

NOMBRE DEL TRABAJO

CARO Y TAIPE TURNITIN.docx

RECUENTO DE PALABRAS

10808 Words

RECUENTO DE PÁGINAS

56 Pages

FECHA DE ENTREGA

Aug 6, 2023 9:50 PM GMT-5

RECUENTO DE CARACTERES

63028 Characters

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.5MB

FECHA DEL INFORME

Aug 6, 2023 9:51 PM GMT-5**● 20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso enfermero a paciente pediátrico con shock mixto e IRA mixta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica de un hospital de Lima, 2021

Trabajo académico

Presentado para obtener el título de segunda especialidad en enfermería en Cuidados Intensivos

Pediátricos

Por:

Jessica Caro Valera

Jessica Taipe Cuadros

Asesor:

Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, enero 2023

DECLARACION JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Elizabeth Gonzales Cárdenas, adscrita en la facultad de ciencias de la salud, y docente de la universidad de Posgrado de ciencias de las Salud de la respectiva Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado; “Proceso enfermero a paciente pediátrico con shock mixto e IRA mixta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica de un hospital de Lima, 2021”. Constituye la memoria presentada por las licenciadas: Lic. Jessica Caro Valera y Lic. Jessica Taipe Cuadros, para obtener el título de la segunda especialidad profesional de enfermería en Uci Pediátrica que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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

Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas

HOJA DE EVALUACIÓN

Proceso enfermero a paciente pediátrico con shock mixto e IRA mixta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica de un hospital de Lima, 2021

Lic.: Jessica Beatriz Caro Valera ^a Lic. Jessica Taípe Cuadros.^b Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas ^c

^aLic. Enfermería Unidad de cuidados intensivos pediátricos, instituto nacional salud del niño san Borja, Lima, Perú

^aLic. Enfermería Unidad de cuidados intensivos pediátricos, instituto nacional salud del niño San Borja, Lima, Perú

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

Resumen

El shock es la incapacidad para proporcionar una perfusión suficiente de sangre oxigenada y sustratos a los tejidos para satisfacer las demandas metabólicas. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería en un paciente pediátrico con shock mixto, ira tipo mixto/ síndrome convulsivo. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único, la metodología fue el proceso de atención de enfermería, que incluyó a Paciente pediátrico lactante mayor de sexo masculino, en el que se siguió todas las etapas del proceso de Atención de Enfermería: la etapa de valoración, fue realizada a través del marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, Se hallaron nueve patrones alterados, priorizándose tres: perceptivo/cognitivo/reproducción y actividad/ejercicio, la etapa diagnóstica se elaboró en base a la taxonomía II de NANDA I, se identificaron nueve diagnósticos de enfermería, priorizándose tres de ellos: Disminución de gasto cardíaco; limpieza ineficaz de vías aéreas ; deterioro de la ventilación espontánea; Según los signos, síntomas y factor relacionado identificados, asimismo la etapa de planificación se realizó teniendo en cuenta la taxonomías NOC y NIC; en la etapa de ejecución se administraron los cuidados y la evaluación fue dada por la diferencia de puntuación final y basal respectivamente. En los resultados se obtuvo una puntuación de cambio es + 1, +1, +1. En conclusión, se gestionó el proceso de atención de enfermería en el paciente lo que permitió brindar un cuidado de calidad al paciente.

Palabra Clave: Cuidados de enfermería, IRA tipo Mixto, Proceso de atención de enfermería, Shock.

Abstract

Shock is the inability to provide sufficient perfusion of oxygenated blood and tissue substrates to meet metabolic demands. The objective was to manage the nursing care process in a pediatric patient with mixed shock, mixed anger/convulsive syndrome. The study had a qualitative approach, single case type, the methodology was the nursing care process, which included an older male infant pediatric patient, in which all the stages of the Nursing Care process were followed: the stage of Assessment was carried out through the assessment framework of the 11 functional patterns of Maryori Gordon. Nine altered patterns were found, prioritizing three: perceptive/cognitive, reproduction and activity/exercise. The diagnostic stage was elaborated based on taxonomy II from NANDA I, nine nursing diagnoses were identified, prioritizing three of them: Decreased cardiac output; ineffective airway clearance; impaired spontaneous ventilation; According to the signs, symptoms and related factors identified, the planning stage was also carried out taking into account the NOC and NIC taxonomies; In the execution stage, the care was administered and the evaluation was given by the difference in the final and baseline scores, respectively. The results obtained a change score is +1, +1, +1. In conclusion, the process of nursing care in the patient was managed, which allowed providing quality care to the patient.

Key Word: Nursing care, ARI Mixed type, Nursing care process, Shock.

Introducción

Álvarez, et al (2020) Mencionan que, la infección respiratoria aguda (IRA) es una de las infecciones que se producen en el aparato respiratorio por causa de algún virus y bacterias que inician de manera repentina y duran menos de dos semanas, esta infección se da a nivel mundial y representa un importante tema de salud pública, asimismo este pueden interferir con respiración normal, por lo que en algunos casos afecta al sistema respiratorio superior, que comienza en los senos paranasales y termina en las cuerdas vocales, o el sistema respiratorio inferior, que comienza en las cuerdas vocales y termina en los pulmones. Por lo que la IRA es muy peligrosa para los niños, así como para los adultos mayores y las personas con trastornos del sistema inmunitario.

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) En la semana 10 de 2022, la incidencia general de IRA fue de 685 casos por 100 000 horas, con la tasa más alta casos en menores de 15 años (1.649 casos/100.000 horas en el grupo de 0-4 años y 721 casos/100.000 horas en el grupo de 5 años) hasta los 14 años). Desde el inicio de la temporada 2021-22, se han analizado muestras de control IRA 1654, 1080 y 1060 para detectar la presencia de SARS-CoV-2, influenza y RSV con tasas positivas de 11,0%, 6,7% y 7,3%, respectivamente.

Así mismo Coronel, et al. (2018) mencionaron que en los países latinoamericanos las infecciones respiratorias agudas son también considerados un problema de la salud, los cuales se dan mayormente en niños menores de 5 años, por lo que este es una de las causas de hospitalización y de muerte, por otro lado, las infecciones respiratorias representaron entre el 50% y 70 % de todas las consultas en pediatría y del 30% al 60 % de todas las hospitalizaciones en los servicios de salud de América Latina.

En la actualidad, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2020) en el país se han ido incrementado los problemas de IRA, por ende, en nuestro país en el año 2020 se notificaron dos millones quinientos unos mil cuatrocientos treinta y seis casos de IRA en menores de 5 años, lo cual indica una tasa de incidencia acumulada de 8879,3 por cada 10000 menores de 5 años, representando un aumento del 4,7% comparada con el periodo del año 2018.

Según encuesta demográfica de Salud familiar (ENDES, 2020) el % de niñas y niños con IRA durante las dos semanas precedentes a la encuesta fue de 4,0%, lo cual determino un porcentaje menor a comparación con la encuesta realizada en el año 2015 que fue de 15,1%. Mientras que, por el área de residencia, la prevalencia fue ligeramente mayor en el área rural con un 5,1% en comparación con el área urbana que fue de 3,7%.

Así mismo Córdova, et. al (2020) determinaron que las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un tipo de enfermedad del aparato respiratorio causado por bacterias, virus u otros, por un período menor a 15 días, así mismo determinaron que la IRA es una causa de mortalidad a nivel mundial. Por lo tanto, cualquier intervención que ayude a reducir la incidencia, disminuir la gravedad o mejorar el curso clínico de estas infecciones sería un gran avance para la atención de las personas en todo el mundo. Desafortunadamente al examinar la IRA como una medida de resultado es complejo dada su categorización variable. No obstante, múltiples estudios de casos y controles han observado una asociación entre los niños con raquitismo con la IRA.

Según Álvarez y Peralta (2020) las infecciones respiratorias agudas son enfermedades que duran menos de quince días, lo cual es una infección de tracto respiratorio, los síntomas más comunes que presenta la IRA es fiebre, odinofagia y dificultad para respirar. De la misma manera los autores determinaron que cuando un niño presenta fiebre de 38,5 °C o más, tos y dificultad respiratoria, debe ser hospitalizado por más de 24 horas y hacerle seguimiento durante 4 a 7 días.

En conclusión, puede presentar bradicardia e hipotermia y, según la severidad, hipoxia, convulsiones y falla ventilatoria, lo cual puede llevar hasta la muerte.

Las IRAs se clasifican como infecciones del tracto respiratorio superior o inferior. Chirinos, et al. (2021) sugirieron que la infección del tracto superior es principalmente el paso de aire que va desde las fosas nasales hasta llegar a las cuerdas vocales en la laringe. Por otro lado, las infecciones del tracto inferior incluyen la secuencia inferior de las vías respiratorias comprendidas desde la tráquea y los bronquios hasta los bronquiolos y los alvéolos, es por ello que las causas que ocasionan las infecciones respiratorias agudas (IRA) son principalmente las bacterias, ya que estos son organismos de una célula que causan infección y de esta manera dañan a los tejidos en los que se propagan y a los cuales no pertenecen.

Cortés (2019) en su investigación determinó que las causas que originan las infecciones respiratorias agudas (IRA), depende mucho del cuidado y atención que se le da los niños, ya que el ambiente donde se encuentran y las actividades que realizan puede generar un efecto positivo o negativo en su salud. Por ende, la IRA puede ser generado por bacterias o parásitos que se transmiten de persona a persona a través de las gotas de saliva que expulsamos al estornudar, así como también puede ser generado por contacto con superficies contaminados como son el caso de manija de escalera, asientos en los transportes públicos, silla, caño a la hora de lavarnos en los baños públicos, entre otros.

Córdova, D., et al. (2020). Hay tres causas posibles de IRA: las bacterias, el entorno en el que viven los humanos y los huéspedes en los que viven estos microorganismos, que finalmente forman una tríada debido a la condición. La física en la que se encuentran el individuo será muy importante, otro factor en términos del impacto que las IRA pueden tener en el organismo. Por lo tanto, el hospedero causante de la infección respiratoria aguda permite un mejor control por parte

de los trabajadores de la salud y las familias. Por tanto, en el período neonatal; las IRAS agudas es la causa más frecuente de muerte en niños menores de 5 años, ya que provoca de 3 a 6 episodios de infección respiratoria aguda al año, independientemente del lugar de residencia y situación económica.

Además, las bacterias son perjudiciales cuando existe factores de riesgo del huésped como desnutrición, colonización temprana de gérmenes en el oro faringe y entre otros, ello depende de la severidad del cuadro, acompañado de hipoxia, letargia, convulsiones y de falla ventilatoria. Es por ello se debería realizar supervisiones minuciosas en las salas fuera de UCI, así como las áreas de cuidados intensivos, identificando los factores de riesgo coexistentes. La fisiopatología de las (IRA) no tiene certeza al 100%, algunos factores de riesgo encontrados son: humos, ambiente inadecuado, temporada de lluvia, ausencia de leche materna en caso de los niños menor de 5 años, falta de las vacunas en caso de los niños, polvo en el hogar, no cubrirse la boca a la hora de toser y entre otros (Gutierrez, 2018).

Por otro lado, según investigaciones epidemiológicas la IRA, determinan que la infección comienza en el epitelio del tracto respiratorio superior y se disemina a las vías aéreas inferiores en 1 a 3 días. La lesión viral desencadena una respuesta inflamatoria intensa en las vías aéreas pequeñas (mononucleares y neutrófilos), que conduce a edema y necrosis que ocasiona obstrucción. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2021).

Las manifestaciones que presentan los niños(as) de 5 años con IRA, según Minsalud (2022) son: aumento de la frecuencia respiratoria, presencia de ruidos a la hora de respirar, congestión y secreción nasal, dolor de garganta, falta de apetito y presencia de vómito, fiebre, lo cual no baja a

37
pesar de la administración de medicamentos, irritabilidad, decaimiento y somnolencia., ataques o convulsiones y shock.

El tratamiento para IRA aun es desconocida, puesto que los síntomas que presentan no son diagnosticados de manera inmediata, puesto que la aplicación de las medidas de prevención y control durante el estado de emergencia sanitaria, dificultar el diagnóstico del paciente, sin embargo el personal de la salud calificado toma en cuenta las precauciones inmediatas de aislamiento, la ubicación apropiada del pacientes y la ventilación adecuada, debido a que estos son importantes para contener y mitigar las repercusiones de los agentes patógenos que pueden constituir una amenaza de salud pública grave (Gutierrez, 2018).

Gutiérrez, F. (2018) mencionó que el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas se basa en medicamentos como: antitusivos, antipiréticos, anestésicos, descongestionantes de las vías respiratorias y antihistamínicos, por lo que, para aliviar los síntomas es de suma importancia para el paciente, si presenta síntomas, como la alza térmica o tos, el personal médico debe utilizar antibióticos, aunque casi todos los casos es suficiente los tratamientos sintomáticos con antipiréticos, ambientes húmedos y medidas correctoras.

El proceso de atención de enfermería (PAE) en pacientes pediátricos con diagnóstico médico de IRA, se basa mediante herramientas que permiten al personal de enfermería diagnosticar los problemas del paciente, lo cual está comprendido por tres fases tales como; una valoración inicial, evaluación primaria y una evaluación secundaria y medidas específicas de atención clínica para evitar complicaciones en la unidad pediátricos en el área de emergencias. (Astudillo et. al, 2021)

Por otro lado, los profesionales de enfermería especialistas en pediatría atienden a pacientes con diagnóstico de IRA, aplican sus conocimientos para poder satisfacer las inquietudes de los niños, puesto que las enfermeras del área de pediatría establecen planes de atención y ponen en práctica los cuidados necesarios en sus pacientes, debido a que las funciones de una enfermera del área de pediatría es distinto a las demás áreas, dado que los niños están en pleno desarrollo y no se puede expresar de manera clara, por lo que las enfermeras tienen que tener cuenta el impacto de su enfermedad. (Córdova et. al, 2020).

1 El proceso de atención de enfermería (PAE) es el centro e instrumento del cuidado enfermero, 34 por medio del cual se valora, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa las acciones 5 para brindar atención integral y científica a las personas a partir de la experiencia inicial, como una actividad cotidiana del cuidado y con una proyección positiva al campo laboral, no exenta de limitaciones en su aplicación en el campo hospitalario. En ese sentido, el PAE 31 como instrumento trae beneficios para el cuidado del ser humano, 5 posibilita una atención integral a los pacientes, no solo atendiendo las necesidades físicas sino también las emocionales, espirituales y sociales. El PAE garantiza un cuidado de calidad. (Naranjo et. al, 2018).

2 En tal sentido los profesionales de enfermería especialistas en UCI pediátrica, brindamos una atención de calidad, utilizando los conocimientos científicos y humanizados para que nuestro paciente se reincorpore a la familia, 2 La importancia del cuidado de enfermería, se centra en que dichos cuidados centran su atención en el diagnóstico y el tratamiento de necesidades básicas alteradas mediante el empleo de conocimientos, juicio clínico y estudios sistemáticos que conlleva.

Metodología

El presente trabajo es de enfoque cualitativo tipo caso clínico único, cuyo método es el proceso de atención de enfermería consta de cinco fases; la valoración se realiza la recolección y organización de la información relacionada al paciente, la familia y el entorno, para posteriormente dar un diagnóstico como resultado de la valoración y determinando así una conclusión o juicio. El tercer paso es la planificación con el objetivo de establecer estrategias para minimizar, prevenir o corregir los problemas que presenta el paciente así mismo permite la promoción de salud; con la intervención del paciente y su familia se ponen en práctica los cuidados programados y finalmente se realiza la evaluación a las personas, la familia y comunidad, según las expectativas u objetivos planteados. (Naranjo, et al. 2018).

El sujeto de estudio es un paciente P.L.L. Z, con diagnóstico médico: Shock mixto/ IRA tipo I/ Síndrome Convulsivo; Los datos obtenidos fueron recolectados mediante la observación directa, exploración física y revisión documentaria (historia clínica), como instrumento se utilizó una Guía de valoración basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, después del análisis crítico de los datos significativos se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando la Taxonomía II de la Nanda I; para la etapa de planificación se utilizó la taxonomías NOC y NIC; luego de la etapa de ejecución de los cuidados de enfermería se culminó el proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de las puntuaciones final y basal.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

Apellidos y Nombre	: P.LL.Z
Sexo	: masculino
Edad	: 1 año 11 meses.
Diagnóstico médico	: Shock mixto/ IRA tipo I/.
Días de hospitalización	: 10 días.
Horas de atención	: 12 horas.

Motivo de ingreso:

Paciente pediátrico lactante mayor de sexo masculino, procedente de emergencia: madre refiere que paciente presenta 4 convulsiones tipo espasmos infantiles durante el día, baja saturación de oxígeno, cianosis central y distal, tiraje subcostal, trabajo respiratorio, disnea, frecuencia cardiaca elevaba, pérdida de conocimiento mayor de 15 minutos, asociadas a fiebre, también refiere que su niño tiene por antecedente síndrome de west, laringomalasia ”; paciente masculino ingresa al servicio de uci Neuroquirúrgica el día 27/7/2021 con tubo endotraqueal N° 4 con CAF, fijado 13 cm de comisura labial, acoplado a ventilador mecánico modo AC, con fio 65% PEEP: 8, bajo sedo analgesia con RASS – 4 recibiendo infusión de midazolam, fentanilo, ketamina, se auscultan roncantes y crepitantes en ACP, con presencia de abundantes secreciones densas amarillentas por tuvo endotraqueal, con SNG N° 8 a gravedad, CVC en SCD de 4 french, 3 lúmenes, 1 línea arterial en MII, oligúrico con SF N° 8 flujo urinario 30cc/m2/hora , temperatura de 39°c, con gasometría arterial anormal, PH 7.25; PCO2: 45mmhg, disnea, taquicardia, prolongación del tiempo de llenado capilar, con pronóstico reservado.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente pediátrico lactante mayor de sexo masculino de parto eutócico, en regular estado de higiene, madre refiere tener vacunas completas para la edad, no cuenta con tarjeta de vacunación, con antecedente de síndrome de west, macrocefalia, laringomalasia; niega antecedentes quirúrgicos, niega alergias medicamentosas.

Patrón Funcional II: Sexualidad /Reproducción.

Paciente no presenta anomalías en zona testicular.

Patrón III: Nutricional metabólico.

Paciente pediátrico de 10 kg, talla: 75.8 cm, T/E = -3 DS = Talla baja severa; P/T = 0 DS = Normal, P/E = -2 DS = Normal pero tendencia a bajo peso), desnutrido crónico, en NPO por estar conectado a ventilador mecánico, portador de SNG N°8, a gravedad con escaso residuo gástrico, con palidez marcada, por Hb 6,5g/dl con diaforesis, temperatura de 39°C, llenado capilar ≥ 3 segundos, riego sanguíneo disminuido, sus exámenes de laboratorio hemoglobina 6.5 gr/dl, leucocitos 33 000 mm³, Plaquetas 573000 mm³, paciente con riesgo de LPP (<12 puntos según escala Braden- Bergstrom).

Patrón Funcional IV: Actividad - Ejercicio.

Actividad Respiratoria

Paciente pediátrico lactante mayor de sexo masculino con tubo endotraqueal N°4 fijado en 13 CM de comisura labial, acoplado a Ventilación Mecánica invasiva modo AC, con FIO₂ 65% saturando 96%, PEEP 8, con FR: 51 por minuto, tiraje subcostal, a la auscultación,

roncantes y sibilantes en ACP, abundantes secreciones viscosas y densas amarillentas por TET y nariz, ¹ gasometría arterial anormal, PH 7.25; PCO₂: 45 mm Hg.

Actividad circulatoria

FC: 149 por minuto de ritmo irregular, ² llenado capilar menor de 2", edema en miembros superiores e inferiores de ++/+++. Portador de CVC en SCD 4 french 3 lúmenes, línea arterial en MII,

Grado de dependencia

Considerado con grado de dependencia III, esta con movilidad limitada.

Patrón Funcional V: Relaciones – Rol.

Los padres del paciente son convivientes, es el tercer hijo. Quien sustenta la carga familiar es el padre del paciente.

Patrón Funcional VI: Perceptivo - Cognitivo.

Paciente pediátrico de sexo masculino con RASS – 3, bajo sedoanalgesia, hipo activo, pupilas no reactivas a la luz, de 2 mm, anisocorias. Alteraciones auditivas y visuales,

Patrón Funcional VII: Eliminación.

Paciente, estreñido hace dos días, portador de sonda Foley n°8, colocado el 27-7-2021; con contenido de orina sedimentosa, flujo urinario 30cc/m²/hora

Patrón Funcional VIII: Reposo - Sueño.

Sueño prolongado por estado hemodinámico de paciente bajo sedación.

Patrón Funcional X: Autopercepción - Auto concepto.

Paciente con estado emocional de rass-3.

Diagnóstico**Primer Diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Disminución del gasto cardíaco. (00029)

Características definitorias: taquicardia, edema, prolongación del tiempo de llenado capilar, oliguria.

Factores relacionados: alteración del ritmo cardiaco

Enunciado diagnóstico Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración del ritmo cardíaco evidenciado por taquicardia, edema, prolongación del tiempo de llenado capilar, oliguria.

Segundo Diagnostico:

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas (00031)

Características definitorias: Presencia de secciones viscosas y densas en tubo endotraqueal, a la auscultación, roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares ACP

Factor relacionado: Producción de secreciones.

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con producción de secreciones, evidenciado por presencia de secreciones viscosas y densas en tubo endotraqueal, a la auscultación, roncales y sibilantes en ACP

Tercer Diagnostico:

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontanea (00033)

Factor relacionado: Fatiga de los músculos respiratorios

Características definitorias: Gasometría arterial anormal, PH 7.25; PCO₂: 45 mm Hg, disnea, taquicardia.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con evidenciada por gasometría arterial anormal, PH 7.25: 45 mm Hg, disnea, taquicardia.

Planificación

Primer Diagnóstico.

Disminución del gasto cardiaco

NOC [0406] Estado circulatorio.

Indicadores:

Fuerza de la presión del pulso

Gasto urinario

Relleno capilar

Edema periférico.

Intervenciones de enfermería.

NIC [0444] cuidados cardiacos: agudo

Actividades:

- Monitorizar el EEG para detectar cambios del segmento ST.
- Monitorizar las entradas/salidas, diuresis y el peso diario.
- Realiza una evaluación del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica.

- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (por ejemplo: PaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco)
- Administrar medicamentos según prescripción médica: Cefotaxima 360 mg EV Cada 12 horas, Vancomicina 54 mg EV cada 8 horas, Omeprazol 4 mg EV cada 24 horas, Dopamina 52 mg (1.3cc) + dextrosa 5% (22.7 cc) 1cc/hora.

Segundo Diagnostico

Limpieza ineficaz de vías aéreas

NOC [0410] Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratoria.

Indicadores:

Frecuencia respiratoria.

Ritmo respiratorio

Capacidad de eliminar secreciones

Profundidad de la inspiración

Ruidos respiratorios patológicos

Intervenciones de enfermería.

NIC [3110] Manejo de las vías aéreas artificiales

Actividades:

- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente según correspondan.

- Observar los cambios en el estado respiratorio y cambios de los valores de la gasometría arterial, según corresponda.
- Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico).
- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, entre otras.

Tercer Diagnostico

Deterioro de la ventilación espontanea

NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.

Indicadores

Saturación de Oxígeno.

PH arterial.

Disnea de esfuerzo.

NOC (0403) Estado respiratorio: Ventilación

Indicadores:

Dificultad respiratoria

Retracción torácica

Utilización de los músculos accesorios

Capacidad vital

Intervenciones de enfermería

NIC [3300] Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

Actividades

- Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios).
- Asegurar³ de que las alarmas del ventilador están conectadas
- Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂.
- Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio como es el aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria.
- Vigilar⁸ el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.

EJECUCION

PRIMER DIAGNOSTICO:

Tabla 1:

Disminución del gasto cardíaco.

Intervención: cuidados cardíacos: agudo		
Fecha	Hora	Actividades
27 - 07 - 2021	8:00 am	Se monitorizó el EEG para detectar cambios del segmento ST.
	8:00 am	Se monitorizó las entradas/salidas, diuresis y el peso diario.
	8:30am	Se realizó una evaluación del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica.
	8:30am	Se vigiló las tendencias de la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disponibles (presión venosa central y presión capilar pulmonar/ d enclavamiento de la arteria pulmonar).
	9:00am	Se monitorizó los factores determinantes del aporte de oxígeno (por ejemplo: PaO ₂ , niveles de hemoglobina y gasto cardíaco)

	Según indicación médica	Se administró medicamentos: Cefotaxima 360 mg EV Cada 12 horas, Vancomicina 54 mg EV cada 8 horas, Omeprazol 4 mg EV cada 24 horas, Dopamina 52 mg (1.3cc) + dextrosa 5% (22.7 cc) 1cc/hora, nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico.
--	-------------------------	--

SEGUNDO DIAGNOSTICO:

Tabla 2:

Limpieza ineficaz de vías aéreas:

Intervención: Monitorización respiratoria.		
Fecha	Hora	Actividades
27 - 07 - 2021	8:00 am	Se determinó la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
	Cada hora durante el turno	Se monitorizó las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente según correspondan.
	Cada hora o según necesidad.	Se observó los cambios de SaO ₂ , SvO ₂ , CO ₂ y valores de gasometría arterial, según corresponda.
	Según indicación medica	Se instauró tratamiento de terapia respiratoria (nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico)
	Cada hora o según necesidad.	SE monitorizó los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, entre otras.

TERCER DIAGNOSTICO

Tabla 3:

Deterioro de la ventilación espontanea.

Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

Fecha	Hora	Actividades
27 - 07 - 2021	8: 00 am	Se controló las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios).
	8: 10 am	Se aseguró de que las alarmas del ventilador están conectadas.
	Cada hora o según necesidad.	Se controló las actividades que aumentan el consumo de O2 (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O2.
	Cada hora o según necesidad.	Se controló los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio como es el aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria.
	Cada hora o según necesidad.	Se vigiló el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.

EVALUACION:**PRIMER DIAGNOSTICO:**

Estado Circulatorio

Tabla 4.*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado del Estado Circulatorio.*

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Fuerza de la presión del pulso	3	4
Gasto urinario	4	5
Relleno capilar	3	4
Edema periférico	4	5

La tabla 1° muestra que los Indicadores del resultado del Estado circulatorio fueron seleccionados para el diagnóstico de la Disminución del gasto cardíaco, antes de las Intervenciones de enfermería fue una Desviación moderada del rango normal (3); y con las Intervenciones de enfermería se modificaron a una Desviación leve del rango normal (4). La puntuación basal fue de 3 obteniendo una puntuación de cambio a +1 siendo corroborado por la mejoría del estado salud del paciente.

SEGUNDO DIAGNOSTICO:

Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.

Tabla 5.

Puntuación basal y final de los indicadores de permeabilidad de las vías respiratorias.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	3	4
Ritmo respiratorio	4	5
Capacidad de eliminar secreciones	3	4
Profundidad de la inspiración	3	4
Ruidos respiratorios patológicos	4	5

Tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias seleccionados para el diagnóstico Patrón respiratorio ineficaz antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (desviación moderada del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la mejora del paciente. La puntuación basal fue de 3 y su puntuación final fue de +1.

TERCER DIAGNOSTICO:

Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.

TABLA 6.

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

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dificultad respiratoria	2	3
Retracción torácica	3	4
Utilización de los músculos accesorios	3	4
Capacidad vital	3	4

La tabla 6 muestra que los indicadores del resultado del Estado Respiratorio: intercambio gaseoso fueron seleccionados para el diagnóstico de Deterioro del intercambio gaseoso, antes de las intervenciones de enfermería presento una moda (3), siendo la desviación moderada del rango normal; después de las intervenciones de enfermería presenta una Desviación leve del rango normal (4). La puntuación basal fue de 3, obteniendo una puntuación de cambio de +1.

Resultados

La importancia del proceso de atención de enfermería, radica en aumentar nuestro grado de satisfacción de la cual nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos; a través de la información continua y completa identificando los problemas actuales o potenciales estableciendo prioridades en las actividades de enfermería planificando y organizando los cuidados.

En la etapa de valoración se utilizó como técnica primordialmente el examen físico céfalo caudal como medio de recolección de datos; dicha información se realizó a través de la guía de valoración de los patrones funcionales de Salud de Gordon, (1996).

En este trabajo se han encontrado 5 diagnósticos NANDA de los cuales se han priorizado 3 diagnósticos: Disminución del gasto cardiaco; Limpieza ineficaz de vías aéreas; Deterioro de la ventilación espontanea, en esta fase de diagnóstico se utilizó el juicio clínico sobre los problemas reales o potenciales de salud; logrando identificar cinco diagnósticos; pero se logró priorizar tres: disminución del gasto cardiaco, limpieza ineficaz de vías aéreas, deterioro de la ventilación espontanea

En la fase de la planeación se realizó la prioridad de los problemas de salud que deben atenderse primero; para no poner en peligro la vida del usuario teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC.

En la fase de ejecución se llevó a cabo la planificación; experimentado la realización de cada intervención y las necesidades asistenciales.

En la evaluación se llevó a cabo sobre las etapas del plan, la intervención de la enfermera y sobre el producto final, al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos.

2 A la evaluación de acuerdo a la puntuación basal a la puntuación de logro y como resultados después de la aplicación de las actividades de enfermería en los tres diagnósticos priorizados se obtuvo una puntuación de cambio +1; +1; +1.

Discusión

Disminución del gasto cardíaco.

Según Heather H. (2021), en referencia a NANDA, asevera² que la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

Según González (2018) el gasto cardíaco está directamente influenciado por la frecuencia cardíaca y el volumen sistólico. Por ende, la regulación del gasto cardíaco incluye señalización del sistema nervioso autónomo, endocrino y paracrino. Por otro lado,² las células, los tejidos y los órganos dependen de que el corazón bombee sangre para suministrar nutrientes. En síntesis,⁴ la disminución del gasto cardíaco es un problema independiente e interdependiente de enfermería, el cual debe ser analizado de forma inmediata, debido a que esto constituye un porcentaje elevado de mortalidad.

Así mismo Aravena (2018) menciona¹ que la disminución del gasto cardíaco puede resultar en un suministro de sangre insuficiente y comprometer las reacciones vitales. Lo cual puede resultar en una transición hacia vías metabólicas anaeróbicas que conducen a la producción de ácido láctico, pH celular reducido, desnaturalización de enzimas y potencial de membrana alterado. Por consiguiente, según el autor si no se llevaba a cabo la disminución de gasto cardíaco⁴³ puede provocar daños en los tejidos y órganos.

Por otro lado, Neres, et. al (2017) definen a la disminución del gasto cardíaco como una condición médica, puesto que cuando el corazón no bombea suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo, se presenta la disminución del gasto cardíaco. La disminución del gasto cardíaco relacionado con esta patología condiciona una alteración funcional y/o estructural del⁴

lado izquierdo del corazón provocando disminución del gasto cardíaco por lo que la fisiopatología de la enfermedad valida el diagnóstico con la presencia de signos y síntomas que concuerdan con muchas de sus características definitorias.

1 En el caso del paciente en estudio, presentó como características definitorias: taquicardia, edema, prolongación del tiempo de llenado capilar, oliguria, todo ello como consecuencia originado por una baja del gasto cardíaco, al respecto, Saugel y Vincent (2018) mencionan que el seguimiento hemodinámico cuidadoso de los niños críticamente enfermos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos es fundamental para garantizar una atención oportuna y eficaz, anticipándose al máximo a las necesidades del paciente. Para ello, el enfermero no sólo debe tener un amplio conocimiento de la ciencia de enfermería, sino también diversos aspectos fisiopatológicos básicos para comprender la hemodinámica y el 38 gasto cardíaco. La disminución del gasto cardíaco (SBGC) es una encrucijada donde los pacientes de la UCIP pueden llegar por diversas vías o condiciones patológicas tales como: cardiopatía congénita con insuficiencia cardíaca, enfermedad respiratoria, cirugía cardíaca, condición séptica, trauma, etc.

Así mismo, como factor relacionado se tiene a la alteración del ritmo cardíaco, en cuanto a esto Hernández, R. (2017), asevera que el corazón es una bomba de 29 cuatro cámaras: dos cámaras superiores (aurículas) y dos cámaras inferiores (ventrículos). Está alimentado por un sistema de conducción eléctrica que emite pulsos a una frecuencia constante. Estos pulsos hacen que el corazón lata y bombee 30 sangre a los pulmones y al cuerpo. Cuando el corazón se acelera, o es lento o con un ritmo irregular (irregular), como consecuencia de esto el gasto cardíaco se ve alterado para ambos casos.

1 Para ayudar al paciente a mejorar el gasto cardíaco se utilizó la intervención NIC [4044] cuidados cardíacos: agudo y se ejecutaron las siguientes actividades:

Se monitorizó el EEG para detectar cambios del segmento ST, al respecto Ji-Won Hwang (2019) nos mencionan que se revisaron muchos estudios para observar consecuencias clínicas de los cambios inversos del electrocardiograma EKG. Sin embargo, la importancia clínica de los cambios recíprocos en EKG, que es un indicio de injuria cardiaca. La importancia de verificar los cambios en el segmento ST a menudo se correlaciona con eventos coronarios clínicamente significativos, como el síndrome de cardiopatía isquémica y el infarto de miocardio, y la detección temprana ayuda a al equipo de salud a actuar rápidamente. Es por ello que la especialista en enfermería debe valorar constante mente estos valores.

Se monitorizaron las entradas/salidas, diuresis y el peso diario, al respecto, Sellarés y Rodríguez (2018) refieren que el control de diuresis diaria proporciona información indirecta sobre el manejo renal del agua y el estado de hidratación del paciente. Del mismo modo, la osmolalidad de la orina (Osm) informan sobre la capacidad de concentración de la orina; también permite mantener constante el contenido de agua, mediante el ajuste entre los ingresos (agua de bebida, líquidos, agua contenida en los alimentos) y las pérdidas (vía pulmonar, sudoración, orina y las heces). Por otro lado, el control del peso nos indica contextualizar al paciente si gana, mantiene o pierde peso para decidir si el paciente necesita aumentar o disminuir los fluidos ya sea por boca o por vena. Estos valores son indicadores de evolución en la atención del paciente, por lo que la enfermera debe de comunicar al médico cualquier alteración de estos valores.

Se realiza una evaluación del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica, al respecto, Sellarés y Rodríguez (2018) aseveran que el evaluar el estatus cardiaco permite valorar las probabilidades de aparición o desarrollo en curso de afecciones cardiacas, vasculares, cerebrovasculares, vasculares periféricos y parada cardiaca. También permite evaluar el correcto funcionamiento de estos componentes, como FC, PA, el gasto cardiaco, estado de llenado capilar,

alteraciones e identificación inmediata de estos componentes permite al equipo médico actuar con eficacia.

Se monitorizaron los factores determinantes del aporte de oxígeno (por ejemplo: PaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), en este contexto, Saavedra B., et al. (2022) refieren que los aportes de oxígeno son necesario durante las etapas finales de la respiración celular, es decir, durante la conversión de glucosa en ATP. Sin estos aportes de oxígeno, disminuye aportes de ATP. Este se debe a que se necesita ATP para la función celular adecuada, por ello el monitoreo del gasto cardíaco, el recuento de la hemoglobina entre otros permite evaluar la condición del paciente y pronosticar la evolución de los cuidados de enfermería; como por ejemplo la movilización adecuada del paciente minimizan el acumulo de secreciones, proporcionan una mejor distribución de la ventilación y de la perfusión.

Se administró Cefotaxima 360 mg EV Cada 12 horas, Vancomicina 54 mg EV cada 8 horas, Omeprazol 4 mg EV cada 24 horas, Dopamina 52 mg (1.3cc) + dextrosa 5% (22.7 cc) 1cc/hora, nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico, al respecto, Valderrama (2018) refiere que administrar medicamentos, es una de las acciones de los cuidados más comunes y tiene el mayor impacto en la recuperación de los pacientes pediátricos. Incluye una serie de procesos, desde la prescripción del médico hasta la preparación, administración y registro de medicamentos, así como la educación del paciente y la familia y el control de los efectos secundarios. Esta tarea requiere responsabilidad, compromiso y conocimiento por parte del enfermero

22 Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Según Heather H. (2021), en referencia a NANDA ¹ inspiración y/o espiración que no proporcionar una ventilación adecuada.

Según Seganfredo, et. Al (2017) la limpieza ineficaz de vías aéreas es una condición inadecuada del funcionamiento respiratorio por un acumulo exagerado de secreciones bronquiales, esto como consiguiente lleva a un proceso oxigenatorio en el niño y que a menudo compromete el rendimiento de la función respiratoria, como proporcionar oxígeno a los tejidos y eliminar los productos de desecho.

Por consiguiente, Chaparro y Giraldo (2017) refiere que cuando las vías aéreas se encuentran obstruidas por cualquier causa altera el patrón respiratorio y se da cuando se altera la frecuencia, el tiempo y el patrón de respiración, por lo que, cuando éste es ineficaz, es probable que el cuerpo no reciba suficiente oxígeno para las células. En conclusión, la insuficiencia respiratoria puede estar correlacionada con variaciones en la frecuencia respiratoria, patrones abdominales y torácicos.

Considerando al factor relacionado acumulación de secreciones, al respecto Romero-Rivas, E. (2017), refiere que en los pacientes críticos, los músculos inspiratorios son incapaces de respirar profundamente antes de toser, y la falta de fuerza necesaria en los músculos espiratorios ² provoca una salida explosiva de aire que atrae las secreciones y ayuda a estos músculos debilitados a trabajar, aumentando la presencia de un tubo endotraqueal cuando los organismos atrapan Cuando esto sucede, parece extraño, por lo que el mecanismo de defensa se produce a través de la liberación de secreciones bronquiales.

Con respecto al paciente en estudio presentó como características definitorias secciones viscosas y densas en tubo endotraqueal, a la auscultación, roncantes y sibilantes en ambos campos pulmonares ACP, según Seganfredo, et. Al (2017) las características definitorias son: alteraciones en la frecuencia respiratoria, gases sanguíneos arteriales alterados, fatiga, patrón respiratorio paradójico abdominal, saO_2 disminuida, cooperación disminuida, cianosis de piel, labios o extremidades. Por otro lado, según los autores los factores asociados a ello son fatiga, la edad y el grupo de enfermedades. En contrastación con la investigación de Chaparro y Giraldo (2017), Por otro lado, el factor influyente es el deterioro neurológico.

De la misma manera las Intervenciones de enfermería: NOC [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratoria, se realizaron las siguientes actividades:

Se determinó la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales, al respecto, Flores (2017) en su estudio mencionó que es un procedimiento que tiene un alto índice de complicaciones, por lo que el personal médico deberá evaluar primero la necesidad, ya que este es un procedimiento invasivo, es difícil, y si lo hace, debe indicarse según el criterio atento. Como esto puede tener consecuencias graves para el paciente, las enfermeras deben tener conocimientos basados en la evidencia de diferentes métodos y técnicas involucrados en la aspiración de las vías respiratorias.

Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente según correspondan. Echezuria M, y Quijada M. (2022) refieren que las manifestaciones de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda reflejan el grado de dependencia, la necesidad de cuidados y la ventilación necesaria. El propósito del ventilador pulmonar artificial es corregir la hipoventilación, mejorar patrones de

oxigenación y adecuados transportes de oxígeno, y reducir el trabajo respiratorio. Los cuidados de la enfermera especialista son necesarios para un paciente ventilado dependen del estado del paciente y del modo y ciclado de ventilación utilizado.

Observar los cambios de StO_2 , CO_2 , estado respiratorio y cambios de los valores de la gasometría arterial, según corresponda. Almeida, R., y Montaña E. (2019) mencionaron que la medición de la StO_2 es con oxímetro pulsado usado para medir la cantidad de oxígeno en la hemoglobina arterial mediante espectrofotometría. La hemoglobina arterial SO_2 es el valor de saturación promedio durante los últimos 3-6 segundos y estos valores se actualizan cada 0,5 1 segundo, cualquier alteración fuera de los valores adecuados, es un indicador de una evolución no favorable del plan de tratamiento y cuidados implementados por la enfermera en el paciente, permitirá redireccionar en el plan de cuidados de forma tal se pueda reestablecer los patrones adecuados en la saturación de oxígeno, y la gasometría arterial.

Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico) al respecto, Ortega C., et al. (2019) mencionan que el nebulizador es un dispositivo diseñado para convertir una solución o suspensión en un aerosol de tamaño tal que pueda ser inhalado y depositado en el tracto respiratorio inferior. Puede ser un nebulizador neumático o de chorro, ultrasónico o de malla. Como fuente de energía pueden utilizar un compresor mecánico o de aire comprimido (aire u oxígeno). El tratamiento mediante la terapia nebulizadora, permite ablandar secreciones mucosas y por la acción del fármaco permite dilatar las vías respiratorias permitiendo un adecuado flujo de oxígeno al interior de los pulmones, la enfermera debe valorar los resultados de esta acción.

3 Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, entre otras.

Loor S. et al. (2022) refieren que se pueden hacer diferentes tipos de evaluación de la función respiratoria, como la espirometría, y las mediciones del volumen pulmonar que son más utilizadas. No obstante, otras pruebas para complementar la función respiratoria, son la valoración de los músculos respiratorios o 9 la medición de la resistencia de las vías respiratorias, pueden ayudar a mejorar pruebas de función pulmonar para determinar de manera más objetiva los efectos de la IRA. La enfermera especialista debe evaluar en todo momento las condiciones fisiológicas respiratorias del paciente, permitiendo mejorar las valoraciones encontradas, establecer un plan de cuidado de enfermería y 35 tomar mejores decisiones en su tratamiento y diagnóstico.

Deterioro de la ventilación espontánea

Según NANDA 2021- 2023 8 exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo/capilar. 6 El intercambio gaseoso es el proceso de llevar oxígeno a los tejidos y extraer dióxido de carbono (CO₂), en este proceso el pulmón es el órgano más comprometido. En un aspecto patológico hay un desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno, por lo cual es necesario sustituir el trabajo respiratorio con un soporte mecánico respiratorio. Con la finalidad de brindar asistencia al paciente pediátrico el objetivo fundamental de la acción de enfermería es: optimizar el intercambio gaseoso, disminuir el sufrimiento respiratorio, obtener una vía aérea segura, mejorar la hipoxemia, disminuir el sufrimiento respiratorio y disminuir el uso de los músculos respiratorio (Rebollo, 2017).

Según Pascoal, et. al (2017) 1 el deterioro del intercambio de gases se da cuando se presenta cambios en la membrana alvéolo-capilar, como cambios de líquido y 9 acumulación de líquido en el espacio intersticial y los alvéolos. Lo cual conlleva un aumento o disminución de oxígeno de la

membrana alveolocapilar ocasionando una eliminación alterada de dióxido de carbono. Según Gutierrez (2018) el deterioro del intercambio gaseoso es el estado en el que existe un exceso en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a nivel de la membrana alveolocapilar.

El paciente en estudio presentó como ² características definitorias Gasometría arterial anormal, PH 7.25; PCO₂: 45 mm Hg, disnea, taquicardia. según Pascoal, et. al (2017) realizaron el diagnóstico enfermero: deterioro de la ventilación espontánea, y afirmaron que es la disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

² El diagnóstico se relacionó con Fatiga de los músculos respiratorios, al respecto, Cuentas y Fernández (2020) refieren que el patrón respiratorio se define como el número de respiraciones que realiza un niño en un minuto. En condiciones normales, cabe señalar que el patrón de respiración será diafragmático debido al desarrollo de los músculos respiratorios, y la frecuencia deberá obtenerse contando los movimientos del bajo vientre. En pacientes con enfermedades respiratorias se debe evaluar la frecuencia, regularidad y uso de los músculos accesorios de este modelo, por otro lado, ⁴ el aumento de la frecuencia cardíaca es un predictor significativo del aumento del trabajo respiratorio y disminución de la ventilación.

así mismo se tiene a las intervenciones NIC [3300] para el ¹ manejo de la ventilación mecánica y son las invasivas siguientes

Se controló las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios), Ahumada, L., et al (2015) El músculo diafragmático es muy resistente a la fatiga, pero cuando existe condiciones médicas, constantemente expuesto a cargas pesadas, puede llegar a un estado de fatiga, lo que ocurre por dos razones, la primera es una disminución

de la disponibilidad. El segundo se debe a un estrés excesivo, que hace que los músculos no puedan contraerse, y es una condición en la que los pacientes pediátricos reciben soporte ventilatorio. En este aspecto la enfermera evalúa este aspecto importante que condiciona al niño a llevar o seguir con ventilación mecánica.

Se aseguró⁸ de que las alarmas del ventilador están conectadas; Guerrero, M. et al (2019), aseveran que¹ la ventilación mecánica invasiva es un medio que brinda soporte vital especializado en condiciones clínicas donde la función respiratoria se está deteriorando y puede reducir costos energía y reducir el riesgo de hiperventilación e hipoventilación, además de muchos estresores ambientales y empeoramiento del estado general, al programar el ventilador mecánico con un patrón de respiración adecuado, donde las alteraciones de los patrones establecidos así como las alarmas y la sedación óptima, significa un cuidado estandarizado y específico, permite brindar un cuidado seguro y así evitar¹¹ posibles complicaciones que pueden surgir en este período en el paciente pediátrico.

Se controló² las actividades que aumentan el consumo de O₂, al respecto, Cuentas D., & Fernández, S. (2020), aseguran que la oximetría es un indicador por el cual la enfermera puede valorar² los niveles de oxígeno en sangre arterial es usado como una herramienta que nos brinda numerosas ventajas en la toma de decisiones clínicas y manejo del tratamiento, en niños intubados, cualquier cambio en los niveles de oxígeno es un predictor de cambios en los órganos acompañantes y las enfermeras deben evaluar aspectos como² fiebre, escalofríos, calambres, dolor o actividades de atención primaria que puedan alterar la sensación de saciedad del paciente.

Se controló³ los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio, al respecto Cuentas D., & Fernández, S. (2020) mencionan que el patrón respiratorio es definido como las

2 veces que el niño respira durante un minuto completo, es por ello que 1 la monitorización respiratoria incluye la monitorización de los parámetros respiratorios, la monitorización del intercambio de gases y el análisis de la mecánica pulmonar para evaluar el impacto de las exacerbaciones de la enfermedad subyacente del niño 25 en el nivel de funcionamiento relacionado con las actividades y tareas y su impacto en la participación en estas actividades y tareas.

21 Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica, al respecto Castillo, A. E. (2017) refiere que 20 el objetivo primordial de la ventilación mecánica es reemplazar el trabajo de la respiración hasta que el paciente pueda hacerlo de forma independiente. Comprender 20 la fisiología del paciente pediátrico, la fisio-patología de la enfermedad o afección subyacente y saber cómo funciona el ventilador y cómo interactúa con el paciente ayudará con el tratamiento adecuado, la reducción de complicaciones y el tratamiento efectivo y asegurar una extubación exitosa, el estado hemodinámico del paciente afectará su desarrollo y es el enfermero quien evalúa los parámetros del ventilador relacionados con el desarrollo clínico del paciente.

1 Conclusiones

El proceso de atención de enfermería es una herramienta científica que permite gestionar el cuidado mediante las cinco etapas, ello nos facilita identificar los problemas de salud en base a respuestas humanas del paciente en cual se basa en fundamentos científicos y análisis reflexivo de los datos para el actuar profesional.

1 Al elaborar un plan de cuidado de enfermería en caso del paciente permitió 2 identificar las principales necesidades y problemas que intervienen en la salud y bienestar del paciente pediátrico garantizando los cuidados correspondientes mediante la taxonomía NANDA- NIC- NOC.

1 La enfermera se encarga de liderar el cuidado del paciente de manera holística identificando la necesidad del paciente con ayuda del equipo multidisciplinario coordinando para beneficio de la recuperación del paciente pediátrico.

1 Se logró elaborara un plan de cuidados oportuno y de calidad, centrado en el diagnostico principal (00029) Disminución del gasto cardiaco, planear los objetivos (NOC), y organizar las intervenciones (NIC) orientadas a evitar una disminución del 1 gasto cardiaco y mayores complicaciones en el paciente pediátrico.

REFERENCIAS

- Alvarez, L., & Peralta, Y. (2020). Infecciones respiratorias graves en pacientes pediátricos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(1), 1561-3194. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000100015
- Almeida, R., y Montaña E. (2019) Nivel de conocimiento sobre el pulsioxímetro en los cuidadores de la salud en dos instituciones hospitalarias. [Pregrado]: Universidad Santiago de Cali; Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/4457/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20EL%20PULSIOXIMETRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aravena, F. (2018). Fundamentación del diagnóstico enfermero: Disminución del gasto cardiaco al paciente con Insuficiencia Cardiaca Izquierda. Universidad Autónoma de San Luis Potosí (Tesis de especialización). San Luis, México. Obtenido de <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4623/TESINA%20DEFENSA%20L.E%20FABIOLA%20ARAVENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Astudillo, J., & García, G. (2017). Factores asociados a infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil de octubre del 2016 a febrero del 2017. Universidad Católica de Guayaquil (Tesis de Licenciatura). Obtenido de <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7494/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-345.pdf>

- Astudillo, M., Díaz, S., Álvarez, M., Castillo, E., Betancourt, M., & Pillajo, K. (2021). Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias. *Cambios rev. méd.* , 20(1), 117-132.
- Ahumada-Fuentes, L. A., Arancibia-Apiolaza, M. I., Castilla-Rubio, R. A., & Olivares-Iturra, I. E. (2015). *Descripción de la amplitud de activación máxima de los músculos respiratorios durante el registro de capacidad vital lenta a través de electromiografía de superficie utilizando carga incremental en sujetos sanos* (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).
- Castillo, A. E. (2017). Ventilación mecánica invasiva en el paciente pediátrico. *Neumología pediátrica*, 12(1), 15-22.
- Chaparro, J., & Giraldo, B. (2017). Análisis y clasificación del patrón respiratorio de pacientes en proceso de retirada del ventilador mecánico. *Revista Ingeniería Biomédica*, 5(9).
Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v5n9/v5n9a07.pdf>
- Chirinos-Saire Y, Reyna-García R, Aguilar-Huauya E, Santillán-Salas C. (2021). Virus respiratorios y características clínico-epidemiológicas en los episodios de infección respiratoria aguda. *Rev Perú Med Exp Salud Publica.*;38(1):101-7. doi:
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6346>.
- Clasificación de intervenciones de enfermería NIC (2018). Séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek.
- Clasificación de resultados de enfermería NOC (2018). Medición de resultados en salud, sexta edición-editado Sue Moorhead.Elizabeth Swanson. Marion Johnson.

- Córdova, D., Chávez, C., Bermejo, E., Jara, X., & Santa, F. (2020). Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Revista Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 1727-558X. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054
- Coronel, C., Huerta, Y., & Ramos, O. (2018). Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 2(2), 1025. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009
- Cortés, L. (2019). Infección respiratoria aguda (IRA). Obtenido de <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/2585/12.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Cuentas-Zapata, D. M., & Fernández-Calle, S. D. (2020). Relación entre la saturación de oxígeno y los signos clínicos de dificultad respiratoria en niños menores de cinco años del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2019-2020.
- Flores, E., (2017). Conocimientos y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017
- Echezuria M., y Quijada M. (2022) Ventilación mecánica invasiva en COVID-19. ¿Una estrategia mortal?. *Med Crit.*;36(1):45-49. doi:10.35366/104475.
- Encuesta demografica de Salud familia (ENDES). (2020). Recuperado el (16 de julio de 2022), de

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/informe_principal_2020/informe_principal_endes_2020.pdf

González, S. (2018). Disminución del Gasto Cardíaco R/C alteración de contractilidad y poscarga: bases científicas para el cuidado enfermero. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis, Mexico. Obtenido de

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4600/DISMINUCIO%20DEL%20GASTO%20CARDIACO%20WORD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gordon, M. (1996). Diagnóstico enfermero proceso y aplicación. (3ª ed.). Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España

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), 96-110.

Gutierrez, F. (2018). Insuficiencia respiratoria aguda. 27(4), 286. *Acta medica peruana*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

Hernández, R. V., González, M. R., del Tánago, P. G. G., Polar, E. O., & Carlavilla, F. J. P. (2017). Arritmias. *Panorama actual del medicamento*, 41(404), 524-531.

Ji-Won Hwang, Jeong Hoon Yang, Young Bin Song, Taek Kyu Park, Joo Myung Lee, Ji-Hwan Kim, Woo Jin Jang, Seung-Hyuk Choi, Joo-Yong Hahn, Jin-Ho Choi, Joonghyun Ahn, Keumhee Carriere, Sang Hoon Lee, Hyeon-Cheol Gwon. (2019) Significado clínico de los cambios recíprocos del segmento ST en pacientes con IAMCEST: estudio de imagen

con resonancia magnética cardíaca, *Revista Española de Cardiología*, Volume 72, Issue 2, Pages 120-129, de: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.01.002>.

Loor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. (2022) factores asociados al síndrome de dificultad respiratorio neonatal severa. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*;23(2):93-100
doi: <https://doi.org/10.52011/160>

Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. [en línea]. (2020). 05 al 11 de enero del 2020 Situación epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
Recuperado el 16 de julio de 2022, de
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2020/02.pdf>

Minsalud. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). En línea. (2022). Recuperado el (16 de julio de 2022), de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20afectada%20son,expectoraci%C3%B3n%20y%20dificultad%20para%20respirar](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20afectada%20son,expectoraci%C3%B3n%20y%20dificultad%20para%20respirar).

NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación (2021-2023).

Editado por: T. Heather Herdman. phd. RN, FNI y Shigemi Kam'rtsuru phd. RN, FNI. 12ª edición 2021.

Naranjo-Hernández, Y., González-Hernández, L., & Sánchez-Carmenate, M. (2018). Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente, 22(6), 831-842. Recuperado de <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5844/3260>

Neres, L., Felipe, T., Gomes, M., & Conceicao, D. (2017). Prevalencia del diagnóstico de enfermería de disminución del gasto cardíaco y valor predictivo de las características

definidoras en pacientes en fase de evaluación para trasplante cardíaco. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2), 1-9. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7KRN69z5VvzGJtBpfHXvvcG/?format=pdf&lang=es>

Organización Mundial de la Salud. *Las Infecciones Respiratorias Agudas*. (en línea) Biblioteca de la OMS. (2022). Recuperado el 16 de enero de 2023, de https://vgripe.isciii.es/documentos/20212022/boletines/Informe%20semanal_SiVIRA_102022.pdf

Ortega C, Pellegrini J, De arriba S. (2019). Dispositivos de inhalación en medicación inhalada. *AEPED. Protocolo diagnóstico terapéutico pediatría*; 2:51-64. Disponible en: <https://www.aeped.es> > 04_dispositivos_inhalacion.

Pascoal, L., Oliveira, M. d., Resende, D., Beltrão, B., Silva, V. d., & Magalhães, F. (2017). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(3), 491-9. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFp6hb39cJXmsg7gDz8B4b/?lang=es&format=pdf>

Rebollo, C. (2017). *Plan de cuidados estandarizado para pacientes en proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva (Licenciatura)* Universidad de La Laguna. Facultad de ciencias de la salud. España

Romero-Rivas, E. V., Vicente-Chávez, M. G., & Tapia-Calcina, E. M. (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.

Saavedra B., M., Escobar A., P., & Caussade L., S. (2022). fisiología respiratoria transporte de gases en sangre. *Neumología Pediátrica*, 17(3), 72–75.

<https://doi.org/10.51451/np.v17i3.496>

Saugel, B. y Vincent, JL (2018). Monitoreo del gasto cardíaco: cómo elegir el método óptimo para el paciente individual. *Opinión actual en cuidados críticos* , 24 (3), 165-172.

Seganfredo, D., Beltrão, B., Silva, V. d., Oliveira, M., Castro, S., & Almeida, M. d. (2017).

Análisis del patrón respiratorio ineficaz y de ventilación espontánea. *Rev. Latino-Am.*

Enfermagem, 25(1), 1-9. Obtenido de

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/7FStCmMbR7593JktbwjztSf/?lang=es&format=pdf>

Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones para el manejo de las infecciones

respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. (2021). 176. Obtenido de

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

Sellarés L., y Rodríguez, D. (2018) Parámetros Urinarios en la Enfermedad Renal Crónica.

Valderrama-Sanabria, M. L. (2018). Intervención de enfermería en la administración de

medicamentos en pediatría. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(1), 48-57.

Apéndice A: planes de cuidado

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACION				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN		
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio	
CÓDIGO 00029 Disminución del gasto cardíaco. R/C Alteración del ritmo cardíaco. E/P Taquicardia, edema, prolongación del tiempo de llenado capilar, oliguria.	Resultado: NOC Cód. 0406: Estado circulatorio.	4	Mantener en:	Código 4044. cuidados cardiacos: agudo Actividades:				5	+1	
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5)		Aumentar a:							
	Indicadores									
	040103. Fuerza de la presión del pulso	4			Monitorizar el EEG para detectar cambios del segmento ST.	M	T	N	5	+1
	040140. Gasto urinario	4			Monitorizar las entradas/salidas, diuresis y el peso diario.	M	T	N		
	040716. Relleno capilar	4			Realiza una evaluación del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica.	M	T	N	5	+1
040120. Edema periférico.	4		Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (por ejemplo: PaO ₂ , niveles de hemoglobina y gasto cardíaco)	M	T	N	5	+1		
		4		Administrar medicamentos: Cefotaxima 360 mg EV Cada 12 horas, Vancomicina 54 mg EV cada 8 horas, Omeprazol 4 mg EV cada 24 horas, Dopamina 52 mg (1.3cc) + dextrosa 5% (22.7 cc) 1cc/hora, nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico.	M	T	N	5	+1	

Plan de Cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACION				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN		
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio	
CODIGO: 000032 Limpieza ineficaz de vías aéreas. R/C Producción de secreciones. E/P Presencia de secreciones viscosas, densas en tubo endotraqueal.	Resultado NOC: 01410 Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias. Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire. Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5) Indicadores:	4	Mantener en: Aumentar a:	Código: 3110 Manejo de las vías aéreas artificiales Actividades:				5	+1	
	041004. Frecuencia respiratoria.	4			Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.	M	T	N	5	+1
	041005. Ritmo respiratorio	4			Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente según correspondan.	M	T	N	5	+1
	041006. Capacidad de eliminar secreciones	4			Observar los cambios en el estado respiratorio y cambios de los valores de la gasometría arterial, según corresponda.	M	T	N	5	+1
	040303. Profundidad de la inspiración	4			Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización con salbutamol 06 gotas + 3cc suero fisiológico).	M	T	N	5	+1
	040310. Ruidos respiratorios patológicos.	4			Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, entre otras.	M	T	N	5	+1

Plan de Cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
CODIGO: 00030	Resultado NOC: 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	4	Mantener en: Aumentar a:	Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.				5	+1
Deterioro de la ventilación espontánea. R/C Fatiga de los músculos respiratorios	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación del rango normal (5) Indicadores:				Código: 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva. Actividades:				
E/P gasometría arterial anormal, PH7.25, PCO2: 48, HCO3: 18, disnea, taquicardia.	040316. Dificultad respiratoria	4		Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios).				5	+1
	040311. Retracción torácica	4		Asegurar de que las alarmas del ventilador están conectadas				5	+1
	040309. Utilización de los músculos accesorios.	4		Controlar las actividades que aumentan el consumo de O2 (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O2.				5	+1
	040325. Capacidad vital.	4		Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio como es el aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria.				5	+1
		4		Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.				5	+1

Apéndice B: VALORACIÓN AL INGRESO

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO: UCI NEONATAL

DATOS GENERALES	H.C.:.....
Nombre:..... Fecha y hora de nacimiento:...../...../..... Edad:..... días Sexo: M F	
Fecha y hora de ingreso al servicio:...../...../..... Procedencia: SOP <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> EMG <input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> A.C <input type="radio"/> UCIN <input type="radio"/>	
Forma de llegada: Incubadora <input type="radio"/> Cuna <input type="radio"/> otro:..... PC.....cm PT.....cm Peso.....kg P.A.:...../.....mmhg FC.....x' FR:.....x'	
SatO ₂ :.....% T°:.....°C APGAR 1' ____ 5' ____ EG ____ Dx. Medico de ingreso:..... Seguro:.....	
Nombre de la madre Ocupación..... Tipo de Sangre..... Teléfono.....	
Nombre del Padre..... Ocupación..... Tipo de Sangre.....	
Teléfono:..... otro:.....	
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES	

I. Patrón percepción control de la salud
<p>Antecedentes</p> <p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM () HIV () HEPATITIS () HIPOTIROIDISMO () - TORCH () VDRL () Otro:..... - Hemoglobina:..... - Alergias: No () Si () especificar:..... - Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... - N° de gestación..... Aborto..... Numero de hijo vivo:..... - Control prenatal: No Si N°..... Grupo S. y factor:..... - Complicación gestacional: RPM () Preclampsia () Eclampsia () Síndrome de HELLP () Otro:..... <p>Padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM HIV HEPATITIS Otro:..... - Alergias: No Si especificar:..... - Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... <p>Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrahospitalario () Extrahospitalario () - Tipo: Vaginal espontaneo Vaginal instrumental Cesárea: si () no () Tipo de anestesia: Epidural () Raquídea () General () - Presentación: Cefálico () Podálico () Transverso () - L. Amniótico: Claro () Meconial () Contacto precoz: No () Si () <p>RN o Neonato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar: 1' ____ 5' ____ pto EG : ____ - Sufrimiento fetal: No Si - Circular: Simple () Doble: () Ninguno () - Profilaxis: umbilical () ocular () vit. K () - Estado de higiene: Buena Regular Mala <p>Comentario adicional:.....</p>

II. Patrón de relaciones-rol
<ul style="list-style-type: none"> - Cuantos hijos tienen los padres: - Que numero de hijo es: - Parentesco entre los padres: casados () Convivientes () Divorciados () - Soporte familiar:.....
III. Patrón valores - creencias
<ul style="list-style-type: none"> - Restricciones religiosas: No Si especificar:..... - Religión de los padres: Católica Otro:..... - Comentario adicional:.....
IV. Patrón Autopercepción autoconcepto /Adaptación afrontamiento Tolerancia a la situación y al estrés
<ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional del Neonato: Tranquilo Irritado Llanto persistente - Estado emocional de los padres: Tranquilo Ansioso Irritable Indiferente. - Muestra interés por la situación de su hijo: Si () No () - Preocupación principal de los padres:.....
V. Patrón perceptivo cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia: Dormido () Activo () Somnoliento () sedado: Reactivo () Letárgico () Hipoactivo () - Reflejos: succión () búsqueda () plantar () Babinski () Moro () - Presencia de anomalías: Visión..... Escucha..... - Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas () No reactivas () Tamaño () - Dolor: No () Si () especificar:..... - Comentario adicional:.....

VI. Patrón actividad ejercicio**Actividad respiratoria**

- Espontánea () FR: Sat:.....
 Oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva ()
 - Fio₂:.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP ()
 - TET N^o..... FUADO EN:.....
 - V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: Fio₂:
 FR: VT: PS: PEEP:
- Cianosis: No () Sí () Zona:
 - Disnea: No () Sí () Aleteo nasal () Retracción xifoidea ()
 Tiraje () Ptje de Silverman:
- Ritmo: Regular () irregular () Ruidos respiratorios: MV ()
 Sibilantes () Roncantes () Crepitantes () en: ACP.....
 HTD..... HTL.....
- Secreciones: mucosa () serosa () meconial () sanguinolenta ()
 Verdosa/amarillenta () fluida () densa ()

Actividad circulatoria

- Ritmo: Regular () irregular ()
 - Llenado capilar: menor de 2" () Mayor de 2" () Obs:.....
 - Pulsos periféricos: Conservados () disminuido () ausente ()
 - Frialdad: MSI () MSD () MII () MID ()
 - Edema: No () Sí () localización:.....
 - Líneas invasivas: No () Sí () Vía central () PICC () CUV-CUA ()
 Vía Periférica () ubicación: MMSS () MMII () Yugular ()

Ejercicio

- Tono muscular: Conservado () hipotonía () hipertonía ()
 - Tremores ()
 - Movilidad: Conservada () limitada ()

Comentario adicional:.....

VII. Patrón descanso sueño

- Horas de sueño: regular irregular
 - Duerme con dificultad: Sí () No ()
 - Se despierta con facilidad: Sí () No ()
 - Recibe medicamentos estimulantes: -----Otro:

VIII. Patrón nutricional-metabólico

Alimentación: NPO () NPT () NPP () LME () LM ()
 FM () por LM () Gotero () SNG () SOG () SGT ()
 SY () Gastroclisis ()

observación:.....

Piel:

- Diaforesis: Sí () No () Temperatura:.....
 H.O:Días:
- Vermis caseosa () Lanugo () Milium () Eritema ()
 - Color: Rosada () Pálida () ictérica ()
 otro:.....
 - Integridad: No () Sí ()
 especificar:.....
 - Fontanela : Abombada () deprimida ()

Boca

- Vómitos: No () Sí () Características:.....
 - Malformaciones: No () Sí () Especificar:.....

Abdomen

- Blando () Depresible () Distendido () Doloroso () Globuloso ()
 - Perímetro abdominal.....cm
 - Ruido hidroaéreo: Presente () disminuido () aumentado ()
 ausente ()
 - Drenajes: No () Sí ()
 Características:.....
 - Comentarios:

IX. Patrón Eliminación

- Ano permeable: Sí () No ()
Intestinal:
 Estreñimiento () Días:.....
 N° deposiciones/día:.....
 Características:
 Color: Meconial () Transición () Amarillo () Sangre ()
 (Consistencia:.....
 Colostomía () ileostomía ()
 Fecha de colocación:.....
 Comentarios:.....
- Malformación:**.....
Vesicales:
 Micción espontánea: Sí () No ()
 Características:.....
 Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal ()
 Orina: Amarilla () Colúrica () Con sangre ()
 Fecha de colocación:.....

X. Patrón -sexualidad-reproducción

- Varón:** Testículos descendidos: Sí () No ()
 Malformaciones:.....
Mujer:
 Labios genitales: Normales () Edematizados ()
 Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas ()
 Malformaciones:.....

OBSERVACIONES:**TTO. MEDICO ACTUAL**

Exámenes complementarios: AGA, RX TOTRAX, ECOGRAFIAS I/C

Firma y sello de la enfermera:

Apéndice C: Consentimiento informado

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

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso enfermero a paciente pediátrico con shock mixto e IRA mixta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica de un hospital de Lima, 2021”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales P.L.L.Z. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Jessica Caro Valera y Lic. Jessica Jacqueline Taipe Cuadros, bajo la asesoría de la Dra. Elizabeth Gonzales Cárdenas

. 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: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma

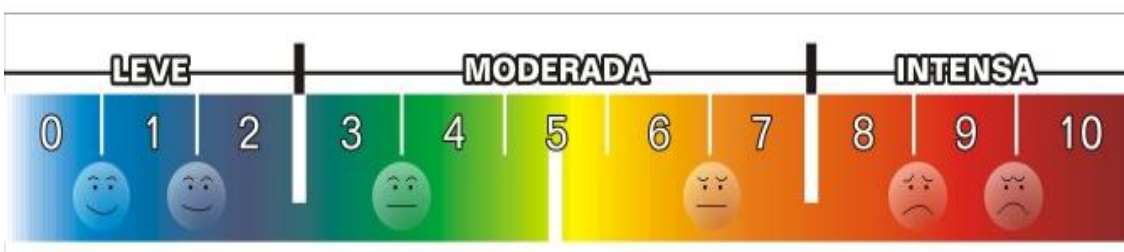
Apéndice D: Escala Visual Analógica Del Dolor (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor Intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- ✓ **Dolor leve:** Si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- ✓ **Dolor moderado:** Si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- ✓ **Dolor severo:** Si la valoración es igual o superior a 8.



Apéndice E:*Marco de valoración de enfermería al ingreso del paciente al servicio de UCI neuroquirurgica*

El paciente en estudio presento las siguientes características definitorias: Glasgow 4 puntos, pupilas isocóricas de 2mm; y como diagnostico medico shock mixto a su vez síndrome convulsivo solicitando RMC sin contraste. El paciente presenta convulsiones a repetición que en el transcurso del día se intensifican en frecuencia presentando 4 episodios de convulsión tipo espasmos infantiles; según estudio una convulsión se define como actividad eléctrica cerebral anormal excesiva e hipersincrónica que genera síntomas neurológicos transitorios, los cuales deben ser diferenciados al momento de su presentación de entre una amplia gama de otros diagnósticos neurológicos y no neurológicos. Las convulsiones deben ser clasificadas entre focal y general, sintomática aguda y sintomática provocada y entre provocadas y no provocadas. No todo paciente que convulsiona volverá a hacerlo. Al paciente con convulsión se le debe realizar un electroencefalograma y una resonancia magnética. El riesgo de recaída en un paciente con una primera convulsión no provocada es de 36% en el primer año y de 45% en el segundo. Aquellos que presentan alteraciones corticales en estudios de imágenes o actividad epileptiforme en el electroencefalograma sin embargo eleven este riesgo hasta 60%.

El tratamiento con fármacos anticonvulsivantes debe ser iniciado en pacientes que cumplen la definición de epilepsia y discutido en el paciente con una única convulsión no provocada. Posterior a 2 años sin crisis convulsivas la suspensión de dicho tratamiento puede ser valorada. (UCR-HSJD)

Apéndice F: Escala de agitación - Sedación Richmond (RASS)



Apéndice G: Escala de prevención de lesión por presión LPP según Braden-Bergstrom

Pun tos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/ Deslizamien to
1	Completa mente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Pun tos						

< 12 = Riesgo alto
 13-15= Riesgo medio
 >16= Riesgo Bajo

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 20% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.upeu.edu.pe	4%
	Internet	
2	hdl.handle.net	4%
	Internet	
3	repositorio.unac.edu.pe	1%
	Internet	
4	ninive.uaslp.mx	<1%
	Internet	
5	scielo.org.mx	<1%
	Internet	
6	repositorioinstitucional.buap.mx	<1%
	Internet	
7	dominiodelasciencias.com	<1%
	Internet	
8	revistasanitariadeinvestigacion.com	<1%
	Internet	
9	slideshare.net	<1%
	Internet	

10	revistaamc.sld.cu Internet	<1%
11	dspace.utb.edu.ec Internet	<1%
12	idoc.pub Internet	<1%
13	revistas.uta.edu.ec Internet	<1%
14	visionsaludsas.com Internet	<1%
15	de.slideshare.net Internet	<1%
16	pdfslide.tips Internet	<1%
17	scielo.org.pe Internet	<1%
18	indusan.es Internet	<1%
19	sap.org.ar Internet	<1%
20	neumologia-pediatrica.cl Internet	<1%
21	hospitalcayetano.gob.pe Internet	<1%

22	repositorio.upeu.edu.pe:8080	Internet	<1%
23	1library.co	Internet	<1%
24	repositorio.upse.edu.ec	Internet	<1%
25	researchgate.net	Internet	<1%
26	intellectum.unisabana.edu.co	Internet	<1%
27	proyectos.inei.gob.pe	Internet	<1%
28	S. Martínez Font, G. López Domènech, S. Juan Esgleas, C. Ruiz Falqués...	Crossref	<1%
29	educandose.com	Internet	<1%
30	msdmanuals.com	Internet	<1%
31	nanopdf.com	Internet	<1%
32	pesquisa.bvsalud.org	Internet	<1%
33	pts.org.ar	Internet	<1%

34	revistas.umariana.edu.co	Internet	<1%
35	coursehero.com	Internet	<1%
36	eie.fceia.unr.edu.ar	Internet	<1%
37	minsalud.gov.co	Internet	<1%
38	fr.slideshare.net	Internet	<1%
39	repositorio.unap.edu.pe	Internet	<1%
40	repositorio.uwiener.edu.pe	Internet	<1%
41	puntocrochet.com	Internet	<1%
42	acacamps.org	Internet	<1%
43	radiohc.cu	Internet	<1%

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Bloques de texto excluidos manualmente

BLOQUES DE TEXTO EXCLUIDOS

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA DE POSGRADO Unidad de Posgrado de C...

repositorio.upeu.edu.pe

DECLARACION JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO Yo, Elizabeth Go...

repositorio.upeu.edu.pe

para obtener el título de

repositorio.upeu.edu.pe

de la Unidad de Cuidados Intensivos

repositorio.upeu.edu.pe

instituto nacional salud del niño san Borja, Lima, Perú

Juan Francisco Oré Acevedo, Walter Ventura Laveriano, Jacqueline Alvarado Zelada. "A propósito de un cas..."

del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, P...

repositorio.upeu.edu.pe

en el que se siguió todas las etapas del proceso de Atención de Enfermería: la etap...

repositorio.upeu.edu.pe

la etapa diagnóstica se elaboró en base a la taxonomía II de NANDA I, se identific...

repositorio.upeu.edu.pe:8080

asimismo la etapa de planificación se realizó teniendo en cuenta la

repositorio.upeu.edu.pe

The study had a qualitative approach, single case type, the methodology was the n...
repositorio.upeu.edu.pe

the planning stage was

repositorio.upeu.edu.pe

altered patterns were found, prioritizing

repositorio.upeu.edu.pe

The diagnostic stage was elaborated based on

repositorio.upeu.edu.pe:8080

patient, in which all the stages of the Nursing Care process were followed: the stage

repositorio.upeu.edu.pe

34 La tabla 6 muestra que los indicadores del resultado del Estado Respiratorio: int...

repositorio.upeu.edu.pe:8080

desviación moderada del rango normal

hdl.handle.net

Estado respiratorio: Intercambio gaseoso. TABLA 6. Puntuación basal y final de los ...

repositorio.upeu.edu.pe

La puntuación basal

repositorio.upeu.edu.pe

seleccionados para el diagnóstico

repositorio.upeu.edu.pe

34 Ruidos respiratorios patológicos

repositorio.upeu.edu.pe:8080

Capacidad de eliminar secreciones

www.researchgate.net

permeabilidad de las vías respiratorias.IndicadoresPuntuación basalPuntuación fi...
repositorio.upeu.edu.pe

Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.Tabla 5.Puntuación b...
repositorio.upeu.edu.pe

Desviación moderada del rango normal (3
hdl.handle.net

los Indicadores del resultado del Estado
repositorio.upeu.edu.pe:8080

Tabla 4.Puntuación basal y final de los indicadores del resultado
repositorio.upeu.edu.pe

el progreso del paciente con los ajustes de ventiladoractuales y realizar los cambi...
www.revistasanitariadeinvestigacion.com

indican un aumento del trabajo
www.revistasanitariadeinvestigacion.com

Se controló las actividades que aumentan el consumo de O₂(fiebre, escalofríos, cr...
hdl.handle.net

las condiciones que indican la necesidad de soporteventilatorio (fatiga de los mús...
repositorio.upeu.edu.pe

Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.FechaHoraActividades
repositorio.upeu.edu.pe:8080

de que las alarmas del ventilador están conectadas
investigacion.unirioja.es

los cambios de SaO₂, SvO₂
www.revista-portalesmedicos.com

las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspirat...

revistamedica.com

la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las ...

hdl.handle.net

Limpieza ineficaz de vías aéreas

repositorio.upeu.edu.pe:8080

mg EV Cada

hdl.handle.net

los factores determinantes del aporte de oxígeno

intellectum.unisabana.edu.co

las tendencias de la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disp...

repositorio.unac.edu.pe

una evaluación del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica

repositorio.unac.edu.pe

las entradas/salidas, diuresis y el peso diario

repositorio.unac.edu.pe

Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, cris...

www.revistasanitariadeinvestigacion.com

Saturación de Oxígeno

repositorio.upeu.edu.pe

Diagnostico Deterioro de la ventilación espontanea NOC [0402] Estado respiratorio: ...

repositorio.upeu.edu.pe

Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación

repositorio.unac.edu.pe

Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o ro...

investigacion.unirioja.es

Limpieza ineficaz de vías aéreasNOC [0410] Estado respiratorio: Permeabilidad de...

repositorio.upeu.edu.pe

Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno

intellectum.unisabana.edu.co

mgEV Cada

hdl.handle.net

PlanificaciónPrimer Diagnóstico.Disminución del gasto cardiacoNOC

repositorio.upeu.edu.pe

Características definitorias: Gasometría arterial anormal, PH 7

hdl.handle.net

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontanea relacionado

repositorio.upeu.edu.pe:8080

Proceso de atención de enfermería

repositorio.upeu.edu.pe

The objective was to manage the nursing care process

repositorio.upeu.edu.pe

Decreased cardiac output

repositorio.upeu.edu.pe

in the patient

repositorio.upeu.edu.pe

El shock es la incapacidad para proporcionar una perfusión suficiente de sangre o...

www.coursehero.com

objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería

repositorio.upeu.edu.pe

El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único, la metodología fue el proce...

repositorio.upeu.edu.pe

y revisión

repositorio.upeu.edu.pe:8080

Proceso de Atención de Enfermería Valoración Datos generales

repositorio.upeu.edu.pe

Días de hospitalización

repositorio.upeu.edu.pe:8080

Valoración según patrones funcionales: Patrón I: Percepción - control de la salud.P...

hdl.handle.net