

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con
diagnóstico de Neumonía no Especificada del servicio de UCI
Pediátrico, en un hospital nacional de Lima, 2023**

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

Por:

Lisbet Johana Perez Vargas

Silvia Regina Ponce Goñi

Asesor(a):

Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

Lima, 04 de noviembre de 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Juan Roberto Munayco Mendieta, 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 APLICADO A PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA NO ESPECIFICADA DEL SERVICIO DE UCI PEDIÁTRICO, EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2023.”** de las autoras Lisbet Johana Perez Vargas y Silvia Regina Ponce Goñi tiene un índice de similitud de 12% 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 04 días de noviembre del año 2024.

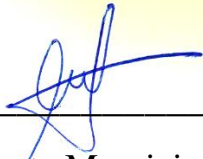


Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

**Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente pediátrico con
Diagnóstico de Neumonía no especificada del Servicio de UCI
Pediátrico, en un Hospital Nacional de Lima, 2023**

Trabajo Académico

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



Mg. Celeste Mauricio Esteban

Dictaminador

Lima, 04 de noviembre de 2024

Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente pediátrico con Diagnóstico de Neumonía no especificada del Servicio de UCI pediátrico del hospital Alberto Sabogal

Sologuren, 2021.

Lic. Lisbet Johana Perez Vargas^a, Lic. Silvia Regina Ponce Goñi^a y Mg. Munayco Mendieta, Juan Roberto^b.

^aAutor del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú. ^bAsesora del Trabajo Académico Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Resumen

En el contexto de una neumonía no especificada, se destaca su rareza, manifestándose como una neumonía intersticial idiopática con inflamación celular temporal uniforme en células mononucleares, afectando intersticios y alvéolos, junto con fibrosis fibrótica de las paredes alveolares. El enfoque de cuidado enfermero se aplicó en un caso de un niño de cuatro años con este diagnóstico, utilizando un estudio de tipo caso único cualitativo, con insuficiencia respiratoria aguda en ventilador mecánico. La recopilación de datos se basó en los once patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando 11 patrones y catorce diagnósticos, según la Taxonomía II del NANDA I. El diagnóstico principal fue deterioro del intercambio gaseoso. Se empleó la Taxonomía NOC-NIC para organizar intervenciones, evaluando indicadores y logrando una mejora, según una puntuación de cambio de 0, 2, 1. En resumen, el proceso de cuidado enfermero se llevó a cabo en cinco fases, priorizando intervenciones por diagnóstico y contribuyendo a la mejora del paciente pediátrico.

Palabras Clave: Neumonía, Neumonía No Especificada, Proceso de Atención, Niño.

ABSTRACT

In the context of unspecified pneumonia, its rarity stands out, manifesting as an idiopathic interstitial pneumonia with uniform temporary cellular inflammation in mononuclear cells, affecting interstices and alveoli, together with fibrotic fibrosis of the alveolar walls. The nursing care approach was applied in a case of a four-year-old child with this diagnosis, using a qualitative single case study with. acute respiratory failure on mechanical ventilation

Data collection was based on Marjory Gordon's eleven functional patterns, identifying 11 patterns and fourteen diagnoses according to Taxonomy II of NANDA I. The main diagnosis was Impaired gas exchange. The NOC-NIC Taxonomy was used to organize interventions, evaluating indicators and achieving improvement according to a change score of 0, 2, 1. In summary, the nursing care process was carried out in five phases, prioritizing interventions by diagnosis and contributing to the improvement of the pediatric patient.

Keywords: Pneumonia, Unspecified Pneumonia, Care Process, Child.

Introducción

La neumonía se define como lesión inflamatoria del pulmón, es consecuencia de la invasión microbiana de las vías respiratorias distales y el parénquima. Según el concepto histológico y microbiológico, ahora en la práctica clínica este diagnóstico se identifica en el cuadro clínico, hallazgo por infiltración radiográfica, levadura y el pronóstico varía ampliamente con el encuentro de elementos que compliquen en el huésped, la ubicación como el diagnóstico. Sobre su base, se clasifican principalmente, por ejemplo, con neumonía en pacientes con sistemas inmunológicos debilitados y neumonía en pacientes inmunocomprometidos (Álvarez Martínez, 2020).

Hasta la última actualización en enero de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no proporciona una definición específica de la neumonía como "una infección que se da en el espacio aéreo distal". Sin embargo, la neumonía se caracteriza comúnmente por ser una infección aguda del parénquima pulmonar, que puede involucrar los espacios aéreos distales (alvéolos) de los pulmones.

Es posible que haya cambios o actualizaciones en las definiciones y clasificaciones médicas, por lo que siempre es recomendable consultar las fuentes más recientes y específicas, para obtener información actualizada sobre la neumonía, según la OMS o cualquier otra entidad de salud relevante.

Esta enfermedad a nivel hospitalario trae consigo un desequilibrio sanitario, por su alto índice de casos y decesos afectando en lo económico, social (OMS, 2020). El fondo de las naciones unidas para la infancia menciona que se debe elegir una adecuada clasificación, a la hora de valorar y poder administrar el tratamiento adecuado para la neumonía, ya que no siempre se va a conocer el origen causante, para poder diagnosticar e intervenir, dando a conocer

que no del todo la sintomatología clínica como los hallazgos por radiografías van a dar un certero diagnóstico, teniendo como resultados distintos diagnósticos que pueden homologarse con el proceso de la neumonía (UNICEF, 2019).

Las mujeres de mayores 50 años no fumadoras son propensas a contraer neumonía intersticial indefinido, presentando dificultad para respirar, por la tos, permaneciendo por meses hasta años; para diagnosticar se efectúa una tomografía con definida resolución como a la vez una biopsia pulmonar. El empleo del tratamiento consta de corticoides como inmunosupresores. Las causas que se dan en estas edades son desconocidas. No obstante, un proceso patológico similar puede manifestarse en individuos con trastornos del tejido conectivo, especialmente en casos de esclerosis sistémica o miositis autoinmune. También se observa en algunas formas de enfermedad pulmonar, inducida por medicamentos y en pacientes que presentan neumonitis por hipersensibilidad (Lee, 2021).

En niños menores de 5 años, el diagnóstico de neumonía se distingue por la presencia de dificultad para respirar (disnea), tos y fiebre como no también, respiración acelerada, tiraje subcostal en la inspiración. Cuando hay infección vírica, las sibilancias son habituales. En los lactantes, se observa que la neumonía es más complicada, por consiguiente, hay incapacidad de beber o comer, deterioro de conciencia, convulsiones e hipotermia. Se ha verificado que las defensas naturales se activan y combaten la infección, en los niños en buen estado de salud, cuando el sistema inmune está alterado el peligro está latente de adquirir neumonía. La inmunidad de un niño puede debilitarse debido a la malnutrición o desnutrición, especialmente en lactantes que no se alimentan exclusivamente con leche materna (OMS, 2022).

Es importante destacar que la neumonía se caracteriza por una infección pulmonar, y sus síntomas principales incluyen tos, fiebre y dificultad para respirar, la respiración incrementada y

la retracción del pecho cuando inspiran es característico, en los niños que presentan neumonía, ésta a la vez resulta ser infecciosa. La transmisión de la enfermedad ocurre mediante partículas liberadas durante la tos o el estornudo. Además, existe la posibilidad de contagio a través de otros fluidos, como la sangre durante el parto, así como el contacto con superficies contaminadas (Ozuna et al., 2019).

Uno de los métodos para el diagnóstico de la neumonía, empleado por el profesional en salud, es el examen físico mediante la auscultación pulmonar, rayos x, examen de sangre. En países que les falta este tipo de medios de diagnósticos, así como escasez de profesionales en salud, se guían mediante el conteo de las veces que respira el niño durante un minuto, si veían que el niño tenía una respiración de 50 veces en un minuto consideraban como probable neumonía dependiendo de la edad en el niño (Fondo de las naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019a).

En el año 2019, el 14% de las defunciones en niños menores de 5 años fue atribuible a neumonía, resultando en la pérdida de la vida de 740,180 niños. Esta enfermedad puede ser causada por bacterias, virus u hongos; la prevención de la neumonía se logra mediante vacunación, una alimentación adecuada y el manejo de las condiciones ambientales. En el caso de la neumonía bacteriana, se puede tratar con antibióticos; sin embargo, solo aproximadamente un tercio de los niños afectados recibe la cantidad necesaria de antibióticos (OMS, 2020b).

La gran mayoría de las personas tiene el pensamiento de que la neumonía solo pueden contraer los adultos mayores; pero en realidad esta enfermedad es la que más predomina en los niños, trayendo como consigo muertes en el mundo. Se estima anualmente 700.000 muertes en infantes inferiores a los cinco años; en este grupo, los recién nacidos son los que más casos de defunciones presentan, con más de 153.000, siendo el grupo vulnerable a la neumonía, por causa

de la deficiencia en los sistemas de salud. En naciones en desarrollo, donde la neumonía bacteriana es la causa principal de muchos casos, se puede abordar con antibióticos de bajo costo. Sin embargo, solo alrededor de un tercio de los niños afectados recibe la administración adecuada de antibióticos, debido a la falta de acceso a servicios médicos de calidad. (Miller, 2018).

Inicialmente, la prevención de la neumonía implica fortalecer medidas de protección, así como asegurar una nutrición adecuada y reducir factores de riesgo como la contaminación del aire, que aumenta la vulnerabilidad pulmonar a infecciones. La adopción de prácticas de higiene adecuadas, como lavarse las manos con jabón, ha demostrado reducir el riesgo de contraer neumonía en más del 50%, al disminuir la exposición a bacterias (Molina Villamar & Rizzo Huacon, 2018).

Numerosos estudios revelan que el lavado de manos adecuado con jabón reduce significativamente el riesgo de neumonía. Los países con mayores tasas de muertes infantiles por neumonía se encuentran principalmente en África Subsahariana y Asia, destacando las naciones: Etiopía, India, Nigeria, Pakistán y la República Democrática del Congo, que representan más del 50% de todas las muertes de niños menores de cinco años, debido a esta enfermedad. Estas defunciones infantiles se concentran en naciones empobrecidas, donde los niños marginados enfrentan limitaciones de acceso a servicios de salud básicos y están expuestos a riesgos adicionales, como desnutrición, enfermedades infecciosas y contaminación del aire, especialmente en entornos frágiles o humanitarios con sistemas de salud colapsados (Stanford Medicine Children's Health, 2023).

En el año 2020, se identificaron un total de 99 casos de neumonía que afectaron a 80 pacientes en tan solo una semana. En España, durante el 2021, de mil niños, incluyendo 302

niñas, experimentaron algún episodio asociado con el asma en diversos grados, mientras que 232 niñas y 422 infantes asumieron al menos un incidente de otitis media aguda (OMA). En los primeros cinco años de vida, se registraron 99 episodios de neumonía en Brasil durante un año, con 80 pacientes experimentando al menos un episodio en una semana. Esta cifra se traduce en una incidencia diaria de un caso por cada 1,000 niños menores de 5 años. La mayoría de los episodios ocurrieron en los meses de invierno y primavera (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2019b)

En el año 2019, se estima que se produjeron a nivel mundial 120 millones de casos de neumonía en niños menores de 5 años, de los cuales 14 millones se desarrollaron en formas clínicamente graves, resultando en 1.3 millones de muertes en ese grupo de edad. La incidencia y mortalidad por neumonía varían según la edad, siendo la carga más significativa en los niños más pequeños. De hecho, el 81% de las muertes por neumonía se registró en menores de 2 años (Carhuavilca, 2022).

En el año 2021, el 70% de las muertes relacionadas con infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años ocurrió en naciones en desarrollo. En América Latina, Chile y Uruguay presentaron tasas de mortalidad más bajas, entre el 5% y el 10%, mientras que Bolivia, Perú y Guyana exhibieron cifras más altas, oscilando entre el 15% y el 20%. En 2020, México reportó más de 56,800 fallecimientos atribuidos a la neumonía, convirtiéndose en el país de la OCDE con la mayor cantidad de muertes registradas por esta causa. La neumonía, una enfermedad del sistema respiratorio, implica la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones (Orus, 2022).

Las enfermedades del sistema respiratorio son una de las principales causas de mortalidad a nivel global. En el año 2020, estas condiciones resultaron en un total de 270,506 defunciones en Estados Unidos, siendo este país de la OCDE el más afectado por este tipo de enfermedades. Además, Estados Unidos ocupaba posiciones destacadas en las estadísticas de defunciones por diversas enfermedades respiratorias: neumonía, gripe, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Orus ,2022).

En diciembre de 2019, se reportaron varios casos de neumonía de origen desconocido en la ciudad china de Wuhan, y más tarde se identificó al nuevo coronavirus SARS-CoV-2 como el causal de la enfermedad. Hasta el 4 de octubre de 2022, se habían confirmado más de 619 millones de casos de coronavirus en todo el mundo. Las muertes atribuidas a la COVID-19 se aproximaban a los siete millones, con Estados Unidos y Brasil liderando la lista (Corea, 2021).

En Perú, las infecciones mencionadas representan un significativo desafío para la salud pública, especialmente entre la población infantil menor de 5 años, generando un notable uso de recursos estatales. Se estima que se proporcionan más de 2.2 millones de atenciones a pacientes con este diagnóstico anualmente, lo que equivale aproximadamente al 24.8% del total de consultas externas realizadas en los centros de salud del Ministerio de Salud. En el año 2016, la Dirección Regional de Salud de Lima (DIRESA-LIMA) relacionó la neumonía por eventos, informando que el grupo más afectado lo constituyen los niños de 2 a 11 meses, representando el 20% del total acumulado (Zuleta,2019).

En el marco de la temporada de bajas temperaturas, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud del Perú (Minsa) informó que, desde el inicio del 2022, se han registrado un total de 31,920 notificaciones por neumonía y 1,383 defunciones a nivel nacional. Se destacó que se notificaron

9,334 episodios de neumonía en menores de 5 años, con el 29.3% requiriendo hospitalización y reportándose 68 defunciones. En el grupo de mayores de 60 años, se reportaron 10,157 episodios de neumonía, con el 40.5% hospitalizados y 1,074 defunciones. Además, se informaron 3,354 episodios en niños de 5 a 9 años (con 7 defunciones), 1,745 en personas de 10 a 19 años (con 3 defunciones) y 7,330 en el grupo de 20 a 59 años (con 231 defunciones) debido a neumonía. Hasta la semana epidemiológica 24-2022, se notificaron 9,334 episodios de neumonía en niños menores de 5 años, 12,429 en personas de 5 a 59 años y 10,157 en adultos mayores de 60 (CDC Perú, 2022).

Además, el CDC Perú enfatizó que la neumonía generalmente se transmite por contacto cercano con personas contagiadas, apenas una persona sana absorbe las gotitas de saliva de alguien enfermo al toser o estornudar. También mencionó que, en algunos casos de virus, es probable la transmisión por contacto con superficies contaminadas con secreciones respiratorias (CDC & MINSA, 2023).

El Ministerio de Salud (MINSA) comunicó que este año, Loreto, Junín y La Libertad fueron los departamentos con alta tasa de mortalidad infantil debido a la neumonía. Asimismo, se evidencia un incremento de la enfermedad en diversas zonas del país. Al detallar que se registraron 104 muertes en total, se indicó que el 15,4% ocurrió en Loreto, el 10,6% en Junín y el 8,7% en La Libertad. MINSA declaró que los casos de neumonía han experimentado un incremento constante desde la primera semana de abril, período que coincide con la temporada de frío (abril a septiembre). Además, se informó que el 30,7% de las personas afectadas por neumonía requieren hospitalización.(El Peruano, 2023).

Según el Centro Epidemiológico Central para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC-Perú), que forma parte del Ministerio de Salud, hasta la semana epidemiológica 24 del año

2023, se han registrado a nivel nacional 13,819 casos de neumonía y 44,595 casos de síndrome neumocócico asma/manejo obstructivo, en niños menores de 5 años. En lo que respecta a la influenza A y B, en el mismo periodo, se identificaron casos de ambas cepas en 2023. De los casos positivos de influenza A, el 65,2% correspondió a influenza A (H1N1), el 7,8% a influenza A (H3N2) y el 27,0% a influenza no especificada. En cuanto a los casos positivos de influenza B, el 62% fue influenza B de la cepa Victoria y el 38% de la cepa no especificada (El Peruano, 2023).

Metodología

El enfoque de la investigación se dirige hacia un caso clínico, de naturaleza cualitativa; la estrategia empleada es el procedimiento del cuidado de enfermería, para diagnosticar, planificar, realizar y evaluar las operaciones y considerar la integridad segura del paciente, y en constante necesidad de atención a sujetos en diferentes momentos y bajo diferentes condiciones. Brindar atención personal continua y de alta calidad en función de la prioridad de sus problemas reales o potenciales. Brindar atención de calidad a las personas a las que sirve: individuos, familias y comunidades (Miranda-Limachi et al., 2019). El paciente bajo análisis tenía 4 años y 7 meses de edad, fue diagnosticada con infección respiratoria aguda en ventilación mecánica y neumonía no especificada, enfermedad peroxisomal de la proteína D-bifuncional, epilepsia e insuficiencia suprarrenal. La información fue recopilada mediante observación y entrevista, utilizando la escala de evaluación funcional de Marjorie Gordon. Para el análisis de los datos relacionados con los patrones afectados, se identificaron tres diagnósticos: “Deterioro del intercambio gaseoso”, “limpieza ineficaz de las vías aéreas” y “desequilibrio nutricional” utilizando la taxonomía NANDA. En la etapa de planificación se aplicó en base a las taxonomías NIC y NOC.

Proceso de Atención de Enfermería.

Valoración

Datos Generales.

Nombre: T.S.L

Edad: 4a 0m 7d

Días de hospitalización: 4 días

Horas de atención: 12 horas

Motivo de ingreso:

Paciente pediátrico preescolar, de sexo masculino, procedente del servicio de emergencia; la madre refiere que presenta tos persistente durante 4 días, acompañada de alza térmica con baja saturación, cianosis distal, tiraje subcostal, con dificultad para respirar, letárgico, con antecedente de parálisis cerebral infantil y epilepsia no especificada y con diagnóstico actual de neumonía no especificada.

Valoración según Patrones Funcionales de Salud.

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Preescolar de género masculino, en un estado de higiene aceptable; la madre indica que ha recibido todas las vacunas correspondientes a su edad, según lo establecido. Posee una cartilla de vacunación y tiene historial médico de epilepsia no especificada, parálisis cerebral infantil y enfermedad peroxisomal, debido a deficiencia de la proteína D-bifuncional. No se reportan antecedentes de intervenciones quirúrgicas ni alergias a medicamentos.

Patrón II: Sexualidad - Reproducción.

Órganos genitales en conformidad con la etapa de desarrollo, sin evidencia de secreción o flujo en la zona genital.

Patrón III: Nutricional - Metabólico.

Niño de 4 años de edad y 15 kg de peso, con piel tibia y temperatura de 36°C. Muestra palidez, pero tanto la piel como las mucosas están bien hidratadas. Se nota edema en los miembros superiores de grado moderado a intenso. Actualmente, se le administra alimentación a través de sonda nasogástrica en bolos, tolerando 100 cc por toma y presentando un residuo gástrico de 48 cc. Su abdomen se percibe distendido y globuloso, sin dolor a la palpación.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria: paciente en posición semisentada, con un tubo endotraqueal (TET) número 4.5 y cánula orofaríngea fijada en la comisura labial a una longitud de 11.5. Se encuentra conectada a un ventilador mecánico utilizando la modalidad A/C/P, con parámetros de Fio2 al 100%, Peep a 5, frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto, volumen de 75, volumen tidal de 6.5, tiempo inspiratorio de 0.8, relación inspiración-espriación de 1:2, y una saturación de oxígeno del 85%. La paciente presenta secreciones bronquiales abundantes, densas y blanquecinas, con aspiración según necesidad. Se observa simetría en el tórax y, al auscultar, se identifican sonidos roncales en ambos campos pulmonares.

Actividad circulatoria: Frecuencia cardíaca: 170 pulsaciones por minuto. Se percibe pulso periférico, aunque irregular. La presión arterial es de 111/67 (72) mmHg, y el llenado capilar es menor a 2 segundos. Hay edema en los miembros superiores de grado moderado a intenso. El paciente tiene un catéter venoso central (CVC) en la subclavia derecha, a través del cual recibe infusión de sedoanalgesia: fentanilo a 2500 mcg más cloruro de sodio al 9% a 50 cc a 1 cc por hora; midazolam a 250 mg más cloruro de sodio al 9% a 50 cc a 1.5 cc por hora; y dextrosa al 5% a 1000 cc más cloruro de sodio al 20% a 40 cc, con cloruro de potasio al 20% a 10 cc a 30 cc por hora.

Actividad capacidad de autocuidado: Grado de dependencia 4 al encontrarse con ventilación mecánica, no presenta la capacidad de movimiento en los brazos y las piernas se encuentra reducida debido al uso de sedación y analgesia.

Patrón V: Relaciones - Rol.

Reside en un hogar con una familia nuclear bien establecida, que le brinda apoyo constante.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente en edad pediátrica, sometida a sedación analgésica, presenta un nivel de sedación RASS de -3. Exhibe actividad hipotalámica, con pupilas reactivas de tamaño 3 mm y simetría isocórica. Se observan déficits en la función auditiva y visual, destacando la necesidad de evaluación.

Patrón VII: Eliminación.

Paciente pediátrico de sexo masculino, no presenta deposiciones desde hace 4 días, portador de sonda Foley N°12, con volumen urinario 372cc con contenido de orina sedimentosa

Patrón VIII: Descanso - Sueño.

En la actualidad, está experimentando sedación y analgesia con un puntaje RASS de -3.

Patrón IX: Valores y Creencias.

Progenitores que profesan la fe católica.

Patrón X: Autoconcepción - Autoconcepto.

Madre expresa: “me siento muy preocupada por mi niño espero mejore pronto y que salga de la UCIP”

Patrón XI: Adaptación - Tolerancia a la Situación y al Estrés.

La madre está ansiosa y desesperada debido a la salud precaria de su hijo menor.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados

Primer diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Deterioro del intercambio de gases [00030].

Factor relacionado: Desequilibrio ventilo perfusión

Características Definitorias: Disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO₂):60.1; incremento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂):48.6;

Niveles reducidos de hemoglobina en sangre: 10.72 g/dl; presencia de hipoxia con una saturación de oxígeno del 85%.

Diagnóstico: Deterioro en el intercambio de gases debido a un desequilibrio en la ventilación y perfusión. Se evidencia por bajos niveles de oxígeno (PO₂: 60.1), altos niveles de dióxido de carbono (PCO₂: 48.6), y reducción en la hemoglobina (10.72 g/dl), contribuyendo a hipoxia con saturación de oxígeno del 85%.

Segundo diagnóstico

Etiqueta Diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías respiratorias [00031]

Factor relacionado: relacionada con retención de secreciones bronquiales y ventilación mecánica.

Características definitorias: por sonidos respiratorios adventicios (ronquidos en ambos campos pulmonares) y alteraciones en la frecuencia respiratoria (46 respiraciones por minuto), disnea.

Diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones bronquiales y ventilación mecánica, manifestado por sonidos respiratorios adventicios (ronquidos en ambos campos pulmonares) y alteraciones en la frecuencia respiratoria (46 respiraciones por minuto), disnea.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional [00002].

Factor relacionado: Ingesta diaria insuficiente

Características definatorias: palidez de mucosas, ingesta inferior a las cantidades recomendadas, tono muscular insuficiente y problema asociado a la incapacidad para digerir alimentos.

Diagnóstico: Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta diaria insuficiente. Evidenciado por palidez de mucosas, ingesta inferior a las cantidades recomendadas, tono muscular insuficiente y problema asociado a la incapacidad para digerir alimentos.

Planificación

Primer diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases

Resultados esperados

NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio Gaseoso.

Indicadores.

Manejo de la Ventilación Mecánica Invasiva.

PaO₂.

Equilibrio entre ventilación y perfusión.

Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (Pa Co₂).

Saturación de O₂.

Intervenciones de Enfermería.

[3300] Manejo de la ventilación mecánica invasiva

Actividades:

Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio.

Verificar de manera regular las configuraciones del ventilador

Administrar sedoanalgesia: Fentanilo 2500 mcg + clna9 % 50cc a 1 cc/hrs; Midazolam 250 mg + clna 9% 50 cc a 1.5 cc/hr,

Controlar de los síntomas que generan un incremento del consumo de O2.

Supervisar las lecturas del ventilador mecánico, registrando los incrementos en las presiones inspiratorias y las reducciones en el volumen corriente, según fuera apropiado.

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Resultados de Enfermería.

NOC [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

Indicadores.

Frecuencia respiratoria.

Capacidad de eliminar secreciones.

Función respiratoria adecuada.

Ausencia de complicaciones respiratorias.

Intervenciones.

[3160] Aspiración de las Vías Aéreas

Actividades:

Realizar lavado de manos y usar equipo de Protección Personal.

Auscultar ambos campos pulmonares antes y después de la aspiración.

Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30", mediante la utilización del ventilador antes y después de cada pasada.

Utilizar aspiración de sistema cerrado y monitorizar el estado de oxigenación del paciente pediátrico, estado neurológico, estado hemodinámico, inmediatamente antes, durante y después de la succión.

Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de secreciones.

Tercer diagnostico

Desequilibrio nutricional

Resultados esperados

NOC [1004] Estado nutricional.

Indicadores.

Ingestión de nutrientes.

Ingestión alimentaria por sonda.

Ingestión alimentaria de líquidos.

Peso.

Intervenciones de Enfermería.

[1100] Manejo de la Nutrición

Actividades:

Identificar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.

Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente pediátrico.

Calcular la cantidad de calorías y el tipo de nutrientes requeridos para cumplir con las necesidades nutricionales

Monitorizar las tendencias de pérdidas y aumento de peso.

Ejecución

Tabla 1.

Ejecución de la Intervención de Enfermería para el diagnóstico de Deterioro del Intercambio Gaseoso [00030].

Intervención: Manejo de la ventilación mecánica invasiva		
Fecha	Hora	Actividades
11-02-2023	8:00 am	Se controló las condiciones que indicaron la necesidad de soporte ventilatorio.
	8:30 am	Se Verificó de manera regular las configuraciones del ventilador, lo que incluyó el control de la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
	9:00 am	Se administró sedoanalgesia: Fentanilo 2500 mcg + clna9 % 50cc a 1 cc/hrs; Midazolam 250 mg + clna 9% 50 cc a 1.5 cc/hr.
	10:00 am	Se controló los síntomas que generaron un incremento del consumo de O2.
	10:30 am	Se supervisó las lecturas del ventilador mecánico, registrando los incrementos en las presiones inspiratorias y las reducciones en el volumen corriente, según fuera apropiado.

Tabla 2.

Ejecución de la Intervención de Enfermería para el diagnóstico de Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas [00031].

Intervención: Aspiración de las Vías Aéreas		
Fecha	Hora	Actividades
11-02-2023	8:00 am	Se realizo lavado de manos y se usó de Protector Personal.
	9:00 am	Se ausculto ambos campos pulmonares antes y después de la aspiración.

9:30 am	Se hiperoxigeno con oxígeno al 100% durante al menos 30” mediante la utilización del ventilador antes y después de cada pasada.
10:30 am	Se utilizó aspiración de sistema cerrado y se monitorizó el estado de oxigenación del paciente pediátrico, estado neurológico, estado hemodinámico, inmediatamente antes, durante y después de la succión.
11:00 am	Se controló y observó el color, cantidad y consistencia de secreciones.

Tabla 3.

Ejecución de la Intervención de Enfermería para el diagnóstico de Desequilibrio Nutricional Inferior a las Necesidades.

Intervención: [1100] Manejo de la Nutrición		
Fecha	Hora	Actividades
11-02-2023	10:00 am	Se identificó el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
	10:30 am	Se identificó las alergias o intolerancias alimentarias del paciente pediátrico.
	11:00 am	Se calculó la cantidad de calorías y el tipo de nutrientes requeridos que cumplió con las necesidades nutricionales.
	11:30 am	Se monitorizó las tendencias de pérdidas y aumento de peso.

Evaluación

Tabla 4.

Puntuación basal y final de los indicadores del Deterioro del intercambio de gases.

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Manejo de la Ventilación Mecánica Invasiva.	2	3
PaO2.	2	3
Equilibrio entre ventilación y perfusión.	2	3
Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (Pa Co2).	2	3

La tabla 4 indica que el promedio de los resultados en respuesta para el diagnóstico de Deterioro del intercambio de gases [00030] antes de realizar las actividades era de 2 (indicando una desviación sustancial del rango normal). Después de llevar a cabo las actividades, el promedio mejoró a 3 debido a la recuperación del paciente, con un cambio en la puntuación de +1.

Tabla 5.

Puntuación basal y final de los indicadores de Limpieza ineficaz de vías aéreas [00031]

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria.	2	3
Capacidad de eliminar secreciones.	2	3
Función respiratoria adecuada.	2	3
Ausencia de complicaciones respiratorias	2	3

La tabla 5 indica que la media de los resultados en respuesta para el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas [00031] antes de llevar a cabo las actividades era de 2 (indicando una desviación sustancial del rango normal). Después de implementar las actividades, la media mejoró a 3, debido a la recuperación del paciente, con un cambio en la puntuación de +1

Tabla 6.

Puntuación basal y final de los indicadores de Desequilibrio nutricional [00002].

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Ingestión de nutrientes.	1	3
Ingestión alimentaria por sonda.	1	3
Ingestión alimentaria de líquidos.	1	3
Peso	1	3

La tabla 6 indica que la media de los resultados en respuesta para el diagnóstico de Desequilibrio nutricional [00002], antes de llevar a cabo las actividades, era de 1 (indicando una desviación grave del rango normal). Después de la implementación de las actividades, la media mejoró a 3, debido a la recuperación del paciente, la puntuación de cambio fue de +2.

Resultados

Se obtuvieron los resultados mediante la recopilación de información de una paciente menor de edad, con la autorización de sus padres a través de un consentimiento informado. Se utilizaron fuentes como la Historia Clínica, aportaciones de los padres, notas de enfermería y otras fuentes secundarias. La información se estructuró siguiendo una guía de valoración basada en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. La principal dificultad encontrada fue que, al tratarse de una paciente menor de edad, los padres no pudieron proporcionar información completa, ya que desconocían algunos tratamientos por sus nombres, y no estaban al tanto de la medicación y terapias que su hija había recibido en algún momento anterior a su ingreso.

Durante la fase de diagnóstico, se analizaron diagnósticos relevantes utilizando el manual NANDA, identificando 10 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 3: deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de las vías aéreas y desequilibrio nutricional inferior a las necesidades. No se encontraron dificultades en esta etapa del proceso.

Durante la fase de planificación, se basaron en las taxonomías NIC y NOC, para seleccionar intervenciones alineadas con los diagnósticos prioritarios. Se verificó la coherencia de las intervenciones con los resultados esperados. No obstante, surgieron complicaciones al determinar la puntuación de los indicadores de resultados en la línea basal y la evaluación final, debido a la subjetividad inherente a esta tarea.

Durante la fase de ejecución, se implementaron los planes de recuperación para el paciente según lo planificado, sin dificultades. En la fase de evaluación, se proporcionó retroalimentación detallada para cada etapa de la atención, incluyendo el cálculo de las puntuaciones de cambio mediante la diferencia entre las puntuaciones finales y basales (+1, +1, +2).

Discusión

Deterioro del intercambio gaseoso.

Es un exceso o deficiencia de oxígeno y/o la eliminación de dióxido de carbono de la membrana alvéolo-capilar (Macias, 2022)

El intercambio de gases, el oxígeno se mueve de los pulmones al torrente sanguíneo al mismo tiempo el dióxido de carbono pasa de la sangre a los pulmones, de esta forma la insuficiencia respiratoria se da cuando el oxígeno está disminuido en la sangre arterial o puede haber un incremento de dióxido de carbono en la sangre arterial (Curipaco, 2022).

En el contexto de infecciones respiratorias como la neumonía, se observan cambios en las funciones de intercambio gaseoso en los pulmones a lo largo de las fases de la enfermedad. Esto resulta en dos alteraciones pulmonares específicas: una disminución en la relación entre ventilación y perfusión, y una reducción en el área total disponible de la membrana respiratoria. Ambas situaciones llevan a estados de hipoxemia e hipercapnia, que son características definitorias del diagnóstico de deterioro del intercambio gaseoso (Lagarza, 2018)

El deterioro en el intercambio de gases está estrechamente relacionado con desequilibrios en la ventilación-perfusión o cambios en la membrana alvéolo-capilar. En consecuencia, los desequilibrios en la ventilación-perfusión, ya sea por ventilación inadecuada, perfusión

inadecuada o ambas, afectan el intercambio gaseoso en la membrana alvéolo-capilar (Hernández, 2019)

El paciente pediátrico en estudio presentó las siguientes características definitorias: Disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO₂):60.1mmHg; incremento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂):48.6mmHg; niveles reducidos de hemoglobina en sangre: 10.72 g/dl; presencia de hipoxia con una saturación de oxígeno del 85%. Chung (2022) sostiene que la alteración en los gases arteriales es una respuesta inflamatoria en los pulmones como resultado de estímulos nocivos que provocan el descenso de niveles de oxígeno en sangre, dióxido de carbono incrementado en sangre. Asimismo, Álvarez Machado (2019) sostiene que la reducción de la hemoglobina en sangre va a limitar el transporte de oxígeno afectando los requerimientos fisiológicos del organismo.

En cuanto al factor relacionado se consideró: Desequilibrio ventilo perfusión. Según Huiza Mamani (2021), la ventilación es el paso del aire respiratorio a través de la circulación pulmonar, llegando al alveolo, cuando hay una mala ventilación, debido a una inadecuada perfusión, origina la desaturación, llevando poco aporte de oxígeno a nivel alveolar.

Butcher et al. (2018) consideraron la siguiente intervención: Manejo de la ventilación mecánica invasiva. Para lo cual se seleccionaron las siguientes actividades:

Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio. Las condiciones que se deben tener en cuenta el inicio del soporte ventilatorio son: evaluando el trabajo respiratorio, la frecuencia respiratoria, medición de los gases arteriales evaluando el indicador de PaO₂ y PCO₂, la oximetría de pulso con la finalidad de evitar dañar la función respiratoria reduciendo el riesgo de hipoventilación e hiperventilación (Álvarez et al., 2019)

Verificar de manera regular las configuraciones del ventilador, lo que incluyó el control de la temperatura y la humidificación del aire inspirado. Es importante saber que en el proceso de la respiración el aire que entra a las fosas nasales o la vía aérea alta, se calienta y se humidifica antes de que llegue a los pulmones, ahora en el caso de una vía aérea artificial (ventilador mecánico) el aire va tener que ser adaptado a una temperatura máximo de 37°C, como a la vez programar a una humedad de 44 mg/l, para evitar que las secreciones se tornen espesas y se formen tapones causando complicaciones que agraven el estado del paciente pediátrico (Picazo et al., 2021)

Administrar sedoanalgesia: Fentanilo 2500 mcg + clna 9 % 50cc a 1 cc/hrs; Midazolam 250 mg + clna 9% 50 cc a 1.5 cc/hr. La importancia de la administración de sedo analgesia es disminuir el estado de conciencia del paciente, como la sensación del dolor, durante el estadio en ventilador mecánico, para contribuir en la estabilidad de los signos vitales, estabilidad de la vía aérea, evita el retiro accidental del tubo endotraqueal (auto extubación), ayuda a contribuir en la facilidad de aspirar secreciones (Tomas.Elizabeth, 2023)

Controlar de los síntomas que generan un incremento del consumo de O₂. El paciente pediátrico en condiciones críticas presenta alteraciones a nivel físico, como fisiológico en el organismo, ya que está inactivo, por lo que está expuesto a presentar complicaciones en el consumo de oxígeno (Martínez, 2023).

Supervisar las lecturas del ventilador mecánico, registrando los incrementos en las presiones inspiratorias y las reducciones en el volumen corriente, según fuera apropiado. Ayudan a identificar alteraciones que pueden estar involucradas con el ventilador mecánico, ocasionando daño pulmonar u otras complicaciones por aumentos de presiones o volúmenes programados en el ventilador mecánico (Moreno, 2021). La monitorización continua de estos parámetros

proporciona información fiable y cuantificable sobre el estado funcional respiratorio, lo que constituye una herramienta valiosa para el cuidado y seguimiento del paciente y su condición patológica (Zuleta, 2019).

Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas

Es la inhabilidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del sistema respiratorio, obstaculizando así el mantenimiento de las vías aéreas despejadas. El diagnóstico de enfermería "Limpieza ineficaz de las vías aéreas" indica la incapacidad del paciente, para eliminar de manera eficaz las secreciones u obstrucciones del sistema respiratorio (Heather,2022)

Este dilema puede originarse por bloqueos en las vías respiratorias, complicaciones para realizar la tos o disfunciones pulmonares. Una higiene ineficaz de las vías aéreas incrementa la probabilidad de infecciones respiratorias y otras complicaciones. Es fundamental que los profesionales de enfermería realicen una evaluación minuciosa de las vías respiratorias del paciente y apliquen intervenciones pertinentes, para favorecer la eliminación de secreciones y prevenir posibles complicaciones respiratorias (Zuleta, 2019).

La falta de un adecuado manejo de las secreciones no sólo genera molestias al paciente, sino que también puede aumentar el riesgo de problemas más graves, como infecciones respiratorias o atelectasias. (Picón-Jaimes et al., 2020).

El paciente pediátrico en estudio presentó las siguientes características definitorias: por sonidos respiratorios adventicios (ronquidos en ambos campos pulmonares) y alteraciones en la frecuencia respiratoria (46 respiraciones por minuto), disnea. Quispe Leiva (2020) sostiene que la infección respiratoria provoca un aumento de las secreciones y afecta los mecanismos de defensa de las vías respiratorias, resultando en la retención o exceso de moco, secreción

bronquial y acumulación de líquido en los alvéolos. La dificultad para respirar altera el proceso del flujo del aire y el aporte de oxígeno a la circulación lo que se manifiesta con incremento en el esfuerzo respiratorio (Claret, 2024)

En cuanto al factor relacionado se consideró: retención de secreciones bronquiales y ventilación mecánica. Hinkle et al. (2019) refieren que la atención primordial al paciente con trastorno del sistema nervioso implica asegurar una vía respiratoria apropiada y mantener la ventilación. Existe un riesgo de obstrucción de la vía aérea, ya que la relajación de la epiglotis y la lengua podría bloquear la bucofaringe, lo que podría llevar a la broncoaspiración de vómitos o secreciones nasofaríngeas.

Según Butcher et al. (2018a) se consideró la siguiente intervención: Aspiración de las Vías Aéreas, se realizaron las siguientes actividades:

Realizar lavado de manos y usar equipo de protección personal. Las acciones de enfermería ante este problema abarcan el lavado de manos eficaz y la aplicación de medidas de bioseguridad, según el protocolo, siguiendo los cinco pasos esenciales de lavado de manos. Además, se deben implementar medidas para evitar la colonización de gérmenes del paciente y prevenir la propagación de gérmenes en los lugares de atención sanitaria. (Zuleta,2019).

Auscultar ambos campos pulmonares antes y después de la aspiración. Permite comprobar la entrada del flujo del aire hacia el árbol traqueobronquial. Para comprobar correctamente se debe auscultar los dos campos pulmonares, incluyendo lados laterales, como la parte anterior y poder así detectar alteraciones vinculadas en cada lóbulo pulmonar (Bertrand, 2020).

Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30" mediante la utilización del ventilador antes y después de cada pasada. La administración previa de oxígeno al 100%

disminuye la incidencia de hipoxemia, causada por la aspiración en un porcentaje de hasta un 32%. Evaluar los sonidos respiratorios con anterioridad y finalmente llevar a cabo la aspiración. Evaluar la permeabilidad de las vías respiratorias mediante la auscultación de ambos campos pulmonares, para detectar ruidos, permitiendo una interpretación más precisa sobre la localización de los sonidos pulmonares inusuales (Martínez, 2020).

Utilizar aspiración de sistema cerrado y monitorizar el estado de oxigenación del paciente pediátrico, estado neurológico, estado hemodinámico, inmediatamente antes, durante y después de la succión. La aspiración mediante el sistema cerrado se realiza en los ambientes de cuidados intensivos, que consiste en la aspiración de secreciones sin desconectar del ventilador mecánico, lo que evitará que el paciente no se desconecte del oxígeno, para este procedimiento se utiliza los circuitos cerrados de diferentes calibres, de acuerdo con el número de tubo endotraqueal (López Martín, 2020)

Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de secreciones. Supervisar y examinar el color, volumen y textura de las secreciones. En conclusión, evaluar y registrar el tipo y volumen de secreciones bronquiales facilita la supervisión de la acumulación de secreciones, puede contribuir a la colonización microbiana, infección e inflamación. (Euribe Solórzano & Muñoz Santos, 2022)

Desequilibrio Nutricional por defecto.

Herdman & Kamitsuru (2019) lo definieron como la condición en la que la persona ingiere una cantidad de alimentos que no es suficiente para satisfacer sus necesidades metabólicas. El desequilibrio nutricional implica la presencia de exceso o falta de nutrientes en el cuerpo, originado por una dieta inapropiada, un estilo de vida que requiere muchos nutrientes o

la incapacidad del organismo para procesarlos, lo que puede llevar a su eliminación o acumulación excesiva (Gómez, 2019).

Según, Reina G (2019), la condición de desequilibrio nutricional se caracteriza por la ingestión inadecuada de nutrientes esenciales, debido a la posible incapacidad de absorción, resultando en un desequilibrio nutricional por defecto cuando la cantidad de alimentos ingeridos no satisface las necesidades metabólicas del individuo (Hernández, 2019).

El paciente pediátrico en estudio presentó las siguientes características definitorias: palidez de mucosas, ingesta inferior a las cantidades recomendadas, tono muscular insuficiente y problema asociado a la incapacidad para digerir alimentos. Castro (2023) sostiene que la palidez es un signo principal de la anemia, provocando que el nivel de hemoglobina baje, debido a la reducción de producción de glóbulos rojos, haciendo que la piel y mucosas presenten un color pálido. Asimismo, Cesinardo (2023) sostiene que un desequilibrio nutricional no se debe exactamente por la falta de consumo de alimentos, sino por falta de proteínas, minerales, vitaminas, ocasionando pérdida de peso, deterioro en la movilidad hasta presentar problemas graves como desnutrición y alteración del sistema inmunológico.

Se consideró como factor relacionado ingesta diaria insuficiente. La disminución de ingesta es debido a la coexistencia de enfermedades que provocan la desnutrición provocando efectos negativos en el niño (Huaylinos, 2023).

Según Butcher et al. (2018a) se consideró la siguiente intervención: Manejo de la Nutrición, se realizaron las siguientes actividades:

Identificar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. La valoración del estado nutricional de una persona proporciona información sobre el nivel en el que la alimentación satisface las necesidades del organismo

interno. En otras palabras, permite identificar situaciones de deficiencia o exceso nutricional (Gómez, 2022)

Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente pediátrico. Mediante la identificación se detectan anomalías afectando a uno o más sistemas provocando síntomas gastrointestinales (Colella, 2023).

Calcular la cantidad de calorías y el tipo de nutrientes requeridos, para cumplir con las necesidades nutricionales. Evaluar la nutrición del paciente y su habilidad, para cumplir con los requisitos nutricionales. La valoración del estado nutricional de una persona proporciona información sobre el nivel, en el que la alimentación satisface las necesidades del organismo interno. En otras palabras, permite identificar situaciones de deficiencia o exceso nutricional(Guanoluisa, 2022).

Monitorizar las tendencias de pérdidas y aumento de peso. Observar las variaciones en el aumento o pérdida de peso. La manera más efectiva para evaluar patrón nutricional y desarrollo de un niño implica realizar mediciones regulares (peso, estatura y circunferencia craneal) durante exámenes de salud rutinarios y/o en períodos de enfermedad. (Moyano, 2023)

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería permitió, al profesional de enfermería, identificar mediante la valoración problemas encontrados en el paciente pediátrico, para luego otorgar un cuidado individual, humanizado y de calidad.

Los cuidados en el paciente pediátrico se enfocaron en la vigilancia y monitoreo continuo, durante la estancia hospitalaria, para detectar alguna complicación e intervenir oportunamente.

El empleo de las taxonomías NANDA NOC-NIC es de suma importancia, para el profesional especialista en cuidados intensivos pediátricos, por ser herramienta para el empleo de un lenguaje basado en evidencia y conocimiento científico en el ámbito de la enfermería.

Se determina que, sobre la base de las complicaciones identificadas en el infante, se contribuyó un nivel de atención de calidad a la paciente para fines de su recuperación.

Referencias

- Álvarez, M., Guamán, S., & Quiñonez, J. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Cambios*, 18(1), 96–110. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp36-46p>
- Álvarez Martínez, C. J. (2020). Neumonías: Concepto, Clasificación y Diagnóstico Diferencial. *Neumonías*, IX(5).
https://www.neumomadrid.org/wpcontent/uploads/monogix_1._neumonias-concepto.pdf
- Bertrand, F., Segall, D., Sánchez, I., & Bertrand, P. (2020). La auscultación pulmonar en el siglo 21. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(4), 500–506.
<https://doi.org/10.32641/rchped.v91i4.1465>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC) 7 edición. En *Elsevier* (Vol. 1).
<https://edimeinter.com/catalogo/novedad/clasificacion-intervenciones-enfermeria-nic-7a-edicion-2018/>
- Carhuavilca, B. (2022). Perú: Mortalidad Infantil y sus Diferenciales, según Departamento, Provincia y Distrito- 2017. *Instituto Nacional de Estadística e Informática*, 154.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1865/libro.pdf
- Castro, C. (2023). *Prevalencia de anemia ferropénica en menores de 7 años que asisten a un Hospital Pediátrico de la ciudad de Guayaquil* [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/22142>
- Cesinando Córdova, D. C., & Candiotti Espinoza, Y. T. (2023). Proceso enfermero en lactancia materna y método Baby Led Weaning. Un reto para las enfermeras comunitarias.

Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 3(2), 124–140.

<https://doi.org/10.33326/27905543.2023.2.1699>

Chung, S. (2022). Insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. *RECIMUNDO*, 6(3), 166–174.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.166-174](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.166-174)

Claret Teruel, G., Martínez Hernando, J., Agulló González, A., Aparicio Coll, A., & Luaces

Cubells, C. (2024). Dificultad respiratoria aguda. *Pediatría Integral*, 28(1), 27–36.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2024-01/dificultad-respiratoria-aguda/>

Colella, M., & Salvador, C. (2023). Intolerancia alimentaria. *Revista Alergia México*, 70(4),

265–268. <https://doi.org/10.29262/ram.v70i4.1337>

Euribe Solórzano, M. T., & Muñoz Santos, V. L. (2022). *Atención de enfermería a niño*

postoperado de tumor cerebral en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un

instituto especializado de Lima 2021. [Tesis de Segunda Especialidad] Universidad Peruana

Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/21c01488-3081-4900-bcfd-c4c0a4e1e4a7>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019a, noviembre). *Un niño muere*

de neumonía cada 39 segundos, según advierten varias organizaciones: La neumonía es

una enfermedad evitable que mata a más niños que cualquier otra infección. UNICEF Para

Cada Infancia. [https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/nino-muere-](https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/nino-muere-neumon%C3%ADa-39-segundos-advierten-organizaciones)

[neumon%C3%ADa-39-segundos-advierten-organizaciones](https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/nino-muere-neumon%C3%ADa-39-segundos-advierten-organizaciones)

Gómez - Vega, J. C., Ocampo - Navia, M. I., & Feo - Lee, O. (2019). Epidemiología y

caracterización general de los tumores cerebrales primarios en el adulto. *Universitas Medica*

Colombia, 60(1). [http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n1/0041-9095-unmed-60-01-](http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n1/0041-9095-unmed-60-01-00047.pdf)

[00047.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n1/0041-9095-unmed-60-01-00047.pdf)

- Gómez, G., & Crespo, D. (2022). Estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios en niños/as de 1 a 3 años que asisten al centro de desarrollo infantil. *Más Vita*, 4(4), 159–170. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0174>
- Guanoluisa Tenemaza, G., Díaz Olmedo, C., Bajaña Mendieta, I., & Molina Argudo, F. (2022). Valoración del estado nutricional en niños, niñas y adolescentes del cantón Quevedo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 709–723. <https://doi.org/10.56712/latam.v3i2.131>
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2018-2020. En *ELSEVIER*. Elsevier España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=741322>
- Hernández - González, G. L., & Salgado Reyes, J. M. (2019). Monitorización de la perfusión tisular en el paciente críticamente enfermo. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 43–47. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200008
- Hinkle, J. L., Cadena Santos, F., Cheever, K. H., & Doctores de la Palabra, S. V. de C. V. (2019). *Brunner y suddarth enfermería medicoquirúrgica*. https://www.academia.edu/10273360/Brunner_enfermeria_12a_ed
- Huaylinos Antezana, M. I. (2023). Desnutrición crónica infantil en Perú: Avances y perspectivas. *Vive*, 6(18), 859–869. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i18.269>
- Lagarza, A. (2018). Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 26(1), 13–17. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67711>

Lee, J. (2021). Neumonía intersticial inespecífica. *Manual MSD versión para profesionales*.

<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-pulmonares/enfermedades-pulmonares-intersticiales/neumon%C3%ADa-intersticial-inespec%C3%ADfica>

López Martín, I. (2020). Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. Closed secretion suctioning system: indications and care. *Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid)*.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100007

Macias, N. (2022). Insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(2), 548–557.

<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1607>

Martínez Fuenzalida, S., Maturana Arenas, D., Riquelme Muñoz, H., Bustos Gajardo, F., Cortés Molina, P., Godoy Salinas, S., Pettinelli Díaz, G., Martínez Fuenzalida, S., Maturana Arenas, D., Riquelme Muñoz, H., Bustos Gajardo, F., Cortés Molina, P., Godoy Salinas, S., & Pettinelli Díaz, G. (2020). Recomendaciones para la implementación de soporte respiratorio pediátrico en COVID-19. *Kinesiología Intensiva y Terapia Respiratoria Pediátrica de Chile. Revista chilena de pediatría*, 91(7), 17–28.

<https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i7.2419>

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>

- Moreno Sasig, N. G., & Vélez Muentes, J. R. (2021). Monitorización invasiva y no invasiva en pacientes ingresados a UCI. *RECIMUNDO*, 5(2), 278–292.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).julio.2021.278-292](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).julio.2021.278-292)
- Moyano, E., Villavicencio, E., & Cuenca, K. (2023). Patrones de crecimiento y estado nutricional en escolares. *FACSALUD-UNEMI*, 7(13), 36–46.
<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp36-46p>
- OMS. (2020a, enero). *Neumonía de causa desconocida – China*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>
- Ozuna, M. P., Delgadillo Vester, L., & Jiménez, J. (2019). Implementación de medidas preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en un departamento de cuidados intensivos pediátricos. *Revista científica ciencias de la salud*, 1(2), 8–18. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/01.02.2019.08>
- Picazo, L., Gracia Arnillas, M. P., Muñoz-Bermúdez, R., Durán, X., Álvarez Lerma, F., & Masclans, J. R. (2021). La humidificación activa en ventilación mecánica no se asocia con un aumento de complicaciones infecciosas respiratorias en un estudio cuasi-experimental pre-postintervención. *Medicina Intensiva*, 45(6), 354–361.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.11.006>
- 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, hipertemia e hipotermia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud UNAB*, 23(1).
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3714>
- Quispe Leiva, J. A. (2020). *Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de*

Arequipa 2020. [Tesis de Titulación, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/a7d12496-fe87-4c51-a886-8d72a2b48d26>

Reina G, N. C. (2019). El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado. *UMBRAL*, 20, 18–23. <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Tomas.Elizabeth. (2023). *Guía de procedimiento de enfermería: cuidados al paciente neonato y pediátrico portador de tubo endotraqueal*. <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2023/049-V.1-GU%C3%8DA%20DE%20PROCEDIMIENTO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20CUIDADOS%20AL%20PACIENTE%20NEONATO%20Y%20PEDI%C3%81TRICO%20PORTADOR%20DE%20TUBO%20ENDOTRAQUEAL%20V.1.pdf>

Zuleta Villena, F. D. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a preescolar con insuficiencia respiratoria y leucemia linfática aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de una clínica privada de Lima, 2018. (Tesis de Segunda Especialidad)*.

Universidad Peruana Unión.

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_6ec262387cb27fab3cd4f3329d49c80f/

Details

Apéndice A. Plan de cuidados

Diagnóstico Enfermero	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN		
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final	Puntuación de cambio	
Deterioro del intercambio de gases factor relacionado a desequilibrio ventilatorio perfusión evidenciado por Disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO2): 60.1, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono(PCO2):48.6, disminución de hemoglobina en sangre: 10.72g/dl, Hipoxia: Saturación O2 85%.	Resultado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso (Cod. 0402)(Pag403) Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)	2	Mantener en:	Intervención: Manejo de la ventilación mecánica invasiva (Cod.3300) (Pag.290)				3	+1	
			Aumentar a: 3							
	Indicadores			Actividades						
	040208 PaO2	2		Se controlaron las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio.	M	T		3	+1.	
	040214 equilibrio entre ventilación y perfusión.	2		Se comprobó de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.	M	T		3		
040209 presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (Pa Co2).	2		Se administró sedoanalgesia: Fentanilo 2500 mcg + clna9 % 50cc a 1 cc/hrs; Midazolam 250 mg + clna 9% 50 cc a 1.5 cc/hr.	M	T		3			
040211 saturación de O2	2		330004 Se controlaron los síntomas que indiquen un aumento del consumo de O2.	M	T		3			

				Se monitorizaron las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente, según corresponda	M	T		3	
--	--	--	--	---	---	---	--	---	--

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN							
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final	Puntuación de cambio						
Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones bronquiales y vía aérea artificial (ventilación mecánica) manifestado por sonidos respiratorios adventicios (roncantes en ambos campos pulmonares), y cambios en la frecuencia respiratorio (46 x´).	Resultado: Estado respiratorio permeabilidad de las vías respiratorias	2	Mantener en:	Intervención: aspiración de vías aéreas (3160) (pág90)				3	+1						
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal		Aumentar a: 3												
	Indicadores		Actividades												
	041004 FR	2								Se realizó lavado de manos y se usó equipo de protección personal	M	T		3	La FR fue de desviación sustancial
										Se ausculto ambos campos pulmonares antes y después de la aspiración.	M	T		3	
										Se hiperoxigeno con oxígeno al 100% durante al menos 30" mediante la utilización del ventilador antes y después de cada pasada.	M	T			
			Se utilizó aspiración de sistema cerrado.	M	T										
			Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de secreciones.	M	T										

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final	Puntuación de cambio
Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta diaria insuficiente, evidenciado de palidez de mucosas, ingesta inferior a las cantidades, tono muscular insuficiente, problema asociado incapacidad para digerir alimentos.	Resultado: Estado nutricional; ingestión alimentaria y de líquidos código 1008 pag: 400 Escala: Inadecuado (1) a completamente adecuado (5)	1	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención: manejo de la nutrición código (1100) pag (282)				3	+2
	Indicadores			Actividades					
	100802 ingestión alimentaria por sonda			Se identificó el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.	M	T			+2
	100804 administración de líquidos i.v	1		Se identificó las alergias o intolerancias alimentarias del paciente pediátrico.	M	T		3	
		1		Se determinó el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.	M	T		3	
			Se Monitorizo las tendencias de pérdidas y aumento de peso.	M	T				

Apéndice B. Guía de valoración

DATOS GENERALES			
Nombre del Paciente: _____	T.V.B.C. _____	Fecha de Nacimiento: _____	Edad: 4 A 0M7D Sexo: F (X) M ()
Historia Clínica: 1144792	Nº Cama: _____	DNINº _____	Teléfono: _____
Procedencia: Admisión ()	Emergencia (X)	Consultorios Externos ()	Otros: _____
Peso: 15 Kg Talla: _____	Perímetro Cefálico: _____	PA: 97/55 mmhg FC: 85 x! FR: 22x Tº: 36°	Otros: _____
Fuente de Información: Madre: _____	Padre: _____	Familiares: _____	Otros: x
Motivo de Ingreso: _____	Diagnóstico Médico: _____		
Fecha de Ingreso: _____	Hora: _____	Fecha de Valoración: _____	Grado de Dependencia: I () II () III () IV ()
Persona Responsable: _____			

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma ()

Otros: **Enf. Peroxisomal deficiencia proteína D=bifuncional.**

Epilepsia, Parálisis cerebral infantil.

Intervenciones Quirúrgicas: _____

Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos ()

Alimentos () Específico: _____

Estado de Higiene: Bueno () Regular (x) Malo ()

Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte ()

Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Si () No () Vacunas Completas: Si () No ()

Hospitalizaciones Previas: Si () No ()

Descripción: _____

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No ()

Especificar: _____

PATRON RELACIONES-ROL

Se relaciona con el entorno: Si () No ()

Compañía de los padres: Si () No ()

Recibe Visitas: Si () No ()

Comentarios: _____

¿Con quién vive? _____

Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos ()

Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No ()

Familia Nuclear: Si (x) No () Familia Ampliada Si () No ()

Padres Separados: Si () No ()

Problema de Alcoholismo: Si () No ()

Problemas de Drogadicción: Si () No ()

Pandillaje: Si () No () Otros: _____

Especifique: _____

Comentarios: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()

PATRON VALORES-CREENCIAS

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

Restricción Religiosa: _____

Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista ()

Otros: _____ Observaciones: _____

Padres solicitan visita de capellán/líder religioso: SI () NO ()

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO / TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo ()

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No ()

Comentarios: _____

Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o

Procedimientos: Si () No ()

Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia:

Ansiedad () Indiferencia () Rechazo ()

Comentarios: _____

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: Nº de horas de Sueño: _____

Alteraciones en el Sueño: Si () No ()

Especifique: _____

Motivo: _____ actualmente bajo sedoanalgesia con RASS -3

¿Usa algún medicamento para dormir? SI () NO ()

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: 25 x

Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea ()

Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()

Tos Ineficaz: Si () No ()

Secreciones: Si (x) No () Características: densas blanquecinas

Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Coma ()
 Comentarios: bajo sedación RASS -3

Escala de Glasgow: _____

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal
Espontánea 4	Espontánea, normal 6	Orientada 5
A la voz 3	Localiza al tacto 5	Confusa 4
Al dolor 2	Localiza al dolor 4	Palabras inapropiadas 3
Ninguna 1	Decorticación 3	Sonidos incomprensibles 2
	Descerebración 2	Ninguna 1
	Ninguna 1	

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()
 Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()
 Foto Reactivas: Si () No ()

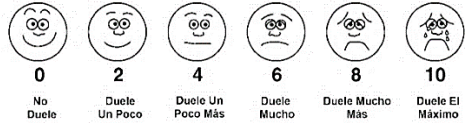
Comentarios: _____

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()

Otros: _____ Especifique: _____

Comentarios: _____

Dolor/molestias: No () Si () Especificar: _____



PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

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

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: 36°C

Hipertermia () Normotermia () Hipotermia ()

Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()

Rosada () Pálida (x) Tibia () Caliente ()

Observación: _____

Hidratación: Hidratado () Deshidratado (X)

Observación: _____

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

Especificar Zona: MMSS ++/+++

Comentarios: _____

Fontanelas: Normotensa (X) Abombada () Deprimida ()

Cabello: Normal (X) Rojizo () Amarillo ()

Ralo () Quebradizo ()

Mucosas Orales: Intacta (X) Lesiones ()

Observaciones: _____

Malformación Oral: Si () No ()

Especificar: _____

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

Cuanto Perdió: _____

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Disminuido () Náusea () Vómitos ()

Cantidad: _____ Características: _____

Dificultad para Deglutir: Si () No ()

Especificar: _____

Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta ()

Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____

Modo de Alimentación: LMD () NPT () N.E (X)

SNG (X) SOG () SGT () SNY () Gastroclisis ()

Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP (x)

Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes (x)

Otros: _____

Oxigenoterapia: Si () No () Modo: _____ Saturación de O₂: _____

Comentarios: _____

Ayuda Respiratoria: TET (x) Traqueostomía () V. Mecánica (x)

Parámetros Ventilatorios: A/C/V con Fio₂:45%, Peep: 5, FR: 25,

volumen: 75, v.t: 6.5, T.I: 0.8, I.E: 1:2, Spo₂ 99%

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

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:

Pulso: Regular (X) Irregular ()

FC / Pulso Periférico: 121 x PA: 111/67mmhg

Llenado Capilar: < 2'' () > 2'' ()

Perfusión Tisular Renal:

Hematuria () Oliguria () Anuria ()

Perfusión Tisular Cerebral:

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

Comentarios: **parálisis cerebral infantil**

Presencia de Líneas Invasivas:

Catéter Periférico () Catéter Central (x) Catéter Percutáneo ()

Otros: _____

Localización: **subclavia derecho** Fecha: _____

Riesgo Periférico: Si () No ()

Cianosis Distal () Frialdad Distal ()

Capacidad de autocuidado:

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

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

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Aparatos de Ayuda: _____

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida (x)

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: **paciente pediátrico bajo sedo analgesia**

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal: N° Deposiciones/Día _____

Características: _____

Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios: no presenta deposiciones

Vesical:

Micción Espontánea: Si () No ()

Enuresis. Si () No ()

Características: _____

Sonda Vesical (x) Colector Urinario () Pañal ()

Fecha de Colocación: _____

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

Comentarios Adicionales: **globuloso**

Herida Operatoria: Si () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Si () No ()

Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en Genitales: Si () No ()

Especifique: _____

Otras Molestias: _____

Observaciones: _____

Problemas de Identidad: _____

Cambios Físicos: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

Tratamiento Médico Actual:

Observaciones:

Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice C. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente pediátrico con Diagnóstico de Neumonía no especificada del Servicio de Uci pediátrico del hospital Alberto Sabogal Sologuren, 2021”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales XXX. Este trabajo académico está siendo realizado por las Lics. Lisbet Johana, Pérez Vargas y Silvia Regina, Ponce Goñi. 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: _____

Apéndice D. Escalas de evaluación.

Figura D 1. Escala de RASS.

ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

puntos	Término	Descripción	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.	
1	INTRANQUILO	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)	Estímulo verbal
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	Estímulo físico
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

Figura D 2. Escala de dolor – EVA.

