

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 neumonía de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica de Lima, 2018

Por:

Yhanet Maria Huallpa Quispe

Asesor:

Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, JUANA MATILDE CUBA SANCHO 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 neumonía de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada HUALLPA QUISPE YHANET MARIA 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 veintinueve días del mes de abril de 2019.


Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con neumonía de la Unidad
de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Presidente



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Secretario



Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

A sesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	x
Capítulo I: Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios:	14
Exámenes auxiliares.	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	16
Diagnóstico enfermero	16
Primer diagnóstico.....	16
Segundo diagnóstico.	16
Tercer diagnóstico.	16
Cuarto diagnóstico.....	17
Quinto diagnóstico.	17
Sexto diagnóstico:	17
Séptimo diagnóstico:	18

Octavo diagnóstico:	18
Planificación.....	19
Priorización.	22
Plan de cuidados.....	21
Capítulo III: Marco teórico	26
Deterioro del intercambio de gases	26
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	29
Hipertermia	33
Disconfort.....	35
Ansiedad.....	38
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	43
Evaluación por días de atención:.....	43
Primer diagnóstico.....	43
Segundo diagnóstico.	43
Tercer diagnóstico.	39
Cuarto diagnóstico.....	39
Quinto diagnóstico.	39
Conclusiones	39
Referencias bibliográficas.....	40
Apéndices.....	49

Índice de tablas

Tabla 1	14
PCR	14
Tabla 2	14
Hemograma	14
Tabla 3	21
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases r/c cambios de la membrana alveolo capilar e/p dificultad respiratoria respiración artificial y rápida, taquicardia y saturación deficiente e irritabilidad.	21
Tabla 4	22
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a tos ineficaz.....	22
Tabla 5	23
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a tos ineficaz.....	23
Tabla 6	24
Diagnóstico de enfermería: Disconfort r / c síntomas relacionados con la enfermedad e / p síntomas de malestar, irritabilidad, llanto y gemido.	24
Tabla 7	25
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad r / a estado de salud de su menor hijo e / p angustia y preocupación.	25

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	49
Apéndice B: Consentimiento informado	52

Símbolos usados

T°: Temperatura

UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátricos

AGA: Análisis de gases arteriales

BHE: Balance hídrico estricto

D/C: Descartar

IV: Intravenosa

MG/DL: Miligramos por decilitros

PAE: Proceso de atención de enfermería

PO2: Presión parcial de oxígeno

OMS: Organización mundial de la salud

MINSA: Ministerio de salud

IRA: Insuficiencia respiratoria aguda

IRC: Insuficiencia respiratoria crónica

Cm: Centímetro

DX: Diagnóstico

PC: Perímetro cefálico

O2: Oxígeno

FR: Frecuencia respiratoria

OA: Objetivo alcanzado

OPA: Objetivo parcialmente alcanzado

ONA: Objetivo no alcanzado

LIVA: Limpieza ineficaz de vías aéreas

RESP/MIN: Respiración por minuto

Mm: Milímetro

Mg: Miligramo

NPO: Nada por vía oral

T/E: Talla para la edad

P/E: Peso para la edad

P/T: Peso para la talla

Amp: Ampolla

Neb: Nebulización

TR: Terapia respiratoria

FC: Frecuencia cardiaca

INH: Inhalaciones

C°: Grados centígrados

PA: Perímetro abdominal

PT: Perímetro torácico

SS: Segmento superior

MMHG: Milímetros de mercurio

LAT/MIN: Latidos por minuto

CFV: Control de funciones vitales

CLNA: Cloruro de sodio

CLK: Cloruro de potasio

Resumen

El presente estudio del proceso de atención de enfermería corresponde al paciente de iniciales J.L.V.L. Fue aplicado durante 3 días a partir del segundo día de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica de Lima, 2018. El motivo de ingreso fue dificultad respiratoria y el Dx. médico fue neumonía. Se desarrolló el Proceso de atención de enfermería (PAE), con sus 5 etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. En los 3 días de brindar los cuidados, se identificaron 11 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos que fueron: Deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de las vías aéreas, hipertermia, disconfort, ansiedad de la madre. Los objetivos generales fueron: El paciente presentará intercambio de gases adecuado durante su hospitalización, el lactante presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante su estancia hospitalaria, el lactante evidenciará normotermia durante el turno, el lactante menor recuperará el confort progresivamente, la madre del paciente minimizará su ansiedad por el estado de salud de su menor hijo. De los 5 diagnósticos priorizados, el segundo, tercero y cuarto fueron completamente alcanzados, sin embargo, el primero y el quinto fueron parcialmente alcanzados porque se necesita más tiempo para seguir evaluando el intercambio de gases del paciente y la ansiedad de la madre siga disipando progresivamente. Se concluye que el proceso de atención de enfermería fue aplicado correctamente siendo de beneficio para el paciente.

Palabras claves: *Proceso de atención de enfermería, neumonía., Cuidados intensivos pediátricos*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: V.L.J.L

Edad: Masculino

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Lactante menor de sexo masculino, 7 meses de edad es traída por sus padres, refiere que lactante fue llevado a un centro asistencial por fiebre mayor a 38 °C, en el cual fue medicada y dada de alta, pero fiebre persiste y se mantiene en 40 °C, motivo por el cual decide ingresarlo al tópico de emergencia de una clínica de lima, con distres respiratorio, aleteo nasal, lloroso, quejumbroso, sudoroso, irritable con apoya de oxigeno por cánula binasal a 4 lts; temperatura axilar 39.5°C y trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos por ser candidato a ventilador mecánico. Diagnóstico médico: Neumonía

Días de hospitalización: 6

Días de atención de enfermería: 3

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

La madre refiere que su menor hijo no tiene antecedentes de haber sido sometido a cirugías, cuenta con sus vacunas completas, según calendario, nunca se enfermó, aparentemente sano. También refiere que su hijo ingresa por que presentaba fiebre persistente; dificultad respiratoria, llanto, irritabilidad, aleteo nasal, tiraje intercostal, dificultad para amamantar, desde hace al menos seis días, mostrándose con mayor intensidad las últimas 12 horas, por lo que

acude a la clínica de forma inmediata, refiere también que su menor hijo fue llevado con anterioridad a un centro de salud cercano, en el cual fue medicado y dado de alta; sin embargo, signos y síntomas persisten, Factores de riesgo: Alteración del desarrollo psicomotor. Peso al nacer: 3.150 kg, Talla: 47.5 cm., CPN: 10 controles, EG: 40 semanas, Enfermedades Infecciosas Urinarias: ninguna, CV (sulfato ferroso): a partir del segundo mes.

Patrón II: Nutricional metabólico.

El lactante menor presenta piel seca, cabello escaso, quebradizo, uñas cortas delgadas, mucosa oral hidratada, dentadura ausente, palidez generalizada de tegumentos. Los reflejos de succión y deglución se encuentran débiles. El aporte hídrico a través de soluciones endovenosas calculadas y con medidas antropométricas actuales: Peso: 8.100 Kg; Talla: 62 cm; Perímetro cefálico (PC): 45 cm, Perímetro torácico (PT): 32 cm, Perímetro abdominal (PA): 25 cm, Segmento superior (SS): 35 cm y Glicemia capilar: 77 mg/dl.

Patrón III: Eliminación.

El paciente presenta micciones espontáneas de color ámbar y evacuaciones semipastosas semilíquidas, de color verde oscuro en 24 horas presenta un promedio de 325 volumen total de micciones y 80 volumen total de deposiciones y con un BH -255 tomando en cuenta que está indicado LMD a libre demanda, resultados de examen general de orina, urocultivo y copro parasitológico negativos.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

El paciente lactante menor con dificultad respiratoria limitación de movimiento, con esfuerzo respiratorio presenta taquicardia (198 lat/min), hipertensión arterial 112/80 mmHg. Se encuentra con apoyo de oxígeno x CBN 4lts, polipnea con 52 resp/min, se palpa pulso con intensidad regular, presenta un llenado capilar ++, latidos cardiacos con buen ritmo e intensidad

a la auscultación, presenta abundantes secreciones hialinas espesas por boca y nariz. Se auscultan campos pulmonares con presencia de estertores. Así como se observa tiraje intercostal y retracción xifoidea.

Patrón V: Descanso – sueño.

La madre informa que el paciente conciliaba el sueño casi todo el día en el hogar, pero actualmente, lactante menor no concilia el sueño por dificultad respiratoria, en su estancia intrahospitalaria se encuentra somnolienta por lo que la calidad del sueño es mala.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

El paciente presenta pupilas isocóricas reactivas a la luz; cabeza normocefalo, orejas de implantación normal, tabique nasal normal, no despierta a la valoración, con escala de Glasgow de 7 puntos: Ocular: 5 (espontánea), Verbal: (Ninguna respuesta), Motora: 2 (Ninguna respuesta)

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

La madre refiere que, al ver así a su bebé, en la unidad de cuidados intensivos, la tiene asustada, angustiada, preocupada por la salud y bienestar de su niño.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

La madre refiere “mi bebé se muestra temeroso ante la presencia del personal de salud por ser personas desconocidas”. Se evidencia la ausencia del padre del menor ya que por motivos del trabajo le es imposible acompañar a la madre durante su estancia hospitalaria esto aumenta la angustia de la madre al no tener el apoyo emocional.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Sistema reproductor sin ninguna alteración en tamaño, forma y coloración; no presencia de lesiones dérmicas o malformaciones.

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

Alterada por la estancia hospitalaria y ambiente desconocido.

Patrón X: Valores y creencias.

Los padres del menor son católicos y el lactante menor será bautizada bajo la misma religión.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
PCR

Compuesto	Valor encontrado
Proteína C reactiva	0.29 mg/dl

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: ligeramente elevada.

Tabla 2
Hemograma

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	12.6 g/dl
Hematocrito	37.60%
Volumen corpuscular medio	70.00 fl
Recuento de plaquetas	584.00 x10 ³ /u
Leucocitos	20.37 x10 ³ /u
Neutrófilos segmentados	82%
Neutrófilos abastionados	3%
Eusinofilos	0%
Basofilos	0%
Monocitos	2%
Linfocitos	13%

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: leucocitosis leve

Tratamiento médico.

NPO

Hidratación 45 cc /hr

Dextrosa 5%

CINa 29%

CIK 20%

Ampicilina 330 mg. Ev. c/6h

Hidrocortisona 20 mg. Ev. c/6h

Paracetamol 100 ml. vo, 17 gts. $T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$

Metamizol 400 ml. vo, 10 gotas, $T^{\circ} \geq 39^{\circ}C$

Nebulización c/5 gts. salbutamol + 4cc SF. c/2h

O2 cánula binasal 4Lts. Si sat O2 menor a 93 %

Posición semi fowler.

CFV + Saturación.

Terapia Respiratoria 3 veces por día

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad) aleteo nasal (FR = 52 X'), alteración de los movimientos torácicos, disnea.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del Intercambio de Gases.

Factor relacionado: Fatiga de los músculos respiratorios.

Enunciado diagnóstico: Deterioro del Intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar evidenciado por dificultad para respirar, respiración rápida, taquicardia, saturación deficiente e irritabilidad.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Frecuencia respiratoria elevada, presencia de secreciones, ruidos respiratorios anormales, tos ineficaz.

Factor relacionado: Acúmulo de secreciones y tos ineficaz.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a cumulo de secreciones evidenciado por secreciones hialinas por nariz y boca y tos ineficaz.

Tercer diagnóstico.

Características Definitorias: Irritabilidad, piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factor relacionado: Aumento de la tasa metabólica y sepsis.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionada con proceso infeccioso evidenciado por piel enrojecida caliente al tacto y taquicardia y T °39.5 (Axilar).

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Ansiedad, incapacidad para relajarse, llanto, intranquilidad a la situación.

Etiqueta diagnóstica: Discomfort.

Factor relacionado: síntomas relacionados con la enfermedad.

Enunciado diagnóstico: Discomfort relacionados con síntomas de la enfermedad. evidenciado por malestar, irritabilidad, llanto y gemido.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: Angustia, nerviosismo, temor, aumento de la desconfianza

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad.

Factor relacionado: Amenaza de muerte y Crisis situacional.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad de la madre relacionado con estado de salud de su menor hijo evidenciado por angustia y preocupación.

Sexto diagnóstico:

Características definitorias: Procedimiento invasivo (presencia de vía periférica).

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: Procedimiento invasivo, alteración de la integridad cutánea, enfermedad crónica.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de Infección relacionado con procedimiento invasivo (Presencia de catéter venoso periférico).

Séptimo diagnóstico:

Características definitorias: Cambio de parámetros fisiológicos (fr, fc, sat. O2), diaforesis, expresión facial del color (ojos sin brillo, mov. Fijos o escasos), intensidad del dolor en 7 según escala de Wong Baker.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo.

Factor relacionado: Agentes lesivos biológicos.

Enunciado diagnóstico: Dolor Agudo relacionado con proceso de la enfermedad. evidenciado por irritabilidad, llanto e inquietud, taquicardia e intensidad en 7 según Wong Baker.

Octavo diagnóstico:

Características definitorias: Tensión del niño, conductas defensivas.

Etiqueta diagnóstica: Temor.

Factor relacionado: Entorno desconocido.

Enunciado Diagnostico: Temor relacionado con entorno desconocido y hospitalización evidenciado por Tensión del niño, impaciencia y conductas defensivas.

Noveno diagnóstico

Características definitorias: Material en mal estado.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas.

Factor relacionado: Sujeciones insuficientes en material biomédico.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con sistemas de apoyo insuficiente evidenciado por material biomédico defectuoso.

Decimo diagnóstico

Características definitorias: presencia de catéter venoso.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con hipertermia, humedad evidenciado por piel escaldada.

Onceavo diagnóstico

Características definitorias: Dificultad para conciliar el sueño.

Etiqueta diagnóstica: trastorno del patrón del sueño.

Factor relacionado: Factores ambientales.

Enunciado diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño relacionado con ruidos extraños, ambiente desconocido de hospitalización, evidenciado por llanto e irritabilidad

Planificación

Diagnósticos priorizados

1. Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar evidenciado por dificultad para respirar, respiración rápida, taquicardia, saturación de oxígeno deficiente e irritabilidad.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con inflamación y acumulo de secreciones traqueo bronquiales evidenciado por presencia de secreciones hialinas en nariz.
3. Hipertermia relacionada con proceso infeccioso evidenciado por piel enrojecida, caliente al tacto, taquicardia 198 x' y T° 39.5(Axilar).
4. Discomfort relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad evidenciado por síntomas de malestar, irritabilidad, llanto y gemido.
5. Ansiedad de la madre relacionado con estado de salud de su menor hijo evidenciado por angustia, preocupación.

6. Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo evidenciado por presencia de catéter periférico.
7. Dolor agudo relacionado con proceso de la enfermedad evidenciado por irritabilidad, llanto e inquietud.
8. Temor relacionado con entorno desconocido en hospitalización evidenciado por tensión del niño impaciencia y conductas defensivas.
9. Riesgo de caídas relacionado con sistemas de apoyo insuficiente evidenciado por material biomédico defectuoso.
10. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con hipertermia, humedad evidenciado por piel escaldada.
11. Trastorno del patrón del sueño relacionado con ruidos extraños, ambiente desconocido de hospitalización evidenciado por llanto e irritabilidad.

Capítulo III

Marco teórico

Deterioro del intercambio de gases

Es la disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida (NANDA 2015-2017).

Las infecciones respiratorias siguen siendo las enfermedades más frecuentes de la infancia, representando el 30% de las consultas hospitalarias y como mínimo de un 10 a un 30 % de los ingresos hospitalarios. No hay diferencia en su incidencia entre países desarrollados y en vías de desarrollo o sea la mayor higiene, cultura, acceso a cuidados médicos, entre otros. No se ha logrado conseguir disminuir la incidencia de las enfermedades respiratorias, aunque si disminuir su mortalidad. Mientras que un adulto tiene de 1 – 3 infecciones de vías altas por año, los lactantes y niños pequeños tienen entre 8 – 10, de las cuales una tercera parte se extenderá a las vías inferiores.

Las principales funciones del sistema respiratorio es oxigenar la sangre y eliminar el dióxido de carbono, requieren un contacto virtual entre la sangre y el oxígeno, Este proceso ocurre en los alvéolos pulmonares, donde la sangre que fluye por los capilares de la pared alveolar está separada del gas alveolar por una membrana delgada de células endoteliales y epiteliales aplanadas a través de las cuales los gases difunden y se equilibran (Noah, 2017).

El deterioro del intercambio gaseoso se produce por alguna anomalía que afecta la función normal de los alveolos, en el caso de un proceso inflamatorio o infeccioso se produce una obstrucción debido a la acumulación anormal de secreciones. Lo cual dificulta el intercambio entre oxígeno y dióxido de carbono a través de la membrana alveolar-capilar.

Debido al proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar hay una deficiente oxigenación en el organismo. Por lo tanto, el organismo, con el afán de equilibrar las deficiencias, genera un mayor esfuerzo respiratorio y cardiovascular. Lo cual se evidencia por una respiración rápida y taquicardia (Michael, 2014).

De acuerdo a las características definitorias, según Gutiérrez (2010), refiere que el sistema respiratorio, tiene la incapacidad de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ya que debe realizarse en forma eficaz y permanente a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad del paciente y el lugar donde habita.

Asimismo, Estrella, Tornero & León (2005) definen como el fracaso del sistema respiratorio para que este pueda realizar adecuadamente el intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre. Además, que cuando este fracaso se produce hay una reducción de la presión parcial de oxígeno (hipoxemia) y aumenta la concentración o presión de dióxido de carbono a lo que se le llama hipercapnia.

Otros autores afirman que existen varios mecanismos que pueden dar lugar a una insuficiencia respiratoria aguda: como son el apnea que es la hipoventilación que puede estar provocada por una interrupción a la respiración; crisis asmática: Es la obstrucción de los bronquios que impide el pase de oxígeno hacia los pulmones, traumatismo: Que puede ser alguna deformación grave de caja torácica, también se puede originar por una poliomielitis que afecta a los músculos de la respiración (Muñoz, García & López 2008).

Acevedo, Zamorano, Ruiz & García (2012) llevaron a cabo un trabajo de investigación al cual lo llamaron “Caracterización del síndrome de dificultad respiratoria en una cohorte histórica

del RN”, cuyo objetivo fue identificar las causas pulmonares del SDR y comparar las características clínicas del RN con la patología pulmonar.

Por otro lado, algunos autores afirman que la insuficiencia respiratoria aguda que no es una enfermedad, sino es un síndrome que puede ocasionar diversos procesos patológicos que no se limitan por fuerza a los pulmones y que pueden afectar a cualquier parte del aparato respiratorio (altas o bajas), sin embargo, desde el punto de vista fisiopatológico todos producen una de tres alteraciones (Ramiro, Lifsbitz & Halabe 2002).

Frente a estas dificultades de patrón respiratorio ineficaz, las siguientes intervenciones son prioritarias, ya que afectan directamente la oxigenación tisular, siendo esta la función vital para la respiración. Para ello es muy importante la identificación del diagnóstico, ya que esta dificultad compromete directamente a las vías aéreas, ante esta situación el personal de enfermería de la UCIP, realiza una evaluación minuciosa de la función respiratoria, y así determinar el diagnóstico de enfermería con anticipación para posteriormente la implementación de intervenciones que objetivisen la mejoría del paciente (Potter, 2015).

Asimismo, Pascoal (2015) refiere que frente a estas características definitorias identifico que la disnea y la respiración anormal son los más prevalentes y este se puede explicar por qué enfermedades que comprometen el intercambio o transporte de los gases respiratorios a través de la membrana alveolo capilar pulmonar, de esta manera el organismo como mecanismo compensatorio aumenta el trabajo respiratorio, en este intercambio hace que el cuerpo produzca una serie de mecanismos compensatorios de adaptación como disnea, el uso de los músculos accesorios, aleteo nasal y taquipnea, esto hace que haya una modificación en el patrón respiratorio.

Según Valles (2015), la valoración de los tirajes subcostales y las manifestaciones clínicas dadas por las retracciones subcostales hasta el uso de los músculos supraclaviculares nos marcan una dificultad de leve a severa. Este es el signo que nos indica que existe disnea o dificultad para respirar de leve o severa.

Asimismo, nos refieren que mediante el pulsoxímetro permite identificar la cantidad de oxígeno administrada al paciente de tal manera que la presión parcial en el alveolo sea lo suficiente para saturar completamente la hemoglobina (Guerrero, 2014).

Por otro lado, Pastor (2017) asevera que nos permite también la detección precoz de la hipoxemia y facilita el ajuste de los aportes suplementarios de oxígeno.

Del mismo modo, Doenges (2008) asevera que al elevar la cabecera en posición semifowler ayuda a optimizar la oxigenación, expectoración pulmonar (una expectoración productiva puede abrir zonas de atelectasias y favorecer movimientos de secreciones) y así reducir el esfuerzo respiratorio.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Esta referida a la ineficacia para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para preservar las vías aéreas permeables (NANDA, 2017).

Además, LIVA lo define como la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables; según PRI asegura que es la inspiración o espiración que no proporciona una ventilación adecuada (Pascoal et al., 2012).

Por otro lado, Rebollo (2017) define como la Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. Asimismo, otros

autores afirman que la eliminación de secreciones bronquiales motiva a la dificultad respiratoria (Arribas, 2009).

Del mismo modo, mencionan que la retención de secreciones puede causar atelectasia, este proviene de la oclusión de las vías respiratorias; y a su vez estas pueden ser desencadenadas comprometiendo el pasaje del aire debido a la presencia de secreciones retenidas en la vía aérea, que es muy común en lactantes menores con infecciones respiratorias que son incapaces de eliminar estas secreciones (Pascoal, 2015).

Por otro lado, el mismo autor refiere que la infección respiratoria es una enfermedad que causa un aumento de las secreciones y que interfiere en los mecanismos de defensa de las vías respiratorias, causando retención o exceso de flemas, secreción bronquial y exudado en los alveolos (Pascoal, 2012).

La limpieza ineficaz de vías aéreas implica una incapacidad de oxigenación normal, por la dificultad respiratoria que se le observa al momento de la valoración, el esfuerzo respiratorio del pasaje de aire hacia los pulmones y la presencia de secreciones retenidas en la vía aérea, esto es común en pacientes lactantes menores con infecciones respiratorias.

Frente a este diagnóstico las características definitorias encontradas en el lactante menor fueron presencia de sonidos adventicios (estertores y crepitantes), alteración de la frecuencia respiratoria (taquipnea) y tos ineficaz.

Además, el empeoramiento del estado respiratorio, cantidades y el cambio en la cantidad y aspecto de las secreciones respiratorias, la presencia de estas hace que se escuchen roncus y cuando estas secreciones ocupan un espacio intersticial pulmonar se auscultan estertores (Acevedo, 2013).

Asimismo, también los crepitantes son de origen alveolar y se producen por despegamiento de sus paredes cubiertas de líquido. Se auscultan en inspiración (neumonía lobar) (Couceiro, 2012).

Por último, afirman que las respiraciones ruidosas y las crepitantes son indicativas de secreciones retenidas, obstrucción de las vías respiratorias o ambas, por ello los cambios respiratorios el uso de los músculos accesorios o la presencia de crepitantes indican retención de secreciones (Doenges, 2008).

Cuando existe infección, muerte celular y exudado, la viscosidad de la secreción bronquial aumenta notablemente. Lo cual produce incapacidad para eliminar las secreciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

El mecanismo de la tos aumenta la depuración. Para que el flujo de aire propio del golpe de la tos consiga desprender y expulsar el moco de la secreción es preciso, que esta tenga una consistencia y una elasticidad determinadas para su eliminación.

Las secreciones presentes en el tracto respiratorio, dificultan la ventilación e incrementan el trabajo respiratorio. El paciente presenta tos, presencia de secreciones traqueo bronquial y disnea.

Las intervenciones a realizar frente a este diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas Doenges (2008) se basa prioritariamente en la hidratación con cloruro de sodio ya que la hidratación ayuda a reducir la viscosidad de las secreciones facilitando la expectoración.

El auscultar ambos campos pulmonares, es una herramienta clínica importante que permite relacionar los ruidos respiratorios con las diferentes características fisiológicas de cada enfermedad, además de identificar ruidos adventicios para actuar de manera rápida y oportuna (Doenges, 2008).

En consecuencia, se realizará nebulizaciones constantes, para lograr una acción inmediata que asegure una ventilación y oxigenación, de los pulmones y a la vez fluidifiquen y faciliten la eliminación de secreciones (Doenges, 2008).

Posteriormente, Doenges (2008) refiere que luego se realizará fisioterapias respiratorias, estas ayudan al desprendimiento de secreciones, reducir el broncoespasmo y estimular la expectoración. Atraves de la percusión se potencia la eliminación de secreciones excesivas y viscosas para luego mejorar la ventilación de los segmentos pulmonares inferiores.

Es por ello, la importancia de evaluar la frecuencia respiratoria, y la monitorización de la misma ya que esta representa una función importante en el cuidado del paciente con alteraciones en la función respiratoria.

Además, Martins (2006) asevera que la limpieza ineficaz de las vías áreas complica la posibilidad de mantener una captación de oxígeno normal; es por ello que se observar la obstrucción respiratoria al momento de la valoración, la dificultad del paso del oxígeno, debido a la presencia de secreciones retenidas en la vía aérea, es muy común en niños con infecciones respiratorias de esta manera es esencial asegurar la mejor evolución de paciente, con el propósito de limitar el daño pulmonar.

Por último, se realiza la aspiración de secreciones de las vías aéreas, estimula a la tos o limpia las vías aéreas de forma mecánica a pacientes incapaces de hacerlo por si mismos a causa de una tos ineficaz o disminución del nivel de conciencia y finalmente es de gran importancia evaluar la cantidad y calidad de secreciones, para prevenir aparición de infecciones que requiera corrección o tratamiento (Doenges, 2008).

Hipertermia

Se define así a la temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación (NANDA 2017). La revista ELSEVIER (2008) define a el síndrome febril como una respuesta agresiva para ambos agente infeccioso y hospedero, muchas veces se ha cuestionado si realmente la aparición de este síntoma es benéfica para el organismo humano, sin embargo, es un mecanismo de defensa que ha persistido a lo largo de la evolución como parte de la respuesta inmunológica, lo cual demuestra que efectivamente es un proceso que ha sido útil en la lucha del ser humano contra los agentes biológico-infecciosos de su medio.

Por otro lado, Potter (2015) define a la hipertermia como el aumento de la frecuencia cardiaca en respuesta a la disminución de la presión arterial que esta a su vez se produce como consecuencia a la vasodilatación periférica y aumento del metabolismo, es por eso que la frecuencia y la profundidad respiratoria aumenta con el objetivó de incrementar las pérdidas de calor por la transpiración.

También aseguran que la hipertermia es la elevación de la temperatura corporal central por encima de los 37 °C, cuando este excede a los valores normales de calor y se le denomina hipertermia (Mejía, 2014).

En otro aspecto, definen que la hipertermia puede estar asociada con daño hipotalámico directo, que a su vez afecta el ciclo circadiano y se caracteriza por temperatura muy elevada y persistentes, pero con escasas respuesta a los antipiréticos (Sánchez, 2017).

El diagnóstico de enfermería se va relacionar con el proceso de la enfermedad ya que el paciente (lactante menor) presenta manifestaciones comunes en patologías agudas y crónicas. Asimismo, explican que mediante la fiebre el organismo humano se defiende de agresores

denominados pirógenos exógenos, cuya función es la de inducir la fiebre y así destruir los microorganismos que pretenden atacar al sistema inmunológico (Escobar, 2015).

Las características definitorias que presenta el paciente lactante menor de 7 meses son piel enrojecida, caliente al tacto, irritabilidad, llanto, gemido, taquicardia, temperatura 39.5°C (axilar); la temperatura corporal es una expresión numérica del calor de nuestro cuerpo, esta expresa el balance de producción de calor en el cuerpo y la pérdida; cuando esta temperatura sobrepasa los límites normales se activan los mecanismos como vasodilatación, la hiperventilación y sudoración que promueve la pérdida de calor; pero cuando la temperatura cae o está por debajo del nivel normal prefijado se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que causan escalofríos y promueven la generación de calor (Cobo, 2011).

Las intervenciones de enfermería, según Potter (2015), se basan específicamente en controlar la temperatura o poder recurrir a diferentes técnicas de termorregulación como retirar prendas al paciente que favorezca a que su cuerpo se refresque permitiendo que su sudor se evapore, así favorecer la pérdida de calor por convección, también nos ayuda los medios físicos que nos ayuda a la pérdida de calor por conducción y evaporación estas dos técnicas nos van a permitir ayudar al paciente a regular temperatura dentro de los parámetros normales de la misma manera el control y monitoreo de temperatura cada 2 horas para así poder identificar los posibles diagnósticos.

Asimismo, para el Ministerio de Salud (2014), es necesario la administración de antipiréticos y analgésicos de acción rápida y eficaz en lactantes que inhiba la acción de los pirógenos, endógenos sobre el centro termorregulador encefálico al bloquear la formación y liberación de prostaglandinas en el sistema nervioso central generando así una acción antipirética.

No obstante, la temperatura corporal aumenta de forma incontrolada y sobrepasa los mecanismos compensadores de pérdida de calor. Los mecanismos de eliminación de calor están anulados. La hipertermia presente en estas circunstancias es debido a una reacción del organismo frente a la infección. Por liberación de agentes pirógenos al torrente sanguíneo, lactante presenta fiebre axilar: 38.9 °C.

Discomfort

Se define a la percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y / o social (NANDA, 2017).

El confort físico se define como el estado de encontrar necesidades humanas básicas para la tranquilidad, por lo tanto, todo paciente que tiene afectado su estado de salud por diversas causas, se encuentra intranquilo, afectando su salud física, psicológica, espiritual y social.

También aseguran que la estancia hospitalaria es una experiencia que es vivida en forma personal en un contexto donde el paciente es vulnerable ante todo el entorno que lo rodea y esto hace que no haya un buen confort, por lo cual es necesario promover su bienestar (Gomes, Kay & Costa, 2009).

Asimismo, aseguran Uribe, Muñoz & Zapata (2010) que el personal de salud es el encargado de garantizar el bienestar del paciente durante su hospitalización. El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del paciente, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas y satisfacer sus necesidades.

Asimismo, García & González (2000) aseveran que el bienestar de la persona es sin duda un tema complejo y a pesar de que se ha investigado al respecto, hasta el momento no se ha llegado a un consenso sobre el mejor proceder para garantizar su bienestar.

De acuerdo a la literatura, para lograr el bienestar en el paciente hospitalizado, la calidad técnica, la calidez y eficiencia son fundamentales. (Herrera, Villamil, Pelcastre, Cano, & López, 2009).

El factor relacionado con este diagnóstico se va relacionar directamente con el apoyo emocional que puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente (Atheneu, 2010).

Asimismo, aseguran que, para desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar a los pacientes. Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en detrimento de los aspectos psicosociales y emocionales que permitan la relación enfermero-paciente (Oria, Moraes & Victor, 2004).

También refieren que el apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física y la psicológica (Espinha & Amatuzzi, 2008).

Por otro lado, el paciente, durante el periodo de internación hospitalaria, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, siente miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas que son capaces de interferir en el proceso de adaptación y en su recuperación (Fighera & Viero, 2005).

Ante esta situación los enfermeros para mantener contacto directo y permanente con los pacientes, deben colocarse en la posición de facilitadores del proceso de hospitalización, a través de una asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional.

La intervención a realizar se va direccionar a la comprensión y a una comunicación adecuada del paciente de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, disipar su malestar, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de proporcionarle seguridad, tranquilidad (Lemos & Rossi 2002).

Además de esto que el discomfort es subjetivo, y lo expresa el paciente a través de diferentes maneras en este caso lo expresa con llanto, se tornan irritables, no aceptan alimentos, entre otras manifestaciones.

Para Cunado, Bernardo & Rial (2002), estos aspectos son cruciales sobre todo en los hospitales públicos, donde existe una mayor carga de trabajo, menores recursos e infraestructura, lo que limita la atención de calidad. La calidad de la atención técnica de enfermería se refiere a la percepción del paciente acerca de la atención que recibe por personal de enfermería actualizado y competente en el desempeño de sus funciones, que proporcione atención individualizada, una valoración oportuna que esté atenta a cualquier cambio que se presente, que responda siempre a la llamada del paciente cuando éste lo necesite, que alivie el dolor y proporcione el confort necesario para que el paciente se sienta mejor, que proporcione información veraz, oportuna y en términos comprensibles. Estos aspectos determinan los resultados y fomentan el bienestar.

En otro aspecto, hacen referencia que la calidez y la atención interpersonal, corresponde a la interacción entre la enfermera y el paciente. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería es el proveedor más importante de la calidad de la atención que se proporciona debido a la relación directa y continua con el paciente, que impacta directamente en el bienestar. Una buena

atención interpersonal de enfermería se ofrece cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el proceso de enfermedad (Donabedian, 1984 & Cabezalí, 2000).

Además, refieren que en un estudio se encontró que en la percepción de bienestar durante la hospitalización es esencial el trato que proporciona el personal de salud, circunstancia que aparece en otros estudios, donde los pacientes que percibieron un trato adecuado reportaron un grado de mayor bienestar (Herrera, Villamil, Pelcastre, Cano & López 2009).

Otros autores encontraron que, aunque hubiera notable mejoría en el estado de salud de los pacientes, si percibían un trato inadecuado, mostraban temor e incertidumbre, además de falta de confianza para consultar sobre sus dudas (Herrera, Villamil, Pelcastre, Cano & López 2009).

Paciente presenta tos con secreciones en vías aéreas, fiebre, diaforesis, llanto e irritabilidad.

Ansiedad de la madre

Se define como la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (NANDA, 2017).

Algunos autores mencionan que la hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca en los padres una situación de angustia intensa que los desborda, podemos

hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados (Baraibar, 1997).

Asimismo, algunos autores coinciden en que para los padres es una situación estresante, que se manifiesta en reacciones como ansiedad, indecisión, miedo, depresión, confusión, disminución del rendimiento, alteraciones del sueño y pensamientos intrusivos (Ortigosa & Méndez, 2000).

Además, Baraibar (2007) asevera que el ingreso a un piso de internamiento del paciente implica un corte en la vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido, en un momento en donde el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la causa o necesidad de los mismos, así como de la hospitalización.

Del mismo modo, afirman que un ambiente desconocido por el paciente genera en el niño una experiencia estresante que unido a la facilidad natural de incorporar conocimientos y situaciones nuevas, puede generar efectos psicológicos negativos a largo plazo (Ortigosa & Méndez, 2000).

Por otro lado, Freiberg (1972) afirma que los padres que permanecen con un niño en el hospital frecuentemente sienten temor y ansiedad ante la hospitalización de sus hijos en cuidados intensivos. Se ha encontrado también relación entre la ansiedad con el tiempo de hospitalización (Tiedeman, 1997).

Mazurek & Nikulish (1988) estudiaron la ansiedad y su relación con la edad de las madres, ellas encontraron que las madres más jóvenes experimentaron más ansiedad que las de mayor edad, y las madres que no tenían hijos en casa experimentaron mayores niveles de ansiedad que las que tenían uno o dos.

Posteriormente, Freiberg (1972) investigó las reacciones de los padres cuando sus niños fueron hospitalizados y concluyó que todas las reacciones se relacionaron con el temor y la ansiedad y todas las madres reportaron haber experimentado algún grado de inquietud, temor o ansiedad, como desinformación de la enfermedad y el futuro de sus hijos, entre otras. Todas señalaron que su vida familiar se vio interrumpida ante la hospitalización de un hijo.

En consecuencia, Jimerson (1982) señaló que la ansiedad es muy contagiosa y así, es fácilmente transferida de una persona a otra. Este concepto de transferencia de ansiedad fue identificado como la hipótesis de contagio emocional, la cual postula que es posible que la ansiedad provocada por la perturbación de los padres, se trasmite a sus hijos a través de la comunicación verbal o no verbal (Vander Veer, 1949).

Además, Smitherman (1981) asevera que, en relación con la transferencia de ansiedad, tanto los niños mayores como los más pequeños pueden experimentar ansiedad cuando otros a su alrededor están ansiosos. Los niños pueden manifestar conductas de aflicción relacionada con la transferencia de ansiedad (Fiser, Sanford, & Dormán, 1984).

Según Carpenito, (1995) la ansiedad está ligada al estrés y es un estado en el que el paciente experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) ante el cual se activa el sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficos. La ansiedad se caracteriza por un estado de desasosiego, aprensión o terror que tiene que ver con un miedo inminente a sí mismo o a las relaciones de importancia (Kozier, 1993).

Además, González (1996) exploró la influencia de las intervenciones de enfermería en las respuestas fisiológicas y estados conductuales de 30 neonatos de pretérmino admitidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales en sus primeros siete días de vida extrauterina. El modo fisiológico se midió por las respuestas fisiológicas del neonato como frecuencia cardíaca,

frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Los estímulos focales fueron las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente lactante menor para satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas tales como alimentación, eliminación, hidratación y oxigenación.

Otros autores lo definen como una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes y que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, acompañado de sentimientos desagradable o de síntomas de tensión; en el caso de la madre del lactante manifiesta estar preocupada por el estado de salud de su hijo, se le observa angustiada.

La depresión y la ansiedad son las patologías psiquiátricas más frecuentes en la población en general. Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Noguchi han determinado que hasta 37% de la población peruana tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. Si bien tradicionalmente han sido consideradas separadamente, existen considerables evidencias de superposición entre ansiedad y depresión donde la coexistencia puede ser indicador de mayor severidad (Perales & Sogi, 1999).

Las intervenciones para este diagnóstico están dirigidas al cuidador primario que es la persona responsable del cuidado no remunerado del paciente dentro y fuera del contexto médico es el que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo y que se diferencia del cuidador secundario por la permanencia, convivencia con el paciente y responsabilidad legal (Barbosa, Figueiredo & Sousa, 2011).

Además, el cuidador primario brinda información valiosa sobre la evolución de la enfermedad ante la visita médica por su presencia permanente, y colabora en la atención y cuidados del paciente, por lo que su estabilidad emocional es importante, asimismo también

cumple un rol fundamental en la reorganización, mantenimiento y cohesión familiar cuando esa responsabilidad recae en los padres (Rondon, 2006).

Asimismo, es importante señalar la importancia que asume la madre en su rol de cuidador primario, ya que la responsabilidad recae en ella casi exclusivamente en un 93%. La familia es considerada como un mediador del proceso salud - enfermedad y reproduce los eventos sociales y psicológicos dentro de ella (Rondon, 2006).

Cuando el diagnóstico es complejo y se presenta deterioro clínico como en pacientes con postración crónica las preocupaciones y frustraciones del cuidador primario son mayores, pues el tiempo de estancia se prolonga a diferencia del resto de pacientes. El nivel educativo, las diferencias interculturales, la falta de información asequible, el desconocimiento de las patologías, ausencia de empatía, el trato impersonal, pueden originar diversos sentimientos en la familia no evaluables habitualmente y manifestarse a través de agresividad, intolerancia y quejas hacia el equipo de salud. El abandono progresivo del paciente por parte de la familia es otro aspecto observable durante la estancia prolongada, donde los sentimientos negativos alteran la motivación y la ligación con el personal hospitalario. Estas actitudes pueden ser manifestaciones de ansiedad y depresión y que al no ser detectadas adecuadamente originan un deterioro personal, familiar y social (Marx, Masruha & Vilanova 2011).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

El proceso de cuidado de enfermería se realizó priorizando los problemas relevantes del paciente, teniendo como meta el beneficio biopsicosocial y así poder realizar un buen plan de cuidados de calidad, es decir, seguro, continuo, humano, permitiendo satisfacer las necesidades del paciente de cuidado. Se brinda la atención de enfermería al paciente lactante menor J.L.V.L. de 7 meses de edad, sexo masculino cuya valoración, elaboración de diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación inicio en noviembre 2018.

Se le brindó la atención el 1er día de hospitalización en el turno de tarde, el 2do día de hospitalización en el turno de diurno y el 3er día en el turno de noche.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Deterioro del intercambio gases

Objetivo parcialmente alcanzado: El lactante presentó intercambio de gases parcialmente adecuado al lograr respirar sin dificultad, presenta una frecuencia respiratoria de 50 x minuto, sin embargo, continua con la saturación de oxígeno menor de 95%.

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Objetivo alcanzado: El lactante presentó limpieza de vías aéreas eficaz al evidenciar secreciones escasas y mejorando el estado respiratorio del paciente.

Tercer diagnóstico.

Hipertermia

Objetivo alcanzado: El lactante presentó normotermia al presentar temperatura menor a 37 °C y mantener frecuencia cardiaca dentro de los valores normales.

Cuarto diagnóstico.

Discomfort

Objetivo alcanzado: El lactante recuperó un adecuado confort con el apoyo del equipo de salud.

Quinto diagnóstico.

Ansiedad

Objetivo parcialmente alcanzado: La madre logra minimizar su ansiedad y estabilizar su estado emocional, sus preocupaciones con ayuda del personal de salud, manifestando sentirse más tranquila y menos angustiada.

Conclusiones

De los 5 diagnósticos priorizados, el segundo, tercero y cuarto fueron completamente alcanzados, que equivale a un 60 % del logro, sin embargo, el primero y el quinto fueron parcialmente alcanzados y equivale al 20% del logro. Por lo tanto, tenemos un 80% del logro alcanzado en el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Este proceso concluye que la recuperación del paciente es sistemática, ya que tomará más de 3 días para la recuperación al 100%, ante este problema se evidenciaron conocimientos científicos del profesional ante esta enfermedad, ya que representa una un alto porcentaje de mortalidad en niños menores de 1 año. Se priorizaron los diagnósticos más importantes alcanzando un 80% del logro y a su vez satisfaciendo la necesidad del paciente y del familiar.

Bibliografía

- García O, Casado M, Roqueta M, Cabot A, Vall O. Protocolos prácticos de Pediatría. Ed Wander, 1989:175-199.
- Arribas, A. 2009. Conceptualizaciones acerca del cuidado. Síndrome agudo del cuidado respiratorio infeccioso. Madrid. Obtenido de http://ome.fuden.es/media/docs/Lenguaje_Esp_Sep_09.pdf
- Aguarón, J. 2013. Guía de buena práctica clínica en insuficiencia respiratoria. Obtenido de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_respiratoria.pdf.
- Gutiérrez, F. (2010). *Insuficiencia respiratoria aguda*. Obtenido de Scielo Web Site: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>.
- Acevedo, F. 2013. *Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la taxonomía nanda, nic, noc*. Avances en enfermería. vol. xxxi n.º 2 julio-diciembre 2013. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a13.pdf>.
- Mejía, O. 2014. Regulación de la temperatura con acupuntura. Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de: <http://bdigital.unal.edu.co/43132/1/19394380.2014.pdf>
- NANDA I. (2017). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Madrid: Elsevier
- Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A., Nuñez, O., & Romano, J. (2008). Planes de cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana.
- Pascoal, L. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Latino-Am. Enfermagem*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf

Potter PA, Perry AG. (2015). *Fundamentos de Enfermería*. 8.a ed. Barcelona: Elsevier España.

Valles, M. 2015. Variables relacionadas a diagnóstico de enfermería en niños con síndrome de

distres respiratorio atendidos en el hospital Iquitos. Obtenido en:

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/203/VALLES-1-Trabajo>

[Variables.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/203/VALLES-1-Trabajo/Variables.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud Pública de Cuba. 2014. Resumen de las características del producto.

Obtenido

de:https://www.cecmecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/rcp/m14081n02_paracetamol_tabl

[eta.pdf](https://www.cecmecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/rcp/m14081n02_paracetamol_tabl)

Pascoal, L. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características

definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Latino-Am. Enfermagem*.

Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-

[2581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf)

Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado. México:

Manual Moderno; 1975.

Nagy S, Ungerer JA. The adaptation of mothers and fathers to children with cystic fibrosis: a

comparison. *Child Health Care*. 1990;19(3):147-54.

Freiberg, K.R (1972) How Parents Reacts When Their child is hospitalized. *American Journal of*

Nursing Vol 77 Númbrn i 1270-72

Kozier, B., Exb, E., Olivieri R. (1993). *Enfermería Fundamental. Conceptos. Procesos v*

Práctica, 4a_Edición Tomo n, Editorial Interamericanaia.

Skipper, J.L., Leonard, C.r&~RhymesL (1968). ChikLhospitalizationand social interaction: An

experimental study of mother's feeling of stress, adaptation and Spielberger, C.D.,

- (1983). State Trait Anxiety Inventory, Palo Alto, California: Consulting- Psychologists Press.
- Jimerson, S.(1982). Anxiety. In J. Haber, Leach, A., Schudy, S., & Sidelau, B. (Eds.), Comprehensive psychiatric mirdno ~nlew York: McGraw-Hill. 435-57
- González, A.C. (1996). Intervenciones de Enfermería en la Adaptación del Neonato de preténmino. Tesis inédita.UANL.
- Freiberg, K.R (1972) How Parents Reacts When Their child is hospitalized.
- Christens«!, P.J., & Kenney, I.W. (1986). Modelo de Adaptación de Roy. Nursing Process. Applications of Conceptual Models. 3a. de. Mosby
- Sá AC. O cuidado do emocional em saúde. 3º ed. São Paulo: Atheneu; 2010.
- Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Rev. Eletr. Enferm. 2004; 6(2):292-297.
- Arone EM, Cunha ICKO. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(6):721-723.
- Espinha TG, Amatuzzi MM. O Cuidado e as Vivências de Internação em um Hospital Geral. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2008; 24(4):477-485.
- Fighera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Rev. SBPH. 2005; 8(2):51-63.
- Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002 mai-jun; 10(3):345-357.
- Gask L, Chew-Graham C. Introduction: Anxiety and Depression. En: Gask L, Chew-Graham C, editors. ABC of Anxiety and Depression.1a ed. Oxford: John Wiley & Sons; 2014:1-4

- Perales A, Sogi C. Ansiedad y depresión: unidad o diversidad clínica. *Acta Psicol Psiquiat Am Lat.* 1999;45(1):13-23.
- Barbosa A, Figueiredo D, Sousa L, Demain S. Coping with the caregiving role: differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging and Mental Health.* 2011;15(4):490-9. Doi: 10.1080/13607 863.2010.543660.
- Rondon M. Salud Mental: Un problema de salud publica en el Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2006;23(4):237-8.
- Marx C, Masruha E, Masruha M, Vilanova L. Depression, anxiety and daytime sleepiness of primary caregivers of children with cerebral palsy. *Rev Paulista Pediatria.* 2011;29(4):483-8. Doi: org/10.1590/S0103-05822011000400003.
- Everhart RS, Fedele DA, Miadich SA, KoinisMitchell D. Caregiver quality of life in pediatric asthma: associations with beliefs and concerns about medications and emergency department de Salud use. *Clin Pediatr (Phila).* 2015;54(3):249-56. Doi: 10.1177/0009922814551134.

Apéndice

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()
Historia Clínica: _____	Nº Cama: _16_ DNI N° _____ Teléfono: _____
Procedencia: TRAUMA SHOCK () TOPICO EME () OBSERVACION EME () HOSP. PEDIATRIA () C.Qx () URPA ()	
Peso: _____ kg Talla: _____	Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ c°
Fuente de Información: Madre: _____ Padre: _____	Familiares: _____ Otros: _____
Motivo de Ingreso: _____	Diagnóstico Médico: _____
Fecha de Ingreso: _____	Hora: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()
Persona Responsable: _____	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD	PATRON VALORES-CREENCIAS
<p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: DM () Gastritis/Ulcera () TBC () SOBA () CARDIOPATIA () Otros: _____</p> <p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p> <p>Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra () LME () LM () L. MIXTA () PEDICULOSIS ()</p> <p>Factores de Riesgo: Peso: Normal () bajo () sobrepeso () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previas: Si () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No () Especifique: _____</p>	<p>Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No () Restricción Religiosa: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: _____</p>
<p>PATRON RELACIONES-ROL</p> <p>Se relaciona con el entorno: Si () No () Vive con los padres(solo al ingreso) Si () No () • Ocupación y hora de trabajo de los padres (solo al ingreso) Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____</p> <p>Relaciones : ❖ Con los padres : Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NO APLICA: (ejp: TETsedado,incociente) ❖ Con el personal : Afectivo () indiferente () temeroso () Hostil () NE..... Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No () LOS PADRES SON: Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () quien: problemas de drogadicción: si () no () quien: Pandillaje: Si () No () Otros: _____</p>	<p>PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</p> <p>Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____</p>
<p>PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</p> <p>Especifique: _____ Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()</p>	<p>PATRON DESCANSO-SUEÑO</p> <p>Sueño: a) conservado () b) Insomnia () c) Alterado: Por enfermedad () Por terapéutica () Motivo: _____</p>
	<p>PATRON ACTIVIDAD-RESPIRATORIO</p> <p>Ventilación /oxigenación : Espontanea () Asistida () Especificar :.....(CBN) 4 ltrs..... Simetría torácica: Simétrico () asimétrico () Murmullo vesicular: ACP () HTI () HTD () Ruidos agregados : Ninguno () roncantes () crepitantes () subcrepitantes () estridor () Sibilantes (): Inspiratorio () espiratorio () Uso de músculos respiratorios : Ninguna () intercostales () subcostales () supraclaviculares () subxifoideas ()</p> <p>Características del patrón respiratorio: Frecuencia : Eupnea () braquipnea () taquipnea () DISNEA () NO APLICA () ejp: TET Ritmo : Regular () irregular ()</p>

Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Comatoso () Letárgico ()
 Comentarios: _____

Tono muscular: Conservada () hipotónico () hipertónico ()
Convulsión: Si () No ()

observación:.....

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()

TAMAÑO:

Comentarios: _____

Escala de Glasgow: Lactante

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Baluceo 5	Mov. Espont. 6
Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5
Al dolor 2	Llanto al dolor 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Se queja al dolor 2	Flexión anormal 3
	Sin respuesta 1	Ext. Anormal 2
		Sin respuesta 1

Puntaje Total: 14

Escala de Glasgow: Pre- Escolar

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Orientado 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confuso 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapropiado 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Sonido inespec. 2	Decorticación 3
	Ninguno 1	Descerebración 2
		Ninguno 1

Puntaje Total: _____

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

Comentarios: _____

Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;



Escala Ramsay:

Nivel	Definición
1	Paciente ansioso, agitado, intranquilo o ambos
2	Paciente cooperativo, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a las órdenes
4	Dormido con breve respuesta a la luz y el sonido
5	Dormido con solo respuesta al dolor
6	Sin respuesta a estímulos incluido el dolor fuerte

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Ictérica ()

Marmárico () Reticulado ()

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____ 38.9 _____

Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

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

Higiene: Buena () regular () mala ()

Observación: _____

Profundidad: Normal () superficial () profunda ()

Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No ()

UBICACIÓN: Derecho () Izquierdo ()

CARACTERÍSTICAS:

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:

Ritmo cardiaco:

Regular () irregular () Taquicardia () bradicardia ()

Pulso: presente () ausente ()

Ubicación Pulso: Carotideo () Pedio () Axilar () Otro:

Características de pulso periférico:

Normales () filiformes () saltones ()

Edema: Presente () ausente ()

Lugar:

Llenado capilar:

Perfusión Tisular Cerebral:

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

Comentarios: _____

Capacidad de autocuidado:

0 = Independiente () 1 = Ayuda de otros ()

2 = Ayuda del personal () 3 = Dependiente ()

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

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: Moviliza miembros superiores e inferiores

Escala de Caídas:

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caidas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
Déficits sensoriales	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
Deambulaci3n	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

PATR3N ELIMINACI3N

Flujo Urinario:

Normal () Oliguria () Anuria ()

Poliuria () Disuria () Globo vesical ()

Características de la orina:

Amarillo ámbar () hematórica () colúrica ()

Sedimentosa () Piuria ()

Uso de dispositivos: NO

Sonda Foley ()

Catéter vesical ():

Intermitente () permanente ()

Evacuación intestinal:

Normal () estreñido () diarrea ()

Características:

Grumosa () acuosa () semiacuosa ()

Melena () disintérica () acolia ()

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

Especificar Zona: _____

Comentarios: _____

Abdomen:

Blando depresible () Globuloso depresible ()

Timpánico () doloroso ()

Ruidos Hidroaereos:

PRESENTES () AUSENTES ()

Escala de Norton:

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	ESTUPOROSO	IMMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:
 PUNTAJACION DE 5 A 9 ----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTAJACION DE 10 A 12 ----- RIESGO ALTO.
 PUNTAJACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTAJACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida ()

GRANDE ()

Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo ()

Ralo () Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta () Lesiones () **MUGUET ()**

PLACAS BLANQUESINAS () CARIES () HALITOSIS ()

Observaciones: _____ NO _____

Malformación Oral: Si () No ()

Especificar: _____

Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No ()

Cuanto Perdió: _____ 80 grs _____

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Disminuido () Nausea () Vómitos ()

Cantidad de los vomitos: _____

Características: _____

Dificultad para Deglutir: Si () No ()

Especificar: _____

Alimentación: NPO ()

Enteral : deglución directa ()

infusión :

STP ()

Bolos:

SNG () SOG () SGT ()

Otros: _____

Tolerancia Enteral :

Adecuada ()

Inadecuada:

Nauseas () vomitos () RG ()

Parenteral:

NPP () NPT ()

Integridad de la piel y mucosa :

intacta ()

lesiones: eritema () ulcera () necrosis () **EQUIMOSIS ()**

FLICTEMAS () VESICULAS () ESCORIASIONES ()

Lugar.....Intacta.....

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____ no _____

Drenaje: Si () No ()

Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

Termorregulación :

Normotermia () hipotermia () hipertermia ()

COLOR:

Portador :

yeyunostomia () colostomía ()

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No ()

Especifique: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

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 respecto al trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería” y su objetivo. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Yhanet María Huallpa Quispe. bajo la asesoría de la Mg. Juana Matilde Cuba Sancho. 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