

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda y epilepsia en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del Callao, 2018

Por:

Luly Myriam Pucllas Curasi

Asesor:

Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ORFELINA ARPASI QUISPE, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda y epilepsia en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del Callao, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada PUCLLAS CURASI LULY MYRIAM, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019..



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria
aguda y epilepsia en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del Callao, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados
Intensivos Pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Presidente



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Secretario



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Asesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	xi
Capítulo I: Valoración.....	12
Datos generales	12
Valoración según patrones funcionales:.....	12
Datos de valoración complementarios:	15
Exámenes auxiliares.	15
Interconsultas:	17
Tratamiento médico.....	18
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	21
Diagnóstico enfermero	21
Primer diagnóstico.....	21
Segundo diagnóstico.	21
Tercer diagnóstico.	22
Cuarto diagnóstico.....	22
Quinto diagnóstico.	22
Sexto diagnóstico	23
Séptimo diagnóstico	23
Octavo diagnóstico	23

Noveno diagnóstico.....	24
Décimo diagnóstico.....	24
Planificación.....	25
Priorización.	25
Plan de cuidados.....	27
Captulo III: Marco teórico	32
Hipertermia	32
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	34
Deterioro del intercambio gaseoso.....	37
Perfusión tisular cerebral ineficaz	42
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.....	44
Capitulo IV: Evaluación y conclusiones.....	47
Evaluación por días de atención:.....	47
Primer diagnóstico.....	47
Segundo diagnóstico.	47
Tercer diagnóstico.	47
Cuarto diagnóstico.....	48
Quinto diagnóstico.	48
Conclusiones:	48
Bibliografía	50
Apéndices.....	54

Índice de tablas

Tabla 1	15
Hemograma completo (12/10/2018)	15
Tabla 2	16
Bioquímica	16
AGA	16
Tabla 4	16
Examen completo de Orina	16
Reacción (pH)	16
Tabla 5	27
Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con aumento tasa metabólica secundario a proceso infeccioso evidenciado por aumento de la temperatura corporal de 38.8 C, piel ruborizada calor al tacto, frecuencia cardiaca de 158 por minuto, frecuencia respiratoria 38 por minuto, leucocitos de 14,330 mm ³ y PCR 20.5mg/dl.	27
Tabla 6	28
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones, espasmos de las vías aéreas, vía aérea artificial y sedo analgesia evidenciado por frecuencia respiratoria 38 por minuto, sin reflejo tusígeno, presencia de sonidos adventicios como roncantes y sibilantes.	28
Tabla 7	29
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado en gasometría con valores de PaO ₂ 135 mmHg o PaCO ₂ : 58 mmHg pH de sangre arterial: 7.24, aleteo nasal, hipoxia e hipoxemia.	29

Tabla 8	30
Diagnóstico de enfermería: Riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz relacionados a lesión cerebral evidenciados con mioclonias episodios de miradas perdidas y contracción de músculos faciales.	30
Tabla 9	31
Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado incapacidad para absorber los nutrientes evidenciada palidez de mucosas, reflujo gastroesofágico, retardo de vaciamiento gástrico de 20cc de leche cortada con peso de 7,8 kg y talla 51cm.....	31

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	54
Apéndice B: Consentimiento informado	58
Apéndice C: Escalas de evaluación	59

Símbolos usados

OMS: Organización Mundial de la Salud

ACP: Ambos Campos Pulmonares

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

GTM: Gastrostomía

VM: Ventilador Mecánico

TQT: Traqueotomía

AGA: gases arteriales

BHE: Balance Hídrico Estricto

CO₂: Dióxido de Carbono

Cm: Centímetro

EV: Endovenosa

MG/DL: miligramos por decilitros

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PO₂: Presión Parcial de Oxígeno

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

SNC: Sistema Nervioso Central

TAC: Tomografía axial computarizada

T°: Temperatura

RHA: Ruidos Hidroaéreos

FR: Frecuencia Respiratoria

FC: Frecuencia Cardíaca

MSD: Miembro Superior Derecho

PS: Presión Soporte

Resumen

El presente proceso de atención en enfermería corresponde al paciente C.S.S.G., aplicado durante cuatro 4 días, a partir del segundo día de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de un hospital del Callao. El diagnóstico médico a su ingreso fue declarado insuficiencia respiratoria aguda epilepsia portador de traqueotomía y gastrostomía. Durante los tres días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron once diagnósticos de enfermería, priorizándose cinco: hipertermia relacionada con aumento tasa metabólica secundario a proceso infeccioso; limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones, espasmos de las vías aéreas, vía aérea artificial y sedo analgesia; deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión, perfusión tisular cerebral ineficaz relacionados a lesión cerebral y desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado incapacidad para absorber los nutrientes. Los objetivos generales fueron: El paciente presentará normotermia durante el turno; mantener limpieza ineficaz de forma progresiva; corregir la mejora del intercambio de gases; mantener la perfusión tisular cerebral efectiva y mantener el estado nutricional adecuado. De los objetivos propuestos, durante el turno, se alcanzaron progresivamente el primero, el segundo y quinto objetivo. Debido a las complicaciones, posteriormente se pudieron alcanzar parcialmente el tercero y cuarto objetivos trazados.

Palabras claves: *Proceso de atención de enfermería, insuficiencia respiratoria aguda, epilepsia, cuidado intensivos pediátrico.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: C. S. S. G.

Edad: 9 meses

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: El paciente ingresa al servicio de UCI pediátrica al ser transferido del servicio de emergencia por ser un paciente recurrente. Ingresó en camilla con apoyo del personal técnico y médico, se encuentra en posición de cubito dorsal con escala de RASS -3 puntos, con apoyo ventilatorio en modo SIMV conectado por traqueotomía, presencia de cianosis oral y palidez generalizada; piel ruborizada caliente y brillante, con taquicardia. El Diagnóstico médico fue Insuficiencia respiratoria aguda y epilepsia.

Días de hospitalización: 2 días

Días de atención de enfermería: fueron 3 días, paciente sigue hospitalizado en Unidad de cuidado intensivo pediátrico.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

El paciente lactante tiene antecedentes de hospitalización desde el nacimiento, cirugía por traqueotomía por dos extubaciones frustradas y gastrostomía, con tratamiento habitual de Levetiracetam 140 mg cada 12 horas y Fenobarbital 30 mg cada 24 horas debido a la epilepsia que padece con buena higiene corporal.

Patrón II: Nutricional metabólico.

El paciente lactante, con lactancia materna no exclusiva, alimentación con fórmula maternizada 13% la cantidad de 50cc en bolo cada cuatro horas por gastrostomía se evidencia alrededor de la zona eritematosa con secreción serosa blanquecina, presencia de reflujo gastroesofágico y retardo en el vaciamiento gástrico de 20cc de leche cortada, dentadura completa en regular higiene bucal con mucosas orales intactas. Además, no se evidencia cambios de peso en los últimos días con abdomen blando depresible no doloroso a la palpación con perímetro abdominal de 40 cm con ruidos hidroaéreos presentes, se muestra irritable con mioclonias que duran 10 a 30 segundos pero que son constantes, piel ruborizada caliente al tacto, palidez generalizada hidratada y húmeda con presencia de catéter venoso central en subclavia izquierda pasando dextrosa al 5% 1000cc con 2 ampollas ClNa al 20% y 1 ampolla de ClK al 20% pasando a 40cc por hora más infusión de sedo analgesia, presencia de equimosis en miembros superiores e inferiores por punciones anteriores y tomas de gases arteriales, no edemas su grupo sanguíneo 0 +, con temperatura de 38.8°C, Peso: 7.8 kg, Talla: 51 cm, hemoglobina: 8.9 gr/dl, leucocitos 14.330 mm³

Patrón III: Eliminación.

Lactante de sexo masculino con presencia de sonda vesical, permanente con orina amarilla clara observándose en zona de prepucio secreción purulenta, además las deposiciones son normales demorando la evacuando de 1 a 2 días.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Lactante de 9 meses de edad con frecuencia respiratoria 38x minutos profundas con Saturación respiratoria de 97% y se encuentra conectado por traqueotomía número 4.5 con apoyo de ventilación mecánica en modo SINV con parámetros FIO₂ de 45%, presión inspiratoria pico es de 15, presión positiva al final de la expiración 4, frecuencia respiratoria 24

latidos por minutos, presión soporte 10, la relación entre la duración de la inspiración y la espiración es 1:2, con ruidos agregados roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares, presencia de aleteo nasal con uso de músculos intercostales con taquipnea y disnea con ritmo regular y profundas. Las saturaciones que oscilan entre 97% y 95%. Presencia de secreciones bronquiales verdosas abundantes por boca y nariz secreciones blanquecinas en regular cantidad y no drenaje torácico. Recibe inhalaciones salbutamol 2 puf cada 6 horas el pulso periférico en regular intensidad con una frecuencia cardíaca de 158 por minuto de forma regular, presión arterial: 90/60 mmHg con una media de 56 por minuto con llenado capilar mayor de 2 segundos. Observándose en miembros inferiores con leve flacidez y fuerza muscular disminuida con grado de dependencia IV.

Patrón V: Descanso – sueño.

El paciente lactante se encuentra sedado con fentanilo con 3 ampollas diluido con ClNa 0.9% 50cc pasando 2 cc por hora Midazolam 5 ampollas diluido con ClNa 0.9% 50 cc pasando a 2.5cc por hora.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Lactante masculino hipo activo, bajo efectos de sedo analgesia con escala de Rass -3 puntos a la observación pupilas isocóricas, reactivas a la luz con ojo derecho que mide 2 mm y ojo izquierdo que mide 2 mm.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.

Paciente bajo efectos de sedo analgesia.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

El paciente cuenta con el apoyo de familiares; con padres casados, sin problemas de adicción con buena relación familiar y afecto, además recibe visita de familiares.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Lactante que presenta en zona de meato urinario secreciones de color blanquecinas en poca cantidad. Con testículos descendidos y masa escrotal presentes.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Padres preocupados por estancia hospitalaria de paciente evidenciándose ansiedad en sala de espera y durante la visita.

Patrón X: Valores y creencias.

Los padres solicitan bautizo para su hijo que se encuentra hospitalizado ya que nunca salió del hospital por el estado en la cual se encuentra. Son padres católicos.

Datos de valoración complementarios:**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

Hemograma completo (12/10/2018)

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	8,9 gr /dl
Factor RH	POSITIVO
Grupo	O
Factor	+
Leucocitos	14.330 mm ³
Abastados	3%
Segmentados	48%
Eosinófilos	0%
Basófilos	0%
Monocitos	10%
Linfocitos	44%
Hematocrito	27%
Recuento plaquetas	395, 00 mil/mm

Interpretación: Anemia moderada

Tabla 2
Bioquímica

Compuesto	Valor obtenido
Glucosa	106mg/dl
PCR	20.5 mg/l
Protrombina	11.1 seg
Bilirrubina total	0.34 mg/dl
Bilirrubina directa	0.10 mg/dl
Prueba Rápida para HIV	No Reactivo

Tabla 3
AGA

Compuesto	Valores Obtenidos
PH	7.24
Pco2	58 mm Hg
pO2	135 mm Hg
HCO3	25.6 mEq /lt
Sat. O2	97%

Interpretación: Acidosis respiratoria descompensada

Tabla 4
Examen completo de orina

Compuesto	Valor encontrado
Color	Amarillo
Aspecto	turbio
Reacción (pH)	8.0
Leucocitos	+100 x campo
Densidad	1.005
Proteínas	Negativo
Glucosa	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Nitrito	Negativo
Ácido ascórbico	Negativo
Hematíes	3-5 x c
Gérmenes	++
Creatinina	0.36

Interpretación: Probable infección por tanto pasa a urocultivo.

Interconsultas:

Cabeza y cuello 13/08/18

Motivo: cambio de cánula de traqueotomía numero 4.5

Respuesta: deja receta para solicitar cánula de traqueotomía número 5.

Neurología pediátrica 13/08/18

Motivo: dosis adecuada de anticonvulsivantes para su edad

Respuesta: deja sugerencias fenobarbital 3-5mgr/kg/día en 2 dosis

Fentanilo 5 mgr/kg/día, Diazepam 0,3mgr/kg o midazolam 0.3mgr/kg endovenoso pasar en 3 minutos por convulsión mayor a 5 minutos, resonancia sin contraste, terapia física, medicina.

Infectología 14/08/18

Motivo: presencia de cultivo positivo por colonización bacteriana.

Respuesta: Sugiere pcr, vsg, radiografía tórax si sale anormal empezar ceftriaxona endovenosa.

Epidemiología 15/08/18

Motivo: para coordinar toma de muestra nasofaríngea

Respuesta: vendrán a tomarle el día 16/10/18

Oftalmología 14/08/18

Motivo: paciente en ventilación mecánica presencia de resequedad de ojos.

Respuesta: sugiere ciprofloxacino y vista gel en ambos ojos c/6 horas por 10 días.

Tratamiento médico.**Primer día (14/8/2018)**

Fórmula maternizada al 13% pasar 50cc cada 3 horas por gastrostomía.

Dextrosa 5% 1000 cc+ ClNa 20%: 40 cc +CLK 20%: 10 cc= 40 cc x hora

Infusiones

Fentanilo 1500 mg + ClNa 0.9%=50cc a 2 cc/h

Midazolam 250 mg + ClNa 0.9% 50 cc a 2.5cc/h

Tratamiento endovenoso

Ceftriaxona 300 mg c/8h ev

Fenitoína 10 mg c/6h ev

Omeprazol 10 mg c/24h ev

Metamizol 250mg PRN temperatura > 38

Otros

Salbutamol 2 puf c/6

Carbonero 0.12% aplicar en ambos ojos cada 2 horas

Cuidados de CVC, TQT

CFV + BHE

Segundo día (15/8/2018)

Fórmula maternizada al 13% 50cc cada 3 horas por GTM.

Dextrosa 5% 1000 cc+ ClNa 20%: 40 cc +CLK 20%: 10 cc= 40 cc x hora

Infusiones

Fentanilo 1500 mg + ClNa 0.9%=50cc a 1.5 cc/h

Midazolam 250 mg + ClNa 0.9% 50 cc a 2cc/h

Ceftriaxona 300 mg c/8h ev

Fenitoína 10 mg c/6h ev

Omeprazol 10 mg c/24h ev

Metamizol 250mg PRN temperatura > 38

Salbutamol 2 puf c/6

Carbonero 0.12% aplicar en ambos ojos cada 2 horas

Cuidados de CVC, TQT

CFV + BHE

Tercer día (16/8/2018)

Fórmula maternizada al 13% 80cc cada 3 horas por GTM.

Dextrosa 5% 1000 cc+ ClNa 20%: 40 cc +CLK 20%: 10 cc= 20 cc x hora

Infusiones

Fentanilo 500 mg + ClNa 0.9%=50cc a 1 cc/h

Midazolam 50 mg + ClNa 0.9% 50 cc a 1cc/h

Ceftriaxona 300 mg c/8h ev

Fenitoína 10 mg c/6h ev

Omeprazol 10 mg c/24h ev

Metamizol 250mg PRN temperatura > 38

Salbutamol 2 puf c/6

Fenobarbital 30mg x GTM c/ 24

Levetiracetam 140 mg x GTM /c 24

Simeticona 16 gts x GTM c/ 8

Salbutamol 2 puf c/6

Carbonero 0.12% aplicar en ambos ojos cada 2 horas

Ciprofloxacino 1 gota cada ojo c/12

Vista gel en ambos ojos c/6 horas

Cuidados de CVC, TQT

CFV + BHE

Capítulo II

: Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: temperatura 38,8, piel ruborizada, caliente al tacto y frecuencia cardiaca de 158 por minuto, frecuencia respiratoria 38 por minuto, leucocitos de 14,330 mm³ y PCR 20.5mg/dl.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado: aumento tasa metabólica y sepsis de foco respiratorio.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionada con aumento tasa metabólica secundario a proceso infeccioso evidenciado por aumento de la temperatura corporal de 38.8, piel ruborizada calor al tacto, frecuencia cardiaca de 158 por minuto, frecuencia respiratoria 38 por minuto, leucocitos de 14,330 mm³ y PCR 20.5mg/dl.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: frecuencia respiratoria 38 por minuto, sin reflejo tusígeno, de presencia de sonidos adventicios como roncantes y sibilantes.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Factor relacionado: Acumulo de secreciones, espasmos de las vías aéreas, vía aérea artificial y sedo analgesia.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones, espasmos de las vías aéreas, vía aérea artificial y sedo analgesia evidenciado por

frecuencia respiratoria 38 por minuto, sin reflejo tusígeno, presencia de sonidos adventicios como roncales y sibilantes.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Aleteo nasal gasometría con valores de PaO₂ 135 mmHg o PaCO₂: 58 mmHg pH de sangre arterial: 7.24, hipoxia, hipoxemia.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases.

Factor relacionado: Desequilibrio en la ventilación – perfusión.

Enunciado diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado en gasometría con valores de PaO₂ 135 mmHg o PaCO₂: 58 mmHg pH de sangre arterial: 7.24, aleteo nasal, hipoxia e hipoxemia.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: no aplica.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz.

Factor relacionado: Lesión cerebral.

Enunciado diagnóstico: Riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz relacionados a lesión cerebral evidenciados con mioclonias episodios de miradas perdidas y contracción de músculos faciales.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: palidez de mucosas reflujo gastroesofágico, retardo de vaciamiento gástrico de 10 cc evidenciándose leche cortada, con peso de 7,8 kg y talla 51cm

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional, inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: Incapacidad para absorber los nutrientes, ingesta insuficiente de nutrientes.

Enunciado diagnóstico: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por palidez de mucosas reflujo gastroesofágico retardo de vaciamiento gástrico de 20cc de leche cortada, con peso de 7,8 kg y talla 51cm.

Sexto diagnóstico

Características definitorias: no corresponde.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Factor relacionado: Inmovilidad física, reposo prolongado, presión sobre prominencias óseas, alrededor de gastrostomía zona eritematosa con secreción serosa blanquecina.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física, reposo prolongado en cama, presión sobre prominencias óseas, y alrededor de gastrostomía zona eritematosa con secreción serosa blanquecina.

Séptimo diagnóstico

Características definitorias: Disminución del volumen de las heces, disminución de las frecuencias de las deposiciones y ruidos hidroaereos presentes.

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento.

Factor relacionado: sedoanalgesia, disminución de la motilidad gastrointestinal y deterioro neurológico.

Enunciado diagnóstico: Estreñimiento relación con disminución de la motilidad gastrointestinal evidenciado por sedoanalgesia disminución de la motilidad y deterioro neurológico.

Octavo diagnóstico

Características definitorias: no aplica.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión corneal.

Factor relacionado: oxigenoterapia, ventilación mecánica y hospitalización prolongada.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de lesión corneal relacionado con oxigenoterapia, ventilación mecánica y hospitalización prolongada.

Noveno diagnóstico

Características definitorias: angustia, incertidumbre, nerviosismo, sufrimiento, temor, conducta de exploración, lanzar miradas alrededores, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad de los padres.

Factor relacionado: Amenaza de muerte, crisis situacional, factores estresantes, necesidades no satisfechas.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada con la evolución del estado del niño y estancia hospitalaria larga evidenciado por nerviosismo y preocupación.

Décimo diagnóstico

Características definitorias: Lactancia materna no exclusiva.

Etiqueta diagnóstica: Interrupción de la lactancia materna.

Factor relacionado: Contraindicaciones para la lactancia materna, hospitalización del niño

Separación madre niño.

Enunciado diagnóstico: Interrupción de la lactancia materna relacionado con hospitalización del lactante.

Planificación

Priorización.

1. Hipertermia relacionada con aumento tasa metabólica secundario a proceso infeccioso evidenciado por aumento de la temperatura corporal de 38.8 C, piel ruborizada calor al tacto, frecuencia cardíaca de 158 por minuto, frecuencia respiratoria 38 por minuto, leucocitos de 14,330 mm³ y PCR 20.5mg/dl.
2. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones, espasmos de las vías aéreas, vía aérea artificial y sedo analgesia evidenciado por frecuencia respiratoria 38 por minuto, sin reflejo tusígeno, presencia de sonidos adventicios como roncales y sibilantes.
3. Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado en gasometría con valores de PaO₂ 135 mmHg o PaCO₂: 58 mmHg pH de sangre arterial: 7.24, aleteo nasal, hipoxia e hipoxemia.
4. Riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz relacionados a lesión cerebral evidenciados con mioclonias episodios de miradas perdidas y contracción de músculos faciales.
5. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por palidez de mucosas reflujo gastroesofágico retardo de vaciamiento gástrico de 20cc de leche cortada, con peso de 7,8 kg y talla 51cm.
6. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física, reposo prolongado en cama, presión sobre prominencias óseas, y alrededor de gastrostomía zona eritematosa con secreción serosa blanquecina.

7. Estreñimiento relación con disminución de la motilidad gastrointestinal evidenciado por sedoanalgesia disminución de la motilidad y deterioro neurológico.
8. Riesgo de lesión corneal relacionado con oxigenoterapia, ventilación mecánica y hospitalización prolongada.
9. Ansiedad relacionada con la evolución del estado del niño y estancia hospitalaria larga evidenciado por nerviosismo y preocupación
10. Interrupción de la lactancia materna relacionado con hospitalización del lactante.

Plan de cuidados.

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con aumento tasa metabólica secundario a proceso infeccioso evidenciado por aumento de la temperatura corporal de 38.8 C, piel ruborizada calor al tacto, frecuencia cardiaca de 158 por minuto, frecuencia respiratoria 38 por minuto, leucocitos de 14,330 mm³ y PCR 20.5mg/dl

Planificación		Ejecución					
Objetivo / Resultados	Intervenciones	10/10/18			11/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente presentará normotermia durante el turno.	1. Mantener temperatura ambiental entre 22 a 24 °C						→
				-			
		→		-			→
Resultados:	2. Monitorizar signos vitales, FC, FR, SO, PA en hoja gráfica durante el turno.	→					n
1. El paciente presentará temperatura corporal entre 36°C y 37.5°C.	3.- Aligerar cubiertas.						
2. El paciente presentará frecuencia respiratoria de 25 a 30 por minuto.	4.-Aplicar medios físicos si la T° es superior a 37.5 °C.		t				n
3. El paciente presentará frecuencia cardiaca de 110-130 por minuto	5.-Aadministrar metamizol 250 mg ev de acuerdo a la indicación médica.		t				n
4. El paciente presentará leucocitos de 4.5 a 11,0 mm ³							
5. El paciente presentará PCR 1.0-3.0mg/dl							

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones, espasmos de las vías aéreas, vía aérea artificial y sedo analgesia evidenciado por frecuencia respiratoria 38 por minuto, sin reflejo tusígeno, presencia de sonidos adventicios como roncales y sibilantes

Planificación		Ejecución					
Objetivo / Resultados	Intervenciones	10/10/18		N	11/10/18		N
		M	T		M	T	
Objetivo general:	1. Mantener la cama con la cabecera elevada 30 a 45 grados.	m	t				n
El paciente presentará limpieza eficaz de forma progresiva durante el turno.	2.- Aplicar de salbutamol 2 puf según indicación médica c/6h	m	t				n
Resultados:	3.- Realizar fisioterapia respiratoria	m	t				n
1. El paciente presentará tos eficaz de forma progresiva	4.- Aspirar secreciones por TQT, boca y nariz según sea necesario y medidas de bioseguridad	m	t				n
2. El paciente presentará ausencia de ruidos adventicios respiratorios.	5.- Auscultar ambos campos pulmonares: observar la presencia de roncos, durante el turno.	m	t				n
3. El paciente presentará secreciones bronquiales en menor cantidad	6.- Registrar cantidad y características de secreciones obtenidas.	m	t				n

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado en gasometría con valores de PaO₂ 135 mmHg o PaCO₂: 58 mmHg pH de sangre arterial: 7.24, aleteo nasal, hipoxia e hipoxemia

Objetivo / Resultados	Planificación		Ejecución					
	Intervenciones		10/10/18			11/10/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mejorará el intercambio de gases al finalizar el turno.	1. Administrar oxigenoterapia		m	t				n
	2. Colocar sensores no invasivos continuos.		--→	--→				--→
Resultados:								
1. El paciente presentará saturación	3. Vigilar frecuencia respiratoria, profundidad y esfuerzo.		--→	--→				--→
2. de 92-100%								
3. El paciente presentará buena coloración de piel.	4. Tomar e interpretar los exámenes de laboratorio: toma de gases arteriales.			t				n
4. El paciente presentará ausencia de aleteo nasal	5. Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador sobre la oxigenación: gasometría			t				n
5. El paciente presentará valores de AGA normales.								

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz relacionados a lesión cerebral evidenciados con mioclonias episodios de miradas perdidas y contracción de músculos faciales

Planificación		Ejecución					
Objetivo / Resultados	Intervenciones	10/10/18			11/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mantendrá adecuada perfusión tisular cerebral durante su hospitalización.	1. Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno.	---	---			---	
	2. Valorar al paciente con sedación (Escala de ranss) c/8 h	m	t				n
	3. Valorar reacción pupilas y reflejo corneal c/8 h	m	t				n
Resultados:							
1. El paciente presentara tono muscular conservado.	4. Valorar la sensibilidad y tono muscular c/8 h	m	t				n
2. El paciente disminuirá frecuencia de convulsiones.	5. Anotar las características de las crisis convulsivas (Tipo, hora tiempo, etc.)		t				n
	6. Administrar Midazolam 4mg ev PRN		t				n
	7. Administrar Fenitoina 10mg E.V. c/6	m	t				n

Tabla 9

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado incapacidad para absorber los nutrientes evidenciada palidez de mucosas, reflujo gastroesofágico, retardo de vaciamiento gástrico de 20cc de leche cortada con peso de 7,8 kg y talla 51cm

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		10/10/18			11/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: El paciente mantendrá estado nutricional adecuado durante su estancia hospitalaria.	1. Pesar paciente cada 12h.						n
	2. Determinar, en colaboración con la dietista, las calorías y tipos de nutrientes necesarios.	m					
Resultados:	3. Observar si sonidos intestinales están presentes.	m	t				n
1. El paciente presentará mucosas sonrosadas.	4. Elevar el cabecero de la cama de 30-45 durante la alimentación.	m	t				n
2. El paciente mantendrá el peso de 9,2 kg.	5. Verificar el tipo y concentración de la formula.						
3. El paciente presentará adecuado vaciamiento gástrico.	6. Comprobar la existencia de residuos en cada toma. c/3h.	m	t				n
4. El paciente conservará las tomas adecuadas de fórmula.	7. Administrar formula13% 50cc por GTM c/3 h.	m	t				n

Capítulo III

Marco teórico

Hipertermia

La hipertermia se define cuando la temperatura corporal asciende a niveles superiores a los normales independientemente de los factores etiológicos y el sistema de termorregulación del cuerpo no puede funcionar correctamente, además, cuando el cuerpo no puede enfriarse solo puede llegar a ser mortal si no se trata a tiempo (Díaz, 2017).

Además, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y el Colegio Americano de Medicina en Cuidados Críticos (2017) definen a la fiebre como un signo común en la unidad de cuidados intensivo que implica la existencia de infección o también tener origen no infeccioso, la fiebre en pacientes críticamente enfermos como la temperatura igual o mayor a 38.3°C. es una reacción fisiológica compleja de alguna enfermedad, mediada por el incremento de las citosinas.

Por otro lado, Rabinstein (2007) dice que la fiebre es común en lesiones neurológicas graves, y da como ejemplo a la encefalopatía hipóxica isquémica posterior a paro cardiorrespiratorio, traumatismo craneoencefálico, evento vascular cerebral de tipo isquémico o hemorrágico y hemorragia subaracnoidea, entre otras y que en un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos neurológicos, se incluyeron 93 pacientes el 33% de los pacientes tuvo fiebre de origen no infeccioso con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico principalmente los que tenían vasoespasma; el inicio promedio de la fiebre de origen central fue a los 2 a 6 días y su aparición en las primeras 72 horas fueron con malos resultados.

Sin embargo, Carpenito (2017) menciona que la temperatura sufre alteraciones por una menor capacidad de sudoración esto se justifica que uno de los mecanismos que a través del

cuerpo pierde calor es mediante la evaporación (Sudoración) además menciona si una persona tiene esta capacidad disminuida acumulará calor.

Según García (2013), nombran una situación cuando la persona está en riesgo de sufrir una alteración de los mecanismos reguladores se mantienen la temperatura corporal dentro de los límites normales menciona además que las enfermedades como traumatismo del centro termorregulador y las lesiones cerebrales que afecten al hipotálamo pueden afectar la capacidad de termorregulación provocando hipotermia en unos casos e hipertermia y la variabilidad térmica de la persona depende de los factores como edad, sexo peso y otros.

Menciona Chivite (2005), que el enfermero/a es quien valora procedimiento y que es una de sus funciones el saber detectar e interpretar y evaluar los dilemas que puedan darse cuando una constante sobrepasa los límites normales y saber actuar en consecuencia de manera eficaz y que además la medición varía en cada usuario y también en las distintas horas del día.

Según Martínez (2008), está demostrado que tan sólo una pérdida del 1% de peso corporal de agua está coordinado con la elevación de la temperatura corporal y la deshidratación disminuye el flujo de sangre a la piel y que a partir de una pérdida del 10% de peso corporal en agua, la temperatura aumenta de forma rauda conduciendo a la muerte de la persona, por eso se debe llevar a cabo un registro de egresos e ingresos, asegurando el mantenimiento de una hidratación adecuada.

Por otro lado, Alvares (2008) afirma que, en el medio hospitalario, se debe realizar un balance hídrico, donde un balance negativo conlleva el aumento de la temperatura corporal.

Además, Rodrigo (2013) señala el procurar mantener la temperatura ambiente entre 20 – 25 grados.

Así mismo, Fernández (2010) refiere a usarse mantas de agua fría para mejorar la temperatura y que la administración de antipirético actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura en este caso es adecuado administrar metamizol al paciente.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

La limpieza ineficaz de las vías aéreas se sobre entiende que es la incapacidad para mantener las vías permeables y también la incapacidad para eliminar las secreciones que causan obstrucción de las vías respiratorio (NANDA, 2017).

Además, Collado (2015) menciona que las enfermeras de las áreas críticas realizan medidas adecuadas en relación a los procedimiento de aspiración de secreciones antes, durante y después ,también menciona que se debe realizar las valoraciones previas en cuanto al usuario y el equipo necesario se procede con la inserción del dispositivo de aspiración, para ello tiene que estar bien lubricado para su fácil acceso y entre periodos cortos de aspiración se brindara oxigeno mediante ambos de ser necesario y finalmente una vez culminado el procedimiento se procede a realizar la evaluación del paciente mediante la auscultación de los campos pulmonares para comprobar la ausencia o reducir los ruidos agregados.

Por otro lado, Roldan (2008) dice que la aspiración de secreciones es un procedimiento necesario que puede ocasionar complicaciones como lesión en la mucosa traqueal, puede haber dolor, desaliento, infección, conllevando a una alteración de los parámetros hemodinámicos y de los gases arteriales, produciendo bronco constricción, atelectasia, aumento de la presión intracraneal y además alteraciones del flujo sanguíneo cerebral ver que complejidad de ese procedimiento debe ser evaluación previa a la necesidad de aspiración y ver si es indispensable, porque se trata de un procedimiento invasivo y complejo que debe ser realizado mediante indicación, para evitar causar complicaciones al paciente.

Podemos mencionar que las aspiraciones de secreciones por traqueotomía forman parte de una de las actividades más importante que se dan en los servicios UCI, donde se lleva a cabo por las enfermeras, quienes aplican sus prácticas y conocimientos; cumpliendo así los principios de bioseguridad y evitando por consiguiente infecciones intrahospitalarias (García, 2008).

En su investigación titulada Técnicas Asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio, Chávez (2013) tuvo como objetivo general determinar el cumplimiento de las técnicas asépticas en los procedimientos de administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio por parte de los enfermeros durante el cuidado de pacientes con grado de dependencia III y que existe un porcentaje considerable (53,3% y 60%) de las enfermeras que aplican de manera inadecuada las medidas de bioseguridad en la aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados antes y después del procedimiento, que no preparan adecuadamente los equipos y materiales para boca y traqueotomía además no ausculta los pulmones en busca de estertores y sibilantes, no se evidencia el retiro de sus joyas en el momento de lavarse las manos, no se coloca mandilón y mascarilla; se tiene un menor porcentaje (20%) que realiza inadecuadamente durante el procedimiento de aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados, donde desconoce la medida de sonda que va a introducir (6–12 cm), predisponiéndole a enfermedades crónico degenerativas y/o complicaciones.

Además, Obando (2014) en su investigación titulada Relación con el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima, mencionó como objetivo general determinar la relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en los pacientes adultos en la sala de pacientes

críticos del servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen obteniendo como resultados un nivel de cumplimiento de medio a bajo en un 60%; donde las complicaciones más frecuentes fueron lesión de la mucosa traqueal con un 65%, hipoxia con un 55%. Además, se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de cumplimiento bajo y la presencia de lesión de la mucosa traqueal y la hipoxia, concluyo que el 100% de los profesionales de enfermería cumplen con la verificación de las conexiones del sistema de aspiración de secreciones, y que el 55% de enfermeros, no cumplen con hiperoxigenar al paciente.

Por lo tanto, las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo de traqueotomía y además de eliminar las secreciones que obstruyen total o parcialmente manteniendo la permeabilidad de la vía aérea para permitir que haya una correcta ventilación.

En los pacientes neurocríticos, se realiza alrededor de 33% traqueotomía, ya que facilita el manejo de la vía aérea la aspiración es un procedimiento estéril y se realiza sólo cuando es estrictamente necesario y no como maniobra de rutina además tiene como objetivo retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea; a si se mantendrá la permeabilidad del tubo de traqueotomía, permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo-capilar. Es importante observar las secreciones eliminadas de acuerdo con ello dar un tratamiento adecuado para evitar complicaciones (Morales, 2014).

La exploración física del tórax forma parte del proceso de razonamiento clínico además en una insuficiencia respiratoria se produce taquipnea, respiraciones poco profundas y movimientos torácicos asimétricos explica (López, 2016).

Los signos y síntomas que indican la necesidad de aspirar son: el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria en el paciente, hipotensión arterial, intranquilidad y ansiedad en el paciente, secreciones visibles y obvias, cuando la auscultación capte la presencia de ruidos sibilancias y estertores respiratoria además controlar la saturación permite identificar signos de hipoxia causada por la retención de secreciones en las vías aéreas y que a la auscultación se puede oír ruidos respiratorios bronquiales, crepitantes como respuesta a la acumulación de líquido y/o secreciones espesas (Saldaña, 2016).

Al mantener la cabeza elevada se baja el diafragma, lo que favorece la expansión del tórax, movilización y expectoración de las secreciones para mantener libre la vía aérea refiere (Coral, 2012).

Concluimos que la fisioterapia respiratoria es un conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar.

Deterioro del intercambio gaseoso.

El deterioro del intercambio de gases se define como el aumento o disminución, en la oxigenación o la eliminación del dióxido de carbono dentro de la membrana alveolo capilar. (Herman, 2012).

Además, Moraleda (2018) refieren que el responsable del intercambio gaseoso es el aparato respiratorio, este intercambio se da entre el interior y el exterior del organismo, absorbiendo el oxígeno del exterior y expulsando el dióxido de carbono, el cual tiene lugar en los alveolos.

Por otro lado, Llanos (2018) sostiene que el deterioro del intercambio de gases es una condición clínica grave, que representa exceso o déficit de la oxigenación y/o en la eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolo -capilar.

De acuerdo con la NANDA (2017), es alteración por exceso o por defecto en la oxigenación y en la supresión del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar-capilar. Además, según la NANDA (2017), este diagnóstico pertenece a la clase función respiratoria y al dominio eliminación e intercambio; tiene como características definitorias: el aleteo nasal, confusión, cianosis (solamente en neonatos), cefalea al despertar, dióxido de carbono disminuido, color de la piel anormal (pálida, obscurecida), diaforesis, hipoxemia, disnea, disturbios visuales, inquietud, gases sanguíneos arteriales anormales, hipercapnia, hipoxia, irritabilidad, taquicardias, pH arterial anormal, respiración anormal (por ejemplo: frecuencia, ritmo, profundidad), y somnolencia.

Otro aspecto, Hernando (2017) refieren que el intercambio gaseoso se da en los pulmones, entre el aire que ingresa a los alveolos y la sangre que se transporta hasta los capilares, los cuales se mueven en ambas direcciones y que la gradiente de oxígeno entre el aire atmosférico y los tejidos, haciendo que el gas se difunda desde los alveolos hacia los capilares mediante la membrana alveolo capilar y además simultáneamente hay una gradiente inversa para el dióxido de carbono que se difunde de la sangre a los alveolos.

Del mismo modo, Cowan (2014) afirma que el deterioro del intercambio gaseoso se presenta al verse afectada la capacidad de los gases para atravesar por difusión la membrana alveolo capilar y que el equilibrio ácido-base es importante para que las funciones orgánicas sean eficientes y las adecuadas, este refleja mecanismos fisiológicos para mantener el pH dentro de los valores normales donde la acidosis y alcalosis metabólicas reflejan la acción del bicarbonato y la relacionan con el metabolismo y el funcionamiento del sistema renal.

Donde, Muñoz (2010) menciona que la función respiratoria básica es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido carbono, lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio.

Por otro lado, el mismo autor define la insuficiencia respiratoria como la presencia de una hipoxemia arterial (PaO_2 menor de 60 mmHg), en reposo, a nivel del mar y respirando aire ambiental, acompañado o no de hipercapnia (PaCO_2 mayor de 45 mmHg), y denominaremos solo como hipoxemia (PaO_2 60 y 80 mmHg) (Campbell, 2005).

Cabe mencionar, además, que García (2008) dice que la alteración del intercambio gaseoso se obtiene de la gasometría arterial, manifestándose como hipoxemia, hipo o hipercapnia donde además se producen fenómenos vasculares que afectan de forma diferente al intercambio gaseoso siendo estas zonas mal ventiladas por la ocupación alveolar donde reaccionan a la hipoxia local con vasoconstricción localizada, reduciendo el aporte de flujo sanguíneo a estas zonas y redirigiéndolo hacia las zonas bien ventiladas.

Según Rolden (2008), menciona que las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades más comunes en la infancia que contribuyen para los elevados índices de morbilidad y mortalidad donde el etario más afectado son los niños menores de cinco años debido a la susceptibilidad e inmadurez del tracto respiratorio pueden ser clasificadas en las infecciones respiratorias bajas, que afectan las vías aéreas inferiores, tienden a extenderse por más tiempo y caso no sean debidamente tratadas, pueden colocar en riesgo la vida del niño.

Las intervenciones a realizarse frente a este problema menciona Rodrigo (2012) que se basa en el enfermero realice una evaluación cuidadosa de la función respiratoria, para determinar precozmente el diagnóstico de enfermería sobre la condición clínica y que las intervenciones de enfermería estén basados en los síntomas y signos que presenten el paciente y

los primeros aspectos a tratar estén relacionados con la estabilización, la adaptación y el confort del paciente, además con la selección de parámetros adecuados, menciona que en la primera fase es preciso una vigilancia por parte del médico y del personal de enfermería en fases intermedias y finales del tratamiento, la vigilancia recae principalmente en el equipo de enfermería por lo que se necesita de un entrenamiento adecuado para favorecer el confort del paciente.

Según Ordoñez (2012), se debe vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio, ya que la hipo ventilación alveolar y la hipoxemia asociada pueden causar insuficiencia respiratoria, es importante también valorar la Saturación de Oxígeno, ya que, la vigilancia de la oximetría se usa para controlar y mostrar los cambios iniciales en la oxigenación, que pueden producirse antes que se observen otros signos y síntomas.

Se menciona en una Guía de práctica clínica (2016), verificar que las respiraciones del paciente se sincronizan con el respirador; puede ser necesario realizar ajustes del volumen corriente, la frecuencia respiratoria y el espacio muerto del respirador, o sedar al paciente para sincronizar las respiraciones y reducir el trabajo respiratorio y el gasto de energía.

Además, Rodrigo (2011) dice que, en cuanto al tórax, se debe auscultar periódicamente, observando presencia/ausencia e igualdad de los ruidos respiratorios, accesorios y simetría de los movimientos torácicos. Esto proporciona información sobre el flujo de aire a través del árbol traqueo bronquial y sobre la presencia o ausencia de líquido/ obstrucción mucosa y que los cambios de la simetría torácica pueden indicar la colocación incorrecta del tubo endotraqueal y aparición de barotraumatismo. Es importante vigilar la frecuencia y ritmo cardíaco, si se presenta taquicardia es debido a la estimulación del sistema nervioso simpático que produce liberación de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, en un intento por incrementar la oxigenación de los tejidos.

Se debe observar el color de la piel, temperatura y humedad ya que la sudación, palidez, piel fría/humedad son cambios tardíos asociados con Hipoxemia intensa o en evolución.

Además, se debe mantener la bolsa de reanimación al lado de la cama y ventilar manualmente siempre que esté indicado porque proporciona o reestablece una ventilación correcta cuando el paciente o los problemas del respirador exigen separar temporalmente la mismo explica (Moorhouse, 2008).

Además, sugiere Camargo (2015), se puede colocar en posición prona cuando si lo tolera ayuda en la relajación de los músculos abdominales, conllevando a una mejora del desplazamiento diafragmático ayudando en la incrementación de la PaCo₂ y si el lactante lo necesita, proporcionar ayuda respiratoria según lo indicado, aspirar según necesidad y colocar cabecera a 30 grados, estas medidas mejoran la ventilación pulmonar donde reducen y previenen la obstrucción de las vías respiratorias asociada con acumulación de moco o secreciones.

Por otra parte, Medina (2015) menciona que revisar las tabuladoras del ventilador mecánico en busca de obstrucciones como dobleces o acumulación de agua se debe vaciar la tabuladora según se indique, evitando hacerlo hacia el paciente o de nuevo en el contenedor; donde la presencia de dobleces evita que llegue un volumen suficiente y se dé un aumento de la presión de las vías respiratorias también la condensación en las tabuladoras impide la distribución adecuada de los gases y predispone al crecimiento de bacterias, por otro lado revisar el funcionamiento correcto de las alarmas del respirador no se debe apagar las alarmas por ningún motivo ni siquiera para aspirar estos respiradores tienen una serie de alarmas visuales y sonoras. Si se apagan ponen un riesgo para el paciente por fallos inadvertidos o paro respiratorio, luego, se debe valorar el AGA ya que los exámenes nos muestran de forma cuantitativa el valor de los gases en sangre.

Perfusión tisular cerebral ineficaz

En el NANDA (2017), menciona definición de perfusión tisular cerebral ineficaz como la reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

Hace mención Marín (2007), estos elementos participan en el estado de oxigenación del tejido cerebral y entre los más resaltantes se hallan la presión parcial de oxígeno la concentración de hemoglobina en sangre y la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno, la presión de perfusión cerebral, el estado de la microcirculación cerebral, el gradiente de difusión del oxígeno desde el capilar a la mitocondria y el grado de consumo metabólico cerebral de oxígeno y si llegan alterar la cadena de la oxigenación tisular cerebral, conllevará a la posibilidad de originar hipoxia cerebral.

Kwan-Hon (2002) hace mención que la presión de la perfusión cerebral está dada por la diferencia entre la presión arterial media y la presión intracraneal donde el valor normal de la PPC es (>70 mmHg). Es uno de los principales estímulos de regulación perfusión tisular cerebral ya que cuando la PPC es alta ($100 - 120$ mmHg), la vasculatura cerebral se constriñe disminuyendo el volumen sanguíneo cerebral, y cuando ésta es baja (< 60 mmHg) ocurre vasodilatación.

Además, Lamarck (2006) dice que es muy importante planear las actividades de modo que no se interrumpan los periodos de reposo y descanso donde restaura las reservas de energía, ya que la privación del sueño disminuye el impulso respiratorio y que el daño cerebral inducido por la hipertermia es multifactorial el aumento de la temperatura incrementa el consumo de oxígeno y los requerimientos metabólicos de las células cerebrales y se favorece la liberación de radicales libres, glutamato y citoquinas conocidos como mediadores de daño neuronal.

Donde Candil (2013) explica que mantener elevación de la cabecera de la cama y mantener la cabeza en posición neutra disminuirá la obstrucción del retorno venoso del cerebro es donde se recomienda en paciente neurocrítico esto hace que haya una disminución de la presión intracraneal cuando se dé una hipertensión intracraneal, siempre y cuando la presión arterial media no sea inferior a 60 mmHg.

Por otro lado, Lamarck (2006) ha constatado que el efecto benéfico de la elevación de la cabeza para disminuir la presión intracraneal puede estar asociado a una reducción de la presión de perfusión cerebral y del flujo sanguíneo cerebral que conllevaría a un aumento del riesgo de isquemia cerebral, sobre todo si la elevación de la cabeza es superior a 30 grados sometidos a sedo analgesia y ventilación mecánica.

Según datos obtenidos por Chivite (2005), menciona que diferentes estudios mencionan que la aspiración de secreciones es una técnica de enfermería habitual en los pacientes sometidos a ventilación mecánica donde puede conllevar elevación de la presión intracraneal como también se ha observado menor aumento de la presión intracraneal durante la aspiración de secreciones cuando se administra el relajante muscular previo a la aspiración.

Laureys (2004) hace mención que en todo paciente con afección neurológica se le debe hacer una primera valoración del nivel de consciencia, los reflejos pupilares, las funciones motoras y las funciones sensitiva, en la práctica los síntomas se pueden ver con la secuencia siguiente: una respiración de Cheyne Stockes, seguida de una dilatación pupilar unilateral está indicando la etapa inicial si se deja progresar se pasará a continuación a obtener respuestas en decorticación y algo más tarde en descerebración, a un compromiso pupilar bilateral, cambio de patrón respiratorio, con pausas y riesgo de parada cuando el compromiso llega a nivel.

Por otro lado, Navarro (2014) señala que es especialmente importante cuando la distensibilidad cerebral se encuentra extremadamente reducida, requiriéndose conexión a ventilación mecánica mediante sedo-analgesia óptima además dice que así se logra la sincronía del paciente al ventilador en particular bajo presencia de patrones ventilatorios anormales: respiración de Cheyne-Stokes, atáxica, etc.

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Según NANDA (2017), sobre el desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales es la ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Además, Braga (2013) menciona Cambios ante un desequilibrio nutricional el organismo reacciona inicialmente con un proceso adaptativo, que debe ser reconocido en orden a establecer un diagnóstico precoz. Así, la primera manifestación de un defecto de energía son los cambios funcionales que limitan el gasto energético (bradicardia, hipotermia, disminución de la actividad física) y, posteriormente el consumo de la masa grasa.

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el estado físico y mental y además define el estado nutricional como la interpretación de indicadores antropométricos que resumen varias condiciones con la salud y la nutrición.

Corkins (2013) hace mención relacionada con la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, donde un inadecuado estado nutricional aumenta tanto la morbilidad y la mortalidad en la temprana infancia.

Además, Braga (2013) dice que los efectos de un desequilibrio nutricional en los primeros años de vida se prolongaran a lo largo de la vida ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

La Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (2004) admite que la nutrición enteral comprende todas las formas de soporte nutricional que implican la administración de suplementos orales, así como la alimentación por sonda nasogástrica, naso enteral o tubos percutáneos.

Sin embargo, Barrera (2011) menciona que el profesional capacitado para indicar la dieta adecuada y balanceada del paciente es la nutricionista y las fórmulas enterales hospitalaria deben ser dispensadas por una unidad de dietética que garantice una correcta preparación, provisión y almacenamiento en la planta para evitar una posible contaminación donde la petición debe ser realizada de modo preciso por el médico responsable del paciente, indicando el diagnóstico y la composición de la fórmula y si no se cuenta con una unidad de nutrición, los galenos son responsables del soporte nutricional y manejar adecuadamente la terapéutica nutricional elegida y en su responsabilidad estará elegir una fórmula de nutrición artificial comercialmente diseñada

Por otro lado, Owen (2014) dice que el pediatra debe valorar detenidamente la composición, os molaridad sobre todo el contenido de micronutrientes, la densidad calórica igual o superior a 1,5 kcal/ml con un contenido proteico igual o superior al 18% del valor calórico total además la elección debe ser individual teniendo en cuenta la edad, la situación del tracto gástrico intestinal y el diagnóstico del paciente.

Sierra (2000) menciona que los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente y que el desequilibrio nutricional que se debe realizar un balance entre la ingesta y el gasto.

Además, para Marín (2016), el mantenimiento de un cuerpo sano o ideal requiere el equilibrio entre el gasto energético y la ingestión de nutrientes por eso la vigilancia del aporte

calórico que aportan los alimentos debido a que disminuye el metabolismo y la asimilación de los nutrientes por el organismo originando como consecuencia una mala nutrición que podría repercutir en el estado de salud del paciente.

Por otra parte, Costa (2013) menciona que la administración intermitente o fraccionada se realiza con jeringa y debe ser lenta y cuidadosa, al iniciar y terminar la administración debe lavarse la sonda con agua tibia.

Según Sierra (2000), para prevenir las obstrucciones del tubo, la eficacia de limpiar la sonda antes-durante-después de cada administración de comida o medicamentos dice que la medida más eficaz consiste en instilar 10-20 ml de agua antes y después de cada infusión de fórmula y/o medicación recomienda hacerlo con una jeringa de 20 ml o mayor para evitar daños por exceso de presión en el dispositivo.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendió al paciente C.S.S.G en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, durante 3 días, cuya valoración inicio el 14 de octubre y finalizó la atención el 16 de octubre del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno diurno, el 2do. Día turno noche y el 3er. día en el turno tarde.

El primer día tuvo 10 diagnósticos, el 2do. Día 6 diagnósticos y el 3er. día fueron 4 diagnósticos identificados.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Hipertermia

Objetivo alcanzado: El paciente presentó normotermia al presentar temperatura corporal de 36.5 C, piel tibia al tacto, valores de leucocitos de 4.5-11.0 mm³ y PCR de 1.0-3.0mg/dl durante el tiempo de hospitalización.

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de vías aéreas, ineficaz

Objetivo alcanzado: El paciente presentó limpieza eficaz de vías aéreas al evidenciara tos eficaz a la auscultación en ambos campos pulmonares sin murmullo vesicular, frecuencia respiratoria de 20 – 30 por minuto frecuencia cardiaca de 110 – 130 por minuto durante su estancia hospitalaria.

Tercer diagnóstico.

Deterioro de intercambio de gases

Objetivo alcanzado: El paciente mejoró intercambio gaseoso al presentar controles de gasometrías con valores normales, ausencia de aleteo nasal, saturando 98%. Y valores normales de AGA.

Cuarto diagnóstico.

Perfusión tisular cerebral ineficaz

Objetivo no alcanzado: El paciente no logró mantener adecuada perfusión cerebral al continuar con mioclonicas y tono muscular disminuido.

Quinto diagnóstico.

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Objetivo alcanzado: El paciente presento equilibrio nutricional al presentar mayor cantidad y frecuencia en la ingestión de formula por gastrostomía obteniendo una ganancia mínima de 50 gramos por semana.

Conclusiones:

El paciente recibió tratamiento adecuado y oportuno de parte del equipo de salud del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Nacional.

Mejoró los parámetros hemodinámicos, logrando disminuir complicaciones como convulsiones infecciones agregadas por procedimientos invasivos. Se creó un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas del paciente, tratando a la persona como un todo que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo la enfermedad. Recibió cuidados individualizados, humanistas y eficientes dirigido a la persona atendida para lograr los resultados esperados, apoyándose en un modelo científico.

De los cinco objetivos propuestos, el primero, segundo, tercero y quinto objetivo se alcanzó, sin embargo, el cuarto objetivo no fue alcanzado porque se evidencia secuelas neurológicas como mioclonias, episodios de miradas perdidas y contracción de músculos faciales llegando a controlarse con administración de anticonvulsivantes.

.

Bibliografía

Nanda International. (2017). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*.

Edición hispanoamericana. (T. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.). España: el silver.

Retrieved from.

Hernández Palazón J, Doménech Asensi P, Burguillos López S, Pérez Bautista F, García Candel

A. Influencia de la elevación de la cabeza sobre la presión intracraneal, presión de perfusión cerebral y saturación de oxígeno cerebral regional en pacientes con hemorragia cerebral. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2008; 55: 289-293. Disponible en:

<http://bit.ly/SC1hb3>

Marín-Caballos AJ, Murillo-Cabezas F, Domínguez-Roldan JM, Leal-Noval SR, Rincón-Ferrari

MD, Muñoz-Sánchez MÁ. Monitorización de la presión tisular de oxígeno (PtiO₂) en la hipoxia cerebral: aproximación diagnóstica y terapéutica. *Medicina Intensiva*. 2008; 32(2): 81-90. Disponible en: <http://bit.ly/RJ0YMP>

Carpenito, L. (2017). *Manual de diagnóstico de enfermería 15ed - Carpenito. Librería Servicio*

Médico / Libro Dental / Libro Odontología /... (Wolters Kluwer, Ed.) (15th ed.). España: ThePoint. Retrieved

Enfermería Intensiva, Chivite 2005 : 16(4), 143-54. Disponible en: [http:// bit. ly/RJ1KZD](http://bit.ly/RJ1KZD)

Edward Naureckas; Julián Solway ,2016, capítulo 306, parte 11, edición 19.

Corkins MR, Griggs KC, Groh-Wargo S, Han-Markey TL, Helms RA, Muir LV, et al.; Task Force on Standards for Nutrition Support: Pediatric

Puesta al día en medicina intensiva: síndrome de distress respiratorio agudo Fisiopatología del intercambio gaseoso, Fernández Fernández. Diciembre 2016 Elsevier España, S.L

Rev. Latino-Am. Enfermagem Forthcoming Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda ,2015 DOI:

10.1590/0104-1169.0269.2581 www.eerp.usp.br/rlae

Ventilación mecánica Invasiva en el paciente pediátrico. Dr. Andrés E. Castillo M. Profesor Asociado, División Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad Académica Cuidados Intensivos Pediátricos. Sociedad Neumología Pediátrica 2017; 12 (1): 15 – 22

De Sousa María, Garrido Wilmar, Lamedá. Técnicas de aspiración de secreciones bronquiales que realiza el personal de enfermería. Unidad de cuidados intensivos Clínica Razeti Barquisimeto-Edo. Lara Barquisimeto. 2011.

Núñez López A. y Vásquez Saavedra F. Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente, 2016. [Tesis Licenciatura].

Carmona JV, Lamarca MC, Leiva S, Llabata P, Gómez B. Cuidados de enfermería en el paciente con elevación de la PIC. Enfermería Integral 2006; 73: 3-5 Disponible en: <http://bit.ly/RWOiQc>

Collado L. nivel de conocimiento y practica que poseen el enfermero sobre aspiración de secreciones con tubo endotraqueal en el servicio de emergencias del hospital pediátrico, 2015. [Tesis Licenciatura]. Cuba; 2015.

Uceda D. Infección nosocomial en pacientes intubados durante el manejo de aspiración de secreciones orotraqueales por enfermería en el Hospital de clínicas instituto nacional de tórax; 2014. [Tesis Licenciatura]. La Paz, Bolivia; 2014.

- Orellana C, Changa M, Sullcapuma G, Chávez C. Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio Rev Enferm. 2013 agosto;34(6):6-14.
- Uceda D, Obando P. Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un hospital nacional de Lima. (Tesis previa la obtención del título de Licenciada especialista en emergencias y desastres), Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 2014.
- Irigoyen Aristorena MI, Marin Fernandez B. [Fever and hipertermia]. Rev Enferm. 2010 Sep;33(9):6-10, 3-8.
- Braga M, Wischmeyer PE, Drover J, Heyland DK. Clinical evidence for pharmaconutrition in major elective surgery. JPEN. 2013; 37 (5 Suppl):66S-72S. Chow O, Barbul A. Immunonutrition: role in wound healing and tissue regeneration. Adv Wound Care (New Rochelle). 2014;3(1):46-53. Park MS, Na S, Kim YS. Relationship of delayed parenteral nutrition protocol with the clinical outcomes in a medical intensive care unit. Clin Nutr Res. 2014,3(1):33-8.
- Navarro C. Neurocirugía para médicos generales. Colombia: Universidad de Antioquia, 2006. Disponible en: <http://bit.ly/YLyUfv>
- Martínez Costa C, Sierra C, Pedrón Giner C, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Nutrición enteral y parenteral en pediatría. An Esp Pediatr 2000; 52 (supl 3) Rodrigo MTL. Los diagnósticos enfermeros. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
- Martínez Álvarez JR, Villarino Marín AL, Polanco Allué I, Iglesias Rosado C, Gil Gregorio P, Ramos Cordero P, López Rocha A, Ribera Casado JM, Maraver eizaguirre F, Legido Arce

JC. Sociedad Española de nutrición y ciencias de la alimentación. [Online]; 2008 [cited 2016 05 6. Available from [http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/NutrClinDietHosp08\(28\)2_3_19.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/NutrClinDietHosp08(28)2_3_19.pdf).

Kwan-Hon Ch, et al. The effect of changes in cerebral perfusion pressure upon middle cerebral artery blood flow velocity and jugular bulb venous oxygen saturation after severe brain injury. *Journal of Neurosurgery* 2002; 77(1): 55-61. Disponible en: <http://bit.ly/VTvz9J>

Robriquet L, Séjourné C, Kipnis E, D'herbomez M, Fourrier F. A composite score combining procalcitonin, C-reactive protein and temperature has a high positive predictive value for the diagnosis of intensive care-acquired infections. *BMC Infect Dis* 2013; 13:159.

Hemphill JC, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* 2015; 46:2032-2060.

Young PJ, Saxena M, Beasley R, Bellomo R, et al. Early peak temperature and mortality in critically ill patients with or without infection. *Intensive Care Med* 2012; 38:437-444.

Medicina Interna Méx Sánchez-Díaz JS,¹ Martínez-Rodríguez EA,⁴ Peniche-Moguel G,² Huanca Pacaje JM,¹ López-Guzmán C,¹ Calyeca-Sánchez MV² 2017 January;33(1):48-60.

Blumenstein I, Shastri Y, Stein J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol* 2014; 20(26):8505-8524.

Hannah E, John RM. Everything the nurse practitioner should know about pediatric feeding tubes. 2013; 25:567-577.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grupo y Rh: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____	Nº Cama: _____ DNI Nº _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____
Procedencia Hospitalización () Emergencia () Ucin () Otros: _____	
Fuente de Información: Madre: _____ Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____ Tlf _____	
Diagnóstico Médico: _____	
Dx Actual: _____	Permanencia: _____ días.
Fecha de Ingreso: _____ Hora: _____	Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: III () IV ()

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON 01: PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD Recibió información:sobre estado actual de su niño: si () no () Madre /Padre comprende estado de salud de su niño: si () no () Disponibilidad de los padres para aprender: si () no () Padres/ cuidador necesita educación sanitaria: si () no () Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgica HTA () DM () TBC () Asma () Patología renal () Enf. Neurológica () Hemofilia (), Oncológico () Cardiopatía () Hematológico () Otros : _____ Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____ Factores de Riesgo: Peso:actual _____ talla _____ normal () bajo () sobrepeso () obeso () Vacunas Completas: Si () No () presento reacción ()	Padres Separados: Si () No () Ocupación de la madre: _____ Padre: _____ Recibe Visitas de Madre / Padre: Si () No () Comentarios: _____ Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos () Relación con la Madre / Padre: Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () Relación con el personal : Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () Problemas familiares: no () Alcoholismo () Pandillaje () Drogadicción () Abandono social () Pobreza extrema () Prácticas culturales _____
PATRON 02: VALORES-CREENCIAS Hospitalizaciones Previas: Si () No () Descripción: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Testigo de Jehová () otros _____ Religión del niño: Católico () Evangélico () Adventista () testigo de jehová () otros _____ Solicita asesor espiritual () solicita bautizo ()	PATRON 04: AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO Comunicación: Verbal () No verbal () Llanto Persistente Si () No () Comentarios: _____ Reclama presencia de los padres: Si () No () Concepto de sí mismo: positivo () negativo () Autoestima: normal () baja () alta () Conducta: introvertido () extrovertido ()
PATRON 03: RELACIONES-ROL Se interrelaciona con: la madre () padre () enfermera () Se relaciona con el entorno: Si () No () Vive con los padres: Si () No () Explique: _____ Negativo () Agresivo () lloroso () Deprimido () Triste () Temerosos ()	PATRON 05: TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () temeroso () Reflejo de deglución: Positivo () Disminuido () Negativo ()

Actitud frente al tratamiento : Positivo () Negativo () Adaptación a la Hospitalización : si () no ()

PATRON 06: DESCANSO-SUEÑO

Sueño: Normal () Invertido () Insomnio () Interrumpido ()

Alteraciones en el Sueño: Por enfermedad () Por terapéutica ()
Especifique: _____

PATRON 07: PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto () Somnoliento () Confuso () Irritable () Coma ()

Estupor () Decorticación () Descerebración () Hipoactivo () Hiperactivo ()

Orientado en Tiempo: Si () No () **Orientado en Espacio:** Si () No ()

Orientado en Persona: Si () No ()

Tono muscular conservado () hipotónico / () hipertónico ()

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Midriáticas () Mioticas ()

Foto Reactivas: () Reactiva () Hiporeactiva () Areactiva ()

Tamaño: 1mm () 2mm () 3mm () 4mm () 5 mm ()

Reflejo corneal: Positivo () Disminuido () Negativo ()

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPEFACCIÓN COMATOSA	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

Puntuación de 5 a 9 ----- RIESGO MUY ALTO.
Puntuación de 10 a 12 ----- RIESGO ALTO
Puntuación 13 a 14 ----- RIESGO MEDIO.
Puntuación mayor de 14 ----- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo () Ralo () Quebradizo Perímetro cefálico _____

Fontanela: Blanda () Depresible () Tenso () Aboveada () Deprimida ()

Reflejo Tusígeno: Positivo () Disminuido () Negativo ()

Tolerancia enteral: adecuada ()

inadecuada por náuseas () vómitos () residuo gástrico ()

Termorregulación: Temperatura: _____

Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

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

Especificar Zona: _____

Presenta rigidez de nuca: Si () No ()

Convulsiones: Generalizadas () Focalizadas () Tónica () Clónica () Opistótonos ()

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Olfatorio () Gustativo () Táctil () Lenguaje ()

Otros: _____

Especifique: _____

Sedación Si () No () **Analgesia infusión** Si () No ()

V. 10. ESCALA DE AGITACIÓN/SEDACIÓN DE RICHMOND (RASS)

Puntos	Categorías	Descripción
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy agitado	Intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados o desadaptación del respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-2	Sedación ligera	Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, al estímulo físico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o el estímulo físico

Puntaje total _____

Observación: _____

Perfusión Tisular Cerebral:

Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()

Comentarios: _____

Pleja: Hemí () Cuadro () Para ()

Parecia: Hemi () Cuadro () Para ()

Tono: Normal () Hipotónico () Hipertónico () espástico ()

PATRÓN 08: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica () Fría ()
Tibia () Caliente () Rubicunda () Marmárico () Reticulado ()

Observaciones: _____

SOG () GTM () SNY () Otros: _____

Nutrición Parenteral: Continua () Ciclada ()

Edema: Si () No () **Fóvea:** + () ++ () +++ ()

Apoyo Ventilatorio: CBN () Venturi () reservorio ()

Comentarios: _____ Abdomen: Blando /depresible () Distendido () Globuloso () Tenso () Doloroso () Timpánico () Especifique: _____ Ruidos Hidroaereos: Normales () Amentados () disminuidos () Ausentes () Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () Sangrante () Observaciones: _____ Comentarios: _____ Malformación Oral: Si () No ()Especificar: _____ Estado nutricional: Adecuado () Desnutrición () Malnutrición () Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No () Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Presenta: Nausea () Vómitos () Anorexia () Bulimia () Vómitos -cantidad: ____ Características: _____ Dificultad para Deglutir: Si () No () Especificar: _____ Alimentación: LM () Fórmula () Dieta () Ablactancia () Nutrición Parenteral: NPT () NPP () Modo de Alimentación: NPO () Oral () SNG ()	Ventilador Mecánico: Invasiva () No invasiva () Resp S/ Soporte ventilatorio: Regular () Irregular () Resp C/ Soporte ventilatorio: Acoplado () C/ R. Espont () Ayuda Respiratoria: TET () Traqueotomía () V. Mecánica () Parámetros Ventilatorios: _____ Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No () Simetría torácica: Simétrico () asimétrico () Actividad Respiratoria: FR: _ _____ Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea () Tiraje () Aleteo nasal () Apnea () Tos: Seca () Productiva () Sin tos () Secreciones: Si () No () Presencia de Líneas Invasivas: Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo () Línea arterial () Otros: _____ Localización: _____ Fecha: _____ Riesgo Periférico: Si () No () Cianosis Distal () periférica () Frialdad Distal () Características: Densas () Fluidas () Hemáticas () Verdosas () Blanquecinas () amarillentas () Murmullo vesicular: ACP () HTI () HTD () Ruidos agregados: Ninguno () Sibilantes () Roncantes () crepitantes () subcrepitantes () Sibilantes: Inspiratorio () espiratorio () Estridor () Uso de músculos respiratorios: Ninguna () intercostales () subcostales () supraclaviculares () subxifoidales () Actividad Circulatoria: FC _____ Ritmo cardíaco: Regular () irregular () Pulso: _____ presente () ausente () Características de pulso periférico: Normales () filiformes () salto
PATRON 09: ACTIVIDAD-EJERCICIO	
Características del patrón respiratorio: Frecuencia: Eupnea () braquipnea () taquipnea () Ritmo: Regular () irregular () Oxigenoterapia: Si () No () Saturación de O₂: _____ Edema: Presente () ausente () Lugar: _____ PA: _____ Llenado Capilar: < 2" () > 2" () Edema: + () ++ () +++ () Extensión: Localizado () Generalizado ()	

PATRÓN 10: ELIMINACIÓN

Flujo Urinario: Normal () Oliguria () Anuria ()

Micción Espontánea: Si () No ()

Características: Clara () Colúrica () Hematúrica () Sedimentosa ()

Volumen: Normal () Poliuria () Oliguria () Anuria () Urinario/chata () Pañal ()

Uso de dispositivos: Sonda Foley () Catéter vesical () Colector urinario ()

CREDE () Fecha de Colocación: _____ Catéter vesical:

Intermitente () permanente ()

Evacuación intestinal: Normal () estreñido () diarrea (Días _____ :

Nº Deposiciones _____ Color _____

Características: Grumosa () acuosa () semiacuosa () Melena ()

disentérica () acolia ()

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No ()

PATRÓN 11: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Especifique: _____

Otras Molestias: _____

Observaciones: _____

Problemas de Identidad: _____

Cambios Físicos: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Comentarías: _____

Apéndice B: 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 de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico operatorio de Cesárea en el servicio de Maternidad de la Clínica Delgado, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales L. P. CH. M. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Dajhana Landa Salazar, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. 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 C: Escalas de evaluación

Escala de RASS Richmond Agitación

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

La puntuación de cero (0) se refiere a alerta, pacientes sin aparente agitación o sedación. Los niveles menor que cero significa que el paciente tiene un cierto grado de sedación. Los niveles mayores que cero significa que el paciente tiene algún grado de agitación.

Escala de Norton modificada:

ESCALA NORTON MODIFICADA

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Bueno 4	Alerta 4	Ambulante 4	Total 4	Ninguna 4
Mediano 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Disminuida 3	Ocasional 3
Regular 2	Confuso 2	Sentado 2	Muy limitada 2	Urinaria o fecal 2
Muy malo 1	Estup./coma 1	Encamado 1	Inmóvil 1	Urinaria+fecal 1

Escala de Norton

La escala de Norton-MI mide el riesgo de desarrollar UPP. La puntuación que se puede obtener oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo), y adquiere valores de:

Alto riesgo, entre 5 y 11 puntos.

Riesgo evidente, entre 12 y 14 puntos.

Riesgo mínimo, con más de 14 puntos.