

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso enfermero a paciente pediátrico con cardiopatía congénita
de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto
pediátrico de Lima, 2022**

Trabajo Académico

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

Autor(es):

Carmen Grizel Cabrera Melo
Ana María Angelica Hidalgo Dipas

Asesora:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, mayo de 2023

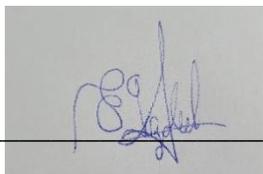
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas, 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 A PACIENTE PEDIÁTRICO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS DE UN INSTITUTO PEDIÁTRICO DE LIMA, 2022”** de las Licenciadas: Carmen Grizel Cabrera Melo y Ana María Angélica Hidalgo Dipas, 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.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 17 días del mes de mayo del año 2023.



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Proceso enfermero a paciente pediátrico con cardiopatía
congénita de la Unidad de Cuidados Intensivos
Cardiológicos de un instituto pediátrico de Lima, 2022**

Trabajo Académico

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



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Dictaminadora

Lima, 17 de mayo de 2023

Proceso enfermero a paciente pediátrico con cardiopatía congénita de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto pediátrico de Lima, 2022

Lic. Carmen Cabrera Melo^a, Lic. Ana María Hidalgo Dipas^b, Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas^c
^{a y b}Autores del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú.

^cAsesora del Trabajo Académico Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Resumen

Las cardiopatías congénitas, actualmente, son un problema de salud pública. Se estima que la prevalencia oscila entre 8 a 9 por cada 1000 recién nacidos vivos en el mundo; mientras que en el Perú nacen alrededor de 6000 niños al año con alguna cardiopatía, lo cual interrumpe el adecuado desarrollo y crecimiento. El objetivo del presente trabajo es gestionar el proceso de atención de enfermería para consolidar los cuidados a un paciente pediátrico con cardiopatía congénita e insuficiencia respiratoria. La investigación tiene un enfoque cualitativo, tipo de estudio de caso único, el método usado es el proceso de atención de enfermería y el sujeto de estudio es el paciente con cardiopatía. La recolección de datos se realizó mediante las técnicas de observación, entrevista y revisión documentada y el instrumento utilizado fue la guía de valoración por patrones funcionales postulados por Marjory Gordon, logrando formularse diez diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía II de NANDA y se priorizaron los tres principales: limpieza ineficaz de las vías aéreas, deterioro del intercambio de gases y ansiedad (padres). Se estableció un plan de cuidados de enfermería basado en la taxonomía NANDA, NIC, NOC y se ejecutaron las intervenciones planteadas, se evaluó como resultado de las intervenciones y se obtuvo una puntuación de cambio +2, +1, +1. Se concluye que se gestionó el PAE a un paciente con cardiopatía congénita y permitió la realización del cuidado integral al paciente pediátrico.

Palabras claves: Proceso enfermero, Cardiopatía congénita, Paciente crítico pediátrico.

Abstract

Congenital heart disease is currently a public health problem; it is estimated that the prevalence ranges from 8 to 9 per 1000 live newborns in the world; while in Peru around 6000 children are born a year with heart disease, which interrupts proper development and growth. The objective of this paper is to manage the nursing care process to consolidate care for a pediatric patient with congenital heart disease and respiratory failure. The research has a qualitative approach, a single case study type, the method used is the nursing care process and the study subject is the patient with heart disease. Data collection was carried out through observation, interview and documented review techniques and the instrument used was the assessment guide by functional patterns postulated by Marjory Gordon, managing to formulate ten nursing diagnoses using NANDA taxonomy II and the three were prioritized. Main: ineffective airway clearance, impaired gas exchange, and anxiety (parents). A nursing care plan based on the NANDA, NIC, NOC taxonomy is established and the proposed interventions are executed, it was evaluated as a result of the interventions and change score of +2, +1, +1 was obtained. It is concluded that the PAE was managed for a patient with congenital heart disease and allowed the realization of comprehensive care for the pediatric patient.

Keywords: Nursing process, Congenital heart disease, Pediatric critical patient.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo y en la mayoría de los países de las Américas causan casi 2 millones de muertes al año. En la infancia, constituyen un grupo heterogéneo de afecciones congénitas y adquiridas representando una etiología importante de morbilidad pediátrica (González Ojeda et al., 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

La patología cardíaca congénita se produce cuando existen defectos anatómicos en una o más de las cavidades del corazón, en los tabiques que separan estas cavidades o en las válvulas que regulan el flujo sanguíneo. Las cardiopatías de tipo acianóticas son las de mayor prevalencia, siendo más frecuentes los defectos del tabique interauricular e interventricular, Conducto arterioso permeable, Estenosis pulmonar, Estenosis aórtica, Coartación de aorta, Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico; y las de tipo cianóticas como: Tetralogía de Fallot, Transposición de las grandes arterias, Atresia tricuspídea, Atresia pulmonar, Tronco arterioso persistente y Anomalia total del retorno venoso pulmonar (Villagrà, F, 2018).

Los defectos congénitos del corazón representan una tasa de incidencia entre 7 y 8 por cada 1000 recién nacidos vivos. Entre 18 y 25 por ciento de los niños afectados por cardiopatías congénitas (CC) mueren en el primer año de vida y, aproximadamente, 4 por ciento de los que sobreviven al primer año fallecen antes de los 18 años de edad (González Ojeda et al., 2022).

En España, la frecuencia de cardiopatía congénita en el recién nacido es aproximadamente en 0.8-1 de cada 100 bebés (Fundación Salud Infantil, 2023). Existen escasos datos con relación a las cardiopatías en Latinoamérica.

En el Perú, nacen anualmente alrededor de 6000 niños con alguna cardiopatía y sólo un 35 por ciento de aquellos que requieren una intervención reciben tratamiento. En el 2018, el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja reportó más de 3 mil menores atendidos con

estas patologías y alrededor de 500 cirugías cardíacas complejas, garantizándoles una mejor calidad de vida (Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja [INSNSB], 2023).

Entre el 5 y el 20 por ciento de los pacientes con cardiopatía congénita pueden presentar falla cardíaca; en pacientes pediátricos que han tenido cirugías llega hasta un 20 por ciento y se incrementa hasta un 50 por ciento en aquellos que alcanzan la vida adulta (Cassalett-Bustillo, 2018).

La Transposición de grandes vasos (TGV) se define como un defecto cardíaco que ocurre desde el nacimiento; es el segundo defecto cardíaco congénito más frecuente y se presenta aproximadamente en el 3 por ciento de todos los defectos cardíacos congénitos. Se da cuando la aorta se origina directamente en el ventrículo derecho y la arteria pulmonar, en el ventrículo izquierdo; determinando circulaciones pulmonar y sistémica paralelas e independientes. Por lo que, la sangre oxigenada no puede llegar al cuerpo, excepto a través de comunicaciones que conectan los lados derecho e izquierdo como foramen oval permeable y comunicación (Beerman, 2020; Chen, 2021; Stanford Medicine Children's Health., 2023).

En cuanto a la etiología, cabe mencionar que la principal causa de la TGV es el desarrollo anómalo del corazón del feto durante las 8 primeras semanas de embarazo (Beerman, 2020; Stanford Medicine Children's Health., 2023).

Con relación a la fisiopatología, en esta cardiopatía congénita, las circulaciones sistémica y pulmonar están separadas de manera completa. Cuando la sangre venosa sistémica desaturada regresa al corazón derecho es bombeada hacia la circulación sistémica sin ser oxigenada en los pulmones; después de que la sangre oxigenada ingresa al corazón izquierdo regresa a los pulmones en vez de ir al resto del cuerpo. Esta patología no tiene compatibilidad con la vida, a no ser que la sangre desaturada y oxigenada se mezclen mediante comunicaciones interauriculares e interventriculares (Beerman, 2020).

La falla del corazón para funcionar como una bomba que satisface las demandas de los tejidos periféricos da como resultado un gasto bajo o un estado de bajo débito, el que

inicialmente se restablece mediante mecanismos compensatorios lo que se describe como una insuficiencia cardíaca compensada, pero si éstos no son suficientes se produce una hipoperfusión tisular con compromiso en la microcirculación produciendo el choque cardiogénico (Garnica Camacho et al., 2019).

Las manifestaciones clínicas de la TGV se dan en las pocas horas del nacimiento; se produce una cianosis grave, seguida prontamente de una acidosis metabólica causada por una inadecuada oxigenación de los tejidos. Sin embargo, los pacientes con una comunicación interauricular moderada o grande, una comunicación interventricular grande, un conducto arterioso permeable o una combinación de ellos tienden a presentar cianosis menos grave, pero pueden presentar insuficiencia cardíaca, pudiendo presentar algunos síntomas como taquipnea, disnea, taquicardia, diaforesis, imposibilidad de aumentar de peso comunicación (Villagrà, F, 2018).

El tratamiento está enfocado en prevenir complicaciones que incluyen a la endocarditis infecciosa; además del uso de medicamentos inotrópicos (como Dopamina, Dobutamina, Milrinona y Noradrenalina), digitálicos (como digoxina y la digitoxina), diuréticos (como Furosemida y Espironolactona), la administración de potasio; así como intervención quirúrgica con circulación o derivación extracorpórea. El manejo de dichos pacientes debe realizarse en una unidad de cuidados intensivos (Rueda & Fariña, 2018).

La disfunción de los ventrículos genera un estado de hipoxemia que requiere de un soporte ventilatorio que reemplace la función respiratoria, optimizando la relación ventilación/perfusión que corrija la insuficiencia respiratoria. El uso de un tubo endotraqueal conectado a un equipo de ventilación mecánica prolongadamente puede producir cambios o defectos en la luz laríngea con aparición de estenosis a nivel de la glotis (Guerrero et al., 2019; Pastor et al., 2017). Todas estas acciones se realizan a través del proceso enfermero.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático que brinda cuidados humanistas centrados en el logro de resultados esperados. El uso de los patrones funcionales facilita la

búsqueda de comportamientos, valoración y la identificación de las respuestas humanas del paciente; este proceso es planificado (porque no improvisa), continuo (porque se da durante el contacto con el paciente) y deliberado (porque tiene objetivos claros) (De Arco-Canoles & Suarez-Calle, 2018; Hernández et al., 2018).

El enfermero especialista en cuidados intensivos pediátricos se centra en satisfacer las necesidades individuales y específicas de los niños y de su familia, en ayudarlos a resolver sus problemas, en brindarles apoyo para adaptarse al entorno de una unidad crítica en conjunto con todo el equipo de salud; así mismo el enfermero crea planes de cuidado para optimizar el cuidado, contribuir a la disminución de la estancia hospitalaria y a un menor riesgo de infecciones cruzadas en los pacientes (Guerrero et al., 2019).

Metodología

La presente investigación fue desarrollada con un enfoque cualitativo, tipo estudio de caso único, en donde el método utilizado fue el Proceso de Enfermería (PAE) que es el método del cuidado de Enfermería que facilita la resolución de problemas y la toma de decisiones; es organizado, continuo, sistemático y coordinado. Una vez que se identifican los problemas en la etapa de valoración, se procede a la formulación de los diagnósticos de enfermería, para posteriormente realizar la planificación a través del planteamiento de objetivos y creación de planes de cuidado. Posteriormente, se ejecutan los cuidados al paciente y finalmente se evalúa el cumplimiento de los objetivos y logro de resultados. Como todo método se basa en fuentes científicas y filosóficas (Hernández et al., 2018). El sujeto de investigación fue un lactante de cuatro meses hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, elegido por criterios clínicos a conveniencia de las investigadoras. Se utilizaron las técnicas de observación y revisión de documentos (historia clínica) en la recolección de datos. Después de la identificación de los problemas, tanto reales como potenciales, mediante la Taxonomía II NANDA se formularon los diagnósticos de enfermería, en la planificación se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC para la creación de los planes de cuidado. Las actividades se

ejecutaron en su mayoría y se evaluó en base a los indicadores del NOC logrando obtener diferencia entre las puntuaciones de entrada y las puntuaciones de salida de cada diagnóstico.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Apellidos y nombres: C. G. C. M.

Sexo: Femenino

Edad: 4 meses

Peso: 4.5 kg.

Días de atención de enfermería: 28 días

Diagnóstico médico: Insuficiencia respiratoria aguda tipo I en Ventilación Mecánica, según radiografía de tórax Atelectasia en Hemitórax Derecho

Fecha de valoración: 28/07/2022

Motivo de ingreso: Paciente lactante menor que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos el día 05/07/2022, proveniente del servicio de Emergencia, con apoyo de ventilación a presión positiva por tubo endotraqueal, patrón respiratorio irregular, polipnéico, con secreciones densas abundantes; según historia clínica tiene antecedentes de infección por Covid-19 y presentó un paro cardiorrespiratorio el día 04/07/2022. El día 01/07/2022 fue ingresado a la institución por presentar distrés respiratorio proveniente del Hospital El Carmen (Huancayo).

Descripción de los patrones funcionales de salud.

Patrón funcional 1. Percepción manejo de la salud.

Lactante menor con cardiopatías congénitas Transposición de Grandes Vasos (TGV), Comunicación Interauricular (CIA), Comunicación interventricular (CIV) y Ductus Arterioso persistente; antecedentes de dos extubaciones fallidas, Síndrome Post RCP (Reanimación Cardiopulmonar), Síndrome de abstinencia. No presenta alergias según historia clínica, recibe

fórmula láctea, recibió lactancia materna sólo el primer mes de vida, presenta vacunas incompletas. Se observa con piel sensible, lábil, alto riesgo de úlceras por presión.

Patrón funcional 2: Nutricional metabólico.

Lactante menor de bajo peso 4,5 kg y talla 52 cm, presenta piel pálida, hidratada, tendencia a la hipotermia 35.8°C, fontanela anterior normotensa, portador de sonda orogástrica, recibiendo fórmula extensamente hidrolizada en infusión continua, mucosa oral intacta, edema de miembros superiores (+), abdomen globuloso, RHA presentes. Según exámenes de laboratorio presenta Hb: 11g/dl Hto: 32%; Lactato 1.1 mmol/L, PCR 6mg/L, PCT 0.2mg/ml HCO₃: 31mEq/L.

Patrón funcional 3: Eliminación.

Lactante menor portador de sonda vesical, con diuresis forzada, flujo urinario de 6 ml/kg/h, realiza una deposición grumosa al día,

Patrón funcional 4: Actividad y ejercicio.

Actividad respiratoria: Lactante menor en asincronía con ventilador mecánico por momentos y abundantes secreciones; a la auscultación se evidencia pasaje disminuido en el hemitórax derecho, roncales y crépitos en hemitórax derecho; según radiografía de tórax presenta Atelectasia basal a predominio del hemitórax derecho. Portador de Tubo endotraqueal (Nº 3.5 Fr), Ventilador Mecánico en modo Bipap asistida FiO₂: 0.30, PEEP: 5 cmH₂O, PI: 18 cmH₂O, Rampa: 0.20 seg, Ti: 0.60 seg., ligera taquipnea, FR: 59 por minuto, Sat O₂: 70% - 75%. Análisis de gases arteriales (AGA): pH: 7.30, PaCO₂: 65 mm Hg, PaO₂: 55 mm Hg, SaO₂: 71%.

Actividad circulatoria: Hemodinamia compensada sin soporte de vasoactivos, frecuencia cardiaca en ritmo sinusal 140 latidos por minuto, se evidencian pulsos periféricos fuertes, llenado capilar menor a 2 segundos y frialdad distal, con cianosis periférica a la irritabilidad. Porta catéter venoso central en yugular izquierda con administración de sedoanalgesia.

Actividad capacidad de autocuidado: Lactante menor hipotónico, Rass-1 a +2, alto riesgo de caídas con una puntuación de 20 según escala de Humpty Dumpty, se mantiene con barandas elevadas.

Patrón funcional 5: Descanso y sueño.

Lactante menor bajo efectos de sedoanalgesia, con temblores y episodios de irritabilidad por abstinencia y alteraciones del sueño.

Patrón funcional 6: Cognitivo perceptivo.

Lactante menor con RASS entre -1 a +2, bajo efectos de sedoanalgesia, somnoliento e irritable, se evidencian pupilas isocóricas, fotorreactivas (2mm/2mm). Con facies de dolor, llanto por momentos, valorando según Escala FLACC: 6/10.

Patrón funcional 7: Autopercepción – Autoconcepto.

Lactante menor reactivo, irritable.

Patrón funcional 8: Rol – Relaciones.

Lactante menor con interrupción de los procesos familiares, debido a las visitas restringidas. Padres comprometidos, preocupados y temerosos por su hospitalización; se les brinda informes diariamente sobre el estado de salud.

Patrón funcional 9: Sexualidad – Reproducción.

Lactante menor sexo femenino, se evidencian genitales desarrollados adecuadamente para su etapa de vida.

Patrón 10: Afrontamiento tolerancia a la situación y al estrés

Padres comprometidos, preocupados y con temor por la situación de salud de hijo.

Patrón funcional 11: Valores y creencias.

Lactante menor que pertenece a una familia de religión católica, quienes refieren que el paciente todavía no ha sido bautizado.

Diagnósticos de enfermería priorizados**Primer diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Característica definitoria: Cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, sonidos pulmonares crépitos y roncales y agitación.

Factor relacionado: Acumulo de secreciones

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acúmulo de secreciones evidenciado por cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, sonidos pulmonares crépitos y roncales y agitación.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: [00030] Deterioro del intercambio de gases

Característica definitoria: Cianosis periférica, taquipnea y gasometría arterial anormal (Análisis de gases arteriales (AGA): pH: 7.30, PaO₂: 55mmHg, PaCO₂: 65mmHg, SaO₂: 71%).

Factor relacionado: Desequilibrio en la ventilación/perfusión

Enunciado diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación/ perfusión evidenciado por cianosis periférica, taquipnea y gasometría arterial anormal.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: [00146] Ansiedad: padres

Característica definitoria: Angustia y temor, preocupación creciente, manifestaciones verbales de preocupación por cambios de acontecimientos vitales, expresión facial de tensión.

Factor relacionado: Percepción de amenaza en el estado de salud del niño

Enunciado diagnóstico: Ansiedad: padres relacionado con percepción de amenaza en el estado de salud del niño manifestado por angustia y temor, preocupación creciente, manifestaciones verbales de preocupación por cambios de acontecimientos vitales, expresión facial de tensión.

Planificación**Primer diagnóstico.****Limpieza ineficaz de las vías aéreas****Resultados esperados.*****NOC [410] Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.*****Indicadores:**

Acumulación de esputos

Ritmo respiratorio

Ansiedad

Ruidos respiratorios patológicos

Intervenciones de enfermería.***NIC [3180] Manejo de las vías aéreas artificiales.*****Actividades:**

Colocar al paciente en posición semifowler

Realizar aspiración endotraqueal

Auscultar la presencia de sonidos pulmonares

Observar si hay la presencia de crepitantes y roncus

Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones

Segundo diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases

Resultados esperados.**NOC [402] Estado respiratorio: Intercambio de gases:****Indicadores:**

Gasometría arterial anormal

Taquipnea

Cianosis

Somnolencia

Saturación de O₂

Hallazgos en la radiografía de tórax

Intervenciones de enfermería.

NIC [3300] Manejo de la ventilación mecánica invasiva

Actividades:

Vigilar las lecturas de presión del ventilador mecánico, la sincronía paciente/ventilador.

Monitorizar los efectos de los cambios de la programación del ventilador a través de la gasometría arterial.

Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión (“el pulmón bueno abajo”, según corresponda.

Asegurarse que las alarmas del ventilador estén conectadas.

Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos.

Tercer diagnóstico.

Ansiedad: padres

Resultados esperados.

NOC [1302] Afrontamiento de problemas.

Verbaliza sensación de control

Adopta conductas para reducir el estrés

Utiliza estrategias de superación efectiva

Busca información acreditada sobre el diagnóstico

Busca información acreditada sobre el tratamiento

Obtiene ayuda de un profesional sanitario

Intervenciones de enfermería.

NIC [5230] Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

Apoyar emocionalmente a los padres.

Alentar a los padres a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos respecto a su hijo enfermo.

Proporcionar información objetiva a los padres respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la patología de su hijo.

Fomentar la implicación familiar

Facilitar las salidas constructivas a los problemas y buscar respuestas positivas.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención de Manejo de las vías aéreas artificiales para el diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

| Intervención: Manejo de las vías aéreas artificiales | | |
|---|------------------|--|
| Fecha | Hora | Actividades |
| | 9:00 - 19:00 | Se colocó al paciente en posición semi fowler, facilitando una adecuada ventilación y perfusión. |
| 28/07/22 | 9:00 - 19: 00 | Se aspiró las secreciones del tubo endotraqueal, según necesidad; visualizando el tubo endotraqueal y la boca y observando el valor de la resistencia del ventilador mecánico. |
| | 9:00 - 19:00 | Se realizó auscultación de los sonidos pulmonares antes y después de la aspiración |
| | 9:00 - 19:00 | Observar si hay la presencia de crepitantes y roncus Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones |

Tabla 2

Ejecución de la intervención Manejo de la ventilación mecánica invasiva para el diagnóstico Deterioro del intercambio de gases

| Intervención: Manejo de la ventilación mecánica invasiva | | |
|---|-------------|--------------------|
| Fecha | Hora | Actividades |

| | | |
|----------|-----------------|--|
| 28/07/22 | 9:00 - 19:00 | Vigilar las lecturas de presión del ventilador mecánico, la sincronía paciente/ventilador. |
| | 9:00 - 19:00 | Se realizó tomo de análisis de gases arteriales luego de cambios de los parámetros ventilatorios y se registró el monitoreo ventilatorio durante el turno. |
| | 9:00 - 19:00 | Se colocó al paciente en posición semi fowler, colocando en adecuada posición el tubo endotraqueal y los circuitos corrugados, facilitando una adecuada ventilación y perfusión. |
| | 9:00 - 19:00 | Se verificó y aseguro que las alarmas del ventilador mecánico estén conectadas. |
| | 9:00 - 19:00 | Se administró agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos. |

Tabla 3

Ejecución de la intervención Aumentar el afrontamiento para el diagnóstico Ansiedad: padres

| Intervención: Aumentar el afrontamiento | | |
|--|-----------------|--|
| Fecha | Hora | Actividades |
| 28/07/22 | 12:00- 14:00 | Se brindó apoyo emocional a los padres. Se alentó a los padres a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos respecto a su hijo. Se Proporcionó información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Se fomentó la implicación familiar. Se apoyó para facilitar las salidas constructivas a los problemas y buscar respuestas positivas. |

Evaluación

Primer diagnóstico.

Resultado: Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio:

Tabla 4

Permeabilidad de las vías respiratorias

| Indicadores | Puntuación basal | Puntuación final |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Acumulación de esputos | 2 | 4 |
| Ritmo respiratorio | 2 | 4 |
| Ansiedad | 1 | 4 |
| Ruidos respiratorios patológicos | 3 | 5 |

La tabla 1 muestra que la moda de los indicadores del resultado *Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias* seleccionadas para el diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas previo a las acciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido). Siendo la puntuación de cambio +2.

Segundo diagnóstico.

Resultado: Estado respiratorio: Intercambio de gases.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio: Intercambio de gases

| Indicadores | Puntuación basal | Puntuación final |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Gasometría arterial anormal | 4 | 5 |
| Taquipnea | 2 | 4 |
| Cianosis | 3 | 4 |
| Somnolencia | 3 | 4 |
| Saturación de O ₂ | 3 | 4 |
| Hallazgos en la radiografía de tórax | 2 | 3 |

La tabla 2 muestra que la moda de los indicadores del resultado *Estado respiratorio: Intercambio de gases* seleccionados para el diagnóstico Deterioro del intercambio de gases antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido). Siendo la puntuación de cambio +1.

Tercer diagnóstico

Resultado: Afrontamiento de problemas.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Afrontamiento de problemas.

| Indicadores | Puntuación basal | Puntuación final |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
|--------------------|-------------------------|-------------------------|

| | | |
|---|---|---|
| Busca información acreditada sobre el diagnóstico | 4 | 4 |
| Busca información acreditada sobre el tratamiento | 4 | 4 |
| Verbaliza sensación de control | 2 | 3 |
| Adopta conductas para reducir el estrés | 2 | 3 |
| Utiliza estrategias de superación efectiva | 2 | 3 |
| Obtiene ayuda de un profesional sanitario | 2 | 3 |

La tabla 3 muestra que la moda de los indicadores del resultado Afrontamiento de problemas seleccionados para el diagnóstico antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (moderadamente comprometido), después de las intervenciones y actividades, la moda fue de 3 (levemente comprometido). Siendo la puntuación de cambio +1.

Resultados

Durante la etapa de valoración se identificaron problemas reales y posibles a través de la recolección de datos usando la Guía de valoración por patrones funcionales y la revisión de la historia clínica durante algunos días dentro de la estancia de la paciente en la unidad.

En la etapa de diagnóstico se formularon seis diagnósticos reales y cuatro diagnósticos de riesgo mediante la taxonomía II NANDA, los cuales se priorizaron sólo los tres principales; siendo difícil la elección de solo algunos de ellos, ya que creemos que todos eran necesarios para la atención de enfermería.

En la planificación se establecieron planes de cuidados de enfermería basados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

En la ejecución se llevaron a cabo las intervenciones planteadas. Sin embargo, existieron muchas actividades que se deben mencionar en el proceso, pero por temas de esquemas solo se deben mencionar 3 intervenciones principales.

En la evaluación se diferenciaron las puntuaciones de entrada y las puntuaciones de salida de cada diagnóstico según los indicadores NOC. En el primer diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías áreas, se obtuvo una puntuación de cambio de +2; en el segundo

diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases, se obtuvo una puntuación de cambio +1, y en el tercer diagnóstico Ansiedad: padres, se obtuvo una puntuación de cambio +1.

Discusión

Limpieza ineficaz de vías aéreas

La limpieza ineficaz de las vías aéreas es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener despejadas las vías respiratorias (Herdman et al., 2021).

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

Por otro lado, Limpieza ineficaz de las vías aéreas es la estrechez o resistencia de las vías aéreas al pasaje del oxígeno y eliminación de dióxido de carbono por la incapacidad de eliminar secreciones (Dantas et al., 2023).

Diversas enfermedades respiratorias agudas y crónicas favorecen el acúmulo de secreciones a través del incremento en la producción de moco, alteración en el transporte mucociliar o a una tos ineficiente. Adicionalmente, 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 (como neumonía), entre ellos, intubación orotraqueal y apoyo con ventilación mecánica. El manejo inadecuado de las secreciones en el aparato respiratorio contribuye con el desarrollo de múltiples morbilidades, incluyendo: taponamientos mucosos, atelectasias obstructivas y el desarrollo de lesión pulmonar. Por lo tanto, es aconsejable emplear medidas para mejorar el aclaramiento de la vía respiratoria (Cortes-Telles et al., 2019).

En los pacientes cardiopatas con limpieza ineficaz de las vías aéreas frecuentemente se observa taquipnea, respiraciones superficiales y movimiento torácico asimétricos a causa de las molestias al mover la pared torácica, ya sea por la presencia de líquidos en los pulmones, o por ambos factores. Se produce además disminución del flujo de aire en regiones de

consolidación de líquidos; también se puede escuchar ruidos respiratorios bronquiales anormales como crepitantes y estertores a la inspiración, espiración o ambas, como respuesta a la acumulación de líquidos, secreciones espesas y espasmo u obstrucción de vías respiratorias (Chapoñan, 2019).

Al confrontar la bibliografía, se logró constatar que en la paciente en estudio las características definitorias presentes fueron: Cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo, sonidos pulmonares crépitos y roncales y agitación. Los procesos inflamatorios e infecciosos son condiciones fisiopatológicas que desequilibran los mecanismos de defensa innatos en la vía respiratoria; en ambos casos, se desarrolla una respuesta antiinflamatoria intensa acumulando productos de destrucción bacteriana, entre ellos: filamentos de actina y ADN de neutrófilos; asimismo, remanentes derivados de apoptosis celular y microorganismos; en conjunto, favorecen el aspecto purulento y perpetúan los cambios nocivos en la composición del moco (aumento en la viscosidad y espesor) contribuyendo con mayor dificultad para su expectoración (Cortes-Telles et al., 2019).

El diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas se encuentra presente en pacientes cardiopatas en condiciones como el edema pulmonar cardiogénico que cursa con signos de expectoración espumosa y crepitantes. La producción de secreciones es una reacción del pulmón al volumen de sangre aumentada en los espacios intersticiales y alveolares. Estos niños presentan dificultades en la desobstrucción de la luz de las vías aéreas por inmadurez de los mecanismos de la tos e inhabilidad en la expectoración (Fine, 2022).

Por lo mencionado, se consideró como factor relacionado fue el acúmulo de secreciones. Un paciente que tiene vías aéreas no permeables puede requerir sedación, intubación endotraqueal y ventilación mecánica para mantener limpias las vías respiratorias (Dantas et al., 2023).

La intervención de enfermería considerada en este diagnóstico fue el NIC [3180] Manejo de las vías aéreas artificiales. Se realizaron las siguientes actividades:

Se colocó al paciente en la posición semifowler que facilita la concordancia entre ventilación y perfusión pulmonar; a la vez que favorece el descenso diafragmático y evita la aspiración de contenido gástrico en el tracto respiratorio (Balcázar et al., 2018).

Se realizó aspiración endotraqueal. La aspiración de las vías respiratorias es un procedimiento que se realiza de forma rutinaria en entornos de pacientes hospitalizados para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias ya sean naturales o artificiales para permitir un flujo de aire adecuado para el intercambio de gases (Pasrija & Hall, 2023; Silva et al., 2020).

Se auscultó la presencia de sonidos pulmonares antes y después de cada aspiración de secreciones observando cambios en los sonidos respiratorios y en el patrón respiratorio evitando fatiga muscular. La auscultación pulmonar permite evaluar los ruidos generados en la vía aérea a través del flujo del aire, que se manifiestan con una frecuencia y una amplitud determinada que se integra con otros elementos clínicos del examen físico como la percusión; se puede repetir cuantas veces sea necesario para tomar decisiones clínicas (Bertrand et al., 2020).

Se observó si hay la presencia de crepitantes y roncus. Los sonidos anormales denominados estertores se producen cuando el aire encuentra un obstáculo al salir o al entrar del tracto respiratorio como la presencia de exudados, líquidos, secreciones. En los sonidos estertores secos se encuentran los roncus, que se originan en los bronquios y en los sonidos estertores húmedos están los crepitantes que se originan en el alvéolo y límite broncoalveolar (Bertrand et al., 2020).

Se comprobó el color, cantidad y consistencia de las secreciones. El moco, también conocido como flema, es un líquido espeso, transparente y viscoso que se produce para proteger el sistema respiratorio y eliminar las toxinas del organismo. Cuando varía de color, cantidad, textura y olor puede indicar una serie de problemas, desde una infección leve hasta enfermedades más graves producida debido a distintas bacterias (Oncosalud, 2023).

Deterioro del intercambio de gases

El aparato respiratorio inhala oxígeno y elimina dióxido de carbono; el oxígeno inhalado pasa por los pulmones y llega a los alvéolos. El oxígeno atraviesa la barrera aire–sangre y llega hasta la sangre que circula por los capilares; igualmente, el dióxido de carbono pasa de la sangre al interior de los alvéolos, desde donde es exhalado al exterior (Dezube, 2023).

La sangre oxigenada circula desde los pulmones por las venas pulmonares y, al llegar al lado izquierdo del corazón, es bombeada hacia el resto del organismo; la sangre con déficit de oxígeno y cargada de dióxido de carbono vuelve al lado derecho del corazón a través de dos grandes venas: la vena cava inferior y la vena cava superior. Luego la sangre es impulsada a través de la arteria pulmonar hacia los pulmones, donde recoge el oxígeno y libera el dióxido de carbono (Dezube, 2023).

El Deterioro del intercambio gaseoso es una condición clínica grave, que representa exceso o déficit de la oxigenación y/o en la eliminación del dióxido de carbono en la membrana capilar alveolar (Herdman et al., 2021). También se traduce en dificultad o esfuerzo respiratorio, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la presión parcial de oxígeno (González, 2022).

La insuficiencia respiratoria es un deterioro repentino del intercambio gaseoso poniendo en riesgo la vida; sucede cuando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones no corresponde a lo habitual; existiendo una disminución de la presión arterial de oxígeno (PaO_2), a menos de 50 mm Hg (hipoxemia), un aumento de la presión del dióxido de carbono ($PaCO_2$), a más de 50 mm Hg (Hipercapnia), y un PH arterial menor a 7.35 (Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [INCN], 2020).

En los pacientes cardiopatas con insuficiencia respiratoria, en un inicio se presenta una oxigenación deficiente, disnea, irritabilidad, taquicardia y aumento de la presión arterial; conforme va progresando la hipoxemia, se presentan signos más evidentes como confusión, letargo, taquicardia, taquipnea, cianosis central y diaforesis. Si esto progresa el paciente puede llegar a

una insuficiencia cardiaca e hipertensión pulmonar generando cambios graves en sus funciones vitales la frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno y finalmente paro respiratorio (Núñez & Buira, 2018; Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [INCN], 2020).

En la paciente en estudio, como se corroboró con la literatura, las características definitorias presentes fueron: Cianosis periférica, taquipnea y gasometría arterial anormal (Análisis de gases arteriales (AGA): pH: 7.30, PaO₂: 55mmHg, PaCO₂: 65mmHg, SaO₂: 71%). Las alteraciones respiratorias y hemodinámicas ocasionadas por la enfermedad cardíaca de base tienen influencia directa en el establecimiento de un patrón respiratorio ineficaz. Aunque el diagnóstico solamente sea revertido con la intervención quirúrgica, el cuidado de enfermería debe ser implementado visando la reducción de las necesidades de consumo de oxígeno, la mejoría de la calidad respiratoria y la reducción del hiperflujo pulmonar (Rodríguez, 2018).

Ante la presencia de hipertensión pulmonar, en pacientes cardiopatas, se genera un deterioro del intercambio de gases debido a un desequilibrio en la relación de la ventilación (V) y la perfusión (Q); asociado a una disminución de la ventilación alveolar o a la ausencia de ventilación de alguna área pulmonar; lo que se evidencia en una falta de oxigenación de la sangre produciendo cianosis (González, 2022). Las alteraciones de la V/Q en varias regiones pulmonares alteran el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono; siendo la principal causa de insuficiencia respiratoria en los niños (Topaz et al., 2022). Por lo tanto, el factor relacionado del diagnóstico en mención fue el desequilibrio ventilación-perfusión.

La intervención de enfermería que se eligió fue el NIC [3300] Manejo de la ventilación mecánica invasiva y se ejecutaron las siguientes actividades:

Se vigilaron los valores y rangos de las presiones según las lecturas del ventilador mecánico y la modalidad programada, verificando la sincronía paciente/ventilador. La ventilación mecánica es sustituto temporal cuando el tracto respiratorio del paciente no logra adecuadamente su función; garantizando un soporte ventilatorio óptimo, asegurando la

efectividad del flujo y el intercambio gaseoso; la programación del ventilador mecánico incluye presiones, frecuencia respiratoria, tiempo inspiratorio y otros; lo cual ayuda a corregir la hipoventilación, mejora la oxigenación y disminuye el trabajo respiratorio hasta que el paciente logre respirar por sí mismo (Hernández et al., 2018).

Se realizó la gasometría arterial analizando los resultados para determinar desequilibrios metabólicos o respiratorios y la presencia de mecanismos compensadores. La gasometría evalúa el equilibrio ácido base y el intercambio gaseoso y permite clasificar un problema pulmonar severo mediante los índices de oxigenación; facilita el monitoreo hemodinámico y determina el pronóstico con los valores del déficit de base (DB) y el lactato (Sánchez et al., 2022).

Se colocó al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión (“el pulmón bueno abajo”, ya que, al estar el pulmón sano hacia abajo, también se logra mantener una ventiloperfusión adecuada y se puede trabajar más libremente con el pulmón enfermo estando en una posición independiente (Balcázar et al., 2018).

Se aseguró que las alarmas del ventilador estén conectadas. Las alarmas del ventilador mecánico constituyen un sistema de seguridad que permite garantizar el bienestar del paciente; es importante que estén conectadas porque informan cuando hay discordancias entre el ventilador y el paciente. Pueden responder a situaciones graves como la extubación accidental, la desconexión del ventilador mecánico, o la presencia de neumotórax (Pérez, 2022).

Se administraron agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos. Los pacientes críticos experimentan con frecuencia agitación, dolor y delirium; por lo que se hace necesario brindar un tratamiento analgésico adecuado (en este caso Fentanilo), un nivel objetivo de sedación (en este caso Midazolam) y, de ser necesario el uso de agentes paralizantes (en este caso Vecuronio). El efecto combinado de estos medicamentos proporciona oportunidades para mejorar el cuidado, el confort del paciente; así como una mejora continua de la ventilación mecánica (Moll, 2021; Olmos et al., 2019).

Ansiedad de los Padres

La ansiedad es una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia (Herdman et al., 2021).

Para Sarudiansky, la ansiedad se relaciona con la tensión del organismo por activación psíquica o biológica frente a un peligro que puede ser real, imaginado o probable; generando diversas sensaciones y emociones como miedo, nerviosismo e incluso ciertos estados patológicos (Lima & Montes, 2021).

Según el Instituto Nacional de salud mental (INS), la ansiedad ocasional es parte normal de la vida; muchas personas se preocupan por cosas como los problemas de la salud, eventos estresantes, el dinero o la familia. Por otro lado en las personas que presentan trastorno de ansiedad hay preocupación extrema o se sienten nerviosismo frecuentemente, inclusive cuando hay o no razón para preocuparse; este trastorno interfiere en la forma en que la persona lleva su vida (Instituto Nacional de salud mental., 2022).

Las cardiopatías congénitas son las más frecuentes de las enfermedades crónicas infantiles, se consideran alteraciones estructurales del corazón que representan un riesgo potencial para quienes la padecen; producen a corto, mediano o largo plazo grandes complicaciones o secuelas para este grupo de individuos; la principal, la discapacidad para llevar una vida completamente normal, integrada a las diversas actividades cotidianas, según las diferentes edades y etapas a través de las cuales transcurre la edad pediátrica (Domínguez Reyes et al., 2021).

Cuando un niño es diagnosticado con alguna cardiopatía, no sólo se perjudica su bienestar físico y psicológico sino también en el de toda su familia, a través de una compleja multitud de variables sintomáticas, terapéuticas, emocionales y sociales que impactan de forma importante los procesos de la dinámica y del funcionamiento de la vida familiar (Domínguez Reyes et al., 2021).

La familia cumple una función principal en el cuidado y protección de los hijos, sin embargo, el diagnóstico de cronicidad altera el estado emocional que experimentan los padres. Por lo general, la hospitalización infantil, y más cuando se trata de una unidad de cuidados intensivos, presenta repercusiones afectivas, emocionales y comportamentales negativas no solo en los niños, sino también en la familia y en los padres, principalmente cuando no reciben adecuado apoyo psicológico (Domínguez Reyes et al., 2021).

Los significados de las cardiopatías congénitas para los padres se pueden resumir en: verbalización de preocupación constante, alerta permanente ante cualquier síntoma, desilusión, angustia, culpa, tristeza, hostilidad, enojo, miedo, rabia y limitaciones en la vida familiar y en especial en la del hijo enfermo, pero sobre todo, su significado ha estado asociado a la permanencia en hospitales y tratamientos rigurosos que los han mantenido angustiados gran parte del tiempo, el tratamiento y la necesidad de cuidados especiales son percibidos por los padres como una responsabilidad excesiva y tienen temores acerca del futuro de sus hijos por descompensaciones, recaídas o posibles intervenciones futuras (Domínguez Reyes et al., 2021).

Contrastando con la literatura, en el caso en estudio, los padres presentaron las siguientes características definitorias: Angustia y temor, preocupación creciente, manifestaciones verbales de preocupación por cambios de acontecimientos vitales, expresión facial de tensión.

En la búsqueda de respuesta a los porqués de la aparición de la cardiopatía congénita en sus hijos surge en los padres un sentimiento de culpabilidad y experimentan ansiedad por la incertidumbre sobre lo que sucederá en el futuro de sus hijos; pese a que verdaderamente los padres no son responsables de la enfermedad o retraso de ellos, es una situación que simplemente sucede y hay que aprender a convivir con ello. Gran parte de estos padres con el tiempo desarrollan trastornos de ansiedad o episodios recurrentes de ansiedad parental (Domínguez Reyes et al., 2021).

Sumado a ello, el cuidar de un niño con cardiopatía congénita afecta las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico y que el cuidador, en cumplimiento de sus roles, experimenta diferentes sentimientos negativos (Domínguez Reyes et al., 2021).

De acuerdo a lo mencionado, el factor relacionado para la ansiedad de los padres fue la percepción de amenaza en el estado de salud del niño.

La intervención de enfermería que se consideró fue NIC [5230] Aumentar el afrontamiento. Se ejecutaron las siguientes actividades:

Se brindó apoyo emocional a los padres de familia. El apoyo emocional es uno de los factores más importantes que intervienen a la hora del desarrollo de la resiliencia que es la capacidad de afrontar las adversidades y lograr adaptarse ante las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo (Sánchez, G., 2020).

Se alentó a los padres a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos respecto a su hijo enfermo. Para intervenir oportunamente es necesario identificar preocupaciones, falsas creencias, incomprensiones, actitudes familiares potencialmente psicopatógenas que terminan en un manejo inadecuado de la enfermedad, generan disfunciones, dificultan la aceptación por el niño de las limitaciones que trae su enfermedad y repercuten de forma negativa en el desarrollo infantil; con este propósito es necesario, además, identificar experiencias familiares exitosas en el manejo de la crisis que genera la cardiopatía congénita infantil (Domínguez Reyes et al., 2021).

Asimismo, se proporcionó información objetiva a los padres respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la patología de su hijo. Es importante tener una buena comunicación y relación con los familiares y cuidadores; se recomienda explicar de manera clara y sencilla la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento y los riesgos, y en los casos en que el diagnóstico lo amerite, es conveniente sugerir buscar una segunda opinión para que el familiar aumente la confianza de un diagnóstico certero (Vega-Hurtado, 2020).

Por otra parte, se fomentó la implicación familiar tanto en cuidado del paciente como en el afrontamiento de la ansiedad y a buscar respuestas positivas. Se debe dotar a la familia de estrategias de afrontamiento para mejorar su aceptación de la realidad, aceptando la ayuda de otros; lo que permitirá crear una red de apoyo social que aumente los recursos familiares y la comunicación (Federación española de enfermedades raras, 2018).

Además, se apoyó a los padres para pensar en salidas constructivas a sus problemas. Para la resolución de los problemas familiares es relevante la búsqueda de consensos que permitan soluciones justas y equitativas en donde las distintas partes se sientan beneficiadas; incluso en situaciones muy complicadas, la cooperación familiar es la mejor salida (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018).

Conclusiones

Se gestionó el proceso enfermero en cada una de sus etapas en el paciente pediátrico, priorizando tres de los principales problemas que en ese momento consideramos necesarios abordar.

La aplicación del proceso enfermero en el paciente pediátrico con cardiopatía congénita permitió identificar necesidades y problemas, formular diagnósticos, planificar cuidados, ejecutar acciones de enfermería y brindar una atención de calidad. A la vez nos permitió afrontar la ansiedad de los padres, brindando el soporte de orientación y educación sobre la patología y el estado de salud del paciente, fomentando la seguridad e inclusión en los cuidados de su hijo.

Sin duda el proceso del cuidado de enfermería permite brindar cuidados de manera sistemática y racional, a cada problema de salud que presente el paciente, planificando las intervenciones que se realizarán con el fin de lograr un resultado esperado.

Referencias bibliográficas

- Beerman, L. (2020). *Transposición de las grandes arterias (TGA)—Pediatria*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/transposici%C3%B3n-de-las-grandes-arterias-tga>
- Bertrand, F., Segall, D., Sánchez, I., & Bertrand, P. (2020). La auscultación pulmonar en el siglo 21. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(4). <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v91i4.1465>
- Cassalett-Bustillo, G. (2018). Falla cardíaca en pacientes pediátricos. Fisiopatología y manejo. Parte I. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(4), 286-294. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.02.003>
- Chapoñan, J. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado en paciente con Insuficiencia Respiratoria – Neumonía* [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6311/Chapo%C3%B1an%20Lopez%20Jhonatan%20Josue.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chen, M. (2021). *Transposición de las grandes arterias*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001568.htm>
- Cortes-Telles, A., Che-Morales, J. L., & Ortiz-Farías, D. L. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 78(3), 313-323. <https://doi.org/10.35366/NT193I>
- Dantas, J. R., Almeida, A. T. D., Matias, K. C., Fernandes, M. I. da C. D., Tinôco, J. D. de S., Lopes, M. V. de O., & Lira, A. L. B. de C. (2023). Accuracy of the nursing diagnosis of ineffective airway clearance in intensive care unit patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0174>
- De Arco-Canoles, O. D. C., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20(2), 171. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>

- Dezube, R. (2023). *Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono—Trastornos del pulmón y las vías respiratorias*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/biolog%C3%ADa-de-los-pulmones-y-de-las-v%C3%ADas-respiratorias/intercambio-de-ox%C3%ADgeno-y-di%C3%B3xido-de-carbono>
- Domínguez Reyes, M. Y., Torres Rodríguez, I. L., Domínguez Reyes, M. Y., & Torres Rodríguez, I. L. (2021). Experiencias materno-paternas en el afrontamiento a la cardiopatía congénita infantil. *Gaceta Médica Espirituana*, 23(3), 50-61.
- Federación española de enfermedades raras. (2018). *La familia: Principal fuente de apoyo social*. https://blogs.comillas.edu/fei/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Intervenci%C3%B3n-con-la-Familia-.docxD_.pdf
- Fine, N. (2022). *Edema pulmonar—Trastornos cardiovasculares*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-cardiovasculares/insuficiencia-card%C3%ADaca/edema-pulmonar>
- Fundación Salud Infantil. (2023). *Cardiopatías congénitas en el recién nacido—Fundación Salud Infantil*. *Fundación Salud Infantil de la Comunidad Valenciana*. <https://fundacionsaludinfantil.org/cardiopatas-congenitas-en-el-recien-nacido/>
- Garnica Camacho, C. E., Rivero Sigarrosa, E., & Domínguez Cherit, G. (2019). Choque cardiogénico: De la definición al abordaje. *Medicina Crítica*, 33(5), 251-258. <https://doi.org/10.35366/89525>
- González, J. (2022). *Alteraciones del Intercambio Gaseoso—Fisioterapia*. <https://www.madrimasd.org/blogs/fisioterapia/2022/03/30/alteraciones-del-intercambio-gaseoso/>
- González Ojeda, G. R., Indi, E. P., Carmona Pérez, A., Llanes Camacho, M. del C., Anoceto Armiñana, E., González Saura, A., González Ojeda, G. R., Indi, E. P., Carmona Pérez, A., Llanes Camacho, M. del C., Anoceto Armiñana, E., & González Saura, A. (2022). Mortalidad por cardiopatías congénitas y adquiridas en niños de Villa Clara. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(1).

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312022000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Guerrero, M. Á., Méndez, S. A. G., & Cuero, J. V. Q. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.36015/cambios.v18.n1.2019.392>
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo, C. (2021). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023*. Elsevier España S.L.U.
- Hernández, F. J. C., García, R. G.-L., & Abad, M. F. C. (2018). *Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en Unidades de Cuidado Intensivo: Una revisión narrativa*.
- Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [INCN]. (2020). *Guía Insuficiencia Respiratoria Aguda*. : https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/333-2014-INSUFICIENCIA_RESPIRATORIA_AGUDA.pdf
- Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja [INSNSB]. (2023). *INSN San Borja brindó atención a más de 3 mil menores con defectos congénitos del corazón en el 2018*. <https://www.insnsb.gob.pe/blog/2019/02/14/insn-san-borja-brindo-atencion-a-mas-de-3-mil-menores-con-defectos-congenitos-del-corazon-en-el-2018/>
- Instituto Nacional de salud mental. (2022). *Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación*. https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/trastorno_de_ansiedad_generalizada.pdf
- Lima, F., & Montes, Y. (2021). *Ansiedad y Rendimiento Académico en Matemáticas, en estudiantes de Segundo de Secundaria de una Institución Educativa Pública—Lima Metropolitana*. [Tesis de grado, Universidad Peruana Los Andes, Perú]. <http://www.informatica.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4716/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Moll, V. (2021). *Fármacos que ayudan a la intubación*. Manual MSD versión para profesionales.
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-respiratorio/f%C3%A1rmacos-que-ayudan-a-la-intubaci%C3%B3n>
- Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 126-139.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.002>
- Oncosalud. (2023). *Flema Verde: Qué Significa y Tratamiento*. <https://blog.oncosalud.pe/flema-verde>
- Organización Panamericana de la salud [OPS]. (2023). *Día Mundial del Corazón: Enfermedades cardiovasculares causan 1,9 millones de muertes al año en las Américas*. Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7252:2012-world-heart-day-cardiovascular-diseases-cause-1-9-million-deaths-year-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Pasrija, D., & Hall, C. A. (2023). Airway Suctioning. En *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557386/>
- Pastor, M., Pérez, S., & Rodríguez, J. (2017). *Fracaso respiratorio agudo y crónico*. 1, 369-399.
- Pérez, I. (2022). ▷ Manejo de las alarmas más frecuentes en ventilación mecánica. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*, 5(9), 145.
- Rodríguez, M. G. (2018). *Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz* [Para obtener el nivel de especialista en enfermería clínica avanzada con Énfasis en cuidado pediátrico, Universidad Autónoma de San Luis Potosí].
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4627/TESINA%20FINAL%20%20MYRIAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rueda, F., & Fariña, C. (2018). *Complicaciones Ambulatorias de la Cirugía de las Cardiopatías Congénitas*. 334-348.

Sánchez, G. (2020). ¿Qué es la Resiliencia? [Asociación de enfermos de Espondilitis de Fuenlabrada].

Espondilitis Fuenlabrada. <https://espondilitisfuenlabrada.com/que-es-la-resiliencia/>

Sánchez, J., Peniche, K., Betancourt, J., Vargas, I., Pérez, O., & Guerrero, M. (2022). Utilidad de la gasometría en el retiro de la ventilación mecánica. *Revista Chilena de Anestesia*, 51(4).

<https://doi.org/10.25237/revchilanestv5110051453>

Silva, L. C. R. D., Tonelli, I. S., Oliveira, R. C. C., Lemos, P. L., Matos, S. S. D., & Chianca, T. C. M.

(2020). Clinical study of Dysfunctional Ventilatory Weaning Response in critically ill patients.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28, e3334. [https://doi.org/10.1590/1518-](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3522.3334)

[8345.3522.3334](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3522.3334)

Stanford Medicine Children's Health. (2023). *Transposición de las grandes arterias*.

[https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=transposicindelosgrandesvasostga-90-](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=transposicindelosgrandesvasostga-90-P04926)

[P04926](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=transposicindelosgrandesvasostga-90-P04926)

Topaz, A. M., Soya, V. L., & García, N. J. (2022). Fisiología Respiratoria—Relación

Ventilación/Perfusión. *Neumología Pediátrica*, 17(4), 113-116.

<https://doi.org/10.51451/np.v17i4.509>

Vega-Hurtado, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente.

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 58(2), 197-201.

Villagrá, F. (2018). Cardiopatías Congénitas. *La web de las Cardiopatías Congénitas*.

<https://cardiopatiascongenitas.net/cardiopatias-congenitas/>

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 |
| Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acumulo de secreciones | Resultado: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas | 2 | Mantener en: 4 | Intervención: Manejo de las vías aéreas artificiales | | | | 4 | +2 |
| | | | Aumentar a:4 | Actividades | | | | | |
| | Escala | | | Colocar al paciente en posición semifowler | → | | | | |
| | Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) | | | Realizar aspiración endotraqueal. | → | | | | |
| | Indicadores | | | Auscultar la presencia de sonidos pulmonares antes y después de la aspiración. | → | | | | |
| | Acumulación de esputos | 2 | | Observar si hay la presencia de crepitantes y roncus. | → | | | 4 | |
| | Ritmo respiratorio | 2 | | Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. | → | | | 4 | |
| | Ansiedad | 1 | | | | | | 4 | |
| | Ruidos respiratorios patológicos | 1 | | | | | | 5 | |

| Diagnóstico enfermero | Planeación | | | | Ejecución | | | Evaluación | |
|--|---|------------------------|------------------|--|-----------|---|----|------------------------|----------------------|
| | Resultados e Indicadores | Puntuación basal (1-5) | Puntuación diana | Intervenciones/Actividades | M | T | N | Puntuación final (1-5) | Puntuación de cambio |
| Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilación/perfusión | Resultado: Estado respiratorio: Intercambio de gases | 3 | Mantener en:3 | Intervención: Manejo de la ventilación mecánica invasiva | | | | 4 | +1 |
| | | | Aumentar a:4 | Actividades | | | | | |
| | Escala | | | Vigilar las lecturas de presión del ventilador mecánico, la sincronía paciente/ventilador. | → | | | | |
| | Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) | | | Monitorizar los efectos de los cambios de la programación del ventilador a través de la gasometría arterial. | → | | | | |
| | Indicadores | | | Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión. | → | | | | |
| | Gasometría arterial anormal | 4 | | Asegurarse que las alarmas del ventilador estén conectadas. | → | | | 5 | |
| | Taquipnea | 2 | | Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos. | → | | | 4 | |
| | Cianosis | 3 | | | | | | 4 | |
| | Somnolencia | 3 | | | | | | 4 | |
| | Saturación de O2 | 3 | | | | | | 4 | |
| Hallazgos en la radiografía de tórax | 2 | | | | | | 43 | | |

| 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 |
| Ansiedad: padres relacionado con percepción de amenaza en el estado de salud del niño manifestado por signos que denotan nerviosismo y preocupación, voz temblorosa, expresión facial de tensión y manifestaciones de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales | Resultado: Afrontamiento de problemas | 2 | Mantener a: 2 | Intervención: Aumentar el afrontamiento | | | | 3 | +1 |
| | | | Aumentar a: 4 | Actividades | | | | | |
| | Escala | | | Apoyar emocionalmente a los padres | → | | | | |
| | Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) | | | Alentar a los padres a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos respecto a su hijo enfermo | → | | | | |
| | Indicadores | | | Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la patología de su hijo. | → | | | | |
| | Busca información acreditada sobre el diagnóstico | 4 | | Fomentar la implicación familiar | → | | | 4 | |
| | Busca información acreditada sobre el tratamiento | 4 | | Facilitar las salidas constructivas a los problemas y ayudar a los padres a buscar respuestas positivas. | → | | | 4 | |
| | Verbaliza sensación de control | 2 | | | | | | 3 | |
| | Adopta conductas para reducir el estrés | 2 | | | | | | 3 | |
| Utiliza estrategias de | 2 | | | | | | 3 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|---|--|--|
| | superación efectiva | | | | | | | | |
| | Obtiene ayuda de un profesional sanitario | 2 | | | | | 3 | | |

Apéndice B: Guía de valoración

Valoración de enfermería al ingreso

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()

Historia Clínica: _____ Nº Cama: _____ DNI Nº _____ Teléfono: _____

Procedencia: Admisión () Emergencia () Consultorios Externos () Otros: _____

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____

Fuente de Información: Madre: _____ Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____

Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()

Persona Responsable: _____

Valoración por patrones funcionales de salud

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma ()
Cardiopatía () Otros: _____

Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos ()

Alimentos () Otros: _____

Estado de Higiene: Bueno () Regular () Malo ()

Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte ()

Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra () LME ()
LM () L. MIXTA ()

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Si () No () Vacunas Completas: Si () No ()

Hospitalizaciones Previas: Si () No ()

Descripción: _____

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No ()

Especifique: _____

PATRON RELACIONES-ROL

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

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

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

.....
Recibe Visitas: Si () No ()

PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No ()

Restricción Religiosa: _____

Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista ()

Religion () si () tipo.....

Solicita visita de párroco si () no ()

Otros: _____ Observaciones: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo ()

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temerario ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No ()

Comentarios: _____

Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o

Procedimientos: Aceptación del tratamiento Si () No ()

Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia:

Ansiedad () Indiferencia () Rechazo () Aceptación ()

Comentarios: _____

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: Nº de horas de Sueño: _____

Sueño Normal () Tranquilo () Intervalo ()

Alteraciones en el Sueño: Si () No ()

Especifique: _____

Motivo: _____

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _ _____

Comentarios: _____

Relaciones:
 Con los padres:
 Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil ()
 NO APLICA: TET sedado, incociente)
 Con el personal:
 Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil ()
 NE.....
 Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No ()
 Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No ()
LOS PADRES SON:
 Padres Separados: Si () No ()
 Problema de Alcoholismo: Si () No () quien:
 problemas de drogadicción: si () no () quien:
 Pandillaje: Si () No () Otros: _____

Especifique: _____

PATRÓN PERCEPTIVO-COGNITIVO

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje () Otros: _____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()
 Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Comatoso () Letárgico () Secueledado ()
 Sedado () Relajado ()
 Comentarios: _____

Tono muscular :
 Conservada () hipotónico () hipertónico ()
 Convulsión :
 Si () No () observación.....
 Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriaticas ()
TAMAÑO:
 Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()
 Foto Reactivas: Si () No ()
 Comentarios: _____

Comentarios: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
 Fría () Tibia () Caliente ()
 Termorregulación: Temperatura:
 Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()
 Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()
 Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()
 Observación: _____

Hidratación de piel y mucosas : Húmeda/ turgente ()
 seca ()

Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea ()
 Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()
Tos Ineficaz: Si () No ()
Secreciones: Si () No () Características: _____
Ruidos Respiratorios:
 CPD () CPI () ACP ()
 Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes () Tiraje ()
 Otros: _____
Oxigenoterapia:
 Si () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____
 Enuresis. Si () No ()
 Comentarios: _____
Ventilación Espontanea () CBN () CPAP () VAFO ()
 TET () Traqueostmía () V. Mecánica ()
 Parámetros Ventilatorios: _____
Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No ()
 Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:
Pulso: Regular () Irregular () Taquicardia () bradicardia ()
FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____
Llenado Capilar: < 2" () > 2" ()
Perfusión Tisular Renal:
 Hematuria () Oliguria () Anuria ()
Perfusión Tisular Cerebral:
 Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()
 Comentarios: _____

Presencia de Líneas Invasivas:
 Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo ()
 Otros: _____
 Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo Periférico: Si () No ()
 Cianosis Distal () Frialdad Distal ()
 Capacidad de autocuidado:
0 = Independiente () **1** = Ayuda de otros ()
2 = Ayuda de personal () **3** = Dependiente ()

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

Aparatos de Ayuda: _____

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
 Comentarios: _____

Escala de Caídas:

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal: _____

| | |
|--|---|
| <p>Higiene : Buena () regular () mala () Observación: _____</p> <p>Edema: Si () No () + () ++ () +++ () Especificar Zona: _____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>Abdomen: Blando depresible () Globuloso depresible () Timpánico () doloroso () Ruidos Hidroaereos: PRESENTES () AUSENTES () Escala de Norton: _____</p> <p>Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida () Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo () Ralo () Quebradizo () Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () MUGUET () PLACAS BLANQUESINAS () CARIES () HALITOSIS () Observaciones: _____ Malformación Oral: Si () No () Especificar: _____</p> <p>Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()</p> <p>Cuanto Perdió: _____ Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia () Disminuido () Nausea () Vómitos () Cantidad de los vómitos: _____ Características: _____ Dificultad para Deglutir: Si () No () Especificar: _____ Alimentación: NPO () Enteral : deglución directa () infusión : STP () Bolos: SNG () SOG () SGT () Otros: _____ Tolerancia Enteral : Adecuada () Inadecuada: Nauseas () vomitos () RG () Parenteral: NPP () NPT () Integridad de la piel y mucosa: intacta () lesiones: eritema () ulcera () necrosis () EQUIMOSIS () FLICTEMAS () VESICULAS () ESCORIACIONES () Lugar:..... Herida Operatoria: Si () No () Ubicación: _____ Características: _____</p> <p>Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos () Serosos () Hemáticos () Serohemáticos () Observaciones: _____</p> <p>Drenaje: Si () No () Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____ Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____</p> | <p>Nº Deposiciones/Día _____ Características: _____ Color: _____ Consistencia: _____ Colostomía () Ileostomía () Comentarios: _____</p> <p>Vesical: Micción Espontánea: Si () No () Características: _____ Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal () Fecha de Colocación: _____</p> <p style="text-align: center;">PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCION</p> <p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No () Especifique: _____ Otras Molestias: _____ Observaciones: _____ Problemas de Identidad: _____ Cambios Físicos: _____ Testículos No Palpables: Si () No () Fimosis Si () No () Testículos Descendidos: Si () No () Masas Escrotales Si () No () Tratamiento Médico Actual: _____ _____ _____ _____ _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ Nombre de la enfermera: Firma: _____ CEP: _____ Fecha: _____</p> |
|--|---|

Apéndice C: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Con respecto al trabajo académico titulado “**Proceso enfermero a paciente pediátrico con cardiopatía congénita de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto pediátrico de Lima, 2022**”, tiene como objetivo evidenciar los problemas prioritarios en base a diagnósticos planteados de enfermería y realizar intervenciones de enfermería de una manera eficaz y eficiente. Es realizado por la Lic. Carmen Grizel Cabrera Melo y la Lic. Ana María Hidalgo Dipas, mediante la asesoría constante de la Lic Elizabeth Gonzales.

La recopilación de datos se realizó a través de la guía de valoración, y la entrevista, cuya información es de carácter confidencial y se utilizará sólo para fines de la investigación y obtener el grado de especialista en cuidados intensivos pediátricos.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

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

Participación voluntaria

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

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

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de valoración utilizadas

Escala de Riesgo de Caídas (Alto Riesgo)

Escala de Humpty Dumpty

| Parámetros | Criterios | Puntos |
|-------------------------------|---|--------|
| Edad | Menos de 3 años | 4 |
| | De 3- 7 años | 3 |
| | De 7-13 años | 2 |
| | Mas de 13 años | 1 |
| Genero | Hombre | 2 |
| | Mujer | 1 |
| Diagnostico | Problemas neurológicos | 4 |
| | Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo | 3 |
| | Trastornos psíquicos o de conducta | 2 |
| | Otro diagnostico | 1 |
| Deterioro cognitivo | No conoce sus limitaciones | 3 |
| | Se le olvida sus limitaciones | 2 |
| | Orientado en sus propias capacidades | 1 |
| Factores Ambientales | Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama | 4 |
| | Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles | 3 |
| | Paciente en la cama | 2 |
| | Paciente que deambula | 1 |
| Cirugía o sedación anestésica | Dentro de las 24 horas | 3 |
| | Dentro de 48 horas | 2 |
| | Mas de 48 horas /ninguna | 1 |
| Medicación | Uso de múltiples medicamentos sedantes (Excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) Hipnóticos, Barbitúricos Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos narcóticos | 3 |
| | Uno de los medicamentos antes mencionados | 2 |
| | ninguno | 1 |
| Total | | |

Etiqueta

Riesgo de caídas
 < 7 puntos sin riesgo
 7-11 puntos riesgo bajo
 > 12 puntos riesgo alto

Deborah Hill-Rodriguez, Patricia R. Messmer, Phoebe D. Williams, Richard A. Zeller, Arthur R. Williams, Maria Wood, and Marianne Henry: The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study JSPN Vol. 14, No. 1, January 2009

ESCALA FLACC

PARA RECIÉN LACTANTES DE > 1 MES Y NIÑOS DE < 4 AÑOS

- **Variables:** Mide 5 ítems, control, tal y como indica su nombre en inglés: cara, movimiento de piernas, actividad, llanto y capacidad. Esos se puntúan de 0 a 2 cada uno.
- **Utilidad clínica:** habitualmente empleada para evaluar el dolor postoperatorio en niños con disminución cognitiva, y/o en evaluación de dolor secundario a cirugía, trauma, cáncer u otras enfermedades dolorosas en niños que aún no hablan.
- **Puntuación:** un score total de 0-10, siendo 0 no dolor, 1-2 dolor leve, 3-5 dolor moderado, 6-8 dolor correspondiente a un dolor intenso y 9-10 al máximo dolor imaginable

ESCALA FLACC

| PARÁMETROS | 0 | 2 | 3 |
|-----------------------|----------------------------|---|--|
| EXPRESIÓN FACIAL | Relajada, expresión neutra | Mueca o fruncimiento; niño retraído | Mandíbula tensa, teltor en el mentón |
| PIERNAS | Posición normal, relajada | Incómodo, inquieto, tenso | Pataleo o elevación de las piernas |
| ACTIVIDAD | Tranquilo, se mueve normal | Se retuerce, se balancea, tenso | Cuerpo arqueado, rigidez o movimiento espasmódicos |
| LLANTO | No llora ni está quejicoso | Se tranquiliza con la voz o con el abrazo | Difícil de consolar o tranquilizar |
| CAPACIDAD DE CONSUELO | Tranquilo | Se tranquiliza con la voz o con el abrazo | Difícil de consolar o tranquilizar |

0 Sin dolor 1-2 Dolor leve 3-5 Dolor moderado 6-8 Dolor intenso 9-10 Máximo dolor imaginable

De 1 mes-3 años y en pacientes no colaboradores

| FLACC | | | |
|--|-----------------------------------|--|----------------------------|
| Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable) | | | |
| | 0 | 1 | 2 |
| Cara | Cara relajada Expresión neutra | Arruga la nariz | Mandíbula tensa |
| Piernas | Relajadas | Inquietas | Golpea con los pies |
| Actividad | Acostado y quieto | Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas | Rígido |
| Llanto | No llora | Se queja, gime | Llanto fuerte |
| Capacidad de consuelo | Satisfecho | Puede distraerse | Dificultad para consolarlo |

0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

Escala de Braden

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

| | | | | |
|------------------------------------|---|---|------------------------------|----------------------------------|
| PERCEPCIÓN SENSORIAL. | Completamente Limitada (1). | Muy Limitada (2). | Ligeramente Limitada (3). | Sin Limitaciones (4). |
| EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD. | Constante Humedad (1). | A menudo Humedad (2). | Ocasionalmente Humedad (3). | Raramente Humedad (4) |
| ACTIVIDAD. | Encamado/a (1). | En Silla (2). | Deambula Ocasionalmente (3). | Deambula Frecuentemente (4). |
| MOVILIDAD. | Completamente Inmóvil (1). | Muy Limitada (2). | Ligeramente Limitada (3). | Sin Limitaciones (4). |
| NUTRICIÓN. | Muy Pobre (1). | Probablemente Inadecuada (2) | Adecuada (3) | Excelente (4). |
| ROCE Y PELIGRO DE LESIONES. | Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia. | Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. | | No Existe Problema Aparente (3). |

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.