

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de enfermería a paciente con neumonía, en la Unidad de Cuidados
Intensivos pediátricos de un hospital nacional de Arequipa del 2023**

Trabajo Académico

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

Autores:

Mercedes Sosaya Lagos

Yesica Alneyda Flores Choque

Asesor:

Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario

Lima, 18 de junio del 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Sofía Dora Vivanco Hilario, 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 DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON NEUMONÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL DE AREQUIPA DEL 2023”** de las autoras Mercedes Sosaya Lagos y Yesica Alneyda Flores Choque tiene un índice de similitud de 17% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 18 días del mes de junio del año 2024.



Mg. Sofía Dora Vivanco Hilario

**Proceso de enfermería a paciente con neumonía, en la Unidad de
Cuidados Intensivos pediátricos de un hospital nacional de Arequipa
del 2023**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos



Mg. Delia Luz Leon Castro
Dictaminador

Lima, 18 de junio de 2024

Tabla de Contenido

Resumen	1
Abstracts	2
Introducción	3
Metodología	6
Valoración	7
Planificación	11
Ejecución	13
Evaluación	15
Resultados	17
Discusión	18
Referencias bibliográficas	29
Apéndices	36

Proceso de enfermería a paciente con neumonía, en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de un hospital nacional Arequipa del 2023

Mercedes Sosaya Lagos¹, Yesica Alneyda Flores Choque² Mg. Sofia Dora Vivanco Hilario³

Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

² Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú.

Resumen

La neumonía es un proceso infeccioso en los alvéolos de uno o ambos pulmones, en presencia de líquido o pus, que provoca tos, fiebre, flemas, escalofríos y dificultad para respirar. El objetivo es brindar atención de enfermería a un paciente preescolar con neumonía asociada a ventilador. El estudio utiliza un enfoque cualitativo para un tipo de caso único clínico, método aplicado es el proceso de enfermería (PAE) a un paciente preescolar de 1 año 9 meses, en el que se aplica cada paso :En la valoración se aplicó los once patrones funcionales de Marjory Gordon, se priorizaron dos patrones alterados: patrón respiratorio y eliminación nutricional metabólico; en la etapa diagnóstica se elaboró a base de la taxonomía II de NANDA-I, se identificaron once diagnósticos de enfermería solo priorizo 3 de ellos: Deterioro de la ventilación espontanea , Limpieza ineficaz de vías aéreas, Hipertermia, de acuerdo al formato SSPFR (signos y síntomas, problema y factor relacionado/factor de riesgo/asociado); En la planificación se ejecutó el plan de cuidados individualizado en base a la Taxonomía NOC, NIC los resultados esperados y selección de intervenciones de enfermería ; en la etapa de ejecución se aplicó los cuidados de enfermería especializada y actualizo el plan de cuidados; y la evaluación fue dada por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente; en evaluación se obtuvo resultados favorables con puntuaciones de cambio de + 1, +1 y + en conclusión, se procedió a gestionar el PAE en el paciente lo que nos permitió brindar un cuidado humanizado con calidez y eficiente al paciente.

Palabras claves: Proceso de atención enfermería, neumonía, pediatría.

Abstracts

Pneumonia is an infectious process in the alveoli of one or both lungs, in the presence of fluid or pus, causing cough, fever, phlegm, chills and shortness of breath. The aim is to provide nursing care to a preschool patient with ventilator-associated pneumonia. The study uses a qualitative approach for a single clinical case type:

The method applied is the nursing process (PAE), of a preschool patient of 1 year 9 months, in which each step is applied: In the assessment the eleven functional patterns of Marjory Gordon were applied, two altered patterns were prioritized: respiratory pattern and metabolic nutritional elimination; in the diagnostic stage it was elaborated based on the taxonomy II of NANDA-I, eleven nursing diagnoses were identified and only 3 of them were prioritized Impaired spontaneous ventilation, ineffective airway clearance, hyperthermia, according to the SSPFR format (signs and symptoms, problem and related factor/risk/associated factor); in the planning stage, the individualized care plan was executed based on the NOC Taxonomy, NIC, expected outcomes and selection of nursing interventions; In the execution stage, specialized nursing care was applied and the care plan was updated; and the evaluation was given by the difference in final and baseline scores respectively; in the evaluation, favourable results were obtained with change scores of + 1, +1 and + in conclusion, we proceeded to manage the EAP in the patient, which allowed us to provide humanized care with warmth and efficiency to the patient.

Keywords: Nursing care process, pneumonia, pediatrics.

Introducción

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la neumonía, son unas de las principales causas de muerte a nivel mundial, con más de 4 millones de muertes al año, y tomando mayor significación en países de ingresos bajos y medios las infecciones de las vías respiratorias bajas matan a más personas que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis y la malaria (OMS, 2019). Se estima que en América Latina y el Caribe aproximadamente 19.600 niños menores de 5 años mueren por neumonía (18 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) Según este informe, los países con mayor mortalidad en menores de cinco años en América Latina.

En Perú las infecciones respiratorias agudas (IRA), un problema de salud pública y que constituye una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de 5 años, en el boletín informativo epidemiológico del MINSA 2021 hasta la Semana epidemiológica 35 del mismo año se notificaron 5823 episodios de neumonía lo que representa una incidencia acumulada de 21,5 episodios de neumonía por cada 10 000 niños menores de 5 años y 49 defunciones para este grupo etario (MINSA, 2022).

La neumonía es una infección bacteriana que compromete directamente el sistema respiratorio, inflamando los sacos aéreos de los pulmones y se pueden llenar de líquido purulento pus, los síntomas se manifiestan por presencia de fiebre, escalofríos, cefalea intensa y principalmente dificultad para respirar, se origina debido a una variedad de microorganismos, lo cual resulta en una infección sistémica y se evidencia en cambios detectables en una radiografía (Calero, 2023).

Existen varios agentes infecciosos que pueden causar neumonía. El más común incluye *Streptococcus pneumoniae*, el patógeno más común que causa neumonía bacteriana en niños, otro. El patógeno más común que causa neumonía bacteriana es *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), siendo el virus respiratorio sincitial la causa más común de neumonía. Por otro lado, también es fundamental mencionar que el *Neumocystis jirovecii*, es una causa importante de neumonía en niños menores de 6 meses infectados con VIH/SIDA además de ser responsable de al menos una cuarta parte de las muertes de bebés infectados por el VIH (Hunter, 2020).

La fisiopatología de la neumonía en la comunidad depende del agente etiológico como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y gramnegativos que generalmente entran en el tracto respiratorio inferior a través de la aspiración orofaríngea y secreciones de la misma forma la progresión depende en gran medida del inóculo de las bacterias patógenas, el volumen aspirado, frecuencia de aspiración y la virulencia de las bacterias en relación con el sistema inmunitario del huésped (Hermosilla, 2023).

Los siguientes tipos de la neumonía: Típica, neumocócica, se caracteriza por fiebre alta repentina, dolor pleurítico, tos y esputo purulento, leucocitosis con neutrófilos y los resultados del examen y las radiografías muestran consolidación pulmonar. La neumonía atípica tiene un inicio más oculto, fiebre leve, tos deficiente e infiltrados no segmentarios o intersticiales, similar a la neumonía por *M. pneumoniae*, aunque puede guiar el diagnóstico en individuos más jóvenes sin comorbilidades (Agüero, 2020).

En pacientes en edad preescolar, el examen físico muestra síntomas clínicos comunes de infección del tracto respiratorio inferior, que incluyen dilatación nasal, retracciones intercostales, taquipnea y disnea, que son más comunes que la fiebre y la infección del tracto respiratorio inferior, en los lactantes, las retracciones la frecuencia respiratoria mayor a 50xmin., han

demostrado tener un valor predictivo positivos, con sensibilidad en las fases iniciales de la enfermedad respiratoria (Serrano-Cumplido et al., 2021).

El tratamiento inicial se basa en medidas de apoyo como hidratación, nutrición, reducción de la fiebre y oxigenoterapia. En casos de etiología bacteriana, la terapia con antibióticos debe iniciarse a la brevedad. Se puede utilizar la puntuación de neumonía bacteriana, para prescribir antibióticos las guías actuales de tratamiento se basan en la gravedad del cuadro clínico, la disponibilidad ambulatoria del proceso y la terapia empírica es controvertida por falta de resultados microbiológicos las quinolonas deben usarse como monoterapia o en combinación con un antibiótico betalactámico y un macrólido (Chacón et al., 2019).

La importancia del proceso de enfermería (PAE), es que nos permitió identificar necesidades cambiantes para aplicar conocimientos y realizar procedimientos para corregir, mantener y rehabilitar al paciente en este caso, un niño en edad preescolar en el menor tiempo posible, con el propósito de restaurar la salud (Beltrán, 2023).

El personal de enfermería juega un papel fundamental en la implementación de intervenciones para mantener la permeabilidad y estabilidad de las vías respiratorias, las necesidades prioritarias se determinan con base en los 11 modelos funcionales de Marjorie Gordon. Para ello se ha desarrollado un plan de atención individualizado a mantener los patrones respiratorios, utilizando las clasificaciones NANDA, NIC y NOC. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, logrando disminuir la dificultad respiratoria, mejorando la permeabilidad de la vía aérea, manteniendo la temperatura corporal dentro de los rangos normales y prolongación de periodos de sueño (Acurio & Macías, 2022).

La importancia de la enfermería especialista en cuidados intensivos es que brinda cuidados basados en la evidencia en combinación de habilidades, conocimientos y actitudes

frente a todo tipo de situaciones críticas y es una pieza fundamental en la unidad de cuidados intensivos, donde el paciente requiere de una atención integral con la mayor precisión, rapidez y exactitud posible dada la gravedad de su estado del paciente (Añaños et al., 2023).

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, de tipo y diseño de investigación estudio de caso clínico único, elegido a conveniencia de las investigadoras, se aplicó el método científico del proceso de atención de enfermería (PAE), por ser un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería de manera integral, se utilizó una serie de técnicas: observaciones, técnicas e instrumentos de recolección de datos que permitió elaborar un plan de cuidados individualizado para ser ejecutada y evaluada, centrados en las respuestas humanas (Bertrand et al., 2020).

El sujeto del estudio fue un niño en edad preescolar de 1 año y 9 meses de edad con las iniciales J.S.H a quien se le diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad (CAP). La recopilación de datos incluyó la aplicación de la Guía de evaluación de patrones de salud funcional 11 de Marjorie Gordon, la recopilación de datos mediante técnicas de observación, la entrevista a la madre y el registro de una historia clínica. Luego se analizaron los datos para identificar los problemas del paciente. Se especificaron diez diagnósticos de enfermería desarrollados utilizando la Taxonomía I NANDA II. Por favor priorice 3 de estos.

Durante la fase de planificación, los resultados se identifican utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y las intervenciones se definen utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), que incluye actividades priorizadas para resolver el problema de enfermería. Las actividades planificadas también se llevaron a cabo en los pacientes y la evaluación se realizó utilizando medidas de resultado NOC.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: J.S.H.

Sexo: Masculino

Edad: 1 año con 9 meses

Días de atención de enfermería: 13 /01/ 2023

Fecha de valoración: 13/01/2023

Motivo de ingreso: Paciente preescolar, sexo masculino, de 1 año y 9 meses de edad, con antecedente cardiopatía congénita resuelto desde a los 7 meses según la historia clínica ingresa al servicio de unidad cuidados intensivos pediátricos es procedencia Juliaca por referencia con apoyo ventilatorio con oxígeno por máscara de reservorio a 8 litros por minuto, hipoactivo, con presencia tirajes intercostal bilateral, taquipnea taquicardia sudoración con una temperatura 38.5°C, FR:60X`, FC 150X`, PA:80/50mmhg, SpO2 88 % y con los resultados de análisis de AGA (PH: 6.94, PCO2:75.4mmHg, PO2:79.mm Hg, SpO2: 87%), RX de tórax, se observa opacidades en ambos campos pulmonares.

Diagnóstico médico: Neumonía adquirida en la comunidad sin especificado

Valoración según Patrones Funcionales de Salud.

Patrón funcional I: Percepción – control de la Salud.

Antecedentes Personales. Natales: nacimiento por parto distócico. Edad gestacional: 39 semanas. Peso al nacer: 2.950gr.

Antecedente de Enfermedad. Nació con cardiopatía congénita a los 7 meses se resuelto

Vacunas. completas de acuerdo al calendario de vacunación, regular estado de higiene corporal, usa pañal descartable; Hermanos: 1 aparentemente sano.

Patrón Funcional II: Nutricional – Metabólico. Con un peso de 9,100gramos y con talla 88 cm, con desnutrición con percentil -2DS según la tabla antropométrica peso/talla de niños <5 años, se evidencia diaforético, piel enrojecida, calor al tacto, la piel, palidez marcada, mucosa oral deshidratada, abdomen distendido timpánico, , portador de sonda oro gástrica a gravedad con presencia secreción de color verdoso aproximante 20cc, se encuentra en NPO con aporte hídrico de soluciones endovenosa y con anemia leve por hemoglobina de 11.5gr/dl, con hipoglicemia capilar de 89mg/dl.

Patrón Funcional III: Eliminación.

Eliminación Vesical. Paciente preescolar portador de sonda Foley, con examen de orina negativo, monitoreo de diuresis estricto en horario cada hora, volumen urinario normal en la oscila entre 1 y 3 ml/kg/hora.

Eliminación Intestinal: No se evidencia desde el día 12/1/23

Patrón funcional IV: Actividad ejercicio.

Actividad Respiratoria. Paciente en posición semifowler con frecuencia respiratoria de 60 latidos por minuto, con amplitud superficial, con periodos de apnea menor de 10 segundos, presenta secreciones fluidas claras blanquecinas en abundante cantidad por tubo endotraqueal y presencia sialorrea en regular cantidad con ruidos roncales en ambos campos pulmonares, hace uso de los músculos accesorios respiratorios, con leves tirajes intercostales.

Portador de endotraqueal número 4.5 con cuff fijado en comisura labial central 14 cm con sonda de aspiración Nro. 8 a circuito cerrado, conectado a VM modalidad presión controlada saturando 96%, con parámetros ventilatorios programados frecuencia respiratoria 30 por minuto,

presión inspiratoria 14 FIO₂ 25%, PEEP 5, Con resultados de gasometría, PH: 7.28, PO₂: 79mm Hg, PCO₂: 55 mm Hg, SAT. 94%, PAFIO₂: 138 mm Hg.

Actividad Circulatoria. Con Hipotensión PA: 80/70mmhg, taquicárdico 150 latidos por minuto y llenado capilar menor de 2 segundos. Con presencia de catéter venoso central de 5 french de 3 lúmenes permeables en subclavia izquierda colocado el día 13/1/23 infundiendo sedo analgesia cubierta con apósito transparente limpio y seco sin signos de flogosis.

Actividad Capacidad del Autocuidado. Paciente que permanece al cuidado del personal de salud. Presenta disminución de la fuerza muscular considerado, grado de dependencia IV, con riesgo de presentar lesión por presión. (Escala de Norton 10 puntos)

Patrón V: Descanso Sueño. Promedio de sueño interrumpido de 6 a 12 horas diarias, con alteración frecuente del sueño por presencia de TET y aspiraciones de secreciones a demanda, cambio de pañales, movilizaciones cada 2 horas, evaluación continua, toma de exámenes de laboratorio, con sedo analgesia y sin tratamiento para sueño.

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo. Bajo efectos de sedación y con valoración RASS- 3 sedación moderada con reflejo de pupilas OI y OD: 2mm ambos ojos isocóricos, foto reactivas, a la luz con dolor escala de FLACC 1/3 puntos.

Patrón adaptación VII: Tolerancia al Estrés. Se evidencia al paciente con signos incomodidad al momento de realizar el procedimiento de aspiraciones secreciones por TET y la madre refiere estar preocupada por la salud de su hijo, en ocasiones se le observo llorando al momento de la visita.

Diagnósticos de enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00033) Deterioro de la ventilación espontanea

Características Definitivas. Disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardiaca, incremento del uso de los músculos accesorios, aumento de la presión parcial del dióxido de carbono y disminución de la presión parcial de oxígeno.

Factor Relacionado. Fatiga los músculos respiratorios.

Enunciado Diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga los músculos respiratorios, evidenciado por disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento del uso de los músculos accesorios, aumento de la presión parcial del dióxido de carbono y la disminución de la presión parcial de oxígeno.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Características Definitivas. Cambio del ritmo respiratorio, secreción traqueo bronquial de color amarillento denso, con disnea acompañado del estridor moderado, sibilancias en ambos campos pulmonares, taquipnea 50-60 rpm e hipoxemia.

Factor Relacionado. Mucosidad excesiva.

Enunciado Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva en vías aéreas evidenciado por cambio del ritmo respiratorio, secreción traqueo bronquial amarillento denso, con disnea acompañada del estridor moderado y sibilancias en ambos campos pulmonares, taquipnea 50- 60 rpm e hipoxemia.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnostica. (00007) Hipertermia.

Características Definitivas. Elevación de la temperatura corporal: 38.5°C, piel enrojecida y caliente al tacto, taquicardia (140x´), sudoración e incremento de la frecuencia respiratoria.

Factor Relacionado. Proceso de enfermedad.

Enunciado Diagnóstico. Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad neumonía, evidenciado por aumento de la temperatura corporal en 38.5 °, piel enrojecida y caliente al tacto, taquicardia (140x´), sudoración e incremento de la frecuencia respiratoria.

Planificación

Primer Diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontanea.

Resultado de Enfermería.

NOC (00033) Estado Respiratorio: Ventilación.

Indicadores.

- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Saturación de oxígeno
- ✓ Utilización de músculos accesorio.

NOC (0402) Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso.

Indicadores.

- ✓ Presión parcial de oxígeno en sangre arterial
- ✓ Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial
- ✓ pH arterial.

Intervenciones de Enfermería. NIC (3300) Manejo de la ventilación mecánica: Invasiva.

Actividades.

- ✓ Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de músculos respiratorios).
- ✓ Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.

- ✓ Observar se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- ✓ Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador.
- ✓ Controlar los síntomas que aumentan el trabajo respiratorio (aumento de la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria).
- ✓ Administrar el oxígeno a través de ventilador mecánico en modalidad de P/C.
- ✓ Obtener muestras para el análisis de los gases arteriales.
- ✓ Monitorizar los niveles de AGA para detectar la disminución de PH.

Segundo Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Resultados de Enfermería. NOC [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

Indicadores.

- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Ruidos respiratorios patológicos
- ✓ Uso de músculos accesorios
- ✓ Acumulación de secreciones.

Intervenciones de Enfermería. NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas.

Actividades.

- ✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- ✓ Hiperoxigenar con O₂ al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización.
- ✓ del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada aspiración.
- ✓ Controlar y observar el color cantidad y consistencia de las secreciones.

- ✓ Administración de broncodilatadores, salbutamol 4puff C/6h y bromuro de ipratropio 2.
- ✓ puff c/8h por inhalador de dosis medida.

Tercer Diagnóstico. Hipertermia.

Resultados Esperados. NOC (0800) Termorregulación.

Indicadores.

- ✓ Hipertermia
- ✓ Taquicardia
- ✓ Cambio coloración cutánea
- ✓ Sudoración.

Intervenciones. NIC: 3900 Regulación de la temperatura.

Actividades.

- ✓ Aplicación de medios físicos.
- ✓ Valora la temperatura corporal del paciente, calor y color de la piel.
- ✓ Monitorizar las funciones vitales: T, FC.
- ✓ Administrar Metamizol 200 mg. Condicional a fiebre.
- ✓ Reevaluar la temperatura corporal.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención ayuda a la ventilación para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea

Intervención: Ayuda a la ventilación y manejo del desequilibrio ácido básico: Acidosis respiratoria		
Fecha	Hora	Actividades

13/12/2023	6 am	Se controló las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio.
	7:00 am	Se observó si hay insuficiencia respiratoria inminente.
	8:00 am	Se observó si se produce un descenso del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria.
	9:00 am	Se controló los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilado.
	10:00 am	Se controló los síntomas que aumentan el trabajo respiratorio, (aumento de la frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria).
	12:00 pm	Se administró el oxígeno a través de ventilador mecánico en modalidad de P/C.
	8:00 am	Se obtuvo muestras para el análisis de los gases arteriales.
	6:00 pm	Se monitorizo los niveles de AGA para detectar la disminución de PH.

Tabla 2

Ejecución de la intervención estado aspiración de la vía aérea para el diagnóstico limpieza ineficaz de las vías aéreas

Intervención: Aspiración de la vía aérea y manejo de la vía aérea		
Fecha	Hora	Actividades
13/1/2023	7:00 am	Se determinó la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.
	8:00 am	Se ausculto los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
	9:00 am	Se hiperoxigenó con O2 al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada aspiración.
	10:00 am	Se controló y observar el color cantidad y consistencia de las secreciones.
	12:00 pm	Se administró broncodilatadores, salbutamol 4puff C/6h y bromuro de ipratropio 2 puff C/8h por inhalador de dosis medida.

Tabla 3

Ejecución de la intervención regulación de la temperatura para el diagnóstico hipertermia

Intervención: Regulación de la temperatura		
Fecha	Hora	Actividades
13/1/2023	7:00 am	Se aplicó de medios físicos.
	8:00 pm	Se valoró la temperatura corporal del paciente, calor cambio de la coloración cutánea
	9:00 am	
	10:00 am	Se monitorizo las funciones vitales: T, FC.

12:00 pm	Se administró Metamizol 200mg. Condicional a fiebre. Se revaluó la temperatura corporal.
----------	---

Evaluación

Resultado Estado respiratorio Intercambio gaseoso.

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado estado respiratorio: Ventilación e

Intercambio gaseoso

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	1	3
Saturación de oxígeno	2	4
Utilización de músculos accesorios	2	4
Presión parcial de oxígeno en sangre arterial	2	3
Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial	2	3
pH arterial		

La tabla 4 muestra que la moda los indicadores del resultado: Estado respiratorio e intercambio gaseoso seleccionados para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (moderadamente comprometido), después de las intervenciones realizadas la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y la puntuación de cambio fue de +2.

Resultado: Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas. Para el diagnóstico limpieza ineficaz de las vías aéreas

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Ruidos respiratorios patológicos	3	4
Acumulación de secreciones	2	4
Ritmo respiratorio	3	4

La Tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias seleccionados para el diagnóstico permeabilidad de las vías respiratorias antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (moderadamente comprometido), después de las intervenciones realizadas la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la ausencia de ruidos patológicos, permeabilidad de las vías respiratorias mejora del ritmo respiratorio la puntuación de cambio fue de +1.2.

Resultado: Termorregulación.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado de la termorregulación para el diagnóstico hipertermia

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Hipertermia	3	4
Taquicardia	2	4
Cambio de la coloración cutánea	3	4
Sudoración	3	4

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado termorregulación seleccionados para el diagnóstico hipertermia, se inició con 3 (moderadamente comprometido), después de las intervenciones de enfermería, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y la ausencia hipertermia la puntuación de cambio fue de +1.

Resultados

Respecto a la fase valoración, los datos se recogieron de la madre del paciente (fuente primaria) y de la historia clínica (fuente secundaria). Asimismo, se realizó exámenes físicos para confirmar los datos obtenidos. Luego, la información se organizó utilizando la Guía de evaluación basada en patrones de salud funcional de Marjorie Gordon. En la fase diagnóstica se realizó el análisis de datos críticos según NANDA y se realizaron 11 diagnósticos de enfermería, de los cuales 3 fueron priorizados: Deterioro de la ventilación espontánea, limpieza ineficaz de las vías respiratorias e hipertermia.

En esta etapa se tuvo ciertas inconvenientes dificultad al diferenciar el primer diagnóstico y el segundo diagnósticos patrón respiratorio ineficaz, por la similitud de las características definitorias.

La fase de planificación se llevó a cabo considerando la interrelación entre la clasificación NOC y la clasificación NIC. Se realizó análisis para identificar el resultado de diagnóstico de enfermería más estrechamente relacionado y se seleccionó la intervención de enfermería para mejorar los resultados y tuvimos que volver a analizar y ajustar nuestras medidas de resultado. Debido a la subjetividad de la evaluación, la dificultad en esta etapa fue determinar los puntajes de las medidas de resultado, tanto en la evaluación inicial como en la final.

En la fase de ejecución se realizó la planificación del plan de cuidados de enfermería para donde no hubo mayores dificultades por la experiencia laboral en la atención de pacientes en la UCI pediátrica en la realización de las actividades de cada intervención.

la fase de la evaluación permitió hacer la retroalimentación de cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó al paciente del presente estudio, actualizando en el cuidado

inicial y replanteando nuevas actividades de acuerdo a la evolución del paciente en ventilador mecánico debido a su problema respiratorio.

La evaluación de los resultados de enfermería se detalla de los resultados, diagnóstico como análisis del caso se eligió tres diagnósticos se prioritarios, los cuales son: Deterioro de la ventilación espontánea, limpieza ineficaz de las vías aéreas e hipertermia, Iniciando respectivamente con una puntuación basal de 2 en cada uno y dando como resultado de las intervenciones en los tres diagnósticos priorizados, se obtuvo una puntuación de +1, +1, +1.

Discusión

Deterioro de la Ventilación Espontánea

Es el proceso de llevar oxígeno el intercambio gaseoso los tejidos y extraer bióxido 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 (Herdman et al., 2021a).

Disminución de las reservas de energía afecta la incapacidad de mantener una respiración adecuada para sustentar la vida (Bhakti, 2022a).

Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida (Gouveia, 2023).

Las características de los pacientes estudiados fueron disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del uso de los músculos accesorios, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono y disminución de la presión parcial de oxígeno. La desaturación de oxígeno se define como una captación insuficiente de oxígeno a nivel pulmonar, manifestada por una tensión arterial de oxígeno inferior a 60 mmHg o una saturación arterial de oxígeno inferior al 90%. Los mecanismos fisiopatológicos por los cuales se

produce la hipoxemia son hipoventilación, alteración del equilibrio de ventilación y perfusión, cortocircuito cardíaco, alteración de la difusión y disminución de la tensión de oxígeno inspirado. La comprensión de estos mecanismos es fundamental para entender su presentación clínica en distintas enfermedades (Bertrand et al., 2020).

Aumento de la frecuencia cardíaca conocido taquicardia más allá del rango apropiado para la edad se llama taquicardia. Este es un signo o señal de advertencia importante en pediatría puede ser causada por diversas condiciones fisiológicas o patológicas, como el ejercicio, la sensación de estrés o ciertos medicamentos y el aumento de la temperatura corporal (Leyton & López, 2020).

El uso de músculos accesorios es principalmente una sobrecarga mecánica intermitente que provoca cambios funcionales en los músculos respiratorios. Así se ha observado en los pacientes con problemas de distrés respiratorio, presentando fenómenos de adaptación, como hipertrofia de los músculos accesorios, los intercostales y supraclaviculares .Puede haber insuficiencia ventilatoria cuando el aparato respiratorio soporta una carga excesiva de resistencia, las cargas elásticas pulmonares y de la pared torácica frente a una competencia neuromuscular para conseguir un esfuerzo inspiratorio eficaz (Santos et al., 2008).

El factor relacionado en el caso de estudio fue la fatiga de los músculos respiratoria. Se define como la incapacidad para continuar generando suficiente presión para mantener la ventilación alveolar. El taponamiento intratorácico resulta ser una alteración de la relación ventilación perfusión (V/Q) con hipoxemia que impulsa la compensación por medio de taquipnea y uso de accesorios de musculatura. En esta etapa, el trastorno acido-base más probable será alcalosis respiratoria leve (Bhakti, 2022b).

Para mantener condiciones respiratorias adecuadas, la ventilación invasiva se realiza de acuerdo con la NIC (3300), teniendo en cuenta las siguientes actividades:

Condiciones de control que indican la necesidad de asistencia ventilatoria (fatiga de los músculos respiratorios), soporte ventilatorio se logra el mantenimiento del estado respiratorio adecuado. La ventilación mecánica invasiva (VMI), constituye uno de los ejes principales en el manejo de la insuficiencia respiratoria, desde aguda hasta grave, en especial en paciente pediátrico, cuando los mecanismos compensatorios son insuficientes para proporcionar el funcionamiento de la respiración (Del Toro, 2023).

Observe la insuficiencia respiratoria inminente. Evaluar el trabajo de la respiración, la frecuencia y la frecuencia respiratoria. Los movimientos de la pared torácica deben ser simétricos, la respiración no debe ser difícil, con una frecuencia respiratoria de 12 a 20 movimientos por minuto, los signos de dificultad incluyen retracción del espacio intercostal, respiración rápida y tensión en los músculos respiratorios adicionales. En las alteraciones de la respiración también es importante controlar la saturación, ya que son imprescindibles en la monitorización de todo paciente con alteraciones respiratorias y el control la hemoglobina (López, 2020).

Observar si se producen una disminución del volumen espirado y el ascenso de la presión inspiratoria, estos parámetros de la ventilación mecánica indican alteraciones en la ventilación del paciente, siendo muchos los factores, manejo de secreciones acumuladas, condensación de H₂O en el corrugado. El manejo de la ventilación mecánica en Pediatría es un método de soporte vital, utilizado en situaciones graves, como deterioro de la función respiratoria que permite disminuir el gasto energético y reduce el riesgo de hiperventilación e hipoventilación (Martínez, 2022).

Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente en ventilación, está influenciado por varios factores que pueden estar relacionados con el centro respiratorio, la mecánica pulmonar y la presencia de hipertrofia hiperdinámica. Este control permitirá una revisión diaria de los parámetros programados del ventilador, la respuesta del paciente al tipo de ventilación y los niveles de alarmas (Damiani et al., 2020).

Controlar los síntomas que aumentan el trabajo respiratorio (frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria), es un signo muy importante y su alteración puede deberse en condiciones fisiológicas o patológicas, expuestas para ser indagadas, en el paciente pediátrico hospitalizado puede ser provocados por estrés ambiental, alza térmica o algunos fármacos que incrementan la frecuencia cardíaca (Álvarez et al., 2019).

Administrar el oxígeno a través de ventilador mecánico modalidad de VMI presión controlado ventilación mecánica es uno de los ejes centrales en el manejo de la IRA, esencialmente cuando el mecanismo de compensación del paciente pediátrico es deficiente, para abastecer el trabajo respiratorio que permita una buena oxigenación del organismo y una apropiada eliminación del dióxido de carbono (Borre-Naranjo et al., 2022). muestras para Tomar la muestra para analizar gases arteriales en busca de cambios en PH, PO₂, PCO₂ y otros gases.. Según manifiesta que el AGA es el “estándar de oro” para evaluar la hematosis, el intercambio de gases arteriales y el equilibrio ácido-base sostiene un cuadro de hipoxemia, se presenta una presión parcial de oxígeno en la sangre (PaO₂) inferior a 60 mm Hg y también cuando la saturación de oxígeno disminuido y la hemoglobina altera valor (SaO₂) (Padilla & Marisol, 2019).

Monitorizar los niveles de AGA para detectar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria PO₂ bajo PCO₂ elevados la falla respiratoria puede precisarse sencillamente en términos de alteraciones de los gases en la sangre, como la hipoxemia (Zec Baskarad, 2022).

Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas

Es la disminución o eliminación de las secreciones que obstruyen el tracto respiratorio, dificultando permeabilidad de las vías aéreas (Herdman et al., 2021b).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas” hace referencia a la incapacidad del paciente para eliminar de manera efectiva las secreciones u obstrucciones de las vías respiratorias, que puede ser originada por la obstrucción de las vías respiratorias, dificultad para toser o problemas en la función pulmonar, aumentando el riesgo de infecciones respiratorias (García & García, 2021).

La limpieza ineficaz de las vías aéreas proviene del acúmulo de secreción bronquial, proceso de segregación, producción y despejar de sustancias y secreciones de una célula, además las vías aéreas humedecen y protegen las mucosas de agentes patógenos. Las secreciones pueden ser de consistencia fluidas, densas de características claras, blanquecinas o purulentas. Este acúmulo de secreciones en la vía aérea puede producir infecciones respiratorias, tales como la neumonía en el paciente pediátrico (Hidalgo, 2021).

Las características definatorias en el paciente de estudio fueron: Cambio del ritmo respiratorio, secreción traqueo bronquial de color amarillo denso, con disnea acompañado del estridor moderado y sibilancias en ambos campos pulmonares, presentando taquipnea frecuencia respiratoria 50-60 rpm y hipoxemia. Cambio del ritmo respiratorio, es un proceso rítmico en forma automática, independiente de la voluntad, que puede intervenir aumentando, disminuyendo la ventilación. El control de la respiración permite mantener en forma óptima los

niveles arteriales de CO₂ (PaCO₂) y O₂ (PaO₂), bajo diversas condiciones o demandas metabólicas (Cepeda, 2022).

Secreción traqueo bronquial de color amarillo denso, es causada por diversas enfermedades respiratorias agudas y crónicas favorecen el acumulo de secreciones a través de cualquiera de los siguientes mecanismos: Incremento en la producción de moco, alteración en el transporte mucociliar o a una tos ineficiente por el cual se realiza procedimientos para extraer todas las secreciones acumuladas del tracto respiratorio, aplicando presión negativa en el tubo endotraqueal, utilizando el sistema de aspiración de circuito cerrado (Cortez-Trelles et al., 2021a).

La disnea puede asociarse con hipoxemia, que es un nivel bajo de oxígeno en sangre. Esto puede provocar disminución del estado de consciencia y otros síntomas graves en pacientes con problema respiratorio EPOC (Fulgencio, 2024).

El estridor es un sonido semejante a un jadeo durante la inspiración como resultado de una obstrucción parcial de la garganta (faringe), del órgano de fonación (laringe) o de la tráquea, y es considerada una emergencia si provoca dificultad respiratoria en reposo, cuando este tipo de pacientes se encuentra en urgencias puede ser necesario introducir un tubo por la boca o la nariz (intubación traqueal) para permitir el paso del aire y evitar la asfixia (Dezube, 2023).

Sibilancias en ambos campos pulmonares es más frecuente durante la espiración dado que el aumento de la presión intratorácica durante esta fase estrecha las vías aéreas y esto se agrava a medida que disminuye el volumen pulmonar, estrechamiento de las vías aéreas pequeñas puede ser causado por broncoconstricción, edema de la mucosa o compresión externa u obstrucción parcial por un tumor, cuerpo extraño o secreciones espesas (Dezube, 2021).

Se consideró como factor relacionado: Mucosidad excesiva a consecuencia de neumonía en muchas de estas enfermedades respiratorias agudas y/o crónicas aumentan el acúmulo de secreciones bronquiales a través de los siguientes mecanismos, incrementando en la producción de moco en las vías respiratorias. Así mismo, hay factores que pueden alterar de forma grave los mecanismos naturales de defensa, incrementando el riesgo de colonización de bacterias y aumento de desarrollo de procesos infecciosos entre ellos, intubación orotraqueal y apoyo con ventilación mecánica (Cortez-Trelles et al., 2021b).

Para mantener la permeabilidad de las vías aéreas se consideró NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas ejecuta las siguientes actividades:

determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal, es una técnica que se utiliza para eliminar las secreciones de las vías aéreas, se realiza mediante la introducción de una sonda de aspiración endotraqueal en los cuales tenemos 2 tipos de aspiración, Circuito abierto en este procedimiento se hace la desconexión del circuito del paciente y realizar la aspiración directo al TET, mientras en el circuito cerrado no se suspende la asistencia respiratoria realizando una aspiración directo a través del de la sonda circuito cerrado (Sulca, 2022).

Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, permite evaluar a los pulmones 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 Según refiere (López, 2021).

Hiperoxigenar con 100% O₂ durante al menos 30 segundos utilizando un ventilador o resucitador manual antes y después de cada succión con el tubo endotraqueal. Es muy importante la hiperoxigenar previa a la aspiración para evitar complicaciones y no empeorar el estado de

salud del paciente; además, disminuye el descenso de la saturación de oxígeno durante la aspiración de secreciones (Isasi, 2020).

observar el color cantidad y consistencia de las secreciones bronquiales para identificar la situación clínica del paciente y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, de esta forma se puede prevenir las infecciones, atelectasias e hipoxias que son producidas por el acúmulo de secreciones; así mismo, se puede obtener muestra de secreciones para análisis microbiológicos (Arconada, 2023).

Administrar broncodilatadores, salbutamol 4puff cada 6 horas y bromuro de ipratropio 2 puff cada 6 horas por inhalador de dosis media (MDI). Los broncodilatadores ayudan a dilatar y relajar el músculo liso de los bronquios, permitiendo un buen pasaje del aire los alveolos pulmonares mejorando en la saturación del paciente (Sánchez, 2023).

Hipertermia

La hipertermia es el aumento anormal de la temperatura corporal, pudiendo superar los 40°C, sin estar relacionado con infecciones o fiebre, causando síntomas como sudoración excesiva, mareos, dificultad para respirar e incluso convulsiones (Rodrigues, 2023).

La hipertermia es un trastorno de la regulación de la temperatura corporal caracterizado por un aumento de la temperatura central de más de 38,3°C, que excede las capacidades de los mecanismos termorreguladores del cuerpo (Picón, 2020).

Según Picón-Jaimes et al. (2020) lo que excede las capacidades de los mecanismos termorreguladores del cuerpo y las características definitorias fueron elevación la temperatura corporal: 38.5°C, piel enrojecida y caliente al tacto, taquicardia (140x´), sudoración, incremento de la frecuencia respiratoria.). Además, define la hipertermia como un trastorno de la regulación de la temperatura corporal caracterizado por un aumento de la temperatura central, con signos y

síntomas de la elevación de la temperatura corporal, manifestados por los cambios en el termóstato del cuerpo (que se encuentra en el hipotálamo), en respuesta a una infección (Bush & Schmidt, 2022).

Según Mayo Clinic (2023) los factores o síntomas que incluye la hipertermia son:

La piel enrojecida y caliente al tacto: Los cambios de coloración cutánea es una sensación térmica de calor o frío depende de la localización de la fiebre y de efecto sobre los vasos sanguíneos, se dilatan y enrojecen con el calor o se contraen y se vuelven azules con el frío. La taquicardia sinusal se considera un síntoma, también se puede producir por un ritmo cardíaco irregular (arritmia).

La sudoración: Es un mecanismo fisiológico que requiere el organismo para mantener la temperatura corporal mediante la liberación de calor, y también es un proceso desencadenado como consecuencia de la fiebre y en respuesta a un aumento de la temperatura corporal. Asimismo el incremento de la frecuencia respiratoria es conocido como taquipnea es la manifestación más común de las enfermedades respiratorias y generalmente es una respuesta de compensación metabólica (Cevallos et al., 2020).

Neumonía: Se debe a la infección causada por microorganismos transmitidos a través de los toses y el estornudo de una persona infectada. Por lo tanto, las intervenciones deben atender a los factores de riesgo presentes en la escuela, en la vivienda por hacinamiento o al bajo nivel socioeconómico (Álvarez et al., 2019).

Se consideró la intervención NIC 3900 Regulación de la temperatura y se ejecutaron las siguientes actividades:

Aplicación de medios físicos ayuda a obtener un efecto beneficioso en el organismo logrando el confort del paciente y evitar complicaciones respiratorias, hemodinámicas y neurológicas ocasionadas por la fiebre (Rojas, 2024).

Valora la temperatura corporal del paciente, calor y color de la piel: El control de la temperatura puede ser útil para detectar una enfermedad, también ayuda a monitorear si un tratamiento está funcionando en el cuerpo (Bachmann, 2022).

Monitorizar las funciones vitales: T, FC. porque proporcionan información sobre el funcionamiento de otros órganos o para el control de procedimientos (Moreno et al., 2021).

Administrar Metamizol sódico 200 mg. Condicional a fiebre está indicada para el control de fiebre alta que no responde a otros antitérmicos. Los efectos antipiréticos se ejercen a nivel centro termorregulador hipotalámico generando la disminución del calor sin intervenir en la termogénesis (Instituto Salud Publica de Chile, 2018).

Reevaluar la temperatura corporal mediante monitorio funciones vitales y promover comodidad y confort del paciente: Para ello se realizaron baños de esponja que ayuda a reducir la aparición de fiebre. También se observó continuamente la coloración corporal del paciente y de ser necesario elimino convenientemente el exceso de ropa y cubiertas esto por la exposición de la piel al aire disminuye el calor y aumenta el enfriamiento por evaporación (Apuntes de Enfermería, 2023).

Conclusiones

El proceso de enfermería (PAE) se gestiona en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, contribuyendo a brindar una atención integral, humanista y de calidad al preescolar y su familia del paciente

El PAE es un método científico que ayuda a consolidar el conocimiento científico del enfermero de manera sistemática, ordenada, lógica y trae resultados favorables, contribuyendo a mejorar la capacidad de gestión y atención oportuna, se detectan problemas y se minimizan las complicaciones durante la atención al paciente pediátrico crítico

Es muy importante que los profesionales de enfermería conozcan y manejen la taxonomía NANDA, NOC y NIC para identificar problemas reales y potenciales de mejora en los pacientes pediátricos. Esto nos permite utilizar el mismo lenguaje y contribuir a la presentación de cursos de estudio similares en enfermería.

La gestión enfermera de las relaciones NANDA, NOC y NIC permite el uso de un lenguaje unificado que facilita la toma de decisiones, identifica opciones de diagnóstico de enfermería, selecciona los resultados deseados y elige intervenciones para lograr los resultados esperados, la relación entre el consentimiento informado en la planificación de la atención para pacientes pediátricos

El cuidados de enfermería especializada permite brindar al paciente pediátrico han contribuido progresivamente en su recuperación, estos cuidados fueron preventivos, básicos, recuperativos, integral y de calidad, sin descuidar la atención a su familia.

Referencias bibliográficas

- Acurio Barre, S. L. & Macías Sánchez, K. G. (2022). Cuidados de enfermería en pacientes con intubación endotraqueal en la unidad de cuidados intensivos. *Ciencias de La Salud Artículo de Investigación*, 8, 794–806. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>
- Agüero Sánchez, A. C. (2020). Abordaje actualizado sobre la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. *Revista Ciencia & Salud*, 4, 54.
<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/148/227>
- Álvarez Guerrero, M., Guamán Méndez, S. A. & Quiñonez Cuero, J. V. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *CAMBIOS*.
<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/392/285>
- Añaños Alcalde, C., Vicente Lluch, A., Irún Cuairán, M. J., Sarrablo Iranzo, M., Blancas Bernuz, S. & Sánchez Cano, S. (2023). El rol del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Revista sanitaria de investigación*.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-rol-del-profesional-de-enfermeria-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci/>
- Apuntes de Enfermería. (2023). Plan de cuidados de enfermería y gestión de la fiebre reumática.
<https://apuntesenfermeria.com/notas/pae-fiebre-reumatica/>
- Arconada, L. R. (2023). Aspiración de secreciones en el adulto intubado. *Revista sanitaria de investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-de-enfermeria-de-aspiracion-de-secreciones-en-el-adulto-intubado/>
- Bachmann, D. (2022). Medición de la temperatura. *MedlinePlus*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003400.htm>

- Beltrán Bretones, M. T. (2023). *Cuidados de enfermería en UCI pediátrica (UCIP) tras un diagnóstico de neumonía necrotizante: a propósito de un caso clínico* [Trabajo académico de titulación, Universitat Jaume]. Repositorio institucional.
<https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/203786>
- Bertrand Z., F., Segall K., D., Sánchez D., I. & Bertrand N., P. (2020). La auscultación pulmonar en el siglo 21. *Revista Chilena de Pediatría*, 91 (4).
<https://doi.org/10.32641/rchped.v91i4.1465>
- Bhakti K., P. (2022). Insuficiencia ventilatoria. *MANUAL MSD Versión Para Profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-críticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilación-mecánica/insuficiencia-ventilatoria>
- Borre-Naranjo, D., Almanza, A., Rodelo, D., Lora, L., Coronell, W., & Dueñas-Castell, C. (2022). Posición prono en respiración espontánea: una lección más del COVID-19.
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-respiratorias#>
- Bush, L. M. & Schmidt, C. E. (2022). Fiebre. *Manual MSD Versión Para Profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/biología-de-las-enfermedades-infecciosas/fiebre>
- Calero Blazquez, G. (2023). Enfermedades respiratorias. *Top Doctors España*.
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-respiratorias#>
- Celina Del Toro, C. (2023). Ventilación mecánica de protección pulmonar y diafragmática en terapia intensiva. *Medicina crítica*, 37 (2), 122-133.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2023/ti2321.pdf>
- Cepeda S., J. (2022). Fisiología respiratoria - el control de la respiración. *Neumología pediátrica*, 17 (4). <https://www.neumologia-pediatria.cl/index.php/NP/article/view/511>

Cevallos Tapia, E. J., Beltrán Parrenño, K. S., Flores Echeverría, M. A., & Soto Viera, P. S.

(n.d.). Manejo de la Hipertermia Maligna. *Recimundo*, 268–278. [https://doi.org/DOI:](https://doi.org/DOI:10.26820/recimundo/4)

10.26820/recimundo/4.

Chacón Jiménez, N. K., Jiménez Bermúdez, J. P., & Carballo Solís, K. D. (2019).

Antibioticoterapia en la Neumonía Adquirida en la Comunidad. *Revista Costarricense de*

Salud Pública, 28. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292019000200141)

14292019000200141

Damiani, L. F., Jalil, Y., & Dubo, S. (2020). Disfunción diafragmática en ventilación mecánica:

Evaluación e implicancias clínicas. *Kinestesiología*, 39, 89–99.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1255104/ar-damiani-89-99.pdf>

Dezube Rebecca. (2023). Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. *MANUAL MSD Versión*

Para Público General. [https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulmón-y-](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/biología-de-los-pulmones-y-de-las-vías-respiratorias/intercambio-de-oxígeno-y-dióxido-de-carbono)

[las-vías-respiratorias/biología-de-los-pulmones-y-de-las-vías-respiratorias/intercambio-de-](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/biología-de-los-pulmones-y-de-las-vías-respiratorias/intercambio-de-oxígeno-y-dióxido-de-carbono)

[oxígeno-y-dióxido-de-carbono](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/biología-de-los-pulmones-y-de-las-vías-respiratorias/intercambio-de-oxígeno-y-dióxido-de-carbono)

Dezube Reveca. (2021). Sibilancias. *Manual MSD versión para profesionales*.

[https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/síntomas-de-los-](https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/síntomas-de-los-trastornos-pulmonares/sibilancias)

[trastornos-pulmonares/sibilancias](https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/síntomas-de-los-trastornos-pulmonares/sibilancias)

Fulgencio Delgado. (2024). *Valoración del paciente con disnea. Escalas de medición*. chrome-

[extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.neumosur.net/files/publicacion](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/21-DISNEA-Neumologia-3_ed.pdf)

[es/ebook/21-DISNEA-Neumologia-3_ed.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/21-DISNEA-Neumologia-3_ed.pdf)

García Hernández, A. L., & García Hernández, M. N. (2021). Plan de cuidados pediátrico

individualizado en lactante con proceso respiratorio agudo. *Revista de enfermería*, 16 (2).

<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1322>

- Gouveia de Albuquerque, E. (2023). Concepto del diagnóstico de la ventilación espontánea deteriorada en pacientes críticos. *Aquichán*, 23 (3).
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/20061>
- T. Herdman, T.H., Kamitsuru, S. y Camila & Lopes, T. (2021). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023* (12da ed.). Elsevier.
- Hermosilla B., K. (2023). *Neumonía adquirida en la comunidad: diagnóstico y manejo*. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://medicina.uc.cl/publicacion/neumonia-adquirida-en-comunidad-diagnostico-y-manejo/>
- Hidalgo Guevara, E. (2021). Plan de cuidado pediátrico con proceso respiratorio agudo. *Revista de enfermería*, 16 (2). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1322>
- Hunter, J. (2020). Neumonía: Tipos de neumonía, agentes causales y diagnóstico. *Todo diagnóstico*. https://www.tododiagnostico.com/enfermedades-respiratorias/causas-de-la-neumonia/#Que_es_la_neumonia_adquirida_en_la_comunidad
- Instituto de Salud Pública de Chile (2018). *Folleto de información al Profesional: Metamizol sódico*. https://www.ispch.cl/sites/default/files/metamizol_inyectable_1g.pdf
- Irene López Martín. (2021). *Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados*. *Revista de enfermería*, 15 (1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100007
- Isasi, M. (2020). Precauciones y cuidados en la aspiración de secreciones a través de una traqueostomía o tubo orotraqueal. *Salusplay*. <https://www.salusplay.com/blog/precauciones-cuidados-aspiracion-secreciones-traqueostomia/>
- Leyton Lazo, W. A., & López Andrade, C. I. (2020). *Manual de signos vitales en la población pediátrica*. Editorial Universidad de Los Lagos. <https://editorial.ulagos.cl/wp->

content/uploads/2021/04/Manual-de-signos-vitales-en-la-poblacion-pediatrica.pdf

López Lima, F. (2020). *el manejo insuficiencia respiratorio*. 10.

Martínez Martíne, V. (2022). De la fisiología al ventilador, interacción corazón pulmón durante la ventilación mecánica. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 34 (5).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092020000500283

MINSA. (2022). Número de episodios de neumonías en menores de 5 años, Perú 2017 –2022.

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE11/neumonias.pdf>

Moreno Sasig, N. G., Vélez Muentes, J. R., Campuzano Franco, M. A., Zambrano Córdova, J.

R., & Vera Pinargote, R. G. (2021). Monitorización invasiva y no invasiva en pacientes ingresados a UCI. *RECIMUNDO*, 15.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).julio.2021.278-292](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).julio.2021.278-292)

OMS (2019). La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo:

2000-2019. [https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-](https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-death-and-disability-worldwide-2000-)

Cortes-Telles, A., Che-Morales, J.L. & Ortiz-Farías, D.L. (2019). Estrategias actuales en el

manejo de las secreciones traqueobronquiales. *Neumología y cirugía de tórax*, 78(3), 313-

323. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000300313&lng=es&tlng=es)

[37462019000300313&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000300313&lng=es&tlng=es)

Padilla Domínguez, P.M. (2019). *Características y complicaciones clínicas en niños menores de*

5 años con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad que ingresan al Hospital

Básico Sucúa. Periodo junio 2018 – febrero 2019 [Trabajo académico de titulación,

Universidad Católica de Cuenca]. Repositorio institucional.

<https://dspace.ucacue.edu.ec/items/045dbc10-f54d-4069-97cb-1dece4061047>

Picón-Jaimes, Y. A., Orozco Chinome, J. E., Molina-Franky, J., & Franky-Rojas, M. P. (2020).

Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertemias

hipotermia. *MedUNAB*, 23 (1). <https://doi.org/https://doi.org/10.29375/01237047.3714>

Rodriguez, A. (2023). Hipertermia: qué es, síntomas, tipos y tratamiento. *Grupo Rededor*.

<https://www.tuasaude.com/es/hipertermia/>

Rojas Hormazábal, P. (2024). Control de temperatura y aplicación de medidas físicas en

primeros auxilios. *Salud, Enfermería, Primeros Auxilios y Prevención de Riesgos*.

<https://prevencionaludproactiv.com/2021/06/28/control-detemperatura-y-aplicacion-de-medidas-fisicas-en-primeros-auxilios/>

Sánchez, S. (2023). El impacto de los broncodilatadores en pacientes con neumonía. *Terapia*

respiratoria. <https://www.terapiarespiratoria.es/el-impacto-de-los-broncodilatadores-en-pacientes-con-neumonia/>

Santos S, José Ángel, Gutiérrez D, José Antonio, Cebrian V, Paloma, & Domínguez, Miguel G.

(2008). Músculo soleo accesorio: presentación de un caso y revisión de la bibliografía.

Revista chilena de radiología, 14(2). <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082008000200012>

Serrano-Cumplido, A., Trillo Calvo, E., García Matarín, L., del Río Herrero, A., Gamir

Ruiz, F. J., Molina Escribano, F., & Velilla Zancada, S. (2022). Pulsioximetría: papel en el paciente COVID-19 domiciliario. *Semergen*, 48(1), 70–77.

<https://doi.org/10.1016/j.semereg.2021.03.004>

SUlca Rua, J.C. (2022). *conocimientos y aplicación de la técnica de aspiración de secreciones*

que realiza la enfermera en pacientes adultos entubados en la unidad de cuidados

intensivos [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio

institucional. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/12954>

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
(00033) Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos respiratorio evidenciado por disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento del uso de los músculos accesorios aumento de la presión parcial del dióxido de carbono, disminución de la presión parcial de oxígeno	Resultado: NOC (0415) Estado respiratorio	2	Mantener en	Intervención: (3390) Ayuda a la ventilación.				3	+1
	Escala			Actividades:					
	Desviación grave del rango normal Sin desviación del rango normal			Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de músculos respiratorio)	→	→	→		
	Indicadores:			Controlar los síntomas que aumentan el trabajo respiratorio (aumento de la FC. y FR)	→	→	→		
	Frecuencia respiratoria	2		Asegurarse de que las alarmas del ventilador están conectadas	→	→	→	4	
	Saturación de oxígeno	1		Observar si se producen un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria	→	→	→	3	
	Utilización de músculos accesorios	2		Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente	→	→	→	4	
	Indicadores			Administrar el oxígeno a través de ventilador mecánico: modo de P/C	→	→	→	3	
	Presión parcial de oxígeno en sangre arterial	2		Obtener muestras para el análisis de los gases arteriales	→	→	→	3	
	Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial PH arterial	2		Monitorizar los niveles de AGA para detectar la disminución de PH	→	→	→	3	

rpm, hipoxemia									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
(00007) Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad, asociado a Neumonía, evidenciada por aumento de la temperatura corporal en 38.2 °C, piel enrojecida y caliente, sudoración y taquicardia.	NOC (0800) Termorregulación	2	Mantener en 5 Aumentar a:	Intervención NIC (3900) Regulación de la temperatura				3	+1
	Escala			Actividades:					
	Gravemente comprometido (1) a No comprometido (5).			Valora la temperatura corporal del paciente, calor y color de la piel	→	→	→		
	Indicadores:			Administrar Metamizol 200mg. Condicional a fiebre	→	→	→		
	Hipertermia	2		Aplicación de medios físicos	→	→	→	3	
	Taquicardia cardiaca	3		Monitorizar las funciones vitales: T, FC.	→	→	→	3	
	Cambios de coloración cutánea	2		Valora la temperatura corporal del paciente, calor y color de la piel	→	→	→	3	
	Sudoración	2		Revaluar la temperatura corporal	→	→	→	3	

Apéndice B: Valoración del pediátrico por Patrones Funcionales

Gaia de valoración de enfermería en UCI pediátrica

Universidad Peruana Unión – Escuela Profesional de Enfermería - UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: __J. S. H _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _ 1año con 9meses _____	
Fecha de ingreso al servicio: _13 Enero del 2023 _____ Hora: 9.30am _____ Persona de referencia: Madre _____	
Telf. _____	
Procedencia: Admisión _____ Emergencia _____ Otro _____	
Forma de llegada: Ambulatorio _____ Silla de ruedas _____ Camilla _____	
Peso: _____ Estatura: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____	
Fuente de Información: Paciente _____ Familiar/amigo _____ Otro: _____	
Motivo de ingreso: _____ Dx. Médico: _____	
Fecha de la valoración: _____	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p align="center">PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</p> <p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: HTA() DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: ninguna _____</p> <p>Estado de Higiene: Bueno () Regular () Malo ()</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()</p> <p>Factores de Riesgo: Bajo Peso: Si () No () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previas: Si () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No () Especifique: _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p align="center">PATRON RELACIONES-ROL</p> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Compañía de los padres: Si () No () Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos () Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No () Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () Problemas de Drogadicción: Si () No () Pandillaje: Si () No () Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</p> <p>Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto () Somnoliento () Confuso () Irritable () Estupor () Coma () Comentarios: _____</p> <p>Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () recativas () No Recativas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas () Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm () Foto Reactivas: Si () No ()</p> </div>	<p>Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p align="center">PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</p> <p>Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo () Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____ Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si () No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad () Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p align="center">PATRON DESCANSO-SUEÑO</p> <p>Sueño: Nº de horas de Sueño: _____ Alteraciones en el Sueño: Si () No () Especifique: _____ Motivo: _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</p> <p>Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _____ 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 () Otros: _____</p> <p>Oxigenoterapia: Si () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____ Enuresis. Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica () Parámetros Ventilatorios: _____</p> <p>Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Actividad Circulatoria:</p> </div>

Comentarios: _____

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

Comentarios: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()
Fría () Tibia () Caliente ()

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____
Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()
Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()

Observación: _____

Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()

Observación: _____

Edema: Si () No () () + () ++ () +++ ()

Especificar Zona: _____

Comentarios: _____

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()
Ralo () Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones ()

Observaciones: _____

Malformación Oral: Si () No ()

Especificar: _____

Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()
Cuanto Perdió: _____

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()
Disminuido () Náusea () Vómitos ()

Cantidad: _____ Características: _____

Dificultad para Deglutir: Si () No ()

Especificar: _____

Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta ()
Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____

Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb ()
SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis ()

Otros: _____

Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso ()

Comentarios Adicionales: _____

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()
Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Si () No ()

Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

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

Pulso: Regular () Irregular ()

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 del personal () 3 = Dependiente ()

ACTIVIDADES	1	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Aparatos de Ayuda: _____

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Movilidad de Miembros:
Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

PATRÓN ELIMINACIÓN

Comentarios: _____

Intestinal:
Nº Deposiciones/Día _____

Características: _____

Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios: _____

Vesical:
Micción Espontánea: Si () No ()

Características: _____

Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal ()

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Fecha de Colocación: _____

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: _____

Apéndice C: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
UPG CIENCIAS DE LA SALUD

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico: “Proceso de atención enfermería a paciente con neumonía, en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital nacional Arequipa del, 2023, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales J.S.H Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Mercedes Sosaya Lagos y la Lic. Yesica Alneyda Flores Choque, bajo la asesoría de la Mg.: Sofía Vivanco Hilario.

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: R.H.Q

DNI: 46172046

Fecha: 13 de enero 2023

Firma: _____

Apéndice D: Escalas de valoración Tabla de valoración nutricional

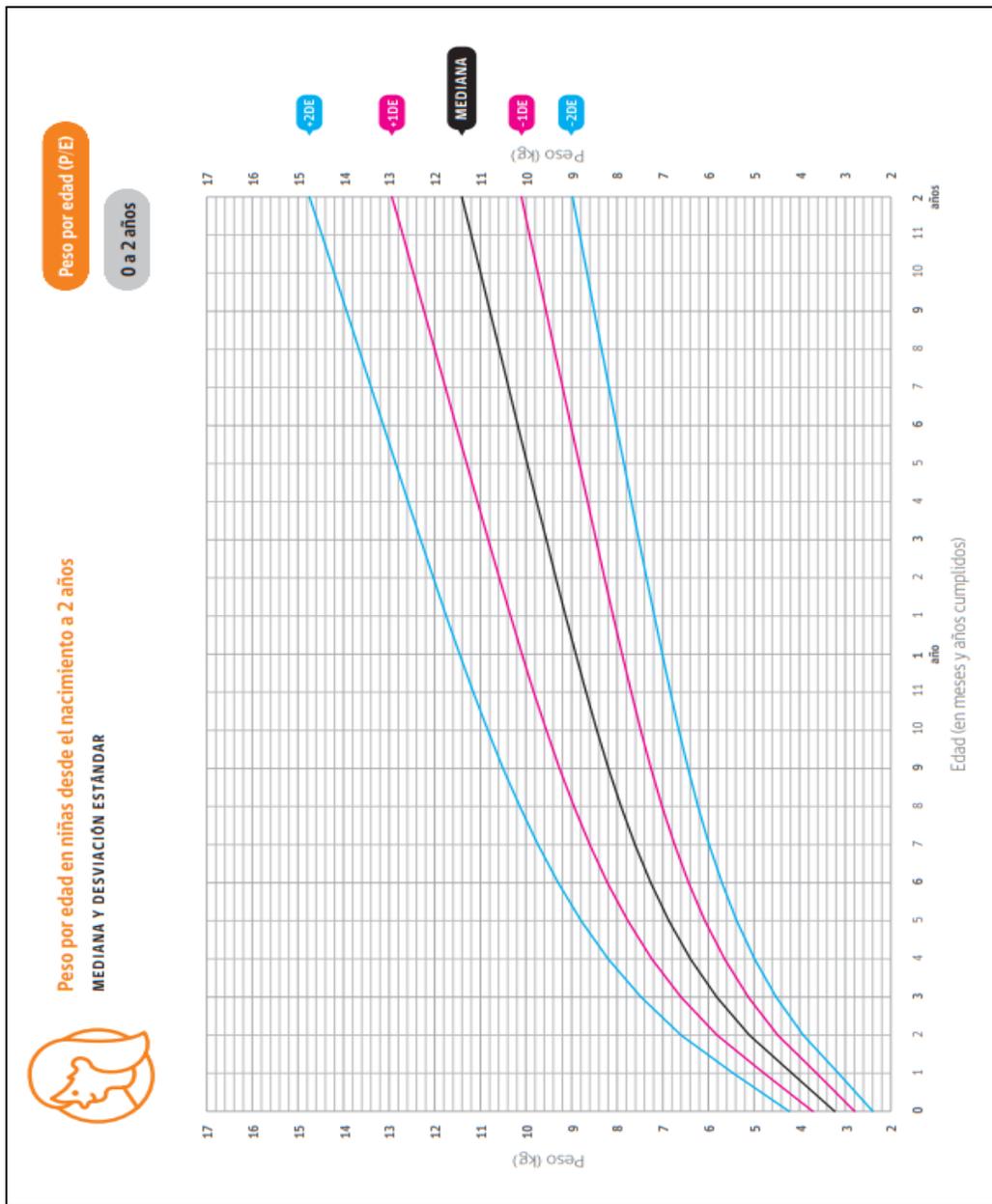


Tabla : Peso para la talla

PESO PARA TALLA								
TALLA (cm)	PESO (kg)							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad	
	< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
88		9,7	10,5	11,3	13,3	14,5	15,8	

PESO PARA TALLA	
INSTRUCCIONES:	
1. Ubique en la columna de la Talla, la talla del niño.	
2. Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:	
Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≤ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

DE: Desviación Estandar < menor > mayor > mayor e igual < menor e igual
Fuente: OMS 2006

Valores de la temperatura en preescolar

Valores Temperatura	
Categoría	Valores Normales
Rn	36.6° c - 37.8° c
Lactantes	36.5° c - 37° c
Preescolar y escolar	36° - 37° c
Adolescentes	36° - 37° c
Edad adulta	36.5° c
Vejez	36° c

Valores de la respiración

FRECUENCIA RESPIRATORIA		
Grupo	Edad	Ventilaciones por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	40-45
Infante	7 semanas - 1 año	20-30
Lactante mayor	1 – 2 años	20-30
Pre-escolar	2 – 6 años	20-30
Escolar	6 – 13 años	12-20
Adolescente	13 – 16 años	12-20
Adulto	16 años y más	12-20

Valores de la presión arterial

TENSION ARTERIAL			
Grupo	Edad	Rango	
		Sistólica	Diastólica
RN	Nacimiento – 6 semanas	70-100	/ 50-68
Infante	7 semanas - 1 año	84-106	/ 56-70
Lactante mayor	1 – 2 años	98-106	/ 58-70
Pre-escolar	2 – 6 años	99-112	/ 64-70
Escolar	6 – 13 años	104-124	/ 64-86
Adolescente	13 – 16 años	118-132	/ 70-82
Adulto	16 años y más	110-140	/ 70-90

Valor de hemoglobinas

Valores normales de hemoglobina y niveles de anemia en niños, adolescentes, gestantes y puerperas

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin Anemia Si la concentración de hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad.



Dr. Mil

Valor de glucosa

Grupo de edad	Momento/tipo de prueba de glucosa en sa		
	Antes de las comidas	Al acostarse	HbA1c
Bebés y niños en edad preescolar (0-6)	100–180 (mg/dl)	110-200 (mg/dl)	<8,5 %
Niños en edad escolar (6-12)	90–180 (mg/dl)	100–180 (mg/dl)	<8 %
Adolescentes y adultos jóvenes (13-19)	90-130 (mg/dl)	90-150 (mg/dl)	<7,5 %

Escala de Glasgow

Puntos: apertura ocular	> 1 año	< 1 año	
4	Espontánea	Espontánea	
3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Puntos: respuesta motora	> 1 año	< 1 año	
6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
4	Se retira al dolor	Se retira al dolor	
3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Puntos: respuesta verbal	> 5 años	2-5 años	< 2 años
5	Orientada	Palabras adecuadas	Sonríe, balbucea
4	Confusa	Palabras inadecuadas	Llanto consolable
3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora ante el dolor
2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja ante el dolor
1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta

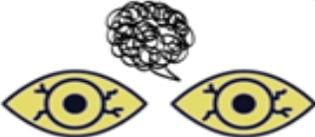
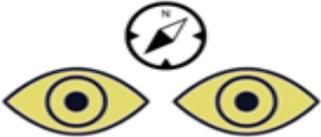
La puntuación máxima es 15 y la mínima 3. **Glasgow de 15 a 13 puntos:** TCE leve. **Entre 9-12 puntos:** TCE moderado. **Menor o igual a 8 puntos:** TCE grave.

ESCALA RAMSAY

Elaboró L.E. Alex Santiago

La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva.

yoamoenfermeriablog.com

Nivel	1	Características Despierto: Agitado, ansioso, inquieto	
Nivel	2	Características Despierto: Cooperador, orientado y tranquilo	
Nivel	3	Características Somnoliento: Responde a órdenes verbales	
Nivel	4	Características Dormido: Responde a órdenes enérgicas breves respuestas a la luz y el sonido	
Nivel	5	Características Dormido: Responde solo al dolor	
Nivel	6	Características Profundamente Dormido: Sin respuesta a estímulos	

Escala de Eva

**De 3 a 7 años colaboradores:
Escala de caras de Wong-Baker**

Escala de caras de Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera de como se siente.



0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado;
8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

Escala de Wood-Downes modificada Para la valoración del déficit respiratorio

	0	1	2	3
Sibilantes	No	Final de la espiración	Toda la espiración	Inspiración y espiración
Tiraje	No	Subcostal inferior	Supraclavicular Aleteo nasal	Intercostal y supraesternal
Frecuencia respiratoria	<30	31-45	45-60	>60
Frecuencia cardiaca	<120	> 120		
Ventilación (auscultación)	Buena Simétrica	Simétrica Regular	Muy disminuida	Tórax silente
Cianosis	No	Sí		
<p>Valoración: 0-3 puntos: crisis leve; 4-7 puntos: crisis moderada; ≥8 puntos: crisis grave.</p>				

Signos clínicos	0	1	2
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido respiratorio	Ausente	Audible con fonendoscopio	Audible sin fonendoscopio
Tiraje intercostal	Ausente	Apenas visible	Marcado
Retracción esternal	Ausente	Apenas visible	Marcado
Disociación toracoabdominal	Sincronizado	Retraso en la inspiración	Bamboleo
<p>Valoración: ≤3 puntos: leve; 4-6 puntos: moderada; ≥6 puntos: grave.</p>			