

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos



Proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con Neumonía por Virus Sincitial Respiratorio de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2022

Trabajo Académico

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

Por:

Luz Flores Hurtado Fiorella
Jackeline Lucia Flores Ruiz

Asesor:

Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, 15 de octubre de 2024

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 NEUMONÍA POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2022”** de las autoras Flores Hurtado Luz Fiorella y Flores Ruiz Jackeline Lucia 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 15 días de octubre del año 2024.



Dra. María Guima Reinoso Huerta

**Proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con Neumonía por
Virus Sincitial Respiratorio de la unidad de cuidados intensivos de un hospital
de Lima, 2022**

Trabajo Académico

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



Mg. Celeste Mauricio Esteban

Dictaminador

Lima, 15 de octubre de 2024

Tabla de Contenido

Abstract	3
Introducción	4
Metodología	8
Valoración	8
Planificación	11
Ejecución	15
Evaluación	17
Resultados	19
Discusión	20
Conclusiones	29
Apéndices.....	39

Proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con Neumonía por Virus Sincitial Respiratorio de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2022

Luz Flores Hurtado^a, Jackeline Flores Ruiz^b y María Guima Reinoso Huerta^c

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

^c *Asesor del Trabajo Académico, Unidad de Postgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

Resumen

La neumonía es una de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones, comienza después de una infección en el tracto respiratorio superior, ocasionando insuficiencia respiratoria que muchas veces requieren ventilación mecánica. El objetivo de este trabajo fue gestionar el proceso de atención de enfermería al paciente pediátrico con diagnóstico de Neumonía. Tipo de enfoque cualitativo, metodología el proceso de atención de enfermería; tipo de caso clínico único. El sujeto de estudio lactante mayor de 2 años y un mes, la recolección de datos se realizó mediante la observación, examen físico, revisión documentaria; la valoración mediante patrones funcionales de Marjory Gordon, encontrando los patrones alterados el patrón funcional IV: actividad/reposo, y el patrón funcional III: nutrición/metabólico. Identificándose 6 diagnósticos de enfermería; priorizando los siguientes: deterioro de la ventilación espontánea, limpieza ineficaz de las vías aéreas e hipertermia. Se establece un plan de cuidados de enfermería basado en la taxonomía NIC, NOC y se ejecutaron las intervenciones planteadas, se obtuvo como resultado de la evaluación; en relación al deterioro de la ventilación espontánea se mantuvo su puntaje basal, en el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas, su puntuación final es de +2 puntos, y el diagnóstico de Hipertermia su puntuación final es de +2 puntos. Se concluyó que se gestionó el proceso de atención de enfermería en todas sus etapas, el cual facilitó la

identificación de los problemas y permitió la realización del cuidado integral del paciente pediátrico.

Palabras clave: Neumonía viral, Proceso de atención de enfermería, Cuidados de enfermería.

Abstract

Pneumonia is an acute respiratory infection that affects the lungs, it begins after an infection in the upper respiratory tract, causing respiratory failure that often requires mechanical ventilation. The objective of this study was to manage the nursing care process for pediatric patients diagnosed with pneumonia. Type of qualitative approach, methodology of the nursing care process; Unique clinical case type. The study subject was an infant older than 2 years and one month, data collection was carried out through observation, physical examination, documentary review; Marjory Gordon's functional patterns were assessed using functional patterns, finding the altered patterns in functional pattern IV: activity/rest, and functional pattern III: nutrition/metabolic. A total of 6 nursing diagnoses were identified; prioritizing the following: impaired spontaneous ventilation, ineffective airway clearance, and hyperthermia. A nursing care plan was established based on the NIC taxonomy, NOC and the proposed interventions were executed, it was obtained because of the evaluation; In relation to the deterioration of spontaneous ventilation, his baseline score was maintained, in the diagnosis of ineffective airway clearance, his final score is +2 points, and in the diagnosis of Hyperthermia his final score is +2 points. It was concluded that the nursing care process was managed in all its stages, which facilitated the identification of problems and allowed the realization of comprehensive care of the pediatric patient.

Keywords: Viral pneumonia, Nursing care process, Nursing care.

Introducción

La neumonía sigue siendo la principal causa de muerte infantil en todo el mundo. Este padecimiento ocasiono el fallecimiento de 740 180 menores de 5 años en el año 2019, lo que supone el 14% de todos los decesos de menores de 5 años en todo el mundo y el 22% de todos los decesos de niños de 1 a 5 años. La neumonía afecta a niños y a sus familias de todo el mundo, pero el número de muertes es mayor en Asia Meridional y África Subsahariana (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022a).

La neumonía producida por el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es uno de los motivos más frecuentes de afecciones respiratorias en menores de 2 años, siendo más frágiles los niños con afecciones pulmonares, insuficiencia cardiaca, trastornos neuromusculares, inmunosupresión severa. A nivel mundial se estima que el VSR es causante de 34 millones de episodios de infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 5 años, lo cual significa en alrededor de 3,4 millones de niños hospitalizados por año (Rosado-Aspiazu et al., 2021a).

Cada año en los Estados Unidos, por el causal de neumonía por Virus Sincitial Respiratorio, se estima 132 mil a 172 mil pacientes pediátricos menores de 5 años internados. En Ecuador es la segunda causa de mortalidad con un 22.89% dentro de las enfermedades respiratorias en niños, presenta sus picos altos en meses de lluvia, según datos recopilados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador (Rosado-Aspiazu et al., 2021b).

En el Perú, las probabilidades de padecer con neumonía son de 91 por cada 10,000 pediátricos menores de 5 años, siendo los menores de un año los más vulnerables. Los riesgos se elevan notablemente en varias regiones de la Selva; en Ucayali, la incidencia es de 271 por cada

10,000 niños menores de 5 años, mientras que en Madre Dios y Loreto es de 208 y 191 respectivamente (UNICEF, 2020).

La infección por Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es una importante causa de muerte por infección del tracto respiratorio bajo en países en desarrollo, solo superada por *Streptococcus pneumoniae* y *H. influenzae* tipo B. Esta infección viral afecta principalmente a lactantes y menores en etapa preescolar y está distribuido ampliamente de modo que se estima que a los 18 meses de edad el 87% ya tienen anticuerpos a VRS mientras que a los 3 años virtualmente todos los niños han sido infectados (Becerra et al, 2022).

Aranda (2017), define a la neumonía como una fase inflamatoria aguda del parénquima pulmonar, donde los microorganismos pueden atravesar los pulmones por varias rutas diferentes. Estas vías pueden ser por micro aspiración de orofaríngeas; que ocurre mayormente como resultado de la inhalación de aerosoles contaminados, y en última instancia, altera algunos de los mecanismos de defensa. Según Stanford Medicine (2022) refiere que es la inflamación de los pulmones ocasionada por bacterias, virus o irritantes químicos, enfatizando que es una infección o inflamación grave donde los alveolos se llenan de pus y otros líquidos. MINSA (2019) menciona que es una infección pulmonar aguda que compromete los alvéolos, intersticio, pleura visceral, vías respiratorias y estructuras vasculares, causada por virus, bacterias u otros patógenos como hongos y parásitos.

La OMS (2022b), determina que la causalidad de las neumonías se da por diversos agentes infecciosos: virus, bacterias y hongos, siendo los más comunes: *Streptococcus pneumoniae*: siendo este la causa más común de neumonía bacteriana en niños. El Virus sincitial respiratorio, es el motivo más común de neumonía vírica; *Pneumocystis jiroveci* es la principal

causa de neumonía en lactantes menores de seis meses infectados con VIH/SIDA, provocando el deceso de al menos una cuarta parte de los lactantes VIH positivos.

La fisiopatología considera que la neumonía es una infección aguda ocasionada por una inestabilidad entre la defensa del huésped y la patogenicidad e invasividad de los patógenos. Los agentes infecciosos ingresan al tracto respiratorio (por aspiración, inhalación) o los que se propagan al torrente sanguíneo, deben superar los mecanismos de defensa respiratoria: de barrera e inmunológicos (humoral y celular). Los gérmenes que las superen, colonizan el parénquima pulmonar ocasionando inflamación del intersticio y/o de los alvéolos, con exudado de fluidos, que generan una disminución de la distensibilidad pulmonar, obstrucción de las vías aéreas pequeñas y alteración de la relación ventilación-perfusión. (MINSA, 2019)

Los signos y síntomas de neumonía incluyen: tos productiva, dolor precordial, regurgitación o deposiciones frecuentes, inapetencia, fatiga, hipertermia. También pueden producirse sibilancias y tos que puede ir empeorando (Standford Medicine Childrens Health, 2022). Los síntomas más comunes de la neumonía son: tos, dificultad respiratoria y alza de temperatura. Los niños que padecen de neumonía suelen tener una respiración acelerada y cuando inhalan se les hunde o retrae la parte baja del pecho (UNICEF, 2022).

El tratamiento es sintomático, ya que aún no hay evidencia científica de un tratamiento específico, existe profilaxis con Palivizumab u Oseltamivir, el objetivo es inducir anticuerpos neutralizantes que protejan fundamentalmente de la infección del tracto respiratorio inferior (Rosado-Aspiazu et al., 2021c).

Por tanto, el manejo que se brindará a los pacientes con neumonía viral engloba: (1) Hidratación: vigilar estrictamente balances hídricos diarios y estado de fluidos. (2) Posición fowler 35° o semisentado para mejorar la ventilación de las zonas dependientes del pulmón. Se

puede intentar posición prona, se recomienda cambiar la lateralización de la cabeza cada 4-6 horas. y evitar la compresión abdominal. (3) Iniciar precozmente la alimentación. (4) Monitorización continua de funciones vitales (5) Antivirales: Se ha intentado probar efectividad de tratamiento con Rivabirina, Oseltamivir, Zanamivir, Peramivir. (6) Y el Soporte Respiratorio, se inicia mediante oxigenoterapia, por cánula binasal, mascarillas, ajustando la FiO₂ según saturometría (> 93%), evitando la hiperoxia. (Ortiz, 2019)

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una aplicación científica, sistemática y estructurada de la práctica de enfermería. Esta práctica se asiste a los pacientes, velando por ellos, la familia y la comunidad siendo esta de calidad y cordialidad. (Miranda-Limachi et al., 2019a). Respecto a los cuidados de enfermería brindados por el personal de salud, los profesionales de enfermería, deben basarse en la atención que se brinda a todos los usuarios en vista de que es el fundamento de la labor que realiza el personal de enfermería. Su esencia es la preocupación profesional, ética y humanista por los usuarios. Por esa razón se deben de aplicar los cuidados de enfermería de buena manera logrando una buena relación entre el personal de salud y el usuario. (Arce, 2020).

La importancia de la atención brindada por una enfermera especialista en la unidad de UCI pediátrica, debe de poseer conocimientos necesarios en la que le permitan reconocer las emergencias que se presentan y actuar inmediatamente en coordinación con los demás profesionales de la salud en las tomas de decisiones, así mismo la enfermera especializada en cuidados intensivos tiene la capacidad de interpretar resultados de laboratorio, resultados hemodinámicas, leer y reconocer alteraciones cardiacas en el electrocardiograma (ECG), conocer parámetros ventilatorios, calibrar los respiradores mecánicos, actuar en la reanimación cardiopulmonar, participar en procedimientos, como parte de los cuidados holísticos que brinda

al paciente cubriendo sus necesidades básicas, de ahí la importancia de los cuidados de enfermería para evitar las complicaciones que se pueden presentar. (Castañeda et al, 2019).

Metodología

Este estudio utilizo un enfoque cualitativo; un tipo caso clínico único; la metodología utilizada fue el proceso de atención de enfermería, donde se diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa la atención; de igual manera se consideró necesaria la integralidad, totalidad, seguridad y la continuidad de esta atención brindada al sujeto, cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. Tenga en cuenta que hay un proceso de interacción entre cuidador y receptor de cuidados (Miranda-Limachi et al., 2019b), el sujeto de estudio fue un niño de 2 años y 1 mes de edad, con el diagnóstico médico de Neumonía por virus sincitial respiratorio, seleccionado a conveniencia de las investigadoras. Durante la etapa de la valoración se tuvo contacto directo con el lactante y su entorno, recolectándose los datos objetivos y subjetivos a través de la entrevista, la observación y la exploración física. Según Marjory Gordon, los datos en un marco de evaluación de modelo funcional, se identifican 6 diagnósticos de enfermería, de las cuales se priorizaron 3 diagnósticos: Deterioro de la ventilación espontánea, Limpieza ineficaz de vías aéreas e Hipertermia; la planificación se basa en la Taxonomía de NOC NIC, con atenciones e intervenciones realizadas en turnos de 12 horas; la evaluación se basa en la comparación de las puntuaciones que se hizo al comienzo de las intervenciones y al final de los indicadores de cada resultado.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: G.M.O.C

Sexo: Masculino

Edad: 2 años 1 mes

Días de atención de enfermería: 1 día

Fecha de valoración: 02 de agosto

Motivo de ingreso: Paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos Pediátricos, por presentar dificultad respiratoria, fiebre, movilización de secreciones, broncoespasmo, tiene un patrón obstructivo y restrictivo y que, a pesar de dar flujos altos de oxígeno y nebulizaciones, mejora un poco, deciden su intubación, e ingresa a la unidad de UCI Pediátrica el día 25 de julio, intubado, con monitoreo hemodinámico. Además, presenta el diagnóstico de traqueomalacia congénita.

Valoración según Patrones Funcionales de Salud.

Patrón Funcional I: Percepción-Control de la Salud. Paciente con antecedente de traqueomalacia congénita, retraso del desarrollo psicomotor, SOB recurrente. Tiene sus vacunas completas. Madre niega alergias, y mantiene un adecuado estado de higiene.

Patrón Funcional III: Nutrición-Metabólico. Pesa 15 kg, piel pálida y caliente al tacto, con temperatura de 38°C, no edemas. Hidratación turgente, presenta sequedad, lesiones en la piel por cavidad oral, por exceso de secreciones, debido a la presencia del tubo endotraqueal.

Abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Portadora de sonda nasogástrica para su alimentación, recibe leche maternizada al 18% 180cc por 4 tomas. Hemoglobina de 10.3mg/d.

Patrón Funcional IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Paciente intubado en ventilación mecánica, modo asistido controlado por presión, FiO₂: 0.35, PEEP:6, FR: 26; saturación 88%, murmullo vesicular pasa en

ambos campos pulmonares, con ruidos agregados, roncales escasos, reflejo de tos ausente, movilizando secreciones bronquiales en abundante cantidad.

Actividad Circulatoria. Paciente con taquicardia FC: 150 por minuto, con pulsos periféricos presentes, con frialdad distal, llenado capilar mayor a 2 segundos no presenta edema, portador de catéter venoso central en yugular derecha de tres lúmenes permeables.

Capacidad de Autocuidado. Paciente totalmente dependiente, postrado en cama, con adecuado tono muscular, lábil a la manipulación.

Patrón Funcional VI: Perceptivo-Cognitivo. Paciente se encuentra actualmente bajo los efectos de sedación, con una escala de Ramsay de -4.

Patrón Funcional VII: Eliminación. Paciente micciona y defeca de manera espontánea, utiliza pañal, presentó deposiciones semilíquidas (3 cámaras).

Patrón Funcional VIII: Reposo-Sueño. Paciente se encuentra bajo los efectos de sedación.

Patrón Funcional XI: Adaptación - Tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente se torna inquieto al momento de la manipulación en los procedimientos.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Deterioro de la Ventilación Espontanea (00033)

Características Definitivas. Disminución de la saturación de oxígeno arterial, taquicardia.

Factores Relacionados. Fatiga de los músculos de la respiración.

Enunciado Diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración manifestado por la disminución de la saturación de oxígeno arterial, taquicardia.

Segundo Diagnóstico.

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

Características definitorias. Cantidad excesiva de esputo, cianosis, uso de músculos accesorios para respirar.

Factores Relacionados. Vía aérea artificial, mucosidad excesiva

Enunciado Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial, mucosidad excesiva manifestado por cantidad excesiva de esputo, cianosis, uso de músculos accesorios para respirar.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Hipertermia (00007)

Características Definitorias. Piel caliente al tacto, taquicardia.

Factores Relacionados. Enfermedad (Neumonía).

Enunciado Diagnóstico. Hipertermia relacionada con Enfermedad (Neumonía) manifestado por temperatura de 38 °C, piel caliente al tacto, taquicardia.

Planificación

Primer Diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontánea

Resultados de Enfermería. NOC (0403): Estado respiratorio-ventilación

Indicadores.

- ✓ Utilización de los músculos accesorios
- ✓ Acumulación de esputo
- ✓ Expansión torácica asimétrica
- ✓ Cianosis
- ✓ Profundidad de la respiración.

Intervenciones de Enfermería.

NIC (3300): Manejo de la Ventilación Mecánica Invasiva.

Actividades.

- ✓ Monitorizar y evaluar las constantes vitales, enfatizando la frecuencia respiratoria y saturación de Oxígeno, durante el turno.
- ✓ Verificar periódicamente la configuración del respirador y la temperatura y humedad del aire inhalado.
- ✓ Verificar el flujo de aire de las ranuras y conexiones del ventilador para asegurarse de que estén libres de torceduras y agua.
- ✓ Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (hipertermia, escalofríos, dolor o actividades de cuidados básicos) que puedan interferir con los ajustes de soporte ventilatorio y ocasionar una baja en la saturación de O₂.
- ✓ Utilizar relajantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos, según las indicaciones médicas. Administración de Fentanilo 4 mcg/kg/h; Midazolam 2mcg/kg/min; Propofol 1.5 mcg/kg/min.

NIC (3390): Ayuda a la Ventilación.

Actividades.

- ✓ Acomodar al paciente para facilitar la coordinación de ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según sea la situación.
- ✓ Auscultar los ruidos respiratorios, buscando áreas de ventilación reducida o ausente y sonidos extraños.

Segundo Diagnóstico. Limpieza ineficaz de vías aéreas (00031)

Resultados de Enfermería. NOC (0410): estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

Indicadores.

- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Capacidad de eliminar secreciones

- ✓ Ruidos respiratorios patológicos
- ✓ Acumulación de esputos
- ✓ Uso de músculos respiratorios

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

Actividades.

- ✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de aspirar al paciente.
- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler a 35°.
- ✓ Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada aspiración, lo ideal debe ser por circuito cerrado.
- ✓ Administrar broncodilatadores, inhalaciones, según indicación médica; que favorezcan la permeabilidad y el intercambio de gases: bromuro de ipratropio 2puff cada 6 horas, budesonida 2 puff cada 12 horas; salbutamol 2 puff cada 6 horas.
- ✓ Verificar y observar el color, volumen y consistencia de las secreciones.
- ✓ Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂), estado neurológico y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- ✓ Realizar fisioterapia respiratoria de acuerdo con indicación médica.

Tercer Diagnóstico. Hipertermia.

Resultados de Enfermería. NOC (0800): Termorregulación.

Indicadores.

- ✓ Temperatura cutánea aumentada
- ✓ Frecuencia del pulso radial

- ✓ Irritabilidad
- ✓ Presencia de piel de gallina cuando hace frío
- ✓ Intervenciones de Enfermería

Intervenciones de Enfermería. NIC (3740): Tratamiento de la fiebre.

Actividades.

- ✓ Controlar la temperatura cada hora y demás funciones vitales.
- ✓ Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- ✓ Observar el color y la temperatura de la piel.
- ✓ Administrar medicamentos endovenosos, metamizol 300 mg. Endovenoso condicional a fiebre; ceftriaxona 750 mg endovenoso cada 12 horas.
- ✓ Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).
- ✓ Aplicar medios físicos, si fuera necesario baño con esponja.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico: Manejo de la ventilación mecánica invasiva para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea

Intervención: Manejo de la ventilación mecánica invasiva		
Fecha	Hora	Actividades
02 agosto	7am-7pm C/2 horas	- Se monitorizó y evaluó las constantes vitales, enfatizando la frecuencia respiratoria y saturación de Oxígeno, durante el turno.
	8am-12m-4pm	- Se verificó periódicamente la configuración del respirador y la temperatura y humedad del aire inhalado.
	8am-12pm-4pm	-Se verificó el flujo de aire de las ranuras y conexiones del ventilador para asegurarse de que estén libres de torceduras y agua.
	7am-7pm	-Se controló las actividades que aumentan el consumo de O2 (hipertermia, escalofríos, dolor o actividades de cuidados básicos) que puedan interferir con los ajustes de soporte ventilatorio y ocasionar una baja en la saturación de O2.
	7am-7pm	-Se utilizó relajantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos, según las indicaciones médicas. Administración de Fentanilo 4 mcg/kg/h; Midazolam 2mcg/kg/min; Propofol 1.5 mcg/kg/min.

Tabla 2

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico: Ayuda a la ventilación para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea

Intervención: Ayuda a la ventilación		
Fecha	Hora	Actividades
02 agosto	7am-7pm	- Se acomodó al paciente para facilitar la coordinación de ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según sea la situación.
	8am-12pm- 4pm	-Se auscultó los ruidos respiratorios, buscando áreas de ventilación reducida o ausente y sonidos extraños.

Tabla 3

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico: Aspiración de las vías aéreas para el diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas

Intervención: Aspiración de las vías aéreas		
Fecha	Hora	Actividades
02 agosto	7am-7pm	-Se auscultó los sonidos respiratorios antes y después de aspirar al paciente.
	9am-12m	-Se colocó al paciente en posición semifowler a 35°.
	7am-7pm	-Se hiperoxigenó con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada aspiración, lo ideal debe ser por circuito cerrado.
	8am-2pm-8pm	8am- 8pm -Se administró broncodilatadores, inhalaciones, según indicación médica, que favorezcan la permeabilidad y el intercambio de gases: Bromuro de ipratropio 2puff cada 6 horas Budesonida 2 puff cada 12 horas Salbutamol 2 puff cada 6 horas.
	8am-2pm-8pm	-Se verificó y observó el color, volumen y consistencia de las secreciones.
	7am-7pm	-Se monitorizó el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO ₂), estado neurológico y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
	7am-7pm	-Se realizó fisioterapia respiratoria de acuerdo con la indicación médica.

Tabla 4

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico: Tratamiento de la fiebre para el diagnóstico Hipertermia

Intervención: Tratamiento de la fiebre		
Fecha	Hora	Actividades

02 agosto	7am-7pm	-Se controló la temperatura cada hora y demás funciones vitales.
	7am-7pm	-Se instauró un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
	7am-7pm	-Se observó el color y la temperatura de la piel.
	7am-7pm	-Se administró medicamentos endovenosos, metamizol 300mg endovenoso condicional, ceftriaxona 750 mg endovenoso cada 12horas.
	7am-7pm	-Se cubrió al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).
	7am-7pm	-Se aplicó medios físicos, si fuera necesario baño con esponja.

Evaluación

Primer Diagnóstico de Enfermería. Deterioro de la ventilación espontánea.

Resultado Esperado. Estado respiratorio: ventilación.

Tabla 1

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

Indicadores	Puntuación	Puntuación
	Basal	Final
Utilización de los músculos accesorios	2	2
Acumulación de esputo	2	2
Expansión torácica asimétrica	2	2
Cianosis	2	2
Profundidad de la respiración	2	2

El valor asignado al indicador seleccionado para el resultado “Estado respiratorio: ventilación” antes de la intervención de la Enfermera era 2 (desviación sustancial del rango normal), después de las misma, la moda es de 2. Nuevamente el estado es 2. El paciente esta con ventilación mecánica, en modo asistido controlado por presión, Fio2 0.35%, PEEP 6, FR 26, y está saturando 93%, mantiene esta saturación durante el día.

Segundo Diagnóstico de Enfermería. Limpieza ineficaz de vías aéreas

Resultado Esperado. Estado respiratorio: permeabilidad de vías aéreas.

Tabla 2

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado “Estado respiratorio: permeabilidad de vías aéreas”

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación Final
Frecuencia respiratoria	2	4
Capacidad de eliminar secreciones	2	4
Ruidos respiratorios patológicos	2	4
Acumulación de esputos	2	4
Uso de músculos respiratorios	2	4

Antes de la intervención de Enfermería, el valor del indicador seleccionado para el resultado “Estado respiratorio: ventilación” fue 2 (desviación sustancial del rango normal), y después de la intervención de la enfermera el estado fue 4 (desviación leve del rango normal). Desde que el paciente estaba intubado tenía muchas secreciones por la intubación endotraqueal, por la boca y nariz, estaba muy irritable y tenía secreciones aumentadas, pero según la sedación se mantuvo más acoplado durante el turno. La puntuación de cambio es de 2 puntos.

Tercer Diagnóstico de Enfermería. Hipertermia.

Resultado Esperado. Termorregulación.

Tabla 3

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado “termorregulación”

Indicadores	Puntuación Basal	Puntuación final
Temperatura cutánea aumentada.	2	4
Frecuencia del pulso radial	2	4
Irritabilidad.	2	4
La piel de gallina aparece cuando hace frío.	2	4

Antes de la intervención de Enfermería, el indicador de puntuación de “termorregulación” seleccionado tenía un valor de 2 (desviación sustancial del rango normal), y luego la condición era 4 (desviación leve del rango normal). El paciente desarrollo fiebre (temperatura axilar de 38^aC) por el mismo curso de la enfermedad, y se controló su temperatura corporal con antipiréticos y medios físicos. El resultado de cambio es de 2 puntos.

Resultados

La evaluación de la fase de Valoración, la recopilación de los datos se obtuvo de la historia clínica, siendo esta la fuente principal; así como de la madre y del equipo multidisciplinario. Se realizó el examen físico a nuestro paciente pediátrico para obtener información. Posteriormente se organizó la información en la Guía de Valoración basada en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En esta fase la dificultad fue que el paciente estaba bajo los efectos de sedación y con ventilación mecánica.

En cuanto a la fase de Diagnóstico, se realizó el análisis de nuestra información haciendo uso del NANDA, planteándose 6 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizó 3: Deterioro de la ventilación espontánea, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, e Hipertermia. En esta etapa se tuvo la dificultad de plantear las características definitorias en cada diagnóstico.

En la fase de Planificación, se consideró la taxonomía NIC Y NOC, realizándose un análisis de los resultados de enfermería que mejor se relacionen con los diagnósticos de enfermería y que las intervenciones sean pertinentes y coherentes a los resultados que queremos alcanzar. Siendo, la dificultad de determinar que puntaje se les daba a los indicadores en la evaluación final.

La fase de Ejecución, se llevó a cabo las actividades programadas y/o planificadas, no hubo dificultades debido a la experiencia y empatía en el manejo de este tipo de pacientes.

Y finalmente, en la fase de Evaluación, permitió hacer la retroalimentación y autoevaluación de cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó al paciente pediátrico.

Discusión

Deterioro de la Ventilación Espontánea

Según Herdman et al. (2021a) el deterioro de la ventilación espontánea en una condición en la que las reservas de energía reducidas impiden que el paciente respire lo suficiente como para sobrevivir. Asimismo, Patel (2020), menciona que 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. Además, mencionan que el deterioro de la ventilación espontánea son las “reservas de energía disminuidas, resultando en incapacidad para mantener la respiración independiente y adecuada para sustentación de la vida”.

García (2022) sustenta que es función principal del soporte del sistema respiratorio promover un intercambio gaseoso adecuado, y cuando la ventilación espontánea se ve afectada, no se puede garantizar una oxigenación óptima tisular; ya que no absorbe completamente el oxígeno ni expulsa el dióxido de carbono producido.

Con relación a las características definitorias para este diagnóstico según la Herdman et al. (2021b) se considera la disminución de la saturación de oxígeno arterial y la taquicardia; la disminución de la saturación de oxígeno arterial, también conocido como hipoxemia por debajo de 60 mmHg. Según Empendium (2022) lo define como un estado en el cual la temperatura interna (profunda) está elevada a consecuencia de una mayor producción del calor.

La taquicardia supraventricular paroxística es un latido cardíaco rápido y constante (160 a 220 latidos por minuto) que comienza y se detiene repentinamente y ocurre en el tejido

cardiaco fuera de los ventrículos. En la mayoría de los casos, los afectados notan palpitaciones, dificultad para respirar y dolor en el pecho. (Brent, 2021).

En cuanto a los factores relacionados se destaca la fatiga de los músculos de la respiración; este se puede presentar en los pacientes con patologías respiratorias tal como la neumonía viral presentada por el lactante donde se va a ver afectado los alveolos a causa de la neumonía; esto conlleva a que los alveolos se congestionen por pus y líquido, lo cual hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno, como lo sustenta la OMS (2020).

Se priorizó este diagnóstico por la patología que presentó el lactante que es la neumonía, puesto que la valoración del paciente muestra cambios en la oxigenación y el equilibrio respiratorio, en este sentido el paciente necesita soporte ventilatorio invasivo para compensar los mecanismos reguladores. Por tanto, el organismo compensa las carencias detectadas, generando un mayor esfuerzo cardiovascular y respiratorio. Evidenciando nuestra paciente disminución de la saturación arterial de oxígeno y la taquicardia; por lo tanto, se colocó un tubo endotraqueal de 3,5 mm, conectado a un respirador mecánico con los siguientes parámetros de ventilación: modo de asistencia controlada, FiO₂: 0.35, PEEP: 6, FR: 26. (Martínez, 2022).

La ventilación mecánica invasiva (VM) es un tratamiento de elección en la insuficiencia respiratoria aguda, especialmente en los casos en los que los mecanismos de compensación en el paciente pediátrico son insuficientes para asegurar la función respiratorio que determina un buen suministro de oxígeno al organismo y una suficiente depuración del CO₂. Es así, que la VM se ha transformado en una herramienta de uso frecuente en la Unidades de Paciente Crítico Pediátrico (Martínez, 2022).

Los cuidados de Enfermería a los niños que reciben ventilación mecánica deben tener como objetivo maximizar el confort físico y mental y evitar complicaciones. Siendo estos cuidados necesarios para garantizar un tratamiento óptimo, consiguiendo así una rápida recuperación de la salud del usuario con el menor número de complicaciones y consecuencias posibles.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr su mejoría se realizó las siguientes intervenciones: valorar las funciones vitales, priorizando la función respiratoria, profundidad, trabajo respiratorio y saturación de oxígeno durante el turno; a causa del estado de la paciente, las respiraciones pueden presentarse de forma rápida, por lo que es necesario hacer la valoración de manera constante (Monjomboy, 2018).

Verificar la configuración del ventilador, incluida la temperatura y el humidificador, que indican humidificación activa durante la terapia VM; el gas respirable debe calentarse (hasta 37 °C) y humidificarse (44 % de humedad relativa) para mantener la viscosidad del moco y la actividad ciliar. Con estas cifras, el vapor de agua saturará el aire inspirado y conseguiremos una humidificación adecuada; gracias a dos dispositivos: un calentador, un reservorio de agua capaz de crear vapor de agua para generar la humedad relativa necesaria (Ibáñez, 2020).

Verificar la permeabilidad de los corrugados y conexiones del ventilador, que no estén acodados; se debe observar constantemente que los corrugados estén permeables y no se encuentren acodados para favorecer el intercambio gaseoso con las mínimas complicaciones posible (Martínez, 2022).

Controlar las actividades que aumentan el consumo de oxígeno (fiebre, escalofríos, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂ (Lapaz et al., 2019).

Otra de las actividades es administrar relajantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos adecuados. Moll (2020) refiere que antes de la laringoscopia, los pacientes despiertos o parcialmente despiertos requieren medicación para ayudar con la sedación. El paciente de estudio recibió el siguiente tratamiento: fentanilo 4 mcg/kg/h; midazolam 2 mcg/kg/min; propofol 1,5 mcg/kg/min.

Estar alerta a una posible disminución del volumen espiratorio y aumento de la presión inspiratoria, durante la inhalación dependiendo de la presencia de sonidos externos y/o aumento de la presión inspiratoria, siendo importante el monitoreo de las lecturas de presión del ventilador, la sincronización paciente/respirador, el ruido del paciente proveniente de las burbujas.

Al respecto, Álvarez et al. (2019) mencionan que la atención durante la ventilación mecánica se debe verificar, registrar y monitorear los signos vitales cada hora y registrarlos en la historia clínica, así como los parámetros del ventilador; siendo necesario también comprobar la adaptación del paciente al ventilador y observando los cambios en la frecuencia y profundidad de la respiración.

Auscultar los ruidos respiratorios y buscar áreas con ventilación reducida o ausente y sonidos extraños; observar presencia de roncus durante el turno. La presencia de roncus puede identificar obstrucción de las vías respiratorias o acumulación de secreciones espesas y copiosas (Potter et al., 2015).

Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas

Según Herdman et al. (2021c) la limpieza ineficaz de las vías respiratorias se define como la liberación de secreciones de las vías respiratorias cuando se inserta un tubo de succión en la boca, nasofaringe o vía aérea traqueal del paciente. Arévalo y Marcos (2021) describen en su artículo que la limpieza ineficaz de las vías respiratorias se produce cuando nuestras vías

respiratorias no pueden eliminar las secreciones de las vías respiratorias. De igual forma, Cortes et al. (2019a) lo definieron como la presencia de secreciones bronquiales, sangre o contenido gástrico en las vías respiratorias.

Fernández (2017) menciona que algunas enfermedades causan la acumulación de las secreciones en la vía respiratoria como: tráquea, bronquios, faringe, porque los pacientes con este tipo de enfermedad no suelen eliminar las secreciones mediante la tos ni la expectoración. En esta situación, lo mejor es apoyar al paciente mediante técnicas manuales como la succión o la aspiración.

Cortes et al. (2019b) refieren que el aumento de la producción de moco es común en pacientes con enfermedades respiratorias, así como en la población en general debido a la exposición a partículas irritantes e infecciones en nuestro medio, produciendo un deterioro del aclaramiento mucociliar, promoviendo la mucoestasis y potencialmente la obstrucción de la vía aérea. La acumulación continua de esta secreción empeora el trabajo respiratorio y provoca un importante consumo energético, lo que afecta negativamente a la calidad de vida.

Como características definitorias para este diagnóstico según la Herdman et al. (2021d), y con relación al paciente en estudio, son: respiración con músculos accesorios, producción excesiva de esputo, cianosis, ronquidos limitados, pérdida del reflejo de la tos, movilización de gran cantidad de secreción bronquial. Por lo general, los primeros síntomas de la neumonía viral son los mismos que los de la neumonía bacteriana. Sin embargo, en la neumonía viral, el daño al tracto respiratorio ocurre muy lentamente, también pueden producirse sibilancias y la tos puede empeorar. Sin embargo, los síntomas pueden variar de un niño a otro; incluyen: fiebre, dolor de pecho o estómago, pérdida de apetito, escalofríos, dificultad para respirar, vómitos, dolor de cabeza, malestar general, irritabilidad. (Stanford Medicine, 2022).

Además, es importante observar la utilización de músculos accesorios y retracción de los músculos intercostales supraclaviculares. La observación cuidadosa y detallada del tórax, se realiza con el objetivo de detectar cambios de forma, volumen, superficie y movilidad, así como retracciones intercostales y subcostales (Báez et al, 2016a).

La aspiración de secreciones endotraqueales es una actividad esencial de la higiene bronquial en pacientes ventilados mecánicamente. Diferentes estudios realizados en los últimos años han valorado la repercusión de distintos factores sobre esta técnica y a partir de los resultados se han elaborado diversas guías clínicas y protocolos que se utilizan en las Unidades de Cuidados Intensivos (Benites & García, 2019a).

Así también Herdman et al. (2021e) menciona cuales son los factores que se relacionan, siendo así la mucosidad excesiva, cuerpo extraño en la vía aérea, tapón mucoso, retención de las secreciones, exposición a sustancias; en el caso de nuestro paciente pediátrico se relaciona con la vía aérea artificial y mucosidad excesiva.

Los pacientes que reciben ventilación mecánica tienen mecanismos de defensa alterados y las secreciones naso bucales se acumulan, siendo necesaria la aspiración para su eliminación. Por ello es importante que el profesional de enfermería conozca los principios de la técnica de aspiración que comprende hidratación sistémica, humidificación del aire inspirado, drenaje postural, técnica estéril, lavado del tubo con solución fisiológica, acto de aspiración, hiperventilación e hiperoxigenación antes y después de la aspiración de secreciones (Benites & García, 2019b).

La aspiración de secreciones tiene como objetivo retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea, de esta manera se mantiene la permeabilidad del tubo endotraqueal, permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo – capilar (Romero et al., 2017a).

Existen diversos tipos de ruidos, entre los normales tenemos los sonidos pulmonares y sonidos traqueales; y los ruidos adventicios tenemos sibilancias, roncus, crepitaciones, estridor y quejido. Los ruidos pulmonares varían también entre las personas, dependiendo de su edad, tamaño, lugar en donde se registre, pero en forma principal según el tipo de flujo aéreo que se genere, ya que los ruidos son flujo-dependiente (Báez, 2016b).

Se realizaron las siguientes intervenciones para ayudar al paciente a mejorar su cuadro clínico: auscultar los ruidos respiratorios antes y después de cada aspiración de secreciones, buscando áreas de ventilación reducida o ausente y la presencia de sonidos extraños. La auscultación de los pulmones permite evaluar el ruido que se produce en las vías respiratorias que se opone al flujo de aire (Bertrand et al., 2020).

Acomodar al paciente en posición semisentada o fowler parcial en un ángulo de 30°. La postura de fowler se considera adecuada para pacientes con dificultad para respirar (insuficiencia respiratoria) o insuficiencia cardiaca; ya que adoptar esta posición reduce la dificultad para respirar y permite que los pulmones se expandan mejor, mejorando así la ventilación y proporcionando un mayor volumen pulmonar al final de la espiración y la capacidad residual. (Romero et al., 2017b)

La hiperoxigenación y la hiperinsuflación mediante una bolsa de reanimación manual o un ventilador mecánico al 100%, permiten que la aspiración se realice de manera segura y óptima sin reducir significativamente los niveles de oxígeno arterial para nuestro paciente pediátrico. Las prioridades de enfermería en el cuidado de los pacientes con vía aérea artificial incluyen la humidificación, el cuidado del tubo endotraqueal y la aspiración (Romero et al., 2017c).

Administrar broncodilatadores, inhalaciones y tratamiento endovenoso según prescripción, que favorezcan la permeabilidad y el intercambio de gases. Los cuidados de apoyo incluyen asegurar una antipirexia adecuada, analgesia, apoyo respiratorio e hidratación (Barson, 2019).

Observar las características de las secreciones, el color, cantidad, olor y consistencia de las secreciones. La valoración del sistema respiratorio favorece la identificación oportuna de procesos

inflamatorios, secreciones que pueden ocasionar tos sonidos roncantes y secreciones espesas (Hospital San José Callao, 2018).

Realizar fisioterapia respiratoria, en especial el drenaje postural que facilita la movilización de secreciones hacia las vías aéreas dentro del alcance de la sonda de aspiración. La técnica estéril es de suma importancia para reducir la incidencia de infecciones, lo cual se debe realizar de manera segura, efectiva con una frecuencia establecida (Romero et al., 2017d).

Hipertermia

Según la Herdman et al. (2021f) la hipertermia se define como un aumento de la temperatura corporal que excede los límites normales. De manera similar, Castillo (2018) define la hipertermia como el aumento de la temperatura corporal por encima del punto de ajuste hipotalámico debido a una disipación insuficiente de calor. Por otro lado, se define como el aumento de la temperatura corporal condicionado por un ajuste del centro termorregulador a un nivel superior, conservando los mecanismos fisiológicos de regulación de la temperatura (de producción y reducción del calor) (Stachowick, 2019).

La fiebre ocurre cuando el “termostato” interno del cuerpo hace que la temperatura del cuerpo aumente por encima de lo normal. Este termostato está ubicado en una parte del cerebro llamado hipotálamo. El hipotálamo sabe a qué temperatura debe estar el cuerpo (habitualmente alrededor de los 98,6°F o 37°C) y envía mensajes al cuerpo para mantenerlo a ese nivel (Murren-Boezem, 2022).

Como características definitorias para el diagnóstico según Herdman et al. (2021g) se mencionan piel caliente al tacto, taquicardia, postura anormal, apnea, coma, enrojecimiento, somnolencia, convulsiones, estupor, taquipnea. El paciente en estudio presentó piel caliente al tacto y taquicardia. La fiebre juega un papel importante en la lucha contra las infecciones y, aunque puede resultar molesta, en los lactantes sanos no necesitan tratamiento. Sin embargo, la fiebre acelera el metabolismo y exige mucho al corazón y al sistema respiratorio. Por lo tanto,

puede ser necesario tener precaución en niños con trastornos pulmonares, cardíacos o neurológicos. Asimismo, puede ser el catalizador de convulsiones febriles, que suelen ser una afección benigna en la infancia (Deborah, 2020).

Asimismo, la Herdman et al. (2021h) mencionan que los factores que están asociados a este diagnóstico son: exposición al calor, lesión o enfermedad que afecte la función hipotalámica, deshidratación, incapacidad para regular la temperatura corporal, en el caso del paciente en estudio desarrollo síntomas relacionadas con la Neumonía; siendo esta una enfermedad respiratoria caracterizada por una inflamación aguda que afecta el espacio alveolar y/o el intersticio. En la mayoría de los casos es ocasionada por causas infecciosas; Puede estar causada por: virus, bacterias; en caso del paciente fue causado por el virus sincitial respiratorio.

Con la finalidad de ayudar al paciente a lograr su mejoría se realizó las siguientes intervenciones: controlar la temperatura cada 2 horas y demás funciones vitales, siendo la regulación de la temperatura, definida como “la consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal” (Butcher et al., 2018). Lo que permite mantener la homeostasis corporal, los signos vitales normales y los diferentes procesos fisiológicos estables, así como el buen funcionamiento de los músculos (Picón-James et al., 2020).

Instalar un monitor continuo de temperatura central, y observar la coloración de la piel. Hay disponibles una variedad de sistemas de control de temperatura, por lo que la simplicidad del sistema T core significa que puede usarse en cualquier entorno. El sensor se fija a la frente del paciente en cuestión de minutos y proporciona mediciones confiables, precisas y continuas. Le ayudará a mejorar los resultados, conseguir estancias más cortas y mayor rentabilidad (Draeger, 2016).

Administrar medicamentos endovenosos, metamizol 300 mg condicional endovenoso; ceftriaxona 750 mg cada 12 horas endovenoso. No existe una práctica estandarizada para las

estrategias de tratamiento utilizadas en pacientes febriles, aunque su uso suele estar justificado desde el punto de vista de la salud y de la reducción de la carga fisiológica sobre el sistema cardiopulmonar. Sin embargo, la mayoría de los médicos iniciarían el tratamiento cuando la temperatura sea elevada > 38.5 °C. (Donoso et al., 2016).

Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, según el estadio de la fiebre corporal (es decir, proporcionando mantas calientes durante los escalofríos, y ropa o ropa de cama ligera durante la etapa febril). Haga que el paciente use ropa ligera y se cubra con una sábana; demasiada ropa puede impedir que el calor corporal se disipe y hacer que la temperatura corporal aumente. No se debe utilizar alcohol para uso externo (puede producir una intoxicación si se absorbe a través de la piel), bolsas de hielo ni agua fría (pueden causar escalofríos, que pueden aumentar la temperatura corporal) (Murren-Boezem, 2022).

También sugiere que se utilice medios físicos para lavarse. Para bajar la temperatura de su hijo sin usar medicamentos, puede seguir los siguientes pasos: quitarse la ropa, tomar un paño limpio, o un baño tibio.

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería (PAE) está diseñado para identificar, corregir, mantener y rehabilitar a los pacientes utilizando conocimientos y procedimientos; para determinar las necesidades cambiantes. Este algoritmo está diseñado para identificar el problema utilizando la clasificación NANDA y desarrollar un plan de atención individualizado a través del NIC y NOC; dicho proceso fue aplicado al paciente con Neumonía viral que requiere ventilación mecánica.

El tratamiento a nuestros pacientes es oportuno y eficaz, sabiendo que el trabajo de enfermería es un trabajo continuo, priorizando los diagnósticos de enfermería presentados,

logrando un 50% o más de avance, ya que la intervención solo se realizó por un tiempo de 12 horas logrando así una evolución favorable del usuario durante la hospitalización.

Es importante que las enfermeras comprendan y gestionen las taxonomías NANDA, NIC y NOC, para poder administrar estándares uniformes y contribuir a una variedad de estudios similares fin de manejar un mismo criterio, y contribuyendo a diversos estudios similares.

Referencias.

- ADA HEALTH. (2022). *Neumonía pediátrica*. <https://ada.com/es/conditions/pediatric-pneumonia/>
- Aranda, M. (2017). *Conocimiento y su relación con prácticas en madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas del Centro de Salud Potracancha–Huánuco 2016*. [Tesis de bachiller, Universidad de Huánuco]. Repositorio institucional. <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/343>
- Area, M. & Guarro, A. (2012). La alfabetización informacional y digital: fundamentos pedagógicos para la enseñanza y el aprendizaje competente. *Revista Española de Documentación Científica*, 35, 46-74. <https://doi.org/10.3989/redc.2012.mono.977>
- Baez, R., Monraz, S., Castillo, P., Rumbo, U., García, R., Ortiz, R., & Fortoul, T. (2016). *La exploración del tórax: una guía para descifrar sus mensajes*. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 59(6), 43 – 57. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69064>
- Barahona, P. (2020). *Proceso de atención de enfermería en paciente con fibrosis pulmonar del hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo 2019* [Tesis de bachiller, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6985>
- Barson, W. (2022). Pneumonia in children: Inpatient treatment. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-inpatient-treatment>
- Becerra, L., Aguilar, F. & Mera, K. (2022). Infección por virus sincicial respiratorio. Reporte de casos de pacientes en área crítica pediátrica de un hospital del norte de Perú. *Revista del*

Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 15(1), 135-140.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312022000100021&script=sci_arttext

Benites, S. & García, H. (2019). *Conocimientos y prácticas de enfermeras (os) sobre aspiración de secreciones bronquiales en pacientes adultos intubados* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio institucional.

<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14931>

Bertrand, F., Segall, D., Sánchez, I. & Bertrand, P. (2020). La auscultación pulmonar en el siglo 21. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(4), 500-506.

<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i4.1465>

Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ta ed.). Elsevier Health Sciences.

Castañeda, A., Muñana, A., Peralta, P., Fuentes, C., Martínez, J. & Barba, R. (2019). Beneficios de la atención especializada en una unidad de fragilidad. *Revista Enfermería Intensiva*, 30(2), 45-46. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/ibc-182959>

Castillo, A. (2017). Ventilación mecánica invasiva en el paciente pediátrico. *Neumología Pediátrica*, 12(1), 15–22. <https://doi.org/10.51451/np.v13i1.282>

Castillo, F. & Cortez, G. (2014). *Guía para Elaborar NIC, NOC, NANDA: Proceso de Atención de Enfermería en Especialidades* (5ta ed.). Rhodas.

Consolini, D. (2020). Fiebre en lactantes y niños. *MANUAL MSD Versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/fiebre-en-lactantes-y-ni%C3%B1os>

Cortes, A., Che, J. & Ortiz, D. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. *Neumología y Cirugía de Tórax*. 78(3), 313-323.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000300313

Dezube, R. (2019). Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono: Trastornos del pulmón y las vías respiratorias. *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.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>

Donoso, A., Arriagada, D., Contreras, D., Ulloa, D. & Neumann, M. (2016). Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(3), 149–165.
<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.02.006>

Draeger (2016). *Sistema de monitorización de la temperatura Tcore*.
https://www.draeger.com/es_es/Products/Tcore-Temperature-Monitoring-System

Empendium (2022). Hipertermia. *Empendium*.
<https://empendium.com/manualmibe/tratado/chapter/B76.XIII.B.4>.

Flores, L. (2020). *Proceso de Enfermería a un Paciente con Ventilación Mecánica Invasiva* [Tesis de especialidad, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/11303>

García, R. (2022). *Proceso enfermero aplicado a lactante menor con insuficiencia respiratoria y neumonía en el Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Huancavelica, 2022* [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/5474>

Gobierno Regional del Callao (2018). Manual de Guía de procedimientos de Enfermería:

Servicio de Emergencia 2018. *Dirección regional de salud del callao*.

<https://bit.ly/3DLURFR>

Herdman, H., Kamitsuru, S. & Takao López, C. (2021). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2018-2020*. (11ra ed.). Elsevier.

Herdman, T., & Kamitsuru, S., (2014). *Nursing diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. (10). NANDA International, Inc. <https://bit.ly/3DIhhI5>

Hinostroza, M., Rosell, G., Broggi, O., Reyes, S., Gonzales, A. & Del Solar, R. (2019). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en las niñas y los niños. *MINSA*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>

Ibáñez, A. (2020). Urgencias y Emergencias: El papel de la humidificación activa en las terapias de ventilación mecánica no invasiva. *VYGON Value Life*.

<https://campusvygon.com/humidificacion-activa-vmni/>

MANUAL MSD (2020). *Introducción a la neumonía*. <https://msdmnls.co/3feU8nr>

MANUAL MSD (2021). *Fármacos que ayudan a la intubación*. <https://msdmnls.co/3Wi1XcE>

MANUAL MSD (2021). *Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono*.

<https://msdmnls.co/2YGxsy0>

MANUAL MSD (2021). *Taquicardia supraventricular paroxística*.

<https://msdmnls.co/3U8SvX8>

MANUAL MSD (2022). *Taquicardia supraventricular paroxística*.

<https://msdmnls.co/3UcyD5e>

Martínez, B. (2022). *Proceso enfermero a paciente con insuficiencia respiratoria aguda Tipo-I por SARS-Cov 2 del Servicio de Emergencia - UCE de un hospital de Lima, 2021* [Tesis

de especialidad, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional.

<http://hdl.handle.net/20.500.12840/5508>

MAYOCLINIC (2022). *Fiebre*. <https://mayocl.in/2EF3UtE>

MAYOCLINIC (2023). *Hipoxemia*. <https://mayocl.in/3vtsJWC>

Ministerio de Salud (2019). Guía técnica. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en la niña y el niño. *Ministerio de Salud*. <https://bit.ly/3DGPtCX>

Miranda-Limachi, K., 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).

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>

Mocrhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud*. (5ta ed.). Elsevier.

Monjomboy, D. (2018). *Valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica*. 16, 225-232. <https://bit.ly/3DmHz1d>

Morrondo, N. (2021). *Revisión de los cuidados posturales en el tratamiento de patología* [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio institucional. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47877>

Murren-Boezem J. (2022) *Fiebre*. *CookChildren's Health Care System*. <https://kidshealth.org/CookChildrens/es/parents/fever.html>

Nemours Kids Health (2022). Neumonía (Tratamiento). Recuperado de: <https://kidshealth.org/es/parents/pneumonia.html>

OMS (2020). Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. *Organización Mundial de La Salud*. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

- OMS (2022). Neumonía. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Ortiz, P. (2019). Neumonía viral grave en lactantes. *Neumología Pediátrica*, 4(1), 23 – 28. <https://doi.org/10.51451/np.v14i1.84>
- Patel, B. (2020). Dificultad respiratoria: Insuficiencia respiratoria y síndrome de dificultad respiratoria aguda. *Manual MSD versión para público general*. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/insuficiencia-respiratoria?ruleredirectid=758>
- Potter P., Perry, A. & Stockert, P. (2019). *Fundamentos de Enfermería* (9na ed.). Elsevier.
- Rodríguez Ayala B. (2022) Como bajar la fiebre en casa. *Sabervivir*. https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/cuando-hay-que-bajar-fiebre-como-bajar-temperatura_2053
- Romero, E., Tapia, E. & Vicente, M. (2017). *Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la UCI de un hospital nacional de Lima junio 2017*. [Tesis de especialización, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1488>
- Rosado-Aspiazu, I. A., Tomala-Dueñas, M. F., Peñaloza-Tumbaco, D. J. & Valero-Cedeño, N. J. (2021). Virus respiratorio sincitial: Epidemiología, diagnóstico y prevención. *Dominio De Las Ciencias*, 7(2), 1231–1244. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i2.1857>
- Stachowiak, A. (2019). *Medicina Interna Basada en la Evidencia*. Empendium.

Stanford MEDICINE Children's Health (2022). *Neumonía en niños (signos y síntomas)*.

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=pneumonia-in-children-90-P06051>

Unicef (2020). *9 millones de niños podrían morir en la próxima década si el mundo no actúa contra la neumonía*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/9-millones-ninos-podrian-morir-proxima-decada-si-el-mundo-no-actua-contraneumonia>

Unicef (2023). La neumonía infantil. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/es/historias/neumonia-infantil-lo-que-debes-saber>

Unicef. (2022). La neumonía infantil todo lo que debes saber. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/es/historias/neumonia-infantil-lo-que-debes-saber#:~:text=La%20neumon%C3%ADa%20es%20una%20infecci%C3%B3n,que%20le%20dificultan%20la%20respiraci%C3%B3n>.

Vicente, M., Gerónimo, R., Galindo, M. Fuentes, E., Morales, F. & Machín, M. (2012). *Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería*. Mc Graw Hill.

Apéndices

Apéndice A: planes de cuidado

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones / Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración manifestado por la	Resultado NOC: NOC (0403) Estado respiratorio: ventilación	2	Mantener en: 2	Intervención NIC (3300): Manejo de la ventilación mecánica invasiva				2	0
			Aumentar a:						
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a Sin desviación del rango normal (5).			Actividades:					
	Indicadores:	2		Valorar las funciones vitales priorizando la función respiratoria y Saturación de O ₂ durante el turno.	M	T	N	2	0

disminución de la saturación de oxígeno arterial, taquicardia	Utilización de los músculos accesorios.	2		Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.	M	T	N	2	0
	Acumulación de esputo	2		Verificar la permeabilidad de los corrugados y conexiones del ventilador, que no estén acodados y estén libres de agua.	M	T	N	2	0
	Expansión torácica asimétrica	2		Controlar las actividades que aumentan el consumo de O2 (fiebre, escalofríos, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O2.	M	T	N	2	0
	Cianosis	2		Administración apropiada de agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos. Administración de Fentanilo 4 mcg/kg/h; Midazolam 2mcg/kg/min; Propofol 1.5 mcg/kg/min.	M	T	N	2	0
	Profundidad de la respiración	2		NIC (3390): Ayuda a la ventilación					
				Actividades:					

		2		Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda.	M	T	N	2	0
		2		Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.	M	T	N	2	0

Diagnostico Enfermero	Planeación				Ejecución	Evaluación		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones / Actividades		Puntuación final	Puntuación de cambio	
Limpieza ineficaz de	Resultado NOC: (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	2	Mantener en: Aumentar en: 4	Intervención NIC (3160): Aspiración de las vías aéreas			4	2

las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial, mucosidad excesiva manifestado por cantidad excesivo de esputo, cianosis, uso de músculos accesorios para respirar.	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a Sin desviación del rango normal (5).			Actividades:					
	Indicadores:			Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.	M	T	N	4	2
	Frecuencia respiratoria	2		Colocar al paciente en posición semifowler a 35°	M	T	N	4	2
	Capacidad de eliminar secreciones	2		Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada aspiración, lo ideal debe ser por circuito cerrado.	M	T	N	4	2
	Ruidos respiratorios patológicos	2		Administrar broncodilatadores, inhalaciones, según indicación médica; que favorezcan la permeabilidad y el intercambio de gases:	8am	2am	8pm	4	2

				Bromuro de ipratropio 2puff cada 8 horas Budesonida 2 puff cada 12 horas Salbutamol 2 puff cada 6 horas.	8am 8am	2pm	8pm 8pm		
	Acumulación de esputo	2		Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.	M	T	N	4	2
	Profundidad de la respiración	2		Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO2), estado neurológico y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.	M	T	N	4	2
		2		Realizar fisioterapia respiratoria de acuerdo a indicación médica.	M	T	N	4	2

Diagnostico Enfermero	Planeación				Ejecución	Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones / Actividades		Puntuación final	Puntuación de cambio
			Mantener en:				

<p>Hipertermia relacionada con deterioro del estado de la salud manifestado por temperatura de 38 °C, piel caliente al tacto, taquicardia.</p>	<p>Resultado NOC: (0800): Termorregulación</p>	2	<p>Aumentar en: 4</p>	<p>Intervención NIC (3740): Tratamiento de la fiebre</p>				4	2
	<p>Escala: Desviación grave del rango normal (1) a Sin desviación del rango normal (5).</p>			<p>Actividades:</p>					
	<p>Indicadores:</p>			<p>Controlar la temperatura cada 2 horas y demás funciones vitales.</p>	M	T	N	4	2
	<p>Temperatura cutánea aumentada</p>	2		<p>Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.</p>	M	T	N	4	2
	<p>Frecuencia del pulso radial</p>	2		<p>Observar el color y la temperatura de la piel.</p>	M	T	N	4	2
	<p>Irritabilidad</p>	2		<p>Administrar medicamentos endovenosos, metamizol 300 mg.</p>					

			Endovenoso condicional a fiebre; ceftriaxona 750 mg endovenoso cada 12 horas.	8am		8pm	4	2
	Presencia de piel de gallina cuando hace frio	2	Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).	M	T	N	4	2
			Aplicar medios físicos, si fuera necesario baño con esponja.	M	T	N	4	2

Apéndice B: Marco de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE UN PACIENTE PEDIATRICO Universidad Peruana Unión – Escuela Profesional de Enfermería - UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES		
Nombre del usuario: G.M.O. C.	Fecha nacimiento: 08/06/2020	Edad: 2 años 1 mes
Sexo: Masculino	Domicilio: Jr. Jord Cocharama N° 429 – El Carmen Bajo - Comas	
Fecha de ingreso al servicio: 25/07/2022	Hora: 18:30 hrs	Persona de referencia: H.C.E. Telf. 95757379
Procedencia: Admisión ()	Emergencia (X)	Otro _____
Forma de llegada: Ambulatorio ()	Silla de ruedas ()	Camilla (X)
Peso: 15 kg	Talla: 1.05 cm	PA: 99/66 (62) FC: 92 x min FR: 30 x min T° 38 C° SaO2: 88 %
Fuente de Información: Paciente ()	Padres/ Familiar (X)	Otro: _____
Fecha de ingreso al hospital: 21/07/2022 Motivo de ingreso: Cuadro respiratorio alto, dificultad respiratoria, fiebre, movilización de secreciones, broncoespasmo Dx. Médico: Neumonía x VSR / Infección Bacteriana sobre agregada tratada / SOB recurrente		
Fecha de valoración: 02/08/2022		
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD		

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

HTA ()
DM ()
Gastritis/úlceras ()
TBC ()
Asma ()
Niega (X)

Otros: Traqueomalacia congénita, retraso del desarrollo psicomotor

Intervenciones quirúrgicas No () Si (x)
(fechas) : Enero – 2021. Post., Operado cierre de
Fistula Traqueoesofagica

Alergias y otras reacciones: Niega

Fármacos: No (X) Si ()
Alimentos: No (X) Si ()
Especificar: _____

Signos-síntomas: Niega
Otros _____

Factores de riesgo: Si () No (X)

Especificar:

Consumo de tabaco No (X) Si ()
Consumo de alcohol No (X) Si ()
Consumo de drogas No (X) Si ()

Inmunizaciones: Si (X) No ()

Especificar: vacunas completas de acuerdo a su edad

Medicamentos (con o sin indicación médica): Sin
medicación

¿Qué toma habitualmente? Dosis/Frec. Última
dosis

Estado de higiene:

Buena (X) Regular () Mala ()

PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: Ninguna

¿Con quién vive?

Solo () Con su familia (X)

Otros _____

Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos ()

Otros _____

Comentarios adicionales: Paciente vive solo con su madre.

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: católico

Restricciones religiosas: Ninguna

Comentarios adicionales:

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:

Tranquilo () ansioso (X) Negativo ()

Temeroso () Irritable (X) Indiferente ()

Preocupaciones principales/comentarios:

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: 8 horas
 Problemas para dormir: Si () No (X)
 Especificar: _____
 ¿Usa algún medicamento para dormir?
 No (X) Si ()
 Especificar: _____

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Despierto () Somnoliento () Soporoso ()
 inconsciente (x)
 Orientado: Tiempo () Espacio () Persona ()
 Presencia de anomalías en:
 Audición: No (X) Si ()
 Visión: No (X) Si ()
 Habla/lenguaje: No (X) Si ()
 Otro: _____
 Dolor/molestias: No () Si (x)
 Descripción: _____

 Pupilas: Isocóricas (X) Anisocóricas ()
 Reactivas () No reactivas ()
 Tamaño: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial () profunda (X)
 Disnea: en reposo () al ejercicio ()
 Se cansa con facilidad: No () Si (X)
 Ruidos respiratorios: _____
 Tos ineficaz: No (X) Si ()
 Reflejo de la tos: presente () disminuido ()
 ausente (X)
 Secreciones: No () Si (X)
 Características: amarillentas
 O2: No () Si (X)
 Modo: Asistido Controlado l/min/FiO2: 0.35 TET:
 Traqueostomía: NO VM: SI O2: SI

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: Regular (X) Irregular ()
 Pulso periférico: normal (X) disminuido ()
 ausente ()
 Edema: No (X) Si () Localización: _____
 +(0-0.65cm) ++(0.65-1.25cm) +++(1.25-2.50cm)
 Riego periférico:
 MI I Tibia Fría Caliente
 MID Tibia Fría Caliente

MSI Tibia Fría Caliente
 MSD Tibia Fría Caliente

Presencia de líneas invasivas:
 Cateter periférico: No (X) Si ()
 PICC: No (X) Si ()
 Cateter central: No () Si (X)
 Especificar: presenta cateter venoso central en yugular
 derecha de tres lúmenes

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente ()
 2= Parcialmente dependiente ()
 3= Totalmente dependiente (X)

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

Aparatos de ayuda: Ninguno (X) muletas ()
 andador () bastón () S.ruedas ()
 Otros: _____
 Movilidad de miembros: Conservada (X) Flacidez ()
 Contracturas () Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada (X) Disminuida ()
 Comentarios adicionales:

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Estado Nutricional: Normal () En Riesgo (X)
 Obesidad () Desnutrición ()
 Apetito: Normal Disminuido (X) Náuseas ()
 Vómitos () Regurgitación ()
 Alimentación: NPO () LME () FM (X)
 Alim. Complementaria () Dieta Blanda () Dieta
 Completa () NPT ()
 Dificultad para deglutir: Si () No (X)
 Piel: _____
 Coloración: Normal () Pálida (X)
 Cianótica (x) Ictérica ()
 Hidratación: Seca () Turgente (X)
 Integridad: Intacta () Lesiones (x)
 Especificar: Piel desgastada, brillante por cavidad oral
 Cavidad bucal:
 Estado de higiene bucal: Mala () Regular ()
 Buena (X)
 Dentadura: Completa (X) Ausente ()
 Incompleta ()
 Mucosa oral: Intacta () Lesiones (X)
 Hidratación: Si (X) No ()

Hidratación: Enteral (X) Endovenoso ()
Cambio de peso durante los últimos días: Si (X) No ()
Especificar: Paciente perdió peso, 200 gr.
Dificultad para deglutir: Si () No (X)
Nauseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad:

SNG: No () Si (X) Alimentación () Drenaje ()
Abdomen: Normal () Distendido () Doloroso ()
Abdomen: Blando (X) Depresible (X) Distendido
() Tenso () Globuloso () Doloroso ()
Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales (X)
Disminuidos () Ausentes ()
Drenajes: No (X) Si ()
Especificar: _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales:
Nº de deposiciones/día: 2 veces al día Normal (X)
Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia ()
Hábitos vesicales: Frecuencia: 3 veces / día
Oliguria () Anuria () Globo vesical ()
Incontinencia () Poliuria ()
Características: Normal
Sistema de ayuda:
Sondaje: Sonda vesical () Colector () Pañal (X)
Fecha de colocación:
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Género: Masculino (X) Femenino ()

Comentarios adicionales: Ninguna

Observaciones:

Tratamiento Médico Actual:

Fentanilo 5mcg /kg/hr	EV
Bromuro de vecuronio 1mcg/kh/hr	EV
Midazolam 3 mcg/kg/ hr	EV
Ketamina 10 mcg/kg/hr	EV
Ceftriaxona 750 mg cada 12 hrs	EV
Metamizol 150mg cada 8 horas	EV
Omeprazol 15 mg cada 24 hrs	EV
Metilprednisolona 15 mg cada 6 hrs	EV
Furosemida 3 mg cada 12 hrs	EV
NBZ con 10 gotas salbutamol + 4 cc suero fisiología cada 4 hrs	
Bromuro de ipratropio 2 puff cada 6 hrs	
Budesónida 2 puff cada 12 hrs	

Nombre del enfermero:

1. Luz Fiorella Flores Hurtado
2. Jackeline Lucia Flores Ruiz

CEP:

1. Luz Fiorella Flores Hurtado (CEP: 41644)
2. Jackeline Lucia Flores Rui (CEP: 76150)

Fecha: 02 /08/2022

Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es Proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con Neumonía por Virus Sincitial Respiratorio de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2022.

El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales G.M.O.C. este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Luz Fiorella Flores Hurtado y la Lic. Jackeline Lucia Flores Ruiz, bajo la asesoría de la PROFESORA NIRA CUTIPA GONZALES; a información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico; será de carácter confidencial y se utilizaran solo para fines del estudio.

Riesgo del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero 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 escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma