variable (36-96%)
2. Recuento de neutrófilos mayor 1000: mejor predictor de bacteriemia oculta.
3. Abastionados mayor 500.
4. PCR: inespecífico, aumenta especificidad si se aumenta el punto de corte (especificidad de 91% con 7mg/dl)
5. Hemocultivo: sensibilidad 80%
6. Examen de orina y uro cultivo.
7. Coprocultivo, si hay diarrea.
8. Reacción Inflamatoria.
9. Aglutinaciones.

Fuente: MINSA. (2019). "Guía diagnóstico y Manejo de la fiebre de INSN"

Taquipnea según la Organización Mundial de la Salud

TAQUIPNEA	EDAD
≥ 60 respiraciones/ min	< a 2 meses
≥ 50 respiraciones/ min	2 a 12 meses
≥ 40 respiraciones/ min	1 año a 2 años

Fuente: MINSA (2019). "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de dos años"

Escala de Severidad de la Bronquiolitis Aguda (ESBA)

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA					
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Sibilancias	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias ins-espíatorias	Hipopflujo
Crepitantes	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos
Esfuerzo	Ningún esfuerzo	Tiraje subcostal o intercostal inferior	+ tiraje supraesternal o aleteo	+ aleteo nasal y supraesternal (universal)	
Relación i/e	Normal	Simétrica	Invertida		
Frecuencia respiratoria	0	1	2		
Edad (meses)					
<2 m	< 57	57 - 66	> 66		
2-6 m	< 53	53 - 62	> 62		
6-12 m	< 47	47 - 55	> 55		
Frecuencia cardíaca	0	1	2		
Edad					
7d - 2m	125 - 152	153 - 180	> 180		
2 - 12 m	120 - 140	140 - 160	> 160		

Ramos Fernández, J.M., Cordon Martínez, A. Galindo Zavala, R., & Urda Cardona, A. (2014). Sección de Lactantes, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Materno-Infantil, Complejo Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

Niveles de gravedad: leve de 0 a 4 puntos, moderada de 5 a 9 y grave de 10 a 13.

Puntos	Sibilancias	Tiraje	Entrada de aire	Cianosis	FR	FC
0	No	No	Buena, simétrica	No	< 30	< 120
1	Final espiración	Subcostal e intercostal inferior	Regular, simétrica	Si	30-45	> 120
2	Toda la espiración	Más supraclavicular y aleteo	Muy disminuida		45-60	
3	Inspiración espiración	Más supraesternal e intercostal superior	Tórax silente		> 60	

FC: Frecuencia cardíaca FR: Frecuencia respiratoria. Bronquiolitis leve 1-3 puntos, Bronquiolitis moderada 4-7 puntos, Bronquiolitis severa 8-14 puntos.

Evaluación Paciente lactante (2+1+1+0+2+1)= 7 , grado dificultad moderado