

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con displasia
bronco pulmonar de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de
Arequipa, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de
enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos

Autor:

Jessica Luzmila Huanca Mamani

Evelyn Katuska Mamani Coaguila

Asesor:

Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, 13 de enero del 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, María Guima Reinoso Huerta, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE PEDIÁTRICO CON DISPLASIA BRONCO PULMONAR DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA, 2022”** de las autoras Jessica Luzmila Huanca Mamani y Evelyn Katuska Mamani Coaguila tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de enero del año 2026.

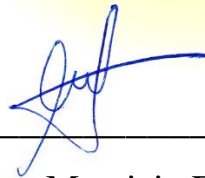


Dra. María Guima Reinoso Huerta

**Proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con
displasia bronco pulmonar de la unidad de cuidados intensivos de
un hospital de Arequipa, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos



Mg. Celeste Mauricio Esteban
Dictaminador

Lima, 13 de enero del 2026

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Metodología	7
Valoración.....	8
Diagnósticos de Enfermería Priorizados.....	10
Planificación	11
Ejecución.....	13
Evaluación.....	15
Resultados	17
Discusión.....	19
Conclusiones	30
Referencias.....	31
Apéndices.....	38

**Proceso de Atención de Enfermería Aplicado a Paciente Pediátrico con Displasia
Bronco Pulmonar de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Arequipa, 2022**

Jessica Luzmila Huanca Mamani ^a, Evelyn katuska Mamani Coaguila ^b y María Guima

Reinoso Huerta ^c

^{a y b} *Autores del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión,
Lima, Perú*

^c *Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

La displasia broncopulmonar (DBP) es una enfermedad crónica que afecta al recién nacidos, dificultando la respiración por inflamación y cicatrización pulmonar. El estudio tuvo como objetivo gestionar el proceso de atención de enfermería a un lactante de 2 meses con displasia broncopulmonar internado en la UCIP. Tiene un enfoque cualitativo, como caso único, el método fue el proceso de atención de enfermería siguiendo todas las etapas : la valoración a través de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, se encontraron 5 , de los cuales se priorizaron 3: actividad/ejercicio ,observación/manejo de salud, la fase de diagnóstico se fundamentó en la taxonomía II de NANDA , se logró identificar 3 diagnósticos : deterioro de la ventilación espontanea, hipertermia y riesgo de lesiones por presión en el niño; en la etapa de planificación se tomó la Taxonomía NOC, NIC, la ejecución se brinda cuidados de enfermería y evaluación fue dada por la diferencia entre los puntos finales y los puntos basales respectivamente. Los resultados mostraron un cambio de 2 a 4. En conclusión, se gestionó el proceso de atención de enfermería en la paciente lo que permitió brindar un cuidado de calidad.

Palabras clave: Displasia broncopulmonar, proceso de atención de enfermería, enfermería.

Abstract

Bronchopulmonary dysplasia (BPD) is a chronic lung disease that affects newborns. It is characterized by inflammation and scarring of the lungs, making breathing difficult. The study aimed to manage the nursing care process for a 2-month-old infant with bronchopulmonary dysplasia admitted to the ICU. The research has a qualitative approach, as a single case, the method was the nursing care process following all the stages: the assessment carried out through the assessment framework of the 11 functional patterns of Maryori Gordon, 5 modified models were found, of which 3 were prioritized: activity / exercise, observation / health management, the diagnostic phase was based on NANDA I taxonomy II, 3 diagnoses were identified, giving priority to 3 of them: impaired spontaneous ventilation, hyperthermia and risk of pressure injuries in the child; In the planning stage, the NOC and NIC taxonomy were used. Nursing care was delivered in the execution phase, and the evaluation was based on the difference between the endpoints and baseline points, respectively. The results showed a change of 2 to 4. In conclusion, the nursing care process for the patient was managed, enabling the provision of quality care.

Keywords: Bronchopulmonary dysplasia, Nursing care process, Nursing.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que en 2020 nacieron 13,4 millones de niños prematuros, Las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de cinco años, y en 2019 se cobraron aproximadamente 900 000 vidas. A nivel internacional, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 4% y el 16% de los niños nacidos en 2020 (Organizacion Mundial de la Salud, 2023).

En América, la Red Neonatal del Instituto Nacional de Salud ha reportado un incremento en la incidencia de la displasia broncopulmonar en los últimos 20 años, alcanzando una prevalencia del 25 % en niños con peso menor a 1500 gramos (Brener Dik et al., 2017).

En México, en el Instituto Nacional de Perinatología, la incidencia de displasia broncopulmonar oscila entre el 20 % en recién nacidos con peso menor a 1500 gramos y del 60% en los que pesan menos de 1000 gramos (Pérez Zamudio et al., 2013).

La displasia broncopulmonar es actualmente muy poco común en neonatos que pesan más de 1,5 kg y mujeres embarazadas con una edad gestacional de más de 30 semana, por lo tanto, la incidencia de displasia broncopulmonar es proporcional al peso del recién nacido y la edad gestacional; en recién nacidos con peso de 1251-1500 gramos, del 7 por ciento al 52 por ciento en recién nacidos con peso de 501-750 gramos (Carrillo Franco et al., 2021).

A nivel de Perú s, un estudio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del 2006 al 2010, identificándose una incidencia de 5.6% en recién nacidos prematuros menores de 37 semanas, los mismos que requirieron hospitalización: la mayoría de ellos desarrollaron una displasia broncopulmonar leve; esta tasa no ha sufrido mayor variación en los últimos años (Silvera Ortiz, 2012).

La displasia broncopulmonar es una patología que se presenta mayormente en recién

nacidos prematuros de 36 semanas o menos de edad gestacional, debido a la falta de madurez de los pulmones y bajo peso al nacer. Se considera de naturaleza multifactorial en recién nacidos prematuros con problemas de insuficiencia respiratoria y característica crónica de la enfermedad (DIPRECE Chile, 2025).

Las principales causas de la displasia broncopulmonar incluyen la inmadurez pulmonar, la exposición prolongada a oxígeno, la ventilación mecánica, la inflamación pulmonar y la infección neonatal. Otros factores de riesgo incluyen el bajo peso al nacer, la sepsis neonatal y la presencia de ductus arterioso permeable (Sánchez Luna et al., 2013).

En la displasia broncopulmonar nueva, existe muy poca fibrosis, pero sucede el detenimiento parejo del desarrollo, con amplias estructuras alveolares superficiales y capilares dismórficos (Appuhn et al., 2021). Se caracteriza por un desarrollo alveolar detenido y una microvasculatura capilar dismórfica, con escasa fibrosis intersticial. Además, se ha observado una alteración en el metabolismo del surfactante pulmonar, atribuida en gran parte al daño oxidativo en las células tipo II alveolares (AECII) (Zenri et al., 2004).

Los signos clínicos incluyen taquipnea, retracciones intercostales, sibilancias, hipoxia persistente y dependencia de oxígeno. Los lactantes con DBP pueden presentar alteraciones en el crecimiento y mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias (Cincinnati Children's, s.f.).

El desarrollo de la mayoría de alveolos se da en la fase temprana expresándose como micro capilares maduros dobles en una fase como red, seguidamente se produce el crecimiento alveolar de los mismos. La comprensión de ambas fases es primordial para el planteamiento de acciones terapéuticas que favorezcan el desarrollo de alveolos en los pulmones lesionados de un recién nacido.

Los recién nacidos prematuros se encuentran en alto riesgo de presentar lesión pulmonar

derivado de factores mecánicos, liberación de oxidantes e inflamatorios a causa de la inmadurez anatómica y químicas extremas de los pulmones. Para el desarrollo de una nueva displasia broncopulmonar se reconoce la participación de importantes factores tales como la disminución de protectores endógenos, inflamación y volutrauma (Mancilla Ramírez, 2016).

En la displasia broncopulmonar, la administración de oxígeno por cánula binasal para preservar la saturación entre 92 a 95% en estados de reactividad y sueño constituye un tratamiento muy eficaz que se puede realizar luego del alta de la Unidad de Recién Nacidos y ampliarse a los primeros meses de vida. “En algunas ocasiones, en que existe evidencia eco cardiográfica de hipertensión pulmonar, se sugiere saturación de oxígeno en el rango 96-97%. Una vez que durante el día el paciente sea capaz de mantener SaO₂ 94% en forma estable, se considerará evaluar la situación durante el sueño, período en que normalmente la SaO₂ es menor, debido al efecto de la posición corporal, menor frecuencia y profundidad de la respiración”. Sin embargo, no es recomendable el incrementar transitorio del aporte de oxígeno, ya que depende de los períodos de desaturación ocasional (relacionadas al llanto, alimentación, entre otros); si la frecuencia de los episodios es constante, se recomienda incrementar el aporte de oxígeno en forma permanente (Navarro Caballero, 2019).

En la actualidad está recomendada dentro de los tratamientos: la oxigenoterapia, tratamiento nutricional, fármacos, inmunizaciones, esteroides inhalados, líquidos orales, restricción del uso de diuréticos, broncodilatadores y corticoides inhalables. Asimismo, como los recién nacidos no son tan maduros en comparación con algunos años atrás, pueden presentar ciertas alteraciones más severas cuando lleguen a la adolescencia y adultez, lo que podría significar que en los siguientes años se cambie de terapia. (Miranda-Limachi et al., 2019).

Además, dentro de factores postnatales que incrementan el riesgo de sufrir de DBP se

encuentran: efecto tóxico del oxígeno y lesiones pulmonares inducidos por el ventilador (liberación de radicales libres de oxígeno, volutrauma, biotrauma, cascada inflamatoria, atelectrauma, barotrauma), sepsis de inicio tardío, ductus arterioso permeable, bajas concentraciones de retinol plasmático, reanimación en sala de parto con FiO₂ superior a 30%. Es importante tomar en cuenta para la reducción de la tasa de DBP en recién nacidos a la ventilación no invasiva (CPAP), los corticoesteroides sistémicos posnatales y la vitamina A intramuscular (Buenrostro et al., 2019).

Por otro lado, también es posible alimentar al recién nacido por la vía oral, se puede optar por alimentación mediante sonda nasogástrica o si se requiere mayor tiempo, una gastrostomía. Por ello, es importante realizar evaluaciones antropométricas. Las fórmulas de alimentación deben ser las que comúnmente se usa, excepto en pacientes con retención importante de dióxido de carbono. Si aún con adecuado soporte nutricional y ausencia de patologías infecciosas recurrentes no existe aumento de peso se debe investigar otras condiciones tales como hipoxemia intermitente no diagnosticada, reflujo gastroesofágico, anemia, cardiopatías congénitas, traqueo malacia o aspiración de contenido gástrico (Pizarro & Oyarzún, 2021).

El proceso de atención de enfermería (PAE) se considera como un instrumento primordial en el desempeño de la enfermera pediátrica, ya que está conformado por fases secuenciales y sistemáticas que permiten la provisión de cuidados en base a las respuestas humanas (Miranda-Limachi et al., 2019); consideradas como solución a problemas reales o potenciales en forma racional y lógica promoviendo el pensamiento crítico (Zona & Giraldo, 2017); de forma integral y holística ante un lactante con DBP incluyendo a la familia, quienes desempeñan un rol fundamental en la recuperación (Francisca et al., 2019). Considerada como “la herramienta basada en el método científico que orienta el ejercicio profesional de la

enfermería”(Miranda-Limachi et al., 2019).

Finalmente, cabe señalar que la enfermera especialista en pediatría es el profesional capacitado para brindar cuidados de enfermería de manera” autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, primaria, hospitalización, incluido la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y transdisciplinar (Sánchez et al., 2018).

Además, presenta la atención en diferentes contextos desde un punto de vista individual, familiar comunitario o social, cumpliendo una tarea clave de acompañamiento a la familia del paciente pediátrico (Disabato et al., 2019). Por último, como profesional especializado, debe tener la convicción de proporcionar la mayor excelencia en los cuidados que se brinda en UCI Pediátrica con el fin de conseguir una mejor calidad de vida en los pacientes pediátricos y familia que acuden al Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (Dicen, 2017).

Metodología

El presente estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, la metodología fue el proceso de atención de enfermería que es una herramienta que aborda los problemas de salud real , potencial y promover el bienestar con un enfoque sistemático , consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación (Miranda et al., 2019); el sujeto de estudio fue una paciente ASC , lactante de 2 mes de edad, con diagnóstico de displasia broncopulmonar, seleccionada a conveniencia de la investigadora.

En la etapa de valoración se obtuvo los datos significativos del paciente mediante la técnica de observación, revisión documentada de la historia clínica, y la entrevista a familiares, se utilizó como instrumento la guía de valoración basada en patrones funcionales de Maryori

Gordon.

En la etapa de diagnóstico, se analizaron los datos y se formularon los diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA I.

En la etapa de planificación se identifica los resultados de enfermería y las intervenciones según la taxonomía NOC Y NIC, en la etapa de ejecución se establece la continuidad de las intervenciones y cuidados de enfermería, para finalizar en la etapa de evaluación con el análisis de la diferencia de las puntuaciones basal y final.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: A. S. Z.

Sexo: femenino

Edad: 2 meses

Días de atención de enfermería: 5 días Fecha de valoración: 10/08/2022

Motivo de ingreso: la paciente es referida del hospital Goyeneche, ingresa a la UCI pediátrica, Debido a la necesidad de tratamiento con ventilación mecánica y monitoreo cardiorrespiratorio, ingresa intubada con tubo.:3.5 altura: 9.5, comisura: derecha, sedada. ingresa con una RX de tórax donde se evidencia, campos pulmonares claros a hallazgos que incluyen nebulosidad difusa y un patrón intersticial grueso, reflejan atelectasia, inflamación y/o edema pulmonar. Presenta fiebre de 38.3°C a 40° con un RASS: de -3; pupilas: isocóricas fotoreactivas OD: 3mm OI: 3mm con vía periférica en miembro superior izquierdo, con sonda oro gástrica.

Valoración según Patrones Funcionales de Salud.

Patrón Funcional I: Percepción -Control de la Salud. Paciente con antecedente de

prematuridad y cardiopatía congénita a cianótica y ventilación mecánica desde nacimiento. Al examen físico se evidencia mal estado de hidratación mal estado de nutrición y mal estado de higiene. Madre refiere que en el hospital Goyeneche no cuenta con especialistas para el cuidado de su hija también refiere que cuenta con vacunas de nacimiento.

Patrón Funcional III: Nutrición Metabólico. Lactante pesa 2.750 kilos y mide 43 cm., mucosa de la cavidad bucal secas, piel de aspecto apagado, paciente dependiente grado IV, postrado en cama, lábil al movimiento, mantiene adecuado tono muscular y de hidratación.

Temperatura baja al contacto, en mal estado de nutrición.

T°: 38.4.°C, No presenta edema. El abdomen es blando y depresible. Se inicia la administración de fórmula polimérica a 30 cc cada 4 horas por sonda orogástrica, sin evidencia de residuo gástrico. La hemoglobina es de 11.5 mg/dL y la glucosa de 83 mg/dL.

Patrón Funcional IV: Actividad - Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Paciente se encuentra en ventilación mecánica desde su nacimiento hasta el 15 de junio luego es extubada por 10 días, presenta cuadros de hipoxemia aguda lo cual se vuelve a intubar en ventilación mecánica, modo PC con parámetros de FIO2: 65% PEEP: 6 Saturando 93% a cuando se ausculta, el murmullo vesicular se reduce en las bases final y basal. presenta secreciones bronquiales densas blanquecinas en moderada cantidad.

Actividad circulatoria Paciente hemodinámica mente inestable con antecedente CCA llenado capilar mayor a 2 segundos hipotensión marcada: con apoyo de inotrópicos y vaso activo, con CVC en vena yugular de dos lúmenes permeable, portadora de línea arteria arterial.

Grado dependencia o autocuidado.

Paciente dependiente grado IV, postrado en cama, lábil al movimiento, mantiene adecuado tono muscular y de hidratación.

Patrón Funcional V: Relaciones-Rol. Paciente vive con su madre de 23 años quien es su principal cuidadora.

Patrón Funcional VI: Perceptivo-Cognitivo. Paciente intubada bajo sedación, con RASS -1 (sedación profunda) no reacción a la voz ni impulso físico.

Patrón Funcional VII: Eliminación. Paciente portadora de sonda Foley con oliguria y orina de características normales, con flujo urinario de 4cc por hora recibiendo furosemida 2.5 mg en horario.

Patrón Funcional VIII: Reposo-Sueño. Paciente actualmente bajo sedación profunda.

Patrón IX: Valores y Creencias. Madre refiere que profesa la fe católica, lo cual acepta transfusiones sanguíneas.

Patrón Funcional X: **Autopercepción-Autoconcepto.** Paciente sedado.

Patrón Funcional XI: Adaptación-Tolerancia a la Situación y al Estrés. Tolerancia a la situación y al estrés. Paciente sedado al momento de aspiración de secreciones se muestra irritable.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnostica. Deterioro de la ventilación espontanea (00033)

Características definitorias: disminución de la saturación arterial de oxígeno, disnea, aumento del uso de los músculos accesorios.

Factores Relacionados. Fatiga de los músculos respiratorios.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por disminución de la saturación arterial de oxígeno, disnea, aumento del uso de los músculos accesorios.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Hipertermia (00007)

Características Definitorias. Temperatura corporal central 38.4°C, deshidratación, Piel caliente al tacto, taquicardia.

Factores Relacionados. Aumento de la tasa metabólica.

Enunciado Diagnóstico. Hipertermia relacionado con aumento de la tasa metabólica evidenciado con temperatura corporal central elevada, piel caliente al tacto, taquicardia y deshidratación.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Riesgo de lesiones por presión en el niño (00286).

Características Definitorias. Pérdida parcial del espesor de la dermis.

Factores Relacionados. Deterioro de la movilidad física

Enunciado Diagnóstico. Riesgo de lesiones por presión en el niño relacionado con deterioro de la movilidad física.

Planificación

Primer Diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontánea.

Resultados de Enfermería. NOC Estado respiratorio: ventilatorio [0415]

Indicadores.

- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Utilización de músculos accesorios
- ✓ Profundidad de la respiración.
- ✓ Volumen corriente

Intervenciones de Enfermería. NIC : Ayuda a la ventilación [3390] NIC: manejo de la

ventilación mecánica invasiva [3300].

Actividades.

- ✓ Mantener una vía permeable.
- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler
- ✓ Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, saO₂, sVO₂, CO₂.
- ✓ Observar si hay fatiga de músculos respiratorios.
- ✓ Consultar con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del respirador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de O₂ y volumen corriente deseado).
- ✓ Se monitoriza síntomas que indican aumento de trabajo respiratorio (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardiaca, respiratoria, diaforesis).

Segundo Diagnóstico. Hipertermia.

Resultados de enfermería. NOC Termorregulación [0800].

Indicadores. Temperatura cutánea aumentada Frecuencia cardiaca apical Frecuencia respiratoria Sudoración con el calor

Intervenciones de Enfermería. NIC: Manejo de la hipertermia [3786].

Actividades.

- ✓ Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal
- ✓ Aplicar compresas de agua o esponjas junto con antipiréticos.
- ✓ Administrar antipirético endovenoso.
- ✓ Monitorizar las complicaciones relacionadas con la fiebre y los signos y síntomas de la afección causante de fiebre (por ejemplo, convulsiones, disminución del nivel de

conciencia, estado electrolíticos anormal, desequilibrio acido base, arritmia cardiaca).

- ✓ Monitorizar la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, el estado mental, el confort térmico y las pruebas de laboratorio microbiológicas o inmunológicas realizadas recientemente.

Tercer Diagnóstico. Riesgo de lesiones por presión en el niño.

Resultados de Enfermería. NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas [0800].

Indicadores.

- ✓ Integridad de la piel Eritema
- ✓ Lesione cutáneas Temperatura de la piel Hidratación.

Intervenciones de Enfermería. NIC: Prevención de las lesiones por presión [3540].

Actividades.

- ✓ Realizar una inspección completa de la piel.
- ✓ Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- ✓ Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
- ✓ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinario.
- ✓ Aplicar barreras protectoras (cremas o protectores cutáneos), según la prescripción facultativa.
- ✓ Colocar el horario de giros en la cabecera de la cama, según proceda. Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arruga.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención estado respiratorio ventilatorio para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea

Intervención: Ayuda a la ventilación		
Fecha	Hora	Actividades
10/08/2022	8:00 - 18:00	Se mantiene una vía permeable.
	8:00 - 18:00	Se coloca al paciente en posición semifowler
	8:00 - 18:00	Se monitoriza los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, sao2, svo2, co2.
	8:00-18:00	Se observa si hay fatiga de músculos respiratorios.
	8:00-18:00	Se consulta con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del respirador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de O2 y volumen corriente deseado)
	8:00-18:00	Se monitoriza síntomas que indican aumento de trabajo respiratorio (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardiaca, respiratoria, diaforesis).

Tabla 2

Intervención: Manejo de la hipertermia		
Fecha	Hora	Actividades
10/08/2022	8:00 - 18:00	Se determina la causa del aumento de la temperatura corporal.
	8:00-18:00	Se aplica compresas de agua o esponjas junto con antipiréticos.
	8:00 -18:00	Se administra antipirético endovenoso
	8:00 -18:00	Se monitoriza las complicaciones relacionadas con la fiebre y los signos y síntomas de la afección causante de fiebre (por ejemplo, convulsiones, disminución del nivel de conciencia, estado electrolíticos anormal, desequilibrio acido base, arritmia cardiaca)
	8:00 -18:00	Se fomenta el consumo de líquidos.

8:00 -18:00 Se monitoriza la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, el estado mental, el confort térmico y las pruebas de laboratorio microbiológicas o inmunológicas realizadas recientemente.

Ejecución de la intervención termorregulación para el diagnóstico hipertermia

Tabla 3

Ejecución de la intervención integridad tisular: piel y membranas mucosas para el diagnóstico riesgo de lesiones por presión en el niño

Intervención: Prevención de las lesiones por presión

Fecha	Hora	Actividades
10/08/2022	8:00-18:00	Se realiza una inspección completa de la piel
10/08/2022	8:00-18:00	Se documenta cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
	8:00 -18:00	Se utiliza una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
	8:00 -18:00	Se elimina la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinario.
	8:00 -18:00	Se aplica barreras protectoras (cremas o protectores cutáneos), según la prescripción facultativa.
	8:00 -18:00	Se coloca el horario de giros en la cabecera de la cama, según proceda.
	8:00 -18:00	Se mantiene la ropa de cama limpia y seca, y sin arruga.

Evaluación

Resultado: Estado respiratorio: ventilación.

Tabla 1

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

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	2	4
Utilización de músculos accesorios	2	5
Profundidad de la respiración.	2	4
Volumen corriente	2	4

La tabla 1 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado respiratorio ventilación seleccionados para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación sustancial del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la mejora de los valores de la frecuencia respiratoria, uso de músculos respiratorios, profundidad de la respiración y mejora en el volumen corriente. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultado: Termorregulación.

Tabla 2

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Termorregulación

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Temperatura cutánea aumentada	2	5
Frecuencia cardíaca apical	2	4
Frecuencia respiratoria	2	4
Sudoración con el calor	2	4

La tabla 2 muestra que la moda de los indicadores del resultado termorregulación seleccionados para el diagnóstico hipertermia antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de los valores de la temperatura cutánea, frecuencia cardíaca apical, frecuencia respiratoria, sudoración con el calor. La paciente subió la puntuación porque se aplicaron las intervenciones de enfermería, por lo que las actividades básicamente estuvieron orientadas al monitoreo. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultado: Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas.

Tabla 3

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Integridad de la piel	3	5
Eritema	4	5
Lesione cutáneas	2	4
Temperatura de la piel	2	4
Hidratación	2	4

La tabla 3 muestra que la moda de los indicadores del resultado integridad tisular: piel y membranas mucosas seleccionados para el diagnóstico riesgo de lesiones por presión en el niño antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de la integridad de la piel, ausencia de eritema y lesiones cutáneas, valores de temperatura corporal normal e hidratación adecuada. La paciente elevó la puntuación porque se encontraba en fase de riesgo de lesión, por lo que las actividades básicamente estuvieron orientadas a la prevención. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultados

En cuanto a la evaluación de la fase de valoración, la recolección de los datos se obtuvo del paciente como fuente principal, la historia clínica y la madre como fuentes secundarias. Se utilizó básicamente el examen físico como medios de recolección de la información. Luego, se organizó la información en la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. La dificultad en esta fase se debió porque la información fue suministrada

por la madre quien al realizarle la entrevista desconoce algunos datos por su nivel de instrucción

En la fase de diagnóstico se realizó el análisis de los datos significativos según la NANDA, arribando a cinco diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizo tres: Deterioro de la ventilación espontánea, hipertermia y riesgo de lesión por presión en el niño. En esta etapa se tuvo cierta dificultad en diferenciar el primer diagnóstico de los diagnósticos Patrón respiratorio ineficaz por la similitud de las características definatorias entre estos.

La fase de la planificación se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. Se realizó el análisis para determinar los resultados de enfermería que mejor se relacionen con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones sean coherentes a los resultados. Se tuvo que hacer un re análisis y ajustes de los indicadores de resultado. La dificultad en esta fase estuvo en la determinación de la puntuación de los indicadores de resultados tanto en la línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad para dicha determinación.

En la fase de ejecución se llevó a cabo la planificación, no hubo mayores dificultades por la experticia en la realización de las actividades de cada intervención. Por último, la fase de la evaluación permitió hacer la retroalimentación de cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó a la paciente del presente estudio.

Discusión

Deterioro de la Ventilación Espontánea

El deterioro de la ventilación espontánea es el estado que se caracteriza por una disminución de las reservas de energía que provoca en el individuo la incapacidad para sostener la respiración adecuada para mantenerse con vida (Herdman et al., 2021).

El deterioro de la ventilación espontánea se asocia a una disminución del oxígeno en la sangre o a un aumento del dióxido de carbono en la sangre de forma peligrosa (Patel, 2020, p. 25).

El oxígeno es esencial para la supervivencia de los recién nacidos antes y después del nacimiento. El SDRN puede causar concentraciones bajas de oxígeno en la sangre, lo que provoca cianosis y, si no se trata, puede llevar a daño cerebral y otros órganos (Dezube, 2019).

La ventilación espontánea es un proceso fisiológico natural que se produce cuando el niño tiene un control adecuado de su sistema respiratorio y puede ajustar la frecuencia y profundidad de su respiración de acuerdo con sus necesidades. Este proceso es esencial para mantener un intercambio de gases adecuado en los pulmones y garantizar la oxigenación y eliminación de dióxido de carbono del organismo (Sánchez Luna et al., 2013).

La principal causa fisiopatológica de la insuficiencia respiratoria en el niño es el trastorno en diversas regiones del pulmón de la relación ventilación y el flujo sanguíneo V/Q, que altera la transferencia tanto de oxígeno como de dióxido de carbono (Milinarsky et al., 2022).

La respiración es un proceso intrínsecamente rítmico y automático, su control es esencial para mantener niveles arteriales óptimos de oxígeno y dióxido de carbono, frente a diversas condiciones metabólicas. Este mecanismo implica sensores que detectan la variable a regular, generando señales que llegan a centros de control a través de vías aferentes y tras una compleja

interacción, se produce una respuesta que alcanza los efectos, correspondientes a los músculos que participan en la respiración (Lizet et al., 2011).

Considerando lo anterior, y teniendo en cuenta que el deterioro de la ventilación espontánea pone en riesgo gravemente la vida del recién nacido prematuro, tomé a éste como primer diagnóstico, evidenciándose en el paciente las siguientes características definitorias: disminución de la saturación de oxígeno igual al 80%, disnea y aumento en el uso de los músculos accesorios, aumento en la frecuencia respiratoria 60 x', disminución de la SPO₂ = 80% por la cual sus pulmones están en desarrollo no solo desde el punto de vista anatómico sino también fisiológico siendo uno de los factores que reducen la ventilación con oxigenación y perfusión deficiente (Asenjo & Pinto, 2017).

Con respecto al factor relacionado la fatiga de los músculos de la respiración en un estudio titulado "Cuidado enfermero aplicado a paciente neonato prematuro con síndrome de distrés respiratorio, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de un Hospital Pediátrico, Lima 2022", en donde hace referencia, que los neonatos son un grupo muy vulnerable si presenta una inestabilidad fisiológica principalmente del respiratorio, lo que conlleva al deterioro de la ventilación espontánea, priorizándolo entre sus diagnósticos, manifestado o evidenciado por la disminución de la saturación de oxígeno (SaO₂) (Medina & Nizama, 2022).

Es función primordial del aparato respiratorio favorecer a un adecuado intercambio gaseoso, y al presentar alteración de la ventilación espontánea no se garantiza la óptima oxigenación tisular y en consecuencia no hay una adecuada captación de O₂ ni una eliminación del dióxido de carbono (CO₂) producido por el metabolismo tisular. Este diagnóstico fue priorizado debido al proceso patológico detectado de la neumonía en la lactante. Dado que en la evaluación se observa una alteración en la oxigenación ventilación, la paciente necesita soporte

invasivo de ventilación para compensar los mecanismos reguladores. Por lo tanto, el cuerpo persigue el balance de la deficiencia detectada mediante un incremento en el esfuerzo cardiovascular y respiratorio, lo que se manifiesta en una rápida respiración y taquicardia. Esto se debe a que la lactante lleva un tubo endotraqueal N 3.5 vinculado a un ventilador mecánico con los siguientes parámetros ventilatorios: modo asistido controlado, Pico19, Peep: 8, FiO₂: 80% (Dezube, 2019).

Se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería para ayudar al paciente a abordar los problemas identificados: Ayuda a la ventilación y manejo de la ventilación mecánica invasiva considerando las siguientes actividades:

Mantener una vía permeable, es importante considerar la permeabilidad en relación a los corrugados y las conexiones del ventilador, y siempre mantener la humidificación de este para promover el intercambio de gases (Colque Mamani, 2018).

Colocar al paciente en posición semifowler implica mantenerlo en una postura semisentada, con la cabeza y los hombros levemente elevados entre 30° y 45°, con el objetivo de favorecer el descanso, permitir una mayor expansión torácica y evitar el riesgo de aspiración. Esta posición es especialmente beneficiosa para aliviar la disnea en pacientes con insuficiencia respiratoria. Además, se debe administrar oxígeno suplementario según las indicaciones médicas (Sarmiento Jurado, 2022).

Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación del paciente, evaluando parámetros como la gasometría arterial, la saturación arterial de oxígeno (SaO₂), la saturación venosa mixta de oxígeno (SvO₂) y los niveles de dióxido de carbono (CO₂). La oxigenoterapia de alto flujo aplicada mediante soporte ventilatorio invasivo busca compensar los mecanismos reguladores del organismo. Esta intervención persigue el equilibrio de las deficiencias

detectadas, lo que se manifiesta en un incremento del esfuerzo cardiovascular y respiratorio, evidenciado por una respiración rápida y un aumento en la frecuencia cardíaca (Pastor et al., 2017).

Observar si hay fatiga de músculos respiratorios. Asimismo, se debe registrar la frecuencia respiratoria, el patrón respiratorio y observar la simetría del movimiento torácico también se debe realizar la auscultación de ambos campos pulmonares (Sánchez Carleesi et al., 2020).

Consultar con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del respirador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de o₂ y volumen corriente deseado).

Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados:

Monitorizar las lecturas de presión del respirador, la sincronía paciente respirador y murmullo vesicular. esta intervención de enfermería se realiza con el objetivo de evaluar el movimiento torácico, a través de la observación de la simetría con el uso de músculos accesorios y retracción intercostal y supraclavicular (Colque Mamani, 2019).

Igualmente, es fundamental efectuar de forma regular la verificación del dispositivo de ingreso de oxígeno para estar seguros de que se está administrando la concentración prescrita. Además, es importante considerar la permeabilidad en relación a los corrugados y las conexiones del ventilador, y siempre mantener la humidificación de este para promover el intercambio de gases. Asimismo, se debe registrar la frecuencia respiratoria, el patrón respiratorio y observar la simetría del movimiento torácico también se debe realizar la auscultación de ambos campos pulmonares (Sánchez Carlessi, 2020).

Monitorizar síntomas que indican aumento de trabajo respiratorio (por ejemplo aumento de la frecuencia cardiaca, respiratoria , diaforesis). Cuando brindamos la oxigenoterapia logramos una correcta oxigenación y ventilación del paciente; así mismo, disminuimos el trabajo respiratorio que realiza y el consumo de oxígeno para brindar la oxigenoterapia en lactantes, también se debe tener en cuenta que un adecuado soporte ventilatorio invasivo debe ir acompañada de humidificación y así mismo brindar oxígeno humidificado y calentado para evitar la deshidratación del epitelio pulmonar del mismo modo favorecer a la movilización de las secreciones (Neyra, 2019).

Hipertermia

La hipertermia es el estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales (Herdman et al., 2021).

Además, la hipertermia es un trastorno de la regulación de la temperatura corporal, se caracteriza por una elevación de la temperatura central, superior a 38.3°C, sobrepasa la capacidad de los mecanismos de termorregulación del organismo (Picón et al., 2020)

La hipertermia es el resultado de la alteración de la termorregulación, la cual ocurre debido a la presencia de toxinas infecciosas que desencadenan la aparición de pirógenos endógenos. Estas sustancias, liberadas por las células inflamatorias, estimulan la producción de ácido araquidónico y prostaglandinas, lo que provoca un aumento en el punto de ajuste térmico del cuerpo (Carranza Zamora, Mora Sandino & Villalobos Vega, 2020).

El factor relacionado con el diagnóstico hipertermia está relacionado con aumento de la tasa metabólica evidenciado con temperatura corporal central elevada, piel caliente al tacto, taquicardia y deshidratación debido a la neumonía.

Con respecto a lo anterior la fiebre produce aumento de la tasa metabólica, aumenta el

consumo de oxígeno y la demanda cardiovascular y pulmonar (Amigo Bello, 2020)

La fiebre puede ser provocada por numerosos estímulos y frecuentemente se debe a la presencia de bacterias y sus endotoxinas, pero también por virus, levaduras, espiroquetas, protozoarios, reacciones inmunes, varias hormonas, medicamentos y polinucleótidos sintéticos, compuestos que comúnmente se denominan pirógenos exógenos. Las células pueden ser estimuladas por la formación de pirógenos exógenos para producir citocinas llamadas pirógenos endógenos, que afectan la termosensibilidad de las neuronas en el área preóptica del hipotálamo, aumentando la producción de calor y disminuyendo sus pérdidas, hasta que la temperatura corporal llega al valor de referencia. Esta información es transferida por la temperatura de la sangre que fluye alrededor del hipotálamo. La disminución de la temperatura es controlada por la activación de mecanismos que regulan el aumento en la pérdida de calor y, en casos favorables, esto continúa hasta que se alcanza un nuevo equilibrio (Ramón-Romero & Farías, 2014, p. 22).

El paciente presentó las siguientes características definitorias: se evidencia la piel enrojecida y caliente. En respuesta al aumento o disminución de la temperatura ambiente o interna, el flujo sanguíneo de la piel es modificado a través de la vasodilatación simpática y mecanismos de vasoconstricción, respectivamente. El calor se disipa del cuerpo cuando la sangre se lleva muy cerca de la superficie de la piel, esto se logra a través de la vasodilatación. La piel con folículos pilosos está inervada por el sistema noradrenérgico que produce vasoconstricción y por nervios colinérgicos que producen vasodilatación, mientras que la piel sin folículos, presente en las palmas, las plantas y los labios, es inervada únicamente por fibras nerviosas vasoconstrictoras que, en normotermia, mantienen un tono basal de vasoconstricción.

En la piel con folículos pilosos, la principal respuesta al calor es aumentar el flujo sanguíneo cutáneo a través de la vasodilatación pasiva de vasos sanguíneos y mediante el

bloqueo de la actividad nerviosa simpática (Picón-Jaimes et al., 2020).

Cuando la hipertermia se prolonga demasiado, puede ocurrir temperatura corporal central elevada, piel caliente al tacto, taquicardia, debido a que inicia una liberación anormalmente alta de calcio en el retículo sarcoplásmico, dando lugar a un estado hipermetabólico, con signos clínicos típicos, tales como taquicardia, rigidez muscular, hipercapnia e hipertermia (Kollmann-Camaiora et al., 2017).

Los problemas de taquicardia debido a la fiebre se presentan solamente en caso de fiebres prolongadas. El aumento de la temperatura corporal durante la fiebre eleva significativamente la frecuencia cardíaca, incluso hasta el doble de lo normal, mientras que el descenso de la temperatura la reduce drásticamente, especialmente en casos de hipotermia severa. Estos cambios se deben a que el calor incrementa la permeabilidad de la membrana del músculo cardíaco a los iones que regulan su ritmo, acelerando la autoexcitación del corazón (ELSERVIER, 2021).

Se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería para el manejo de la hipertermia considerando las siguientes actividades:

Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal guiar las intervenciones de enfermería.

Aplicar compresas de agua o esponjas junto con antipiréticos favorecen la pérdida de calor por convección, conducción y evaporación, con el único objetivo de conservar la temperatura dentro de los parámetros normales (Potter, 2020).

Administrar antipirético endovenoso, las pautas del tratamiento indicado para la fiebre, a través de la administración de antipiréticos (Metamizol 270 mg EV, PRN a temperatura mayor a 38c°), el metamizol denominado dipirona, noraminopirina, metanosulfato, es un derivado

pirazolónico con propiedades antipiréticas, analgésicas y antiinflamatorias, actúa tanto sobre el sistema nervioso central como periférico y al incorporar magnesio en su molécula le dota también de propiedades espasmolíticas; y al estar desprovisto de acción narcótica, normalmente tampoco da lugar a somnolencia o disminución del estado de alerta, de igual forma no inhibe a las prostaglandinas y posee, asimismo, una marcada acción antitérmica y antiinflamatoria.

También provoca un descenso de la temperatura corporal, siendo más manifiesto en las personas febriles, y este descenso se produce porque el fármaco aumenta la pérdida de calor del organismo al producir una vasodilatación cutánea. (Ruiz, 2021).

Fomentar el consumo de líquidos es necesario favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuados, en bebés con displasia broncopulmonar (DBP), puede ser necesario restringir líquidos, ya que el exceso de fluidos dificulta la respiración al acumularse en los pulmones. Se pueden usar diuréticos y fórmulas lácteas concentradas para aportar más calorías con menos volumen. A medida que los pulmones y riñones maduran, la capacidad del bebé para manejar líquidos mejora. La buena nutrición es esencial para el crecimiento, la recuperación pulmonar y el fortalecimiento del sistema inmunológico.

Los bebés prematuros requieren más calorías que los nacidos a término. Se puede usar leche materna, ideal por sus propiedades inmunológicas, y agregarle suplementos si se necesita. También existen fórmulas especiales para prematuros, pero deben mezclarse adecuadamente para evitar riesgos para la salud del bebé (American Thoracic Society, 2014)

Monitorizar la respuesta a la fiebre incluyendo la temperatura corporal, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, estado mental, confort térmico y pruebas de laboratorio microbiológicas e inmunológicas realizadas recientemente, estas actividades están enfocadas a mantener una temperatura corporal estable (Kollmann-Camaiora et al., 2017).

Asimismo, permiten identificar signos de alarma que podrían poner en peligro la vida del lactante, los mismos que al ser identificados facultan una intervención de enfermería, sobre la base de evidencias pudiendo sobrecalentamiento, o cualquier situación que podría agravar la salud del paciente (Domínguez Ortega et al., 2021).

Riesgo de Lesiones por Presión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que las “lesiones por presión son el resultado de una necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea” (Campos Campos, 2021).

Las úlceras por presión son zonas de la piel que se ven afectadas por mantenerse en una misma postura durante un periodo excesivamente prolongado. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas (MedlinePlus, 2021).

La franja etaria con mayor prevalencia de LPP, de uno a cuatro años, puede ser explicada por su riesgo fisiológico debido a la inmadurez en la formación de las capas de la piel, relacionada a la menor tolerancia a la presión presentada por el tejido y a la menor capacidad de movimiento independiente (Ramos et al., 2023).

En el presente caso, el factor relacionado con el diagnóstico riesgo de lesiones por presión en el niño está relacionado deterioro de la movilidad física.

Los niños diagnosticados de malformaciones congénitas y enfermedades genéticas pueden presentar trastornos pulmonares, neurológicos, musculoesqueléticos o gastrointestinales, que requieren un manejo más complejo, lo que se traduce en un elevado número de procedimientos invasivos, uso de dispositivos médicos, disminución del nivel de conciencia y cuidados intensivos. En este sentido, las unidades de cuidados intensivos (UCI) pediátricas

suelen originar las mayores tasas de notificaciones de lesiones por presión (Ramos et al., 2023).

Se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería para ayudar a la prevención de las lesiones por presión:

Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). Es una herramienta específica para evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes pediátricos. Esta escala adapta la versión original de Braden para adultos, incorporando una subescala adicional que evalúa la perfusión tisular y la oxigenación, aspectos críticos en la población infantil. Una puntuación igual o inferior a 16 en la Braden Q indica un riesgo significativo de desarrollar lesiones por presión en niños. (Putruele, 2022)

Las escalas de valoración del riesgo del desarrollo de UPP son una herramienta objetiva útil para identificar el riesgo y aplicar precozmente medidas preventivas. (Nieva-Sausa et al., 2022)

La escala de Braden Q es una herramienta adaptada de la escala de Braden (para adultos) para evaluar el riesgo de úlceras por presión en niños críticos de 21 días a 8 años. Evalúa siete áreas: movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad, fricción/cizallamiento, nutrición y perfusión tisular-oxigenación. Se usa junto con la escala de Braden en pacientes pediátricos y adultos. El puntaje total clasifica el riesgo en alto (≤ 12), moderado (13–14) y bajo (≥ 14) (Coordinación General de Enfermería, 2022)

Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinario. El contacto constante con la humedad puede debilitar la barrera cutánea, aumentando el riesgo de lesiones e infecciones. Para prevenir y manejar eficazmente las lesiones cutáneas relacionadas con la humedad, se recomiendan las higiene

adecuada uso de protección de la piel y evaluar la piel regularmente,

Colocar el horario de giros en la cabecera de la cama, en las intervenciones para la redistribución de la presión (cambios de posición) en pacientes inmóviles se recomienda que: la frecuencia de cambios de posición será determinada por la tolerancia individual, nivel de actividad, movilidad, condición médica, objetivos del tratamiento y evaluación de las condiciones de la piel . Los cambios de posición durante la noche serán cada tres horas con la cabecera a 30°. Registrar en documentos institucionales la frecuencia de los cambios de posturales y el resultado obtenido (Navarrete, 2020)

Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arruga. La presión no es la única causa de la ulceración, sino que actúa con otras fuerzas como la fricción. Por ejemplo, el roce con las sábanas en pacientes encamados, o con el calzado durante la deambulación. También el posible deslizamiento del paciente en la cama aumenta esta fricción, pudiendo producirse un desgarramiento o cizallamiento. En este, los tejidos externos se mantienen adheridos a las sábanas mientras que los profundos se deslizan hacia abajo (Fau et al , 2022).

Conclusiones

El Proceso de Enfermería posibilitó proporcionar un cuidado personalizado, humanizado y de alta calidad al paciente, de manera sistemática, lógica y organizada.

Asimismo, es crucial llevar a cabo una evaluación de Enfermería completa, objetiva y exacta, ya que constituye el fundamento para identificar los diagnósticos de enfermería relevantes.

La gestión de la interrelación NANDA-NOC-NIC por expertos en enfermería, posibilita el uso de un lenguaje unificado que simplifica las labores de enfermería.

Dado el estado de la paciente, los cuidados se centraron principalmente en el seguimiento constante para la identificación temprana de posibles complicaciones. Además, la paciente mostrará una recuperación duradera.

Es fundamental que el personal de enfermería que labora en una unidad crítica este capacitado de acuerdo con los avances de la ciencia para identificar oportunamente los problemas de salud del paciente y brindar una atención integral y de calidad.

Referencias

- American Thoracic Society. (2014). *Tratamiento para la displasia broncopulmonar (DBP)*.
<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/bpd-treatment-sp.pdf>
- Amigo Bello, D. la C. C. (2020, octubre). *Medición de la temperatura corporal y tratamiento de la fiebre. Pediatría Integral*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2023-10/medicion-de-la-temperatura-corporal-y-tratamiento-de-la-fiebre/>
- Appuhn, S. V., Siebert, S., Myti, D., Wrede, C., Surate Solaligue, D. E., Perez-Bravo, D., Brandenberger, C., Schipke, J., Morty, R. E., Grothausmann, R., & Muhlfield, C. (2021). Capillary changes precede disordered alveolarization in a mouse model of bronchopulmonary dysplasia. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*, 65(1), 81–91. <https://doi.org/10.1165/RCMB.2021-0004OC>
- Asenjo, C. A., & Pinto, R. A. (2017). Características anatómicas del aparato respiratorio durante la infancia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(1), 7–19.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.01.002>
- Brener Dik, P. H., Yeimy Niño Gualdron, D. M., María Galletti, D. F., & Carolina Cribioli Gonzalo L Mariani, D. M. (2017). Displasia broncopulmonar: incidencia y factores de riesgo [Bronchopulmonary dysplasia: incidence and risk factors]. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), 476–482. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.476>
- Campos Campos, I. (2021). Úlceras por presión en cuidados paliativos. *NPunto*, 4, 76.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8221005>
- Carrillo Franco, J., Guevara Suta, S. E., & Mendoza Romero, D. (2021). Displasia broncopulmonar y su relación con los cuidados respiratorios en prematuros menores de 32 semanas en una unidad neonatal, Bogotá 2017. *Revista Médicas UIS*, 34(2).

<https://doi.org/10.18273/REVMED.V34N2-2021004>

Cincinnati Children's. (2022, octubre). *Displasia broncopulmonar (DBP) / Enfermedad pulmonar crónica del prematuro.*

<https://www.cincinnatichildrens.org/health/b/bronchopulmonary-dysplasia>

Colque Mamani, Y. P. (2018). *Comportamiento térmico del recién nacido prematuro en incubadora durante las actividades asistenciales de enfermería, unidad cuidados intensivos neonatales, hospital petrolero de Obrajes, Ciudad de La Paz* [Tesis de pregrado, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio Institucional UMSA.

<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/22471>

Coordinación General de Enfermería, Hospital de Guayaquil Oncológico Nacional de Adultos.

(2022). *Acta de revisión, aprobación e implementación del protocolo de prevención de úlceras por presión.* <http://hgona.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/>

[protocolo_de_prevenciOn_de_Ulcera_de_presiOn_revisiOn_.pdf](http://hgona.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/protocolo_de_prevenciOn_de_Ulcera_de_presiOn_revisiOn_.pdf)

Dezube, R. (2019, mayo). *Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono* [Manual MSD versión para público general]. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/biolog%C3%ADa-de-los-pulmones-y-de-las-v%C3%ADas-respiratorias/intercambio-de-ox%C3%ADgeno-y-di%C3%B3xido-de-carbono?ruleredirectid=758>

Dicen. (2017, julio 10). *El papel de la enfermería en la UCI pediátrica* [Diario Dicen].

<https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-uci-pediatria-DDIMPORT-051292/>

DIPRECE Chile. (2025, mayo 29). *Displasia broncopulmonar del prematuro.*

<https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas->

desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/displasia-broncopulmonar-del-prematuro/descripcion-y-epidemiologia/

Domínguez Ortega, J., Sarango Vivanco, R., Sandoya Maza, K., & Salazar Torres, Z. K. (2021).

Infecciones producto de catéter venoso central y factores asociados en neonatos del Hospital José Carrasco Arteaga. *Revista Vive*, 4(12).

<https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i12.120>

ELSERVIER. (2021, febrero 12). *Efecto de la temperatura sobre la función cardíaca*.

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/edu-fisiologia-efecto-de-la-temperatura-sobre-la-funcion-cardiaca>

Fau, R., Peón, I. T., Benito, C., Gasca, M., & M. M. (2022). Úlceras por presión en pacientes pediátricos: Revisión sistemática. *Dialnet Revista Sanitaria de Investigación*, 3.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587009>

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermería* (T. H. Herdman, Ed.; 12.^a ed.). Thieme.

Kollmann-Camaiora, A., Alsina, E., Domínguez, A., del Blanco, B., Yepes, M. J., Guerrero, J. L., & García, A. (2017). Protocolo clínico asistencial de manejo de la hipertermia maligna. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 64(1), 32–40.

<https://doi.org/10.1016/J.RENDAR.2016.06.004>

Lizet, M., Cabrera, G., Oscar, M., Reyes, R., Bernardo, M. O., & Carballosa, R. (2011).

Regulación de la respiración: organización morfofuncional de su sistema de control [Comunicación breve]. *MEDISAN*, 15(4).

Mancilla Ramírez, J. V. G. D. (2016). *Insuficiencia respiratoria neonatal* (Vol. 4, PAC

Programa de Educación Continua, Ed.). Fundación Mexicana para la Salud Neonatal.

<https://www.fnn.mx/contents/publicaciones/2.pdf>

Medina, M. N. M. (2023). *Cuidado enfermero aplicado a paciente neonato prematuro con síndrome de distrés respiratorio, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de un Hospital Pediátrico, Lima 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión].

Repositorio Institucional UPeU. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6903>

MedlinePlus. (2021, septiembre). *Úlceras por presión*. MedlinePlus.

<https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>

Milinarsky Topaz, A., Lezana Soya, V., & Johnson García, N. (2022). *Fisiología respiratoria - Relación ventilación/perfusión*. *Neumología Pediátrica*, 17(4), 113–116.

<https://doi.org/10.51451/NP.V17I4.509>

Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). *Proceso de atención de enfermería como instrumento del cuidado: Significado para estudiantes de último curso*. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 374–389.

<https://doi.org/10.22201/ENEO.23958421E.2019.4.623>

Navarrete, M. (2020). *Actualización continua sobre la aplicación de la escala de Braden al personal de enfermería en áreas críticas* [Trabajo terminal, especialidad]. Repositorio Institucional UAEM. <https://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/2739>

Navarro Caballero, M. M. (2019). *La displasia broncopulmonar como un problema neurológico central en el neonato expuesto y dependiente al oxígeno* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.14414/13105>

Neyra, L. (2019). *Cumplimiento de la metodología bundle en la prevención y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del*

Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, 2017 [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional – UNAC.

<https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3987>

Nieva-Sausa, C., & López-Medina, I. M. (2022). Eficacia de las medidas de prevención de úlceras por presión en neonatos y niños: Revisión sistemática. *Gerokomos*, 33(2), 127-132. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Organización Mundial de la Salud. (2023, mayo). *Nacimientos prematuros*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Pastor, D., Pérez, S., & Rodríguez, J. (2017). Fracaso respiratorio agudo y crónico.

Oxigenoterapia. *NEUMOPED*, 369–399. <https://www.aeped.es/protocolos/>

Pérez Zamudio, R., López Terrones, C. R., & Rodríguez Barboza, A. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(4), 299-305.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[11462013000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

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

Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *MedUNAB*, 23(1). <https://doi.org/10.29375/01237047.371>

Pizarro, M. E., & Oyarzún, M. A. (2021). Actualización en displasia broncopulmonar.

Neumología Pediátrica, 11(2), 76-80. <https://doi.org/10.51451/NP.V11I2.305>

Ramos, G. W., Da, D., Monteiro, R., De Oliveira Rodrigues, P., Wegner, W., & Koja Breigeiron, M. (2023). Lesión por presión en pacientes pediátricos: Factores causales y manejo

- terapéutico. *Cogitare Enfermagem*, 28, e86780. <https://doi.org/10.1590/CE.V28I0.86780>
- Ruiz, M. (2021). *Prevalencia del uso de metamizol sódico en pobladores de la urbanización Villa del Contador - Trujillo. Septiembre - diciembre 2020* [Trabajo de investigación para grado académico de Bachiller, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/34085/USO_METAMIZOL_RUIZ_RODRIGUEZ_MARIA.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Sánchez Carlessi, H. H. M. S. K. B. (2020). *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19: Memoria del I Encuentro Virtual* (Universidad Ricardo Palma, Ed.). Universidad Ricardo Palma, Vicerrectorado de Investigación. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3311>
- Sánchez Luna, M., Moreno Hernando, J., Botet Mussons, F., Fernández Lorenzo, J. R., Herranz Carrillo, G., Rite Gracia, S., Salguero García, E., & Echaniz Urcelay, I. (2013). Displasia broncopulmonar: definiciones y clasificación. *Anales de Pediatría*, 79(4), 262.e1–262.e6. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2013.02.003>
- Sarmiento Jurado, S. J. A. P. D. (2022). *Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia respiratoria por neumonía, en la unidad de cuidados intensivos de un Instituto de salud de Lima, 2022* [Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos]. Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6903>
- Silvera Ortiz, A. A. (2012). *Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de displasia broncopulmonar en neonatos pretérminos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre enero 2006 y diciembre 2010* [Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de Tesis - UNMSM.

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/2388205>

Zavaleta-Gutiérrez, F. E., Castillo-Urdiales, L. A., Castro-Zambrano, M. J., & Abad-Villavicencio, D. A. (2019). Factores de riesgo y displasia broncopulmonar en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Pediatría*, 91(1).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7531201900010000

Zenri, H., Rodriquez-Capote, K., McCaig, L., Yao, L. J., Brackenbury, A., Possmayer, F., Veldhuizen, R., & Lewis, J. (2004). *Hyperoxia exposure impairs surfactant function and metabolism*. *Critical Care Medicine*, 32(5), 1155–1160.

<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000126264.00551.C8>

Apéndices

Apéndice A: planes de cuidado

Diagnóstico Enfermero	Planeación			Intervenciones /Actividades	Ejecución	Evaluación		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana			Puntuación final	Puntuación de cambio	
Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por disminución de la saturación arterial de oxígeno, disnea, aumento del uso de los músculos accesorios.	Resultado NOC: Estado respiratorio: ventilatorio Cód. [0415] Escala:		Mantener en Aumentar a:	Intervención: Ayuda a la ventilación				
	Indicadores			Actividades:				
	Frecuencia respiratoria	2	4	Mantener una vía permeable.	→ →	4	2	
	Utilización de músculos Accesorios	2	4	Colocar al paciente en posición semifowler Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, sao2, svo2, co2.	→ → → →	4	2	
	Profundidad de la respiración.	2	4	Observar si hay fatiga de músculos respiratorios.	→ →	4	2	
	Volumen corriente	2	4	Consultar con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del respirador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de o2 y volumen corriente. Monitorizar síntomas que indican	→ →	4	2	

			aumento de trabajo respiratorio						
--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--

Diagnóstico Enfermero	Planeación			Ejecución	Evaluación				
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana		Intervenciones /Actividades	Puntuación final	Puntuación de cambio		
Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica evidenciado con temperatura corporal central elevada, piel caliente al tacto, taquicardia y deshidratación.	Resultado NOC: Termorregulación [0800]		Mantener en	Intervención: Ayuda a la ventilación	M	T	N		
			Aumentar a						
	Indicadores Temperatura cutánea aumentada Frecuencia cardiaca apical Frecuencia respiratoria Sudoración con el calor	2 2 2 2	4 4 4 4	Actividades: Determinar la causa de la fiebre. Aplicar compresas de agua tibia. Administrar antipirético endovenoso. Monitorizar las complicaciones relacionadas con la fiebre. Fomentar el consumo de líquidos. Monitorizar la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca.	→ → → → → →	→ → → → →		4 4 4 4 4	2 2 2 2

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diaria	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Riesgo de lesiones por presión en el niño relacionado con deterioro de la movilidad física	Resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas [Cód.0800		Mantener en	Intervención: Manejo de la hipertermia	M	T	N		
			Aumentar a						
	Indicadores			Actividades:					
	Integridad de la piel	3	4	Realizar una inspección de la piel	→	→		5	+2
	Eritema	4	4	Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.				5	
	Lesione cutáneas	2	4	Utilizar escala de Braden).				4	2
	Temperatura de la piel	2	4	Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración.	→	→		4	2
	Hidratación	2	4	Colocar el horario de giros en la cabecera de la cama, según proceda.	→	→		4	
				Mantener la ropa de limpia, seca, y sin arruga	→	→		4	

Apéndice B: Marco de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO: UCI NEONATAL

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

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

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

VI. Patrón actividad ejercicio

Actividad respiratoria

- Espontanea () FR: Sat:.....
Oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva ()
- Fio₂:.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP ()
- TET N^o..... FUJADO EN:.....
- V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: FIO₂:
FR: VT: PS: PEEP:
- Cianosis: No () Sí () Zona:.....
- Disnea: No () Sí () Aleteo nasal () Retracción xifoidea ()
Tiraje () Ptje de Silverman:
- Ritmo: Regular () irregular () Ruidos respiratorios: MV ()
Sibilantes () Roncantes () Crepitantes () en: ACP.....
HTD..... HTI.....
- Secreciones: mucosa () serosa () meconial () sanguinolenta ()
Verdosa/amarillenta () fluida () densa ()

Actividad circulatoria

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

Ejercicio

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

Comentario adicional:.....

VII. Patrón descanso sueño

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

- Comentarios adicionales:.....

VIII. Patrón nutricional-metabólico

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

observación:.....

Piel:

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

Boca

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

Abdomen

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

IX. Patrón Eliminación

- Ano permeable: Si () No ()

Intestinal:

- Estreñimiento () Días:.....
Nº deposiciones/día:.....
Características:
Color: Meconial () Transición () Amarillo () Sangre ()
(Consistencia:.....
Colostomía () ileostomía ()
Fecha de colocación:.....
Comentarios:.....

Malformación:.....

Vesicales:

- Micción espontánea: Si () No ()
Características:.....
Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal ()
Orina: Amarilla () Colúrica () Con sangre ()
Fecha de colocación:.....

X. Patrón -sexualidad-reproducción

- Varón: Testículos descendidos: Si () No ()

Malformaciones:.....

Mujer:

- Labios genitales: Normales () Edematizados ()
Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas ()
Malformaciones:.....

OBSERVACIONES:

.....

TTO. MEDICO ACTUAL

.....

.....

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

Firma y sello de la enfermera:

Apéndice C: Consentimiento informado Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico “Proceso de atención de enfermería a paciente con Displasia Broncopulmonar en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital de Arequipa”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales ASZ. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Jessica Luzmila Huanca Mamani y la Lic. Evelyn Katuska Mamani Coaguila, bajo la asesoría de la Dra. María Guima Reinoso Huerta. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio. Riesgos del estudio Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto. Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Apéndice D: Escalas de valoración

I. DATOS GENERALES

A) NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

A) FECHA DE INGRESO: / /

B) EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO: *38w*

C) GÉNERO: M F

D) CLASIFICACIÓN DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR: Leve Moderada severa

II. ANTECEDENTES

A) PESO AL NACER: gr

B) LUGAR DE NACIMIENTO:

C) TIPO DE PARTO:

D) CORIOAMNIONITIS MATERNA: SI NO

D) USO DE CORTICOIDE PRENATAL: SI NO

E) TIPO DE CORTICOIDE: - DEXAMETASONA Dosis NO

- BETAMETASONA Dosis

III. HOSPITALIZACIÓN

A) DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

B) ÁREA DE NEONATOLOGÍA: UCIN 1 UCIN 2 INTERMEDIOS

C) TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: /

D) FECHA DE EGRESO: /

E) CONDICIÓN DE EGRESO: VIVO FALLECIDO

IV. MANEJO

A) TIEMPO DE USO DE OXÍGENO: *hrs*

A) FASE DE OXIGENACIÓN: I: CBN I: CASCO CEFÁLICO II: CPAP

B) FiO₂ MÁXIMO REQUERIDO: %

C) FiO₂ REQUERIDO:

- En < 32ss EG/ a las 36ss edad %

- En >= 32ss EG/ a los 56 *días* de vida %

E) USO DE SURFACTANTE POSNATAL: SI NO

F) USO DE VENTILADOR ARTIFICIAL: SI NO

G) TIEMPO DE USO DE VENTILADOR ARTIFICIAL: *hrs*

V. COMORBILIDADES

A) ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: SI NO

B) NEUMONÍA: SI NO

C) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA: SI NO

D) RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD: SI NO

E) PERSISTENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO: SI NO

F) SEPSIS TEMPRANA: SI NO

G) SEPSIS TARDÍA: SI NO

ESCALA RASS

4	Combativo	Ansioso violento
3	Muy agitado	Agresivo, se retira tubos y catéteres
2	Agitado	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
1	Ansioso	Inquieto, sin conducta violenta ni movimientos excesivos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Adormilado	Despierta con la voz, mantiene contacto visual más de 10 sg
-2	Sedación ligera	Despierta con la voz, mantiene contacto visual menos de 10 sg
-3	Sedación moderada	Se mueve y abre ojos a la llamada, no dirige mirada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, abre ojos a la estimulación física
-5	Sedación muy profunda	No responde a la voz ni a la estimulación física

PROCEDIMIENTO PARA VALORAR RASS:

1. Observar al paciente, si está despierto, inquieto o agitado, puntuar de 0 a 4.
2. Si no está despierto, llamarlo por su nombre y pedirle que abra los ojos y mire al examinador.
Si abre los ojos o responde con movimientos, puntuar de -1 a -3
3. Si no responde a la llamada, estimular al paciente dándole palmadas en el hombro y/o frotándole el esternón y puntuar -4 ó -5 según respuesta

ESCALA DE 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

Estado físico

Bueno	4	Mediano	3	Regular	2	Muy malo	1
4 comidas diarias 4 raciones de proteínas Menú 2000 kcal Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T: 36-37 °C Mucosas húmedas IMC 20-25 NPT y SNG		3 comidas diarias 3 raciones de proteínas Menú 1500 kcal Toma más de 1/2 menú Bebe 1000-1500 ml T: 37-37,5 °C Relleno capilar lento IMC >20-25		2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 kcal Toma 1/2 del menú Bebe 500-1000 ml T: 37,5-38 °C Piel seca, escamosa IMC ≥ 50		1 comida día 1 ración proteína Menú < 1000 kcal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml T: <35,5 o > 38 Edemas generalizados, piel muy seca IMC ≥ 50	

Estado mental

Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio

Alerta	4	Apático	3	Confuso	2	Estup./coma	1
"Diga su nombre, día, lugar y hora"		Pasivo, torpe, órdenes sencillas: "Deme la mano"		Muy desorientado, agresivo o somnoliento: "Pellicar la piel, en busca de respuesta"		"Valorar el reflejo corneal, pupilar..."	

Actividad

Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

Ambulante	4	Camina con ayuda	3	Sentado	2	Encamado	1
Independiente Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o leve prótesis		Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas...)		No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede movilizarse en silla o sillón		Dependiente total	

Movilidad

Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales



















Total	4	Disminuida	3	Muy limitada	2	Inmóvil	1
Completamente autónomo		Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos		Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos		Incapaz de cambiar de postura por sí mismo	

Incontinencia

Pérdida involuntaria de orina y/o heces

Ninguna	4	Ocasional	3	Urinaria o fecal	2	Urinaria + fecal	1
Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal		Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día		Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector peneano		No control de ninguno de los dos esfínteres	

NIPS (ESCALA NEOANTAL E INFANTIL)

PARÁMETROS	0	2	3
EXPRESIÓN FACIAL	 Relajada, expresión neutra	 Ceño fruncido, contracción facial	
LLANTO	 Ausencia de llanto	 Llanto intermitente	 Llanto vigoroso continuo
PATRÓN RESPIRATORIO	 Relajado, patrón respiratorio habitual	 Cambios respiratorios, irregular y más rápido	
MOV. DE BRAZO	 Relajado, sin rigidez, algún movimiento	 Flexión/extensión, tensos, movimientos rápidos	
MOV. DE PIERNAS	 Relajado, sin rigidez, algún movimiento	 Flexión/extensión, tensos, movimientos rápidos	
NIVEL DE CONCIENCIA	 Dormido o despierto, pero tranquilo	 Inquieto	
FECUENCIA CARDÍACA	 Aumento < 10% respecto a la basal	 Aumento del TI al 20% respecto a la basal	 Aumento > 20% respecto a la basal
SATURACIÓN DE OXÍGENO	 No precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	 Precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	