

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso Enfermero aplicado a lactante con Insuficiencia respiratoria
aguda, en el Servicio de Emergencia pediátrica de un hospital público
de Lima, 2020**

Trabajo Académico

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

Por:

Ysabel Pablo Tarapaqui

Asesora:

Dra. Yrma Nilda Broncano Vargas

Lima, diciembre de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra. Yrma Nilda Broncano Vargas, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO ENFERMERO APLICADO A LACTANTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, 2020”** de la autora licenciada Ysabel Pablo Tarapaqui, tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 21 días del mes de diciembre del año 2022.



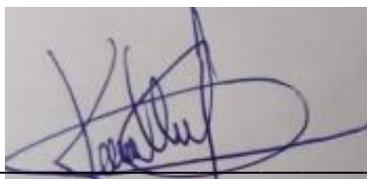
Dra. Yrma Nilda Broncano Vargas

**Proceso Enfermero aplicado a lactante con Insuficiencia
respiratoria aguda, en el Servicio de Emergencia pediátrica
de un hospital público de Lima, 2020**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad

Profesional de Enfermería: Pediatría



Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, 21 de diciembre de 2022

Proceso enfermero aplicado a lactante con Insuficiencia respiratoria aguda del Servicio de Emergencia pediátrica de un hospital público de Lima,2020.

Lic. Ysabel Pablo Tarapaqui^a y Dra. Yrma Nilda Broncano Vargas^b.

^aAutores del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú. ^bAsesora del Trabajo Académico Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Resumen

La insuficiencia respiratoria aguda se define como un aporte insuficiente de oxígeno o la eliminación inadecuada de dióxido de carbono a nivel tisular. A nivel pulmonar representa la incapacidad del sistema respiratorio, para hacer frente a las necesidades metabólicas del organismo y eliminar el CO₂; es una enfermedad que implica una alta morbimortalidad. Se realizó con el objetivo de gestionar el proceso de enfermería a un paciente con insuficiencia respiratoria, bajo el enfoque de los patrones funcionales de Marjory Gordon. El presente estudio es de enfoque cualitativo, de tipo caso clínico único, cuya metodología es el PAE, incluyó a un paciente de nueve meses de edad. Se siguieron las etapas del proceso de atención de enfermería: valoración, con el marco de valoración validado por expertos del área, formulación de diagnósticos. Se identificaron siete diagnósticos de enfermería, se priorizaron tres: patrón respiratorio ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas, riesgo de aspiración, según la taxonomía NANDA. Se planificaron los cuidados de enfermería, sobre la base de la taxonomía NOC, NIC. Se ejecutaron las actividades planificadas; finalmente se realizó la evaluación de resultados de acuerdo con las diferencias de puntuaciones final y basal. En los resultados se obtuvo una puntuación de cambio de +2, +2, +2, que posteriormente tiende a mejorar con la administración de los cuidados. Se concluye que, de acuerdo con los problemas identificados en el paciente, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas.

Palabras clave: insuficiencia respiratoria aguda, paciente, cuidado humanizado.

Abstract

Acute respiratory failure is defined as insufficient oxygen supply or inadequate elimination of carbon dioxide at the tissue level. At the pulmonary level, it represents the inability of the respiratory system to cope with the metabolic needs of the body.

Organism and eliminate CO₂, is a disease that involves high morbidity and mortality. With the objective of managing the nursing process for a patient with respiratory failure under the approach of Marjory Gordon's functional patterns. The present study is of a qualitative approach, of a single clinical case type, whose methodology is the PAE and included a nine-month-old patient. The stages of the nursing care process were followed: assessment, with the assessment framework validated by experts in the area, formulation of diagnoses. Seven nursing diagnoses were identified, three were prioritized: ineffective respiratory pattern, ineffective airway clearance, risk of aspiration, according to the NANDA taxonomy. Nursing care was planned, based on the NOC, NIC taxonomy. The planned activities were executed, finally the evaluation of results was carried out according to the differences in final and baseline scores. In the results, a change score of +2, +2, +2 was obtained, which subsequently tends to improve with the administration of care. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages.

Keywords: acute respiratory failure, patient, humanized care.

Introducción

Uno de los principales problemas de salud actualmente son las IRAB, tienen mayor prevalencia en los niños. La cantidad de muertes por enfermedades respiratorias en los niños argentinos de menos de 1 año, está en tercer lugar y en niños en el rango de 1 a 4 años está en segundo lugar. Por este motivo, las IR constituyen un problema de salud importante, mayormente para los niños menores de 5 años; en el invierno, el porcentaje de muertes debido a las IRAB es del 50% del total de niños ingresados a los hospitales y el 70% de las consultas ambulatorias, debido a problemas respiratorios de los cuales los más vulnerables son los niños menores de 2 años, por presentar una mayor dificultad en el diagnóstico, el tratamiento y la valoración de la gravedad. En los niños de 3 meses o menos, la muerte es del 40%, por lo cual el sistema de salud se ve saturado por la patología respiratoria (Luis Marti & Estrada de Ellis, 2018).

El año 2015 en el Perú, la primera causa de morbilidad en atenciones de consulta externa en los establecimientos de salud del MINSA, fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las cuales representan aproximadamente el 16,7% del total de atenciones, la influenza (gripe) y neumonía fueron la sexta causa de morbilidad de hospitalización, el mismo año (Ministerio de Salud [MINSA], 2020).

El 2019 se evidenciaron al menos 2.501,436 casos de IRA en niños de 0 a 5 años, lo cual representa una tasa de incidencia acumulada (TIA) de 8.879,3 por cada 10.000 niños, dentro de ese rango de edad, generando una depreciación de un 4,7% en comparación al año 2018. El canal endémico, tomando en cuenta la estación del año, representa el comportamiento esperado de dicha enfermedad (Córdova Sotomayor, Chávez Bacilio, Bermejo Vargas, Jara Ccorahua, Santa Maria Carlos, et al., 2020).

En Ucayali, Perú, los episodios de IRA han oscilado entre la zona de seguridad y de alarma el año 2019, lo cual representa una tasa alta a nivel nacional en niños menores a 5

años, seguido de Arequipa, Moquegua, Callao y Tacna; presentando una tasa baja de incidencias en los departamentos de Puno, Junín, San Martín y Ayacucho (MINSA, 2020).

Del total de episodios de IRA en menores de 5 años notificados, se tiene que el 70% se dieron en niños de 1 a 4 años, el 26% en niños de 2 a 11 meses y 4% en menores de 2 meses (MINSA, 2020).

En una institución materno infantil de Lima, la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños es de 30,5%, es mayor en niños de 3 años, en el sexo masculino y durante el mes de abril; asimismo, la principal enfermedad que se registró fue el resfrío común, que se presentó en los niños menores de 1 año y en el sexo femenino (Córdova Sotomayor, Chávez Bacilio, Bermejo Vargas, Jara Ccorahua, & Santa Maria Carlos, 2020).

Bhakti Patel (2022) denomina la insuficiencia respiratoria aguda como un deterioro de la oxigenación, de eliminación de dióxido de carbono o de ambas, que pone en peligro la vida. La insuficiencia respiratoria puede deberse a una alteración del intercambio de gases o a una disminución de la ventilación. Los síntomas más frecuentes son disnea, uso de los músculos accesorios de la respiración, taquipnea, taquicardia, diaforesis, cianosis, alteraciones de la conciencia y, sin tratamiento, finalmente obnubilación, paro respiratorio y muerte.

Las causas son un síndrome que engloba muy variadas patologías que puede ser hipoxémico, caracterizado por la existencia de hipoxemia asociada a cifras de PaCO₂ normales o disminuidas. Hipercápnico, caracterizado por el aumento arterial del CO₂, no mejoran con oxigenoterapia y precisan ventilación mecánica (pastor et al, 2017).

Las enfermedades que obstruyen las vías respiratorias dañan el tejido pulmonar, debilitan los músculos que controlan la respiración o disminuyen el estímulo para respirar, pueden causar insuficiencia respiratoria. Los pacientes pueden sufrir disnea, coloración azulada de la piel y estado de confusión o somnolencia (Bhakti Patel, 2020b).

La insuficiencia respiratoria se presenta cuando los pulmones no pueden llevar suficiente oxígeno a la sangre. Su función es inhalar oxígeno del aire ambiental conduciéndolo

hacia los pulmones y exhalar dióxido de carbono, que es un gas de desecho producido en las células del cuerpo. La respiración es esencial para la vida. El oxígeno debe pasar de los pulmones a la sangre para que los tejidos y órganos funcionen correctamente (National Heart,2022).

El estudio histológico y fisiopatológico del SIRA (Síndrome de Insuficiencia respiratoria aguda), mayormente descrito como daño alveolar difuso, caracterizado por la alteración del endotelio capilar y el epitelio alveolar, resultando en el aumento de la permeabilidad y posteriormente en edema intersticial y alveolar rico en proteínas, atelectasia y daño estructural pulmonar. En este contexto, la función de los componentes celulares y humorales de la respuesta inflamatoria como los neutrófilos, macrófagos alveolares, plaquetas, sistema de complemento y mediadores como citosinas desempeña un papel preponderante en perpetuar y amplificar la respuesta, cuando esto sucede la persistencia de la inflamación pulmonar afecta una fase proliferativa que se caracteriza por el inicio de fibrosis pulmonar y trombosis capilar que generalmente van acompañadas de disfunción orgánica múltiple (Carrillo Esper et al., 2017).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, los pacientes pueden sufrir disnea, coloración azulada de la piel y estado de confusión o somnolencia (Bhkti Patel,2020). La taquipnea es la manifestación más precoz. La taquipnea “ruidosa” se da en los niños con enfermedad respiratoria (pastor et al,2017). La disnea es una dificultad para respirar o una sensación de falta de aire (Benalcázar Game et al., 2017). El aleteo nasal se produce de forma inconsciente, dilatando las fosas nasales de manera que esto facilite el ingreso de oxígeno a los pulmones (Benalcázar Game et al., 2017). Crepitantes son ruidos respiratorios adventicios discontinuos. Los crepitantes finos son ruidos, cortos de tono alto; los crepitantes gruesos son ruidos más duraderos de tono bajo. Los llamados roncus son ruidos respiratorios de tono bajo, pueden escucharse durante la inspiración o la espiración. Aparecen en varias enfermedades, como bronquitis crónicas. (Dezube,2021).

El estridor es un ruido respiratorio de tono alto, predominantemente inspiratorio, formado por la obstrucción de la vía aérea extratorácica. Su presencia debe plantear la posibilidad de una obstrucción de las vías aéreas superiores potencialmente mortal. (Dezube,2021). Tiraje subcostal se da cuando hay mayor esfuerzo al inhalar y exhalar el aire y se marca en las costillas sobre el abdomen (Dezube, 2021). Saturación de oxígeno de 85%; la pulsioximetría es el método más empleado para la determinación de la SatO₂, es fiable, sencilla, no invasiva; permite la detección precoz de la hipoxemia (Pastor et al, 2017).

El tratamiento de la IRA está enfocado en la oxigenoterapia con la finalidad de conservar una saturación >94%, se tomarán como valores de referencia, para su suspensión, registros estables de spO₂ > 94 %; en pacientes sin factores de riesgo y con evolución clínica favorable, se puede considerar la suspensión de la oxigenoterapia con saturaciones entre 92 % y 94 %. Existen recomendaciones universales para la interrupción de la oxigenoterapia al lograrse saturaciones de 90 %, no hay convicción favorable al respecto de las secuelas de la exposición a ciclos interrumpidos de hipoxia.

Las cánulas nasales son dispositivos que se recomiendan en casos de IRA; sin embargo, se usan con moderación en la etapa aguda, porque la congestión nasal podría imposibilitar el flujo adecuado de oxígeno, el cual se administra humidificado y calentándolo con flujos por encima de 2 L/min. Se podría considerar el uso de oxígeno y las diversas maneras de administrarlo; por ejemplo, el uso de la cánula nasal de alto flujo (CAFO), así como ventilación no invasiva (VNI) en los pacientes que no responden al tratamiento (Hincapié Díaz et al., 2021).

La American Society of Parenteral and Enteral Nutrition recomienda la nutrición, constituida en un proceso terapéutico en el manejo del paciente crítico (Osuna-Padilla et al, 2020).

La extensión del tiempo de vida y la superación del procedimiento correspondiente que se hayan usado, dependerán de la tipificación pertinente de los inconvenientes y de la apropiada elección del tratamiento (Montané García, 2017).

Los profesionales de enfermería asumen un importante papel en la ejecución de intervenciones a los pacientes pediátricos, con insuficiencia respiratoria aguda, con el objetivo de conservar la permeabilidad y la estabilidad de la vía aérea. El proceso de atención de enfermería es la metodología de la práctica del cuidado de enfermería, que se fundamenta en el método científico, en la toma de decisiones y resolución de problemas en un paciente afectado de su salud; cuenta con cinco etapas para el cuidado de la salud, las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; fomentando la continuidad de los cuidados y el pensamiento crítico del enfermero (Jara-Sanabria & Lizano-Pérez, 2017).

Se realiza la gestión del cuidado enfermero por medio del proceso de atención del profesional enfermero, en sus cinco etapas basadas en el método científico (Rodríguez, 2020). Se refleja la importancia trascendental del profesional de enfermería especialista en pediatría, para la atención oportuna de los problemas identificados en el niño, adecuado manejo en la intervención y para prevenir complicaciones que desmejoren el estado de salud o amplíen la estancia hospitalaria (Portugal Sanchez, 2021).

Metodología

El presente trabajo corresponde a una investigación cualitativa; el tipo de estudio de caso único y el método: el proceso de atención de enfermería (PAE), cuyas bases las constituyen las diversas teorías, las investigaciones en enfermería y las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

El sujeto que se estudió es el paciente I.C.S, de nueve meses de edad, hospitalizado en el servicio de pediatría de una institución de salud de Lima.

La información obtenida fue recolectada por las técnicas de entrevista y observación; se usó la "guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon" como instrumento, con el cual se efectuó la valoración de manera minuciosa. Con estos datos obtenidos se elaboraron los diagnósticos de enfermería con la interrelación de la taxonomía NANDA, NOC, NIC; en

seguida se ejecutaron los cuidados, que se establecieron y realizaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos planteados.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: I.C.S

Sexo: masculino

Edad: 9 meses

Días de atención de enfermería: 1

Fecha de valoración: 20-09-2020

Motivo de ingreso y diagnóstico médico. Paciente ingresa en brazos de su mamá, con quejido, irritabilidad y saturación 85%, se hospitaliza en el servicio de emergencias pediátricas.

Diagnóstico médico: insuficiencia respiratoria aguda

Descripción de los patrones funcionales de salud.

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente lactante de sexo femenino, despierto, irritable, poco activo, antecedente de prematuridad de 36 semanas, con displasia pulmonar, madre refiere no alergias, no ha sido vacunado, porque continuamente se encontraba enfermo.

Patrón II: Nutricional / Metabólico.

Temperatura axilar 37,8°C, paciente tiene la piel pálida, hidratada, recibe lactancia materna, más fórmula por sonda orogástrica, limitado por enfermedad. Apetito disminuido, dificultad para succionar y deglutir, debilidad de los músculos indispensables para masticar, incapacidad percibida para ingerir alimentos, abdomen blando depresible no doloroso, ruidos hidro-aéreos normales, higiene bucal buena, peso 6 kg, talla 56 cm, hemoglobina 11g/dl.

Evaluación nutricional: Peso/Edad = -2 DE Desnutrición, Talla/Edad = -3DE Talla baja o desnutrición crónica, Peso/Talla = +3DE Obesidad.

Patrón III: Eliminación.

Eliminación vesical: Paciente lactante usa pañal, orina 4 veces al día, por las noches 2, pañales con orina.

Eliminación intestinal: Deposición normal inter diario, no alteración de la consistencia.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria: Paciente lactante con problema respiratorio FR (frecuencia respiratoria) 42 por minuto Sat O₂:85 %, polipnea, tiraje sub costal, quejido, aleteo nasal, se encuentra fatigado al esfuerzo, ruidos respiratorios roncales; secreciones blanquecinas, densas, fleemosas en orofaringe, con oxígeno con cánula binasal a 2 Litros por minuto.

Actividad circulatoria: Pulso periférico presente, frecuencia cardiaca 177 por minuto, presenta taquicardia, no edema, con catéter periférico en miembro superior derecho, como vía salinizada para tratamiento.

Ejercicio capacidad de autocuidado: Movilidad conservada, fuerza muscular disminuida, capacidad de autocuidado totalmente dependiente.

Patrón V: Descanso / Sueño.

Paciente con insomnio, se despierta por la noche, también le molesta los ruidos y la iluminación. Horas de sueño 4-5 horas con intervalos de 30 min.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente despierto, pupilas isocóricas, fotos reactivas, tamaño 2 mm de diámetro, confuso, con molestias cuando se le realiza algún procedimiento, se evalúa dolor según la escala de Wong Baker nivel 4 moderado, escala de Glasgow para pacientes pediátricos y lactantes: 12 puntos.

Patrón VII: Autoconcepción / Autoconcepto.

Lactante no evaluable. Madre refiere que ve a su niño emocionalmente triste, delicado y lloroso.

Patrón VIII: Relaciones / Rol.

Paciente es el segundo hijo, vive con ambos padres, tiene hermano de cuatro años, familiar acompañante es la mamá, realiza extracción diaria de leche materna para la alimentación, padre colabora en el cuidado de los hijos.

Patrón IX: Sexualidad / Reproducción.

Paciente femenino de genitales normales, no eritema de pañal.

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

Paciente se evidencia temeroso, susceptible, progenitores impacientes por la salud de su niña.

Patrón XI: Valores y Creencias.

Padres de religión católica tiene necesidad de apoyo espiritual.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.**Primer diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz

Características definitorias: Alteración de los movimientos torácicos, ortopnea, taquipnea, aleteo nasal, disnea, uso de músculos accesorios, satO₂ 85%.

Factor relacionado: fatiga de los músculos de la respiración

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con debilidad de los músculos de la respiración demostrado por alteración de los movimientos accesorios, aleteo nasal, sato₂ 85%.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Características definitorias: excesiva cantidad de esputo, alteración en la frecuencia respiratoria 42 x min, sonidos respiratorios: roncales ortopnea, tos inefectiva.

Factor relacionado: retención de las secreciones

Enunciado diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones, evidenciado por excesiva cantidad de secreciones en la orofaringe, sonidos respiratorios roncales, FR 42xmin, tos inefectiva.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración

Factor relacionado: Deterioro de la capacidad para deglutir, presencia de sonda orogástrica

Enunciado diagnóstico: Riesgo de aspiración evidenciado por deterioro de la capacidad para deglutir y presencia de sonda orogástrica.

Planificación

Primer diagnóstico.

NANDA [00032] Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, evidenciado por la alteración de los movimientos accesorios, aleteo nasal, saturación 85% (NANDA, 2021).

Resultados esperados.

NOC [0403] Estado respiratorio: ventilación.

Indicadores:

04030 Profundidad de la respiración

040309 Ruidos respiratorios patológicos.

040314 Disnea de esfuerzo

040309 Uso de músculos accesorios

040311 Retracción torácica

Intervenciones de enfermería.***NIC [3350] Monitorización respiratoria*****Actividades:**

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

335002 Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares

335003 Observar si hay disnea y los factores que la mejoran o empeoran

335004 Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno

NIC [3320] oxigenoterapia.**Actividades:**

332001 Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humificado.

332002 Administrar oxígeno suplementario según órdenes.

332003 Vigilar el flujo de litros de oxígeno.

332004 Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

332005 Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, gasometría arterial) según corresponda.

33200 Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

Segundo diagnóstico.

NANDA [00031] limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por excesiva cantidad de secreciones., sonidos respiratorios roncales, FR 42 x min, tos inefectiva.

Resultados esperados.

NOC [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

Indicadores:

041004Frecuencia respiratoria

041007Ruidos respiratorios patológicos

041012Capacidad de eliminar secreciones

041020Acumulo de secreciones

Intervenciones de enfermería.

NIC [3140] Manejo de las vías aéreas.

Actividades:

314001Colocar al paciente en posición semifowler para maximizar el potencial de ventilación.

314002Administrar broncodilatadores +salbutamol 2uf c/4h fluticasona 2uff/12h

314003Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.

314004Eliminar las secreciones fomentando la tos o succión.

314005Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según corresponda.

314006Realizar fisioterapia torácica.

Tercer diagnóstico.

NANDA [00039] Riesgo de aspiración evidenciado por deterioro de la capacidad para deglutir, presencia de sonda oral.

Resultados esperados

NOC [1010] Estado de deglución.

Indicadores:

[101002] Controla las secreciones orales

[101003] Producción de saliva

[10101] Momento del reflejo de la deglución

[101013] Esfuerzo deglutorio aumentado

[101017] Incomodidad con la deglución

[101012] Atragantamiento nauseas.

Intervenciones de enfermería.***NIC [3200] Precauciones para evitar la aspiración.*****Actividades:**

[320001] Realizar lavado de manos

[320002] Determinar la necesidad de la aspiración

[320003] Mantener el equipo de aspiración disponible

[320004] Vigilar el reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, y capacidad deglutoria

[320005] Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45min después de la alimentación.

[320006] Administrar una alimentación continua con sonda nasogástrica en lugar de por gravedad o en bolo.

Evaluación

En la Evaluación se logró los resultados esperados:

DX1.

NANDA [00032] Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos de la respiración evidenciado por la alteración de los movimientos accesorios, aleteo nasal, saturación 85% (NANDA, 2021).

NOC 1

Puntuación de cambio+2, se observó logros en los indicadores.

[040301] Frecuencia respiratoria: Escala de desviación grave del rango normal (1) luego de las intervenciones se encontró en la escala sin desviación de rango normal (5) logrando una puntuación de cambio +2

[040302] Ritmo respiratorio: Escala de desviación grave del rango normal (1) luego de las intervenciones se halló en la escala sin desviación de rango normal (5) logrando una puntuación de cambio +2.

[04030] Profundidad de la inspiración: se encontraba en la escala de desviación grave del rango normal (1), luego de las intervenciones se encontró en la escala sin desviación de rango normal (5) logrando una puntuación de cambio +2

[040309] Ruidos respiratorios patológicos: se encontraba en la Escala grave (1) luego de las intervenciones se encontró en la escala Ninguna (5) logrando una puntuación de cambio +2

[040314] Disnea de esfuerzo: se encontraba en la escala grave (1) luego de las intervenciones se encontró en la escala Ninguna (5) logrando una puntuación de cambio +2

[040309] Uso de músculos accesorios: se encontraba en la escala grave (1) luego de las intervenciones se encontró en la escala Ninguna (5) logrando una puntuación de cambio +2

[040311] Retracción torácica: se encontraba en la escala grave (1) luego de las intervenciones se encontró en la escala Ninguna (5) logrando una puntuación de cambio +2.

DX2

NANDA [00031] limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por excesiva cantidad de secreciones, sonidos respiratorios roncantes, FR 42xmin.

NOC 2

puntuación de cambio +2, se observó logros en los indicadores.

[041004] Frecuencia respiratoria: se encontraba en la escala de medición combinada logrando una puntuación de cambio +2

[041007] Ruidos respiratorios patológicos: se encontraba en la escala de medición combinada logrando una puntuación de cambio +2

[041012] Capacidad de eliminar secreciones: se encontraba en la escala de medición combinada logrando una puntuación de cambio +2.

[041020] Acumulo de secreciones: se encontraba en la escala de medición combinada logrando una puntuación de cambio +2.

DX3

NANDA [00039] Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la capacidad para deglutir, presencia de sonda oral.

NOC 3

Puntuación de cambio +2 se observó logros en los indicadores.

[101002] Controla las secreciones orales: se encontraba en la escala gravemente comprometido (1)

Luego de las intervenciones está en la escala no comprometido (5) logrando una puntuación de cambio +2.

[101003] Producción de saliva: se encontraba en la escala gravemente comprometido (1)

Luego de las intervenciones está en la escala no comprometido (5) logrando una puntuación de cambio +2.

[10101] Momento del reflejo de la deglución: se encontraba en la escala gravemente comprometido (1) Luego de las intervenciones está en la escala no comprometido (5) logrando una puntuación de cambio +2.

[101013] Esfuerzo deglutorio aumentado: se encontraba en escala grave (1) luego de las intervenciones está en ninguno (5) logrando una puntuación de cambio +2

[101017] Incomodidad con la deglución: se encontraba en escala grave (1) luego de las intervenciones está en ninguno (5) logrando una puntuación de cambio +2.

[101012] Atragantamiento nauseas: se encontraba en escala grave (1) luego de las intervenciones está en ninguno (5) logrando una puntuación de cambio +2.

Resultados

En el presente artículo se identificaron 11 patrones funcionales, 7 patrones alterados, 3 patrones priorizados. A la observación crítica de la información recolectada, se formularon siete diagnósticos enfermeros (Soto Falcon, 2018):

Patrón respiratorio ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas, riesgo de aspiración, desequilibrio nutricional (ingesta por debajo a las insuficiencias), hipertermia, deterioro de la deglución, dolor agudo). Según la taxonomía de la NANDA Internacional, se priorizan tres diagnósticos de acuerdo con el riesgo de vida: (a) patrón respiratorio ineficaz, (b) limpieza ineficaz de las vías aéreas y (c) riesgo de aspiración.

Para continuar con la planificación considerando los resultados que se esperan y las intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades; de la misma forma se usó la taxonomía NOC y NIC, después de establecer las acciones se realizó la evaluación cualitativa de los indicadores (H. Herdman & Kamitsuru, 2018).

Discusión

Patrón respiratorio ineficaz

Según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es la inspiración e expiración que no proporcionan una ventilación adecuada (Herdman & Kamitsuru, 2019). Asimismo, es definido como “exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar” (Hein Seganfredo et al., 2017).

También definido como dificultad respiratoria, aumento del trabajo, esfuerzo respiratorio, estado clínico compensado por taquipnea y uso de músculos accesorios, logrando el equilibrio entre oxigenación y ventilación (Luis Marti & Estrada de Ellis, 2018).

Causa afección pulmonar latentemente mortal que imposibilita la afluencia suficiente de oxígeno a la sangre. En el paciente hay alteración del patrón respiratorio importante, para cubrir las insuficiencias metabólicas del cuerpo. Se consideró el patrón respiratorio ineficaz, como primer diagnóstico, se evidencia las siguientes características según NANDA alteración de los movimientos torácicos, ortopnea, taquipnea, aleteo nasal, disnea, uso de músculos accesorios (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Las dolencias que cierran las vías respiratorias deterioran el tejido pulmonar, apagan los músculos que intervienen en la respiración o reducen el estímulo para respirar y consiguen

producir insuficiencia respiratoria. Los pacientes pueden sufrir disnea, coloración azulada de la piel y estado de confusión o somnolencia (Bhakti Patel, 2020a).

Es considerado aleteo nasal si las fosas nasales se agrandan al respirar. Esta señal se relaciona con un problema respiratorio y es parte de los músculos que forman parte del aparato respiratorio. Si alguien presenta dificultades para respirar, se ejecutan procedimientos para lograr el ingreso de aire en los pulmones. El aleteo nasal se produce de forma inconsciente, dilatando las fosas nasales de manera que esto facilite el ingreso de oxígeno a los pulmones. Otra característica es la disnea: la insuficiencia respiratoria, signo común de la insuficiencia para respirar. Se trata de una dificultad para respirar o una sensación de falta de aire (Benalcázar Game et al., 2017).

En cuanto al factor relacionado fatiga de los músculos de la respiración, se define como la incapacidad de un músculo, para mantener la fuerza requerida o esperada después de contracciones continuas o repetidas, en el aparato respiratorio, se define como la incapacidad para continuar generando suficiente presión para mantener la ventilación alveolar (Benalcázar Game et al., 2017).

Al respirar lento e irregularmente es una mala señal de un pronóstico que muestra un paro cardiorrespiratorio imperioso. El descenso rápido de la frecuencia respiratoria, puede indicar fatiga muscular más que mejoría clínica, y suele acompañarse de deterioro del nivel de conciencia (Pastor Vivero et al., 2017).

En cuanto a las actividades se han observado respiraciones poco profundas y movimiento de tórax asimétricos, debido a las molestias que siente al agitar la pared del tórax, el paciente puede requerir mayor soporte respiratorio (Mañanas Villanueva, 1999, citado por Aiquipa Mendoza, 2019). En los lactantes su respiración es más diafragmática, toracoabdominal en preescolares y más torácica a partir de los 6-7 años.

La retracción de la pared torácica y el uso de la musculatura accesoria de la inspiración (esternocleidomastoideo, intercostales, escalenos) favorece la distensibilidad pulmonar. Y la

contracción de los músculos abdominales e intercostales internos, es más de problemas obstructivos (pastor vivero et al, 2017).

La valoración de la entrada de aire mediante auscultación para el diagnóstico es fundamental la evaluación clínica y la exploración física (pastor et al,2017) para apreciar los resultados después del tratamiento.

Disnea no siempre se presenta en las fases iniciales y cuando aparece; la intensidad es variable. Al aumento de la disnea se produce un incremento de la frecuencia respiratoria, uso de musculatura accesoria y de la respiración paradójica (pastor vivero et al 2017).

La sensación de disnea se desarrolla cuando hay agotamiento en los músculos respiratorios, de modo que, cuando la relación entre el esfuerzo y la consecuente respuesta ventilatoria no es normal brota la llamada “disociación neuro ventilatoria”, un esfuerzo inspiratorio insatisfecho. Esta disparidad crea réplicas neuro-humorales y psicológicas en las que la angustia está infaliblemente vigente (Américo Reyes-Ticas, 2019).

Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno a través del equipo biomédico pulsioxímetro, se puede considerar la suspensión de la oxigenoterapia con saturaciones entre 92 % y 94 %. Existen recomendaciones universales, para la interrupción de la oxigenoterapia al lograrse saturaciones de 90 % (Hincapié Diaz et al,2021).

La pulsioximetría es el método más empleado para la determinación de la SatO₂; es fiable, sencilla, no invasiva. Permite la detección precoz de la hipoxemia; facilita el ajuste de los aportes suplementarios de oxígeno (pastor et al,2017).

La contribución de gas humidificado y calentado logra un progreso al expulsar secreciones, mejorando la elastancia pulmonar, así mismo reduciendo el compromiso metabólico de humidificar y calentar el aire, con la finalidad de ajustarlo a las circunstancias del cuerpo. Este acondicionamiento sucede en las vías respiratorias altas y, pocos centímetros, tras la carina, donde se considera que ha alcanzado las condiciones óptimas (Martínez Santoveña, 2021).

La contribución de oxígeno forma parte de un instrumento fundamental en el tratamiento del fallo respiratorio en fase aguda, donde su uso está considerablemente aprobado, o en la fase crónica, situación en la que el uso de esta técnica está en apogeo. El oxígeno puede administrarse de forma no invasiva, ya sea por medio de cánulas nasales, mascarillas (con efecto Venturi o con reservorio), ventiladores no invasivos (BiPap o CPAP) o de forma invasiva, a través de un tubo endotraqueal o naso traqueal (Del Castillo Otero et al., 2017).

La oxigenoterapia es un tratamiento que puede salvar vidas, la inadecuada administración provoca una intoxicación del organismo (sobredosis de oxígeno) y contusiones patológicas en los tejidos. No obstante, no está claro la concentración de oxígeno que hay que suministrar y el tiempo necesario para que estos efectos aparezcan (González Sanz et al., 2018). El oxígeno es un remedio y se debe administrar bajo la recomendación indicada y en la correcta dosis, evitando complicaciones, por lo cual debe ser monitorizado. La monitorización se puede realizar mediante dos procedimientos: la gasometría arterial (método invasivo) y la oximetría de pulso (método no invasivo) (Pírez et al., 2020).

El paso de flujo por debajo de 5 l/min. pueden causar reinspiración dióxido de carbono y aumento de la resistencia a la inspiración (González Sanz et al., 2018).

Periódicamente se debe verificar el dispositivo que aporta el oxígeno administrando la cantidad recomendada. Esta es una de las actividades más recomendadas, aplicar una técnica sencilla como colocar etiquetas con la dosis adecuada y actual, ayuda a conseguir mucha más seguridad, para el paciente y hace más fácil la labor de del profesional enfermero. Esta recomendación es básica, para prestar unos cuidados eficaces y de calidad, que de otra forma se ven alterados por las sucesivas conexiones/desconexión (paciente sometido a pruebas diagnósticas, cambios en los sistemas de administración, manejos por parte de los pacientes y/o familia (Pastor Vivero et al., 2017).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Es la incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio, para mantener las vías aéreas permeables, según la NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2019).

Al observar la permeabilidad de la vía aérea, el acumulo de secreciones incrementa la resistencia de la vía aérea y el trabajo respiratorio, la retención de secreciones es la primera indicación para realizar la aspiración y se identifica con el signo más común que es la presencia de ruidos roncales (Pomacosi Ramos, 2020).

La limpieza ineficaz de las vías aéreas se da por la ausencia de un manejo adecuado de las secreciones, causa no sólo incomodidad en el paciente, sino que pueden predisponer a problemas mayores: infecciones respiratorias o atelectasias: obstrucciones de la vía aérea por tapones de secreciones que pueden afectar el intercambio gaseoso (Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias [UFDOHUPA], 2017).

El paciente lactante de 9 meses presenta características definitorias para la limpieza ineficaz de vías aéreas: (a) excesiva cantidad de esputo, (b) alteración en la frecuencia respiratoria 42 x min, (c) sonidos respiratorios: roncales y (d) ortopnea y tos inefectiva (Herdman & Kamitsuru, 2019). El exceso de esputo y las permutas en la consistencia del moco, pueden exponer a diferentes enfermedades. “Normalmente, la mucosidad es viscosa, pero el aumento de su consistencia suele producirse en infecciones del aparato respiratorio. La expulsión de tapones de moco que adoptan la imagen del árbol bronquial puede indicar un asma bronquial crónica y aspergilosis pulmonar alérgica” (García Romero de Tejada & Fariña E., 2019).

Ortopnea es la dificultad para respirar en posición completamente horizontal. Al presentar respiración rápida, podría ser por el bajo ingreso de oxígeno al torrente sanguíneo por la nariz. Desde una nariz congestionada hasta un trastorno pulmonar (Umaña-Giraldo et al., 2018). La respiración acelerada es una alteración de la frecuencia respiratoria; en este caso, un paciente con disnea sufre de ahogo o asfixia, tiene la impresión de incapacidad para respirar de

forma normal, porque requiere un mayor trabajo para expandir el tórax, para expulsar el aire al exhalar o para respirar profundamente. También puede tener la incómoda sensación de que necesita urgentemente inhalar (inspiración) antes de terminar de exhalar (espiración), o puede tener diversas sensaciones a menudo, descritas como opresión en el pecho (Dezube, 2021).

En cuanto a la tos ineficaz, enfermedades múltiples afectan rígidamente el reflejo de la tos y ocasionan su ineficacia, porque hay deficiencia o debilidad muscular, debido a la modificación de las particularidades de las secreciones bronquiales. Los trastornos que generan tos ineficaz, se traducen en una tendencia a retener secreciones bronquiales y a la alteración de la normal relación ventilación/perfusión, así como facilitar la aparición de problemas infecciosos respiratorios (Arce Pither, 2020).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas se relaciona con la retención de secreciones. Las enfermedades respiratorias agudas y crónicas implican la acumulación de secreciones por: (a) aumento en la realización de moco, (b) variación en la transferencia mucociliar o (c) a una tos ineficiente. Igualmente, existen escenarios clínicos que pueden alterar de forma grave los mecanismos naturales de defensa, incrementando el riesgo de colonización bacteriana y, potencialmente, el desarrollo de procesos infecciosos (Fernández-Carmona et al., 2018).

En cuanto a las actividades para el cuidado de enfermería, la evaluación inicial aplicando el MES (miro, escucho, siento) nos aportará la información necesaria sobre la permeabilidad de la vía aérea o la falta de ventilación asistida (Martínez Santoveña, 2021). La posición semifowler ayuda para que la musculatura del abdomen se relaje mejorando la respiración.

Los broncodilatadores, como el ipratropio o los corticoides inhalados y el salbutamol, suelen ser eficaces para la tos, después de una infección de las vías respiratorias superiores y en la variante tusígena del asma (Dezube, 2021)

En cuanto al manejo de secreciones se enfoca en disminuir la inflamación y estimular la broncodilatación. Pocos son los datos que se relacionan con el control de la hipersecreción de

moco en las vías respiratorias. Asimismo, el conocimiento de los principios generales de la aerosol terapia, los fármacos diseñados para ello, la dinámica de las partículas, las singularidades de las soluciones para nebulizar y las modalidades de nebulización harán que este arsenal terapéutico permita aplicar de manera correcta el tratamiento, para cada paciente en particular y brindar la mayor probabilidad de éxito en el manejo médico (Cortes-Telles et al., 2019).

Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación; al auscultar los sonidos del pulmón posteriores al tratamiento, con la finalidad de observar los efectos, se evidenció dificultades en el funcionamiento normal de las vías respiratorias, ya que hay un grado de broncoespasmo, se oyen crepitaciones y estertores al aspirar e inspirar, en respuesta a la acumulación de líquido, secreciones espesas y espasmo, facilita la formulación de intervenciones (Szulman et al., 2017).

Se debe de procurar hacer que el paciente elimine las secreciones, provocando la tos; en caso de que sea difícil que la paciente toza se debe recurrir a la succión de secreciones. La necesidad de aspiración de secreciones está indicada cuando el paciente por sí solo no puede toser o expectorar de forma eficaz (MINSA, 2019). Así mismo, tener en cuenta la cuantificación y características de las secreciones bronquiales y la capacidad del paciente, para su movilización y expectoración, así como la necesidad de cuidados específicos; por ejemplo, incentivación de tos, realizar aspiraciones traqueales (por vía aérea artificial o natural), auscultación e inspección respiratoria (Fernández-Carmona et al., 2018).

Al realizar la aspiración orofaríngea también realizar fisioterapia toraxica, el factor de riesgo es la acumulación de secreciones, en especial para las infecciones respiratorias, por lo cual los profesionales de enfermería realizan la aspiración de secreciones, para conservar la vía aérea permeable. Este procedimiento tiene factores de riesgo y complicaciones, por lo que se tiene que emplear una técnica adecuada (Guzmán Delgado, 2017). Realizar diariamente fisioterapia respiratoria, especialmente en enfermedades como la fibrosis quística y las

enfermedades neuromusculares, para evitar la acumulación de secreciones y la sobreinfección bacteriana secundaria (pastor et al,2017). Las guías mejor adaptadas derivan de la Asociación Americana de Cuidados Respiratorios (AARC, por sus siglas en inglés), sugieren que la succión traqueal debe ser realizada con la menor frecuencia posible o en casos debidamente indicados: acumulo evidente de secreciones (American Association for Respiratory Care [AARC], 2022).

Riesgo de aspiración

Según la NANDA es el estado susceptible a que penetre en el árbol traqueo bronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeos, sólidos o líquidos, que pueden comprometer la salud (Herdman & Kamitsuru, 2019).

La aspiración a menudo se da por un trastorno de la deglución que permite al contenido oral o gástrico, o ambos, entrar al pulmón especialmente en pacientes con reflejo tusígeno ineficaz (MINSA & Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, 2021).

El profesional enfermero debe ser muy cuidadoso con respecto a la aspiración en una persona que se encuentra inconsciente. Una mala práctica podría provocar una obstrucción de la vía aérea creando sofocación, si el material aspirado tapona totalmente el paso de la vía aérea, ocasiona por asfixia la muerte del paciente a no ser que se retire las secreciones de forma inmediata (López Martín, 2021).

Se considera el factor de riesgo en este caso al deterioro de la capacidad, para deglutir y presencia de sonda oral, según NANDA (Heathe Herdman & Kamitsuru, 2019). La dificultad para deglutir, llamada también disfagia, se identifica como un factor independiente predictivo de causa de fallecimiento, para quienes la sufren por el peligro de neumonía, debido a la aspiración, lo cual causa deshidratación y desnutrición. No hay una definición clara de neumonía por aspiración, incluye la disfagia como un mecanismo primario, aunado a la evidencia radiológica de la afectación pulmonar. La neumonía por aspiración es la consecuencia de la aspiración de la saliva y otras sustancias contaminadas por bacterias

(Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias., 2017).

Asimismo, es recomendable usar la sonda oro - gástrica, al momento cuando el paciente presente problemas para respirar o requiera oxígeno por cánula. Tener siempre en cuenta que, cuando se quiere evacuar la cavidad gástrica, se debe utilizar el calibre más grande posible, mientras que para alimentar se debe utilizar el calibre más pequeño posible. Por seguridad se recomienda verificar la ubicación de la sonda antes de ser usada, ya que podría moverse y causar aspiración (Kaneshiro K., 2020).

En cuando a las actividades del cuidado enfermería como parte de las previsiones necesarias, para evitar la aspiración se debe realizar el lavado de manos, realizar higiene de manos clínico, para cualquier tipo de procedimiento según R:M N255-2016/MINSA (Resolución Directoral N°388-2018-HCH, 2018).

La aspiración de secreciones es un procedimiento por el cual se elimina secreciones y mucosidades retenidas en las vías respiratorias, las cuales se encuentran obstaculizando la respiración, evitando un intercambio gaseoso correcto; esto se realiza con ayuda de un equipo aspirador; se clasifica mediante dos vías: orofaríngea, (boca-faringe) y nasofaríngea: nariz-faringe (Barahona García, 2018).

Los mecanismos de defensa están alterados en el paciente y las secreciones se acumulan siendo necesario la aspiración para su eliminación; por lo tanto, es necesario determinar la necesidad del procedimiento de la aspiración de secreciones. También mantener el equipo de aspiración estéril. Además, se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal, puede causar estrechamiento de las mismas, consecuentemente insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones (Romero Rivas et al., 2017).

Se vigila los reflejos tusígenos, nauseoso y la capacidad deglutoria. Conservar la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 min, después de la alimentación. Se coloca en

posición semifowler con la cabeza lateralizada cuando aspira boca, con el cuello en hiperextensión cuando la aspiración es por fosas nasales. En posición decúbito lateral, si el paciente está inconsciente (Resolución Directoral N°388-2018-HCH, 2018).

Se administra una nutrición continua con sonda nasogástrica no por gravedad o bolo alimenticio. La alimentación por sonda se puede utilizar en niños de cualquier edad. Algunos niños dependerán de ella sólo hasta que puedan comer por la boca, la alimentación continua es de larga duración (Zúñiga Blanco et al., 2017).

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería permitió brindar un cuidado humanizado, individual y de calidad al paciente.

Debido a la situación de la paciente, los cuidados estuvieron orientados básicamente al monitoreo continuo en la detección precoz de posibles complicaciones. Asimismo, la paciente presenta una recuperación a largo plazo.

Se reconoce la importancia del manejo de las taxonomías NANDA NOC-NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje, sobre la base de conocimiento y contribuir a estudios en el campo de enfermería.

Referencias bibliográficas

- Acosta-Salazar, D., Lapeira-Panneflex, P., & Ramos-De La Cruz, E. (2016). Cuidado de enfermería en la salud comunitaria. *Duazary*, 13(2), 105.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.1715>
- Aiquipa Mendoza, A. C. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con insuficiencia respiratoria aguda en el servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2018*. [[Tesis de Especialidad], Universidad Peruana Unión].
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1844/Ana_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- American Association for Respiratory Care [AARC]. (2022, April 14). *Guía para el Cuidado de las Vías Respiratorias*. American Association for Respiratory Care [AARC].
<https://www.aarc.org/>
- Américo Reyes-Ticas, J. (2019). *Trastornos de Ansiedad Guía Practica para Diagnóstico y Tratamiento*. (5ta ed.). <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Arce Pither, B. (2020). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con fibrosis pulmonar del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2019. (Tesis de Grado)* [Universidad Señor de Sipán].
[https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6985/Barahona Arce Pither.pdf?sequence=1](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6985/Barahona%20Arce%20Pither.pdf?sequence=1)
- Barahona García, E. (2018). *Resultados de la craneotomía descompresiva como terapia en el paciente neurocrítico. [Tesis de Grado]* [Universidad de Cantabria].
[https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14267/Barahona Garcia Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14267/Barahona%20Garcia%20Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Barreda Martínez, M. P. (2020). *Estimulación de la Succión en Prematuros mediante Reacciones Neuromotrices*. [[Tesis Doctoral]. Universidad CEU - San Pablo].
https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/12822/1/Estimulacion_Barreda_USP

CEU_Tesis_2020.pdf

Benalcázar Game, J. G., Castro García, R. G., & Pacherras Seminario, S. F. (2017). Ventilación mecánica no invasiva en el tratamiento del fallo respiratorio agudo pos-operatorio en cirugía cardíaca. *Dominio de Las Ciencias*, 3(1), 3–17.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889749&info=resumen&idioma=SPA>

Bhakti Patel, K. (2020a, March). *Generalidades sobre la ventilación mecánica - Cuidados críticos*. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-criticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilacion-mecanica/generalidades-sobre-la-ventilacion-mecanica>

Bhakti Patel, K. (2020b, March). *Insuficiencia ventilatoria*. Manual MSD Versión Para Profesionales: Cuidados Críticos. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-criticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilacion-mecanica/insuficiencia-ventilatoria>.

Bhakti Patel, K. (2022, May). *Generalidades sobre - insuficiencia respiratoria*. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-criticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilacion-mecanica/generalidades-sobre-la-ventilacion-mecanica>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (7th Editio)*. Elsevier.

https://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb2693537__SGIGA

361301__P0,7__Orightresult__U__X1?lang=cat

Carrillo Esper, R., Sánchez Zúñiga, M. de J., Medveczky Ordoñez, N. I., Elizondo Argueta, S., Ramírez Ambriz, P. M., & Sánchez Pérez, H. (2017). Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, 50 años después. *Medicina Crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(4).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000400246

Comité de Neumonología, Comité de Infectología, Comité de Pediatría Ambulatoria, & Colaboradores. (2021). Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias

agudas bajas en menores de 2 años. Actualización 2021. *Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo*, 119(4).

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n4a38s.pdf>

Córdova Sotomayor, D. A., Chávez Bacilio, C. G., Bermejo Vargas, E. W., Jara Ccorahua, N. X., & Santa Maria Carlos, F. B. (2020). Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 54–60. <https://doi.org/10.24265/HORIZMED.2020.V20N1.08>

Córdova Sotomayor, D. A., Chávez Bacilio, C. G., Bermejo Vargas, E. W., Jara Ccorahua, X. N., Santa Maria Carlos, F. B., Córdova Sotomayor, D. A., Chávez Bacilio, C. G., Bermejo Vargas, E. W., Jara Ccorahua, X. N., & Santa Maria Carlos, F. B. (2020). Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 54–60.

<https://doi.org/10.24265/HORIZMED.2020.V20N1.08>

Cortes-Telles, A., Luis Che-Morales, J., & Lizbeth Ortiz-Farías, D. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales Current strategies in the management of airway secretions Revisión Neumología y Cirugía de Tórax. *Neumol Cir Torax*, 78(3), 313–323. <https://doi.org/10.35366/NT1931>

Del Castillo Otero, D., Cortés Caballero, A., García Cuesta, A., & De La Cruz Castro, N. P. (2017). Ventilación mecánica no invasiva (VNI) en pacientes agudos y crónicos. In *Neumología* (3ra ed.). EBook. https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/14-VNI-Neumologia-3_ed.pdf

Del Gallego Lastra, R., Diz Gómez, J., & López Romero, A. (2016). *Metodología de Enfermería: Lenguajes Estandarizados* (1ra ed.). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. [https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro Metodología Ed1.pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodologia%20Ed1.pdf)

Dezube, R. (2021, September). *Sibilancias - Trastornos pulmonares* - . Manual MSD Versión

- Para Profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-pulmonares/sintomas-de-los-trastornos-pulmonares/sibilancias>
- Enfermería Actual. (2020). *Listado de Intervenciones NIC*. NIC En Enfermería. <https://enfermeriaactual.com/listado-de-intervenciones-nic-en-enfermeria/>
- Fernández-Carmona, A., Olivencia-Peña, L., Yuste-Ossorio, M. E., & Peñas-Maldonado, L. (2018). Tos ineficaz y técnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar. *Medicina Intensiva*, 42(1), 50–59. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIN.2017.05.003>
- García Romero de Tejada, J. A., & Fariña E, E. (2019, November 8). *Los cambios en la mucosidad ofrecen información de la patología de un paciente*. El Médico Interactivo. <https://elmedicointeractivo.com/los-cambios-en-la-mucosidad-ofrecen-informacion-de-la-patologia-de-un-paciente/>
- González Sanz, A., Martín Vaquero, Y., & Villar Bustos, C. (2018). Evidencias de los cuidados para NIC 3320 oxigenoterapia. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2961>
- Guzmán Delgado, L. C. (2017). *“Cuidados de Enfermería en la aspiración de secreciones. Unidad de Cuidados Intensivos-Hospital Hipólito Unanue, 2017* [Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11871/Guzmán_DLC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hein Seganfredo, D., Amorim Beltrão, B., Martins da Silva, V., Venícios de Oliveira Lopes, M., Maris de Jesus Castro, S., & de Abreu Almeida, M. (2017). Analysis of ineffective breathing pattern and impaired spontaneous ventilation of adults with oxygen therapy 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1950.2954>
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA: diagnósticos de enfermería internacionales: definiciones y clasificación* (Heather Herdman & S. Kamitsuru (eds.); undécima e). Artmed Publishing Ltd, Porto Alegre, Brasil, el Grupo de Educación SA Empresa.

- Herdman, Heathe, & Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2018-2020. In *ELSEVIER*. Elsevier España. <https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2018-2020-edicion-hispanoamericana/herdman/978-84-9113-450-3>
- Hincapié Díaz, G. A., Echeverría González, C. L., & Enciso Bahamón, L. F. (2021). Usos de la cánula nasal de alto flujo para pacientes con COVID-19. ¿Cómo funciona, cuáles son sus indicaciones? ¿Es segura en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica? *Revista Médica*, 28(2), 25–34. <https://doi.org/10.18359/RMED.5101>
- Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (2017). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208–215. <https://doi.org/10.1016/J.REU.2016.08.003>
- Kaneshiro K, N. (2020, May 27). *Sonda de alimentación en bebés*. MedlinePlus Enciclopedia Médica. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007235.htm>
- López Martín, I. (2021). Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. *Ene*, 15(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Luis Marti, M. L., & Estrada de Ellis, S. (2018). *Cuidados en el Paciente Pediátrico*. [prensamedica.com.ar. https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Cuidados en el Paciente Pediátrico.pdf](https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Cuidados%20en%20el%20Paciente%20Pedi%C1%93trico.pdf)
- Mañanas Villanueva, M. Á. (1999). Introducción. In *Análisis de la actividad muscular respiratoria mediante técnicas temporales, frecuenciales y estadísticas*. (1ra ed., pp. 2–33). Universitat Politècnica de Catalunya. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/6201/02_mananaVillanueva_capitol_1.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Martínez Santoveña, R. E. (2021). Mantenimiento de permeabilidad de la vía aérea por intubación endotraqueal. *Revista Ocronos*, IV(12:391).

<https://revistamedica.com/permeabilidad-via-aerea-intubacion/>

Ministerio de Salud [MINSa]. (2020). Boletín epidemiológico del Perú, 2020. In *Ministerio de Salud [MINSa]* (Vol. 29). Ministerio de Salud [MINSa].

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2020/02.pdf>

MINSa. (2019). Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis en Niños menores de dos Años. In *Ministerio de Salud*. Ministerio de Salud.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/4930.pdf>

MINSa. (2020). Análisis de la Situación de Salud, 2020. In *Ministerio de Salud [MINSa], Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega*. MINSa.

https://www.hospitalabancaygdv.gob.pe/assets/archivos/documentos-gestion/2022/02/asis_2020.pdf

Resolución Directoral N°388-2018-HCH, Pub. L. No. 388-2018-HCH, Ministerio de Salud [MINSa], Hospital Cayetano Heredia (2018).

https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_388-2018-HCH-DG.pdf

MINSa, & Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja. (2021, April). *Guía de Procedimiento de Enfermería: Aspiración de Secreciones*. MINSa, Instituto Nacional de Salud Del Niño - San Borja. file:///C:/Users/admin/Downloads/RD N° 000103-2021-DG-INSNSB 005-GUIA ASPIRACION DE SECRECIONES_VERSION 02.pdf

Montané García, J. J. (2017). Evaluación y extensión del Tiempo de vida útil de los Transformadores de Fuerza. In *Congreso Internacional de Alta Tensión y Aislamiento Eléctrico ALTAE 2017*.
https://www.researchgate.net/publication/322314756_EVALUACION_Y_EXTENSION_DEL_TIEMPO_DE_VIDA_UTIL_DE_LOS_TRANSFORMADORES_DE_FUERZA

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) : medición de resultados en salud*. (6th ed.). Elsevier.

NANDA. (2020a). *Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020*.

SalusPlay. <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/>

NANDA. (2020b). *Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020*.

(11th ed.). Elsevier. <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/>

NANDA. (2021). Listado de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I 2021-2023. In *Hospital*

Clínico Quirúrgico Hermanos Almeijeiras Departamento de Enfermería.

[http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/2021/enf/Listado de Diagnósticos de Enfermería NANDA 2021-2023.pdf](http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/2021/enf/Listado%20de%20Diagn%C3%B3sticos%20de%20Enfermer%C3%ADa%20NANDA%202021-2023.pdf)

National Heart, L. and B. I. [NHLBI]. (2022, March 24). Insuficiencia respiratoria: ¿Qué es la insuficiencia respiratoria? National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI].

<https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insuficiencia-respiratoria>.

OMS. (2020). Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19. Orientaciones Provisionales. *Organización Mundial de La Salud*, 2. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, June 5). *Cuándo y cómo usar mascarilla*.

Organización Mundial de La Salud [OMS].

https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks?adgroupsurvey=%7Badgroupsurvey%7D&gclid=CjwKCAjwsMGYBhAEEiwAGUXJaalAE8zTnACQENTqx0FHm3XV1-e_5mX7v2dsdKprOFFhvazmjOH76hoCi6MQAvD_BwE

Osuna Padilla Ivan, Francisco G. Yanowsky-Escatell (july 2020) Optimizacion de la terapia nutricional en el paciente covid critico con covid-19 mexico

https://www.researchgate.net/publication/343514767_Optimizacion_de_la_terapia_nutricional_en_el_paciente_critico_con_COVID-19?enrichId=rgreq-

ad6017dbe8fc420e37a8d2d710d17ebc-

XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM0MzUxNDc2NztBUzo5MjIzMTk5NjI3NzU1NTJA

MTU5NjkwOTYyMzAzMg%3D%3D&el=1_x_2&g_esc=publicationCoverPdf file://

Pastor Vivero, M. D., Pérez Tarazona, S., & Rodríguez Cimadevilla, J. L. (2017). Fracaso respiratorio agudo y crónico. Oxigenoterapia. *NEUMOPED*, 1, 369–399.

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

Pérez, 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. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 91, 26–28.

<https://doi.org/10.31134/AP.91.S1.1>

Pomacosi Ramos, R. M. (2020). *Cuidados de enfermería en la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados, en Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales Manue Núñez Butrón de Puno y Caros Monge Medrano de Juliaca, 2019*. [[Tesis de Titulación], Universidad nacional del Altiplano].

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

Portugal Sánchez, J. (2021, March 29). *La importancia de la Unidad de Cuidados Intensivos y sus especialistas - ACP - Asociación de Clínicas Particulares del Perú*. Asociación de Clínicas Del Perú [ACP]. <https://acp.org.pe/tecnologia/la-importancia-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos-y-sus-especialistas/>

Rodriguez, A. (2020). *Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería)*. Lidefer.Com.

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 Especialidad], Universidad Peruana Cayetano Heredia].

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1488/Conocimientos_RomeoRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Soto Falcon, M. R. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente posoperada de duodenopancreatectomía cefálica por neoplasia maligna de páncreas de la Unidad de Recuperación Post Anestésica de un hospital de Lima, 2018. [Tesis de Especialidad]* [Universidad Peruana Unión].

[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1429/Miriam_Trabajo_Académico_2018 .pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1429/Miriam_Trabajo_Académico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Szulman, G. A., Freilij, H., Behrends, I., Gentile, Á., Mallol, J., Szulman, G. A., Freilij, H., Behrends, I., Gentile, Á., & Mallol, J. (2017). Sibilancias recurrentes: prevalencia y factores asociados en lactantes de Buenos Aires, Argentina. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 74(6), 419–426. <https://doi.org/10.1016/J.BMHIMX.2017.08.001>

Umaña-Giraldo, H. J., Jiménez-Salazar, S., Buitrago-Toro, K., & Echeverry-Bolaños, M. (2018). Semiología y diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 49–57.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Unidad Funcional de Disfagia Orofaringea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

(2017). Disfagia Orofaringea: Soluciones Multidisciplinares. In *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Vegenat Healthcare, Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), Asociación Española de Hotelería Hospitalaria (AEHH), Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), AdENyD*. aulamédica.

http://www.aulamédica.es/nutricionclinicamedicina/PDF/01_DISFAGIA_INTERACTIVO_definitivo.pdf

Zúñiga Blanco, L., Rodríguez Soberado, M. del P., & Hernández Duque, T. (2017). *Cuidados al paciente con nutrición enteral (NE): Protocolos de Cuidados con Evidencia*.

https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2017.ficheros/1204875-2017 Protocolo_ Nutricion enteral- evidencia.pdf

Apéndice

Apéndice A: Planes de cuidado

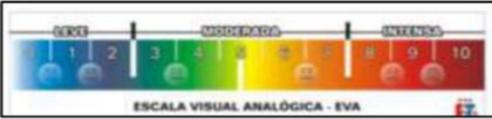
Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos de la respiración e/p alteración de los movimientos accesorios, sato2 85%, aleteo nasal.	Resultado: estado respiratorio / ventilación	2	Mantener en: Aumentar a:	Intervención:				4	+2
	Escala: desviación grave del rango normal (1) Sin desviación de rango normal (5)			Actividades:					
	Indicadores			Intervención: monitorización respiratoria (3350)					
	Profundidad de la respiración	2		Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares	→	→	→	4	
	Escala: grave (1) Ninguna (5)								
	Indicadores			Intervención: Oxigenoterapia (3320)					
	Ruidos respiratorios patológicos.	2		Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.	→	→	→	4	
	Disnea de esfuerzo	3		Observar si hay disnea y los factores que la mejoran o empeoran	→	→	→	4	
	Uso de los músculos accesorios	2		Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno	→	→	→	4	
	Retracción torácica	2		Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humificado.	→	→	→	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 r/c retención de secreciones e/p excesiva cantidad de secreciones, FR 42 x min, roncales	Resultado: estado respiratorio: permeabilidad De las vías respiratorias (0410)	2	Mantener en:	Intervención: Manejo de la vía aérea (3140)				4	+2
			Aumentar a:						
	Escala	3		Actividades:	→	→	→	4	
	Medición combinada		Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.						
	Indicadores:	1		Administrar broncodilatadores Salbutamol2uffc/4h Fluticasona2uff/12 h	→	→	→	4	
	Frecuencia respiratoria	3		Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.	→	→	→	4	
	Ruidos respiratorios patológicos	2		Eliminar las secreciones fomentando la tos o succión.	→	→	→	4	
	Capacidad de eliminar secreciones.	2		Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según corresponda.	→	→	→	4	
Acumulo de esputo	1		Realizar fisioterapia torácica.	→	→	→	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
Riesgo de aspiración r/c deterioro de la capacidad para deglutir. Presencia de sonda oral	Resultado: estado de deglución (1010)	2	Mantener en: Aumentar a:	Intervención: precauciones para evitar la aspiración				4	+2
	Escala: gravemente comprometido (1) No comprometido (5)			Actividades:					
	Indicadores								
	Controla las secreciones Orales.	1		Realizar lavado de manos Determinar la necesidad de la aspiración oral.	→	→	→	3	
	Producción de saliva	2		Mantener el equipo de aspiración disponible	→	→	→	4	
	Momento del reflejo de la deglución	2		Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45min después de la alimentación	→	→	→	4	
	Escala: grave (1) ninguno (5)								
	Esfuerzo deglutorio aumentado	1		Vigilar el reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, y capacidad deglutoria	→	→	→	3	
	Incomodidad con la deglucion	2		Usar medicación en forma de elixir	→	→	→	4	
	Atragantamiento o náuseas	3		Administrar una alimentación continuar con sonda nasogástrica en lugar de por gravedad o en bolo	→	→	→	4	

Apéndice B: Guía de valoración

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"																														
GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA DE ACUERDO A PATRONES FUNCIONALES SEGÚN MARGORY GORDON																														
SERVICIO GINECOOBSTETRICIA																														
DATOS DE FILIACION Nombre y apellidos: Dirección:..... DNI. Nº..... Teléfono:.....Edad:..... Procedencia: Estado Civil: Religión:..... Grado de Instrucción:..... Idioma: Ocupación:..... Informante: Paciente () Acompañante () Familiar responsable:..... Fecha de ingreso: ____/____/____ Hora:	DATOS DE HOSPITALIZACION Nº HCL: Tipo Seguro: Aus () Essalud () Otros: () Procedencia: Consultorio Externo () Emergencia () SOP () Referida () Forma de llegada: caminando () camilla () silla de ruedas () Motivo de ingreso: DX. Médico:																													
PATRON Nº 1 PATRON PERCEPCION /CONTROL DE LA SALUD ANAMNESIS: Tiempo de enfermedad :..... Signos y síntomas principales: ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: HTA () Diabetes () TBC () Epilepsia () Hepatitis () Sífilis () Asma () Obesidad () Varices () Cáncer () Condilomatosis () Otras () Interv. Quirúrgicas: () Transf. Sanguinas () año: Hospitalizaciones: () año: Lugar: FACTORES DE RIESGO: Consumo de: tabaco () drogas () alcohol () café () Medicación con o sin prescripción () Medicamento : fecha última dosis: Lavado de manos: sí () no () A veces () Estado de higiene: buena () regular () mala () Dónde acude cuando se enferma: A la posta y a la farmacia cuando es leve Qué necesita saber sobre su enfermedad: ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: Cáncer () TBC () HTA () Malf. Cong: () Diabetes () Obesidad () Otros: PAREJA: Edad: Ocupación: Grado de instrucción: DNI:..... Patológicos: Cond Sex. de Riesgo: Hábitos nocivos: consumo de: tabaco () alcohol () drogas () café: () RIESGO DE INFECCION: ... Herida: Localización: Protegida con apósito: limpio () manchado () húmedo: () seco () Infectada: No () Sí () signos de flogosis: () bordes equimóticos () rubor () dolor () Dren: tubular () laminar () Pen Rose: () Exámenes de Laboratorio: Covid 19 () Hgma () Urea () creatinina () perfil coag () Examen de orina () Urocultivo () PreQx () Perf. PE () Riesgo de caídas: de Downton-Calidad HOSLA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS</th> <th>ALTO RIESGO > 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">CAÍDAS PREVIAS</td> <td>NO</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">MEDICAMENTOS</td> <td>Ninguno</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos otros</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">DÉFICITS SENSORIALES</td> <td>Ninguno</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Alteraciones visuales, auditivas</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ESTADO MENTAL</td> <td>Orientado</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Confuso</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">DEAMBULACIÓN</td> <td>Normal</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Segura con ayuda, insegura</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2	CAÍDAS PREVIAS	NO	0	SI	1	MEDICAMENTOS	Ninguno	0	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos otros	1	DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	Alteraciones visuales, auditivas	1	ESTADO MENTAL	Orientado	0		Confuso	1	DEAMBULACIÓN	Normal	0	Segura con ayuda, insegura	1	PATRON Nº 2: SEXUALIDAD / REPRODUCCION GINECOOBSTETRICOS: GESTA: FUR:..... FPP:NºCPN: - Menarquia: Reg. Catamenial: Cantidad: Menstrual:..... Dismenorrea:..... MAC: IRS:.....FRS: ... URS.....- Dispareunia:..... Nºparejas: PAP: VAT: VV: Cauterizaciones: Hemorragia Anormal: Oligo/amenorreas: Infertilidad: Tumor/quistes:..... Observaciones: OBSTETRICOS: Abortos: Tipo: espontáneo () inducido: () con BHCG () y/o Ecog () LU () Causa:..... TTO: G1: CPN:..... EG:..... Tipo de parto:..... Sexo:..... APGAR:..... Complicaciones:..... Institución:..... G2: Año: CPN: Tipo de parto: Sexo: APGAR : Complicaciones: Institución: Gesta Actual:Nauseas () vómitos () Examen Clínico: Cabeza: cuello: tiroides () ganglios: adenopatías: Mamas: Sensibles () Blandas () Duras () Secretantes () Tumores () Abscesos () Heridas () Pezones: Formados () Planos () Invertidos () Agrietados () Abdomen: Dolor () cicatrices () AU: Lat. Fetal: Tono: Normal D.U...Frec..... intensidad: () Duración:..... Otros: edema... () Ginecológicos: GE y BUS: Vello púbico: Especulo: (orificios, secreciones, tumores, eritroplasia) Tacto Vaginal: (Long, elasticidad, tabiques, tumores) Cuello: (Ubicación, Log, consistencia, orificios) Dilatación:..... Incorp: Membranas: Útero: Anexos: (tamaño, dolor, tumores): Fondo de saco (Douglas):..... Periné-Año: PELVIMETRIA: CD: SC: FC: LSC: BI:> <SP: Pelvis: ginecoide Genitales: normal () edema () hematoma () otros:..... Secreción Vag: blanco () amarillo () verde () mal olor () Sangrado Vag: color:..... volumen Tapón Vag: sí () no () Pérdida de Liq. Amniótico: sí () no () Cantidad: color: Olor: Loquios: cantidad:..... color: olor:
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2																												
CAÍDAS PREVIAS	NO	0																												
	SI	1																												
MEDICAMENTOS	Ninguno	0																												
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos otros	1																												
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0																												
	Alteraciones visuales, auditivas	1																												
ESTADO MENTAL	Orientado	0																												
	Confuso	1																												
DEAMBULACIÓN	Normal	0																												
	Segura con ayuda, insegura	1																												
PATRON Nº 3 NUTRICION METABOLICO Peso: Ganancia Ponderal: Talla: IMC : Perímetro Abd: Glucosa: Hb: HbA1C: Perfil Hepático: Perfil tiroideo: Piel y mucosas: sonrosado () pálida () Cianótica () Ictérica () tibia () caliente () Fria () Equimótica () Fóvea () Petequias () úlceras de presión () diaforesis: () Hidratada () deshidratada () seca () turgente () Integridad: intacta () lesiones () Sed: sí () no () Ingesta de líquidos en 24 horas: Alimentación en 24 horas: Vía de adm: oral () enteral () SNG () Ostomía () Parenteral () periférico () Apetito: () disminuido () aumentado () Cavidad Bucal: Dentadura: Completa () incompleta () Prótesis () Higiene: buena () regular () mala () Dificultad para deglutir: sí () no ()	PATRON Nº4 ACTIVIDAD/ EJERCICIO ACTIVIDAD RESPIRATORIA: FR: Respiración: superficial () profunda () Disnea: en reposo () al ejercicio () Se cansa con facilidad: sí () no () Tos: no () sí () productiva () Reflejo de tos: ausente () presente () disminuido () Secreción: sí () no () carácter:..... O2: sí () no () Fio2:..... Modo: L/min SO2: Apoyo ventilatorio: sí () no () CBN () Bolsa Reserv () VM () ACTIVIDAD CIRCULATORIA: Pulso periférico: P/A: Alteración: hipotensión () hipertensión () Taquicardia () bradicardia () Signos premonitorios de PE:..... Extremidades: frías () entumecimiento () cianosis distal () sensibilidad de miembros () arritmias () dolor precordial () marcapaso () Edema: sí () no () localización:+() ++() +++() Presencia de líneas invasivas: CVC: () CVP: () Exámenes Aux: perfil lipídico: () EKG () EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO: Independiente (1), parcialmente dependiente (2), totalmente dependiente (3)																													

<p>Náuseas () pirosis () Vómitos () sialorrea () Abdomen: blando () depresible () distendido () timpánico () globuloso () doloroso () Observ: gestación Miembros Inferiores: Edema () varices () otra:..... </p>	<table border="1" data-bbox="906 207 1360 344"> <tr> <td>ITEM</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Movilización en cama</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambula</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ir al baño/bañarse</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar alimentos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Grado de dependencia: I () II () III () IV () Aparatos de ayuda: ninguno () muletas () andador () bastón () silla de ruedas () otros: Movilidad de miembros: Conservada () flacidez () contracturas () no mov. miembros () Fuerza muscular: conservada () disminuida ()</p>	ITEM	1	2	3	Movilización en cama				Deambula				Ir al baño/bañarse				Tomar alimentos				Vestirse			
ITEM	1	2	3																						
Movilización en cama																									
Deambula																									
Ir al baño/bañarse																									
Tomar alimentos																									
Vestirse																									
<p>PATRON N°5 FUNCIÓN / RELACIÓN Ocupación: Estado civil: soltera () casada () divorciada () viuda () Con quién vive: sola () con su familia () pareja () otros:..... Fuente de apoyo: Familia () amigos () Otros:..... Conflicto/violencia familiar: sí () no () Intento de suicidio: sí () no () motivo:..... Cuándo: ___/___/___ Qué actitud tomó:.....</p>	<p>PATRON N°6 COGNITIVO / PERCEPTIVO Nivel de conciencia: Despierto () somnoliento () soporoso () Orientado: Tiempo () Espacio () Persona () Presencia de anomalías en Audición: disminuida: no () sí () leve () moderada () Visión: disminuida no () sí () leve () moderada () Habla/Lenguaje: Normal () alterado () otro:..... Dolor/molestias: sí () no () Memoria: normal () olvidos frecuencia () Alteraciones del pensamiento: demencia () Trans.Lim. Personalidad () Atención: alerta () selectiva () sostenida () dividida () Pupilas: Normal () alterado () isocóricas () anisocóricas () reactivas () no reactivas () Escala Glasgow:</p>																								
<p>PATRON N°7 ELIMINACIÓN Hábitos intestinales: N ° de deposiciones/día: Normal () Estreñimiento () Diarrea () Describir:..... Hábitos vesicales: Frec/día: Incontinencia () Disuria () Polaquiuria () Nicturia () Sistema de ayuda: Sonda Foley () pañal () Colector () Describir:..... Exámenes para valorar función renal: Proteinuria: () albumina en orina () examen de orina completo () Urocultivo () otros: BHE:..... flujo Urinario:.....</p>	<p>ESCALA DE GLASGOW</p> <table border="1" data-bbox="862 730 1404 974"> <thead> <tr> <th>APERTURA DE OJOS</th> <th>RESP. MOTORA</th> <th>RESP. VERBAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Espontaneo (4)</td> <td>Cumple ordenes (6)</td> <td>Orientado (5)</td> </tr> <tr> <td>A la voz (3)</td> <td>Localiza el dolor (5)</td> <td>Confuso (4)</td> </tr> <tr> <td>Al dolor (2)</td> <td>Solo retira (4)</td> <td>Palabras inapropiadas (3)</td> </tr> <tr> <td>No responde (1)</td> <td>Flexión normal (3)</td> <td>Sonidos Incomprensibles (2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Extensión anormal(2)</td> <td>No responde (1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No responde (1)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	APERTURA DE OJOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	Espontaneo (4)	Cumple ordenes (6)	Orientado (5)	A la voz (3)	Localiza el dolor (5)	Confuso (4)	Al dolor (2)	Solo retira (4)	Palabras inapropiadas (3)	No responde (1)	Flexión normal (3)	Sonidos Incomprensibles (2)		Extensión anormal(2)	No responde (1)		No responde (1)				
APERTURA DE OJOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL																							
Espontaneo (4)	Cumple ordenes (6)	Orientado (5)																							
A la voz (3)	Localiza el dolor (5)	Confuso (4)																							
Al dolor (2)	Solo retira (4)	Palabras inapropiadas (3)																							
No responde (1)	Flexión normal (3)	Sonidos Incomprensibles (2)																							
	Extensión anormal(2)	No responde (1)																							
	No responde (1)																								
<p>PATRON N°8 REPOSO/ SUEÑO Horas de sueño/día: Problemas para dormir: Sí () No () especificar:..... Usa algún medicamento para dormir: Sí () NO () Especificar:..... motivo:.....</p>	<p>Puntuación Glasgow: Dolor: sí () no () abdominal () Cefalea () Escala del dolor: en una escala de EVA: del 1 al 10</p>																								
<p>PATRON N°9 VALORES/CREENCIAS Religión: Restricciones religiosas: sí () no () Transf. Sanguínea () otras () Aceptaría visita de capellán: sí () no ()</p>	 <p>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</p>																								
<p>PATRON N°10 AUTPERCEPCION /AUTOCONCEPTO Forma de ser: tranquila () irritable () optimista () reactiva () apática () inquieta () hiperactiva () Amigos: Ninguno () pocos () muchos () Te sientes aceptada por tu pareja: sí () no () no sabe () Normalmente cómo te sientes: bien () mal () regular () Te cuesta sentirte bien: sí () no () A veces () En ocasiones te sientes sola: sí () no () Describe:..... Siente miedo: sí () no () Especifique:..... Ha experimentado periodos de: desmotivación () apatía () depresión () Ha tenido ideas de acabar con su vida: sí () no () Qué le ayudaría a sentirse mejor en este momento: Cambios en la imagen corporal: sí () no () Cambios de carácter y de ánimo: sí () no () Usted cree que representa un problema: sí () no () Especificar:..... Se siente capaz de controlar las cosas en su vida: Sí () no () a veces ()</p>	<p>PATRON N°11 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS Estado emocional: tranquilo () ansioso () negativo () temeroso () indiferente () irritable () sentimiento de soledad () Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año?: sí () no () Especifique:..... Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo?: sí () no () a veces () Cuando está tenso que hace para resolver esta situación?: Utiliza sistemas de apoyo?: medicamentos () alcohol () drogas () La mayoría de las veces estas formas de apoyo han tenido éxito?: Sí () No () A veces () Le han causado irritabilidad?: Sí () no () A veces ()</p>																								
<p>TRATAMIENTO MEDICO:</p>																									
<p>NOMBRE Y APELLIDOS DEL ENFERMERO(A):</p> <p>CEP N°:</p> <p>FECHA: ___/___/___</p> <p>FIRMA O SELLO:</p>																									

Apéndice C: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso enfermero a lactante con insuficiencia respiratoria aguda del Servicio de Emergencia pediátrica de un hospital público de Lima, 2020”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales I.C.S Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Ysabel Pablo Tarapaqui bajo la asesoría de la Dra. Yrma Broncano. 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.

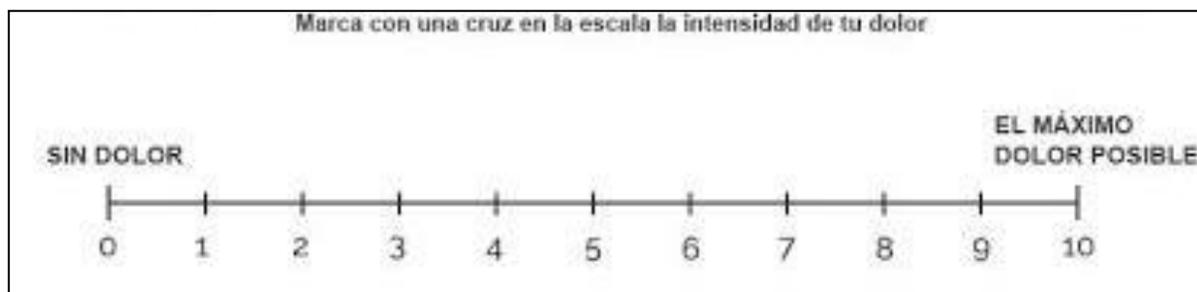
Nombre y apellido: DVCCA

DNI: 15451906

Fecha: 19/09/2020

Apéndice D: Escalas de evaluación

Escala visual analógica (EVA) para la medición del dolor.



Escala de Glasgow.

ESCALA DE GLASGOW		
Apertura de ojos	Resp. Motora	Resp. Verbal
Espontáneo (4)	Cumple ordenes (6)	Orientado (5)
A la voz (3)	Localiza el dolor (5)	Confuso (4)
Al dolor (2)	Solo retira (4)	Palabras inapropiadas (3)
No responde (1)	Flexión normal (3)	Sonidos incomprensibles (2)
	Extensión anormal (2)	No responde (1)
	No responde (1)	

Escalas del Dolor de Wong Baker.

