

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con estado asmático en el  
Servicio de Cuidados Intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2018

**Por:**

Johana Amelyn Castro Manrique

**Asesor:**

Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, julio de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO


Yo, MARY LUZ SOLÓRZANO APARICIO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con estado asmático en el Servicio de Cuidados Intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada CASTRO MANRIQUE JOHANA AMELYN, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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

  
Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio o

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con estado asmático en el  
Servicio de Cuidados Intermedios Pediátricos de un hospital de Lima, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

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

## JURADO CALIFICADOR



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Secretario



Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Asesor

Lima, 22 de julio de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vii
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I .....	11
Valoración.....	11
Datos generales .....	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios: .....	14
Exámenes auxiliares .....	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II.....	18
Diagnóstico, planificación y ejecución .....	18
Diagnóstico enfermero .....	18
Primer diagnóstico.....	18
Factor relacionado: .....	18
Segundo diagnóstico: .....	18
Tercer diagnóstico: .....	19
Cuarto diagnóstico: .....	19
Quinto diagnóstico: .....	20
Sexto diagnóstico .....	20

Séptimo diagnóstico .....	20
Octavo diagnóstico .....	21
Noveno diagnóstico .....	21
Décimo diagnóstico .....	21
Planificación .....	22
Priorización. ....	22
Plan de cuidados .....	24
Capítulo III .....	29
Marco teórico .....	29
Deterioro del intercambio gaseoso .....	29
Limpieza ineficaz de las vías aéreas .....	32
Hipertermia .....	35
Ansiedad .....	37
Capítulo IV .....	42
Evaluación y conclusiones .....	42
Evaluación por días de atención: .....	42
Primer diagnóstico .....	42
Segundo diagnóstico. ....	42
Tercer diagnóstico. ....	43
Cuarto diagnóstico .....	43
Quinto diagnóstico .....	43
Conclusiones .....	43
Bibliografía .....	45

Apéndices.....51

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	14
Grupo sanguíneo .....	14
Tabla 2 .....	14
Examen de hemograma .....	14
Tabla 3 .....	15
Gases arteriales.....	15
Tabla 4 .....	24
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado con disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO <sub>2</sub> ): 92%.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO <sub>2</sub> ):32.0, HCO <sub>3</sub> 28meq,hipoxia: Saturación O <sub>2</sub> 84% .	24
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de acumulo de secreciones evidenciado por ruidos adventicios sibilantes inspiratorio y espiratorio disnea ,con frecuencia respiratoria 64 por minuto.....	25
tabla 6.....	26
Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad evidenciado piel caliente al tacto, piel rubicunda, taquicardia 160 por minuto y temperatura 38.5 °C.....	26
Tabla 7 .....	27
Ansiedad de la mama relacionada con entorno de la situación de salud de la hija evidenciado por preocupación a estancia hospitalaria y angustia sobre el proceso de enfermedad. ....	27
Riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos (catéteres de vía periféricas) .....	28

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	51
Apéndice B: Consentimiento informado .....	55
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	56

## **Símbolos usados**

OMS: Organización Mundial de la Salud

UCIP: Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos

LOTEP: Lucido Orientado en tiempo espacio y persona

EV: Endovenoso

AGA: Análisis de gases arteriales

HB: Hemoglobina

FIO<sub>2</sub>: Fracción inspirada de oxígeno

MV: Murmullo vesicular

T°: Temperatura

ACP: Ambos campos pulmonares

FC: Frecuencia cardiaca

FR: Frecuencia respiratoria

SAT: Saturación de oxígeno

PO<sub>2</sub>: Presión de oxígeno

PCO<sub>2</sub>: Presión de dióxido de Carbono

HCO<sub>3</sub>: Bicarbonato

CRED: Control de crecimiento y desarrollo

mmol/L: Milimol por litro

mg/dl: Miligramos por decilitros

BHE: Balance hídrico estricto

## **Resumen**

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente L.Y.Y.V.G, aplicado durante 3 días a la paciente a partir del primer día de su ingreso al servicio Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos de un hospital de Lima. En los 3 días de brindarle los cuidados de enfermería se realizó la valoración con la guía de Maryori Gordon; lo cual permitió reunir datos y colocarlos en patrones funcionales; luego se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: deterioro del intercambio gaseoso, limpieza ineficaz de las vías áreas, hipertermia, ansiedad y riesgo de infección. Los objetivos generales fueron: la paciente mejorará el intercambio de gases durante su estancia hospitalaria, mantendrá limpieza eficaz de las vías aéreas durante su estancia hospitalaria, mantendrá una normo termia durante su estancia hospitalaria, La madre de la paciente disminuirá su ansiedad en relación al estado de salud de su hija durante la estancia hospitalaria, la paciente disminuirá la probabilidad de adquirir un foco infeccioso mediante los cuidados de enfermería realizados durante sus hospitalización. De los objetivos planteados, se lograron alcanzar casi en su totalidad; el primero, tercero, cuarto y el quinto; siendo el 90% de los objetivos planteados fueron alcanzado, menos el segundo diagnóstico que fue parcialmente alcanzado, debido al estado del paciente por estar aún estar con apoyo de oxígeno y presentaba aun los sibilantes inspiratorios y saturación de 92%.

Palabras claves: Unidad de cuidados intensivos pediátricos intermedios, proceso de atención de enfermería, estado asmático.

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: L.Y.Y.V.G

Edad: 3 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: La paciente pre-escolar de sexo femenino ingresa al servicio de cuidados intermedios de pediatría en camilla en compañía de mama; a su valoración está con apoyo ventilatorio con dispositivo de máscara de reservorio fio” 50% con saturación de 90% por presentar fatiga y dificultad respiratoria. Se observa LOTEPE, irritable, con polipnea, respiración desbalance, tiraje clavicular y subesternal y presenta sibilantes audibles inspiratorio y espiratorio; con frecuencia respiratoria 64 por minuto, frecuencia cardiaca 160 por minutos, t°38.2 axilar, tiene dos vías periféricas en MSD 25/9/18 infundiendo dextrosa 5% Hipersonido 20% 15cc más kalium 8cc pasar 70cc/h y MSI con la fecha dia 25/9/19. Diagnóstico médico: estado asmático moderado

Días de hospitalización: 28 días

Días de atención de enfermería: 3

#### Valoración según patrones funcionales:

##### **Patrón I: Percepción – control de la salud.**

En la valoración, la madre refiere “a mi hija le froté en toda su espalda con metholatum y también le di un jarabe para su tos; sin ir a un médico pensaba que iba a mejorar. Después de tres días la mantuve, pero como no mejoraba y ya la notaba agitada y con fiebre, es así que la traje a

emergencias". Mi hija tiene antecedente de Asma y anteriormente ha estado hospitalizada, el año pasado, por el mismo problema, no tiene alergias a medicamentos, ni alimentos.

### **Patrón II: Nutricional metabólico.**

Paciente, presenta piel tibia, rubicunda, mucosa oral hidratada, dentadura completa, temperatura axilar 38.5°C, con buena higiene personal; presenta secreciones en las vías aéreas un poco fluidas ya que se las deglute de color transparente con Hb.10 mg/dl, Peso: 29 kg. Talla: 1.25 cm, IMC: 20.14 al límite para una obesidad, con apetito disminuido por el estado de la enfermedad, no presenta dificultad para deglutir, o presenta edemas en miembros superiores ni en miembros inferiores, abdomen blando depresible, distendido, con buen llenado capilar de menor de 2", no presenta cicatrices de operaciones en región abdominal.

### **Patrón III: Eliminación.**

Paciente presenta una buena diuresis 1300, un flujo urinario.55.8. Cc/m2/kg, Balance Hídrico *200cc., en 24 horas.* poca ingesta de líquidos, no realiza deposiciones hace 3 días y se encuentra estreñida.

### **Patrón IV: Actividad – ejercicio.**

Actividad Respiratoria.

La paciente se observa en su unidad en cuna con máscara de reservorio a 15 litros con 90% de oxígeno. Se observa ampliación torácica, tiraje subcostal y supraclaviculares, fatiga a su auscultación presenta MV sibilantes, inspiratorios, espiratorios, en ambos campos con predominio en HTD, FR:64 por minuto, Presenta un AGA arterial alterado alcalosis respiratoria presenta tos ineficaz, respiración; tiene flema la cual se deglute secreción bronquial.

Actividad Circulatoria

La paciente presenta una taquicardia de 160 por minuto, con tiene una vía periférica en MSI y MSD con fecha de inserción del 25/9/18, presenta buena fuerza y tono muscular conservada ,con movilidad en las extremidades y no presenta ninguna malformación.

**Patrón V: Descanso – sueño.**

La paciente se observa con de sueño alterado, madre refiere” que no pude descansar por los procedimientos de enfermería: porta máscara de reservorio, las nebulizaciones continuas, la estancia hospitalaria, presenta el sueño invertido.

**Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.**

La paciente se encuentra orientado, obedece ordenes, y presenta apertura ocular espontanea, sin alteración sensorial, pupilas isocoras, foto reactivas con Glasgow con15 puntos, con EVA 0/10.

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto**

La paciente se encuentra irritable, temeroso, ante lo padres se encuentra tranquilo, pero en el personal de salud indiferente.

**Patrón VIII: Relaciones – rol.**

La paciente observa que no se relaciona con el ambiente de la hospitalización, vive con los padres, solo recibe visita de los padres ya que no tiene familia, ya que sus familiares están en provincia, y con el personal de salud se encuentra diferente.

**Patrón IX: Sexualidad/reproducción.**

La paciente no presenta ninguna alteración en el aparato reproductor, ni molestias ni cambios físicos.

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

Se observa a la madre ansiosa, y la paciente en estado irritable ante la presencia del personal de salud, poco sociable, poco comunicativa; refiere la madre “preocupado por su estado de salud, sobre todo la estancia hospitalaria de su hija, es la primera vez que la nota tan mal”.

### **Patrón X: Valores y creencias.**

La paciente pertenece a la religión católica.

### **Datos de valoración complementarios:**

#### **Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

*Grupo sanguíneo*

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

*Fuente: Laboratorio clínico*

Interpretación: En la tabla se observa los resultados de El factor Rhesus (Rh) es una proteína heredada que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos. Si tu sangre contiene esta proteína, eres Rh positivo. Si tu sangre carece de esta proteína, pertenece al O positivo ya que los padres tienen el mismo grupo sanguíneo.

Tabla 2

*Examen de hemograma*

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	10gr/dl
Hematocrito	32gr/d
Glóbulos rojos	4.85mm
Glóbulos blancos	56.9%
Neutrófilos segmentados	0%
Eosinófilos	0%
Basófilos	8.5%
Monocitos	34.4%
Linfocitos	20mm

*Fuente: Laboratorio clínico*

Interpretación: En la tabla de observa resultados de anemia leve debido a la deficiencia de los glóbulos rojos a transportar el oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo, la anemia leve es una condición común y tratable que puede ocurrir con enfermedad inflamatoria y/o crónica en este caso la paciente presenta una inflamación en la rama bronquial(asma).

Tabla 3  
*Gases arteriales*

Compuesto	Valor encontrado
Ph	7.46mmg
HCO <sub>3</sub>	18mmg
PCO <sub>2</sub>	32mmg
PO <sub>2</sub>	92%
SAO <sub>2</sub>	84%

*Fuente: Laboratorio clínico*

Interpretación: Los gases arteriales permiten medir directamente los elementos que encontrándose una presión parcial del oxígeno (PaO<sub>2</sub>):92.0%, el dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>):32.0 y el pH:7.46, HCO<sub>3</sub> 18 mmg; asimismo, una saturación de la oxihemoglobina (SaO<sub>2</sub>):84%. Dando a lugar a una acidosis respiratoria compensada.

### **Tratamiento médico.**

Primer día (25/09/2018)

NPO

Aminofilina 180mg ev. Cada 8 horas.

Sulfato de magnesio 500mg ev cada 8 horas.

Dext.5%+ H (15) + K(10) a 70cc/h

Metamizol 500mg ev PRN a temperatura > 38° C

Ranitidina 35mg ev cada 8 horas.

Nebulización con 12gt salbutamol +2cc SF cada hora.

Bromuro de ipatropio 4puff cada 2 horas

Hidrocortisona 35mg ev cada 6 horas.

Mascara de reservorio menor saturación 90% durante 5 horas .

Luego Mascara de venturi a15 litros hasta que disminuya el patrón respiratorio

Segundo día (26/09/2018)

NPO hasta 10am y probar tolerancia de líquidos.

Aminofilina 180mg ev. Cada 8 horas.

Sulfato de magnesio 500mg ev cada 8 horas.

Dext.5%+ H (15) + K(10) a 60cc/h.

Metamizol 500mg ev PRN a temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$ .

Ranitidina 35mg ev cada 8 horas.

Nebulización con 12gt salbutamol +2cc SF cada 2 horas.

Bromuro de ipatropio 3puff cada 2 horas.

metilprednisolona 35mg ev cada 6 horas.

Máscara de venturi a15 litros hasta que disminuya ( frecuencia respiración , el tiraje supra esternal).

Colocar CBN a saturación  $> 92\%$ .

Tercer día (27/9//18)

Dieta blanda +líquidos a libre voluntad.

Aminofilina 180mg ev. Suspendido.

Sulfato de magnesio 500mg ev cada 8 horas.

Dext.5%+ H (15) + K(10) a 60cc/h.

Metamizol 500mg ev PRN a temperatura > 38 °C.

Ranitidina 35mg ev cada 24 horas.

Nebulización con 12gt salbutamol +2cc SF cada 2 horas.

Bromuro de ipratropio 3puff cada 2 horas.

Fluticasona 2puff cada 6 horas.

metilprednisolona 35mg ev cada 6 horas.

Colocar CBN a saturación > 92%.

### **Interconsultas**

Con médico especialista en neumología en pediatría; por lo cual, realizan referencia de un hospital de nivel III.

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Características definitorias: Disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>): 92%.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):32.0, HCO<sub>3</sub> 28meq, hipoxia: Saturación O<sub>2</sub> 84%.

Etiqueta diagnóstica: deterioro del intercambio gaseoso.

Factor relacionado: desequilibrio en la ventilación perfusión.

Enunciado diagnóstico.

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado con disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>): 92%.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):32.0, HCO<sub>3</sub> 28meq, hipoxia: Saturación O<sub>2</sub> 84%.

##### Segundo diagnóstico:

Características definitorias: aumento del diámetro torácico, disnea 90%, cambios en la frecuencia respiratoria 64por minuto y ritmo respiratorio profundidad, tirajes intercostal, Agitación ausencia o ineffectividad de la tos, ruidos adventicios sibilantes inspiratorios, espiratorios en campos pulmonares.

Factor relacionado: retención de secreciones bronquial.

Etiqueta diagnóstica: limpieza ineficaz de vías aéreas.

Enunciado diagnóstico:

Limpieza ineficaz de las vías áreas relacionada con retención de acumulo de secreciones evidenciado por ruidos adventicios sibilantes inspiratorio y espiratorio, con frecuencia respiratoria 64 por minuto y tos ineficaz, disnea 90%.

**Tercer diagnóstico:**

Características definatorias: Irritabilidad, piel caliente al tacto, ruborizada taquicardia (160 por minuto), temperatura 38.5°C.

Etiqueta diagnostica: hipertermia.

Factor relacionado: aumento de la tasa metabólica por enfermedad, disminución de la respuesta sudorativa.

Enunciado diagnóstico:

Hipertermia relacionado con aumento de la tasa metabólica secundario a enfermedad evidenciado a irritabilidad, piel caliente, ruborizada y taquicardia 160 por minuto, Temperatura 38.5 °C.

**Cuarto diagnóstico:**

Características definatorias: temor de madre, preocupación y angustia.

Etiqueta diagnostica: ansiedad.

Factor relacionado: estrés, entorno situación de salud (hija).

Enunciado diagnóstico.

Ansiedad de la madre relacionada con entorno de la situación de salud de la hija evidenciado por preocupación a estancia hospitalaria y angustia sobre el proceso de enfermedad.

**Quinto diagnóstico:**

Características definitorias: despertar por los procedimientos de enfermería, dificultad para conciliar el sueño.

Etiqueta diagnóstica: trastorno del patrón del sueño.

Factor relacionado: factores ambientales, interrupción causada por el procedimiento de enfermería.

Enunciado diagnóstico:

Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales con procedimiento invasivos evidenciado con irritabilidad y dificultad a conciliar el sueño.

**Sexto diagnóstico**

Características de enfermería: disminución del volumen de heces, distensión abdominal, ruidos abdominales disminuidos.

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento.

Factor relacionado: distensión abdominal, disminución de movilidad gastrointestinal, ingesta de líquidos insuficientes.

Enunciado diagnóstico:

Estreñimiento relacionado con distensión abdominal, ingesta de líquidos insuficientes evidenciado con distensión abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos y no va al baño hace tres días.

**Séptimo diagnóstico**

Características de enfermería: fatiga, frecuencia cardiaca anormal (160 por minuto) dependiente de oxígeno.

Etiqueta diagnóstica: intolerancia a la actividad.

Factor relacionado: reposo en cama, desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.

Enunciado diagnóstico:

Intolerancia a la actividad física relacionado con desequilibrio entre el aporte demanda de oxígeno evidenciada fatiga, manifestado por su estado asmático.

### **Octavo diagnóstico**

Característica definitoria:

Etiqueta diagnóstica: conocimiento deficiente.

Factor relacionado: falta de exposición, limitación cognitiva, mala interpretación de la información, poca familiaridad con los recursos para obtener la información de la enfermedad.

Enunciado diagnóstico:

Conocimiento deficiente, relacionado con mala interpretación de la información del asma, poca limitación cognitiva manifestado por el seguimiento de instrucciones, y la falta de verbalización del problema.

### **Noveno diagnóstico**

Características definitorias: no tiene.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: procedimiento invasivo.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos (catéter periférico).

### **Décimo diagnóstico**

Factores de riesgo: obesidad, IMC encima del límite normal de (percentil 85)

Etiqueta diagnóstica: riesgo de sobrepeso.

Factor relacionado: disminución del tiempo de sueño.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de sobrepeso relacionado con factores de riesgo evidenciado por obesidad.

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado con disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>): 92%.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):32.0, HCO<sub>3</sub> 28meq, hipoxia: Saturación O<sub>2</sub> 84%.
2. Limpieza ineficaz de las vías áreas relacionada con retención de acumulo de secreciones evidenciado por ruidos adventicios sibilantes inspiratorio y espiratorio disnea, con frecuencia respiratoria 64 por minuto.
3. Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciado por piel caliente y rubicunda al tacto, temperatura 38.5 axilar, taquicardia de 160 por minuto.
4. Ansiedad de la mama relacionada con entorno de la situación de salud de la hija evidenciado por preocupación a estancia hospitalaria y angustia sobre el proceso de enfermedad.
5. Riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos con catéter de vía periférica.
6. Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales con procedimientos invasivos evidenciado con irritabilidad y con dificultad a conciliar el sueño.

7. Estreñimiento relacionado con, disminución del volumen de heces, ingesta de líquidos insuficientes, evidenciado con distensión abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos y no va al baño hace tres días.
8. Intolerancia a la actividad física relacionado con desequilibrio entre el aporte demanda de oxígeno evidenciado con fatiga, secundario a su estado asmático.
9. Conocimiento deficiente relacionado con mala interpretación de la información cognitiva por poca limitación conocimiento del asma evidenciado por seguimiento de las instrucciones brindadas y la falta de verbalización del problema de su hija.
10. Riesgo de sobrepeso relacionado con factores de riesgo evidenciado por obesidad.

## Plan de cuidados

Tabla 4

*Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilo perfusión evidenciado con disminución de los niveles de presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>): 92%.0, aumento de los niveles de presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>):32.0, HCO<sub>3</sub> 28meq,hipoxia: Saturación O<sub>2</sub> 84%*

Objetivos/resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		26/09/18			27/09/18			28/09/19		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general La paciente mejorará el intercambio de gases dentro de los valores normal, durante su estancia hospitalaria. Resultados	1.-Realizar higienización de manos utilizando los 5 momentos y el empleo de medidas de bioseguridad en el cuidado del paciente pediátrico a necesidad.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
1. La paciente mantendrá de manera progresiva la presión parcial de oxígeno (PO <sub>2</sub> ) dentro de los parámetros normales estandarizados el AGA PH 7.34-7.43, HCO <sub>3</sub> 26-28 PO <sub>2</sub> 95%.	2.-Mantener el dispositivo de mascarilla de reservorio cerca del paciente durante 4 horas y si disminuye <88%	→	12	→	→	→	→	→	→	→
2. La paciente mostrará signos de buen estado respiratorio con una mayor de SatO <sub>2</sub> :95%.	3.- Colocar en posición semiflower según a necesidad.	→	→	→	→	→	→	→	→	→
3. La paciente presentará un estado libre de hipoxia.	4.- Administrar apoyo de oxígeno de acuerdo a indicación médica del uso de la máscara de Venturi con fio <sub>2</sub> 50%, según requerimiento del paciente. 5.- Realizar la toma de AGA e interpretación resultados e informar los valores críticos para realizar acciones de corrección pertinente cada 12 horas.	→		10-4	10	18	→	10	18	4
	6. Monitorear hemodinámica cada 2 horas.				6	6		6		
	7. observar el patrón respiratorio: como la frecuencia, ritmo, profundidad del tórax esfuerzo cada 2 horas.	10		10						
	8-Administrar sulfato de magnesio EV cada 8 horas, de acuerdo a indicación medica	8-10-12	2-4-6	8-10-12	8-10-12	2-4-6	8-10-1	8-10-12	2-4-6	8-10-12
	9.- Administrar aminofilina. Ev cada 8 horas de acuerdo a indicación médica	8-10-12	2-4-6	8-10-12	8-10-12	2-4-6	8-10-1	8-10-12	2-4-6	8-10-12
			2	10-6		2	10-6		2	10-6
			2	10-6		2	10-6		2	10-6



tabla 6

*Hipertermia relacionada con proceso de enfermedad evidenciado piel caliente al tacto, piel rubicunda, taquicardia 160 por minuto y temperatura 38.5 °C.*

Objetivos/resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		26/09/18			27/09/18			28/09/19		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará una normo termia durante su estancia hospitalaria.	1. Controlar de temperatura cada dos horas.	8-10-12	14-16-18	8-10-12-2-4-+ 6	8-10-12	14-16-18	8-10-12-2-4- 6	8-10-12	14-16-18	8-10-12-2-4- 6
Resultado: 1. La paciente conservará la temperatura corporal dentro de los límites normales. 36.5°C	2.-.Pedir e informar al médico sobre los picos febriles y a su vez efectivizar hemocultivo de control según prescripción médica.	8			12			8		
2. La paciente presentará frecuencia cardiaca de los valores normales(80-100/min).	3.-Aligerar los cobertores y poner ropas ligeras y Aplicar compresas de agua tibia en zonas como: frente , nuca, axilas, abdomen según a temperatura de fiebre mayor 38°C	10	13-18	8-4	12		10-5		18	
3. La paciente presentará piel tibia al tacto y con coloración sonrosada.	4.-Administrar antipiréticos metamizol 500mg ev condicional a temperatura > 38.5°C PRN	8	17	12-6	10		10		18	6
	5.-Realizar baño en tina por 30 minutos PRN si presenta temperatura mayor de 38.5°C.	8	17	12-6	10				18	6
	6.-Incentivar a la ingesta de líquidos tibios, según prescripción médica.		→	→	→	→	→	→	→	→
	7.-Registrar y graficar la curva térmica en la historia clínica en cada turno.	12	19	6	12	19	6	12	19	6





## Capítulo III

### Marco teórico

#### Deterioro del intercambio gaseoso

El deterioro del intercambio gaseoso es el exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar (NANDA, 2016).

El intercambio de gases son condiciones normales que se produce por el acoplamiento entre la ventilación y la perfusión a nivel alveolar ya que dicho proceso sucede y se encarga de separar la sangre oxigenada a través de sus capilares permitiendo así el intercambio gaseoso (Martínez, 2015).

Pascual menciona que la desobstrucción ineficaz de las vías aéreas es un estándar respiratorio ineficaz que ha estos ocasiona el deterioro del intercambio gaseoso por condición clínica grave y que representa “exceso o déficit de la oxigenación o la eliminación del dióxido de carbono (Pascual, 2015).

Se observa que el paciente pediátrico utiliza los músculos accesorios respiratorios lo que contribuyen si aparecen anomalías en el estándar respiratorio, que pueden manifestarse por medio de la disnea, las alteraciones en la frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria. Estos indicadores clínicos son corroborados con el resultado encontrado en estudio similar, en que estas manifestaciones clínicas fueron informadas con elevada prevalencia (Pascual, 2015).

Según Antonio (2017), el asma severa es referencia a un cuadro clínico como “estado de mal asmático” por un aumento progresivo de la sintomatología, que puede provocar desde la dificultad para respirar hasta estados de insuficiencia respiratoria, provocado por la bronco-

constricción grave, sin responder al manejo convencional, con una posibilidad de terminar en áreas críticas.

Del mismo modo, la hipoxemia produce el uso de los músculos accesorios que presentan respectivamente un deterioro del intercambio de gases y de la ventilación espontánea que no hay un intercambio a nivel alveolo capilar (Costa Carvalho, & otros, 2015).

Además, Felipe refiere que los pediátricos menores de 5 años son más susceptibles a producir hipoxemia, secundaria a disminución (por atelectasias, asma moderada) y a aumento de hiperinflación pulmonar; esto se asocia generalmente a hipocapnia y alcalosis respiratoria; la cual se ve relacionado con el desequilibrio ventilo perfusión pulmonar son procesos discontinuos. La primera depende de la intermitencia de los movimientos respiratorios y sin embargo, la cantidad y composición del gas alveolar contenido en la CRF amortigua estas oscilaciones y mantiene constante la transferencia de gases; aporta poca información sobre el intercambio gaseoso en el pulmón. Sin embargo, las relaciones locales son las que realmente determinan las presiones alveolares y sanguíneas de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> (Felipe, 2016).

En las intervenciones de enfermería en el preescolar ha observado que tales frecuencias varían de manera considerable entre la gente sana, los datos que se proporcionan en la tabla son muy confiables para evaluar las frecuencias respiratorias, como su profundidad y ampliación torácica (De Tejada, 2013).

Las respiraciones rápidas son comunes cuando las enfermedades afectan a los sistemas cardíaco y respiratoria y la Hiperventilación es un término empleado para designar respiraciones rápidas, prolongadas y profundas., al realizar observar respiraciones. Lo que importa aquí no es solo la frecuencia, sino también el esfuerzo, la pauta o patrón de la respiración y los sonidos (De Tejada, 2013).

El diagnóstico de enfermería se relaciona con los cambios de la membrana alveolo-capilar, ya que cumple un vital intercambio de gases y los alveolares que forman la primera línea de defensa que residen a nivel pulmonar o son respuesta a un estímulo inflamatorio (Gutiérrez, 2010).

La toma de muestra de gasometría arterial es un tipo de prueba médica que se realiza extrayendo sangre de una arteria para medir los gases (oxígeno y dióxido de carbono) contenidos en esa sangre y su Ph (acidez) (Newberry Lorene, 2007).

Al pedir la toma de imágenes Rx. Tórax. Al médico nos proporcionan imágenes de estructuras del interior del tórax y de su alrededor y son más útiles para identificar alteraciones en el corazón, el parénquima pulmonar, la pleura, la pared torácica, el diafragma, el mediastino y el hilio. Suelen ser la prueba inicial realizada para evaluar los pulmones (Lechtzin, 2014).

La oxigenoterapia de alto flujo en este caso la máscara de reservorio de no re inhalación y luego las mascara de Venturi, como tratamiento de las crisis asmáticas puede ser una terapia útil en las plantas de pediatría. Los pacientes con scores de gravedad más elevados y con mayor número de ingresos previos constituyen un subgrupo de pacientes de riesgo que se podrían beneficiar de esta modalidad de asistencia respiratoria, por lo que sugerimos una monitorización más estrecha desde el primer momento del ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (González, González S., & Toledo,2019).

Al pediátrico se administración de medicamento de aminofilina de acuerdo a indicación médica ya que en los niños puede ser apropiado a las exacerbaciones agudas graves como el asma, cual brinda respuesta al tratamiento maximizado (Mitra, Bassler, Lasserson, & Ducharme, 2005).

Además, se administra el tratamiento de sulfato de magnesio cual actúa como vasodilatador periférico, inhibidor de la receptación de catecolaminas, broncodilatador es la más utilizada en preescolar.

Asimismo, vigilar y valorar el patrón respiratorio (la frecuencia respiratoria, y los tiraje, ritmo y esfuerzo) del pediátrico a cada dos horas buscando indicios de insuficiencia respiratorio, ya que son los parámetros más sensibles y específicos del sistema respiratorio (Campbell & Cramer, 2013).

Finalizando el pediátrico se le debe de mantener el dispositivo bolsa mascarilla cerca del paciente durante las 4 horas ya que manteniendo más tiempo retienen el CO<sub>2</sub>, por lo que es necesario cambiar de modo a máscara de Venturi (Hospital Cayetano Heredia, 2018).

### **Limpieza ineficaz de las vías aéreas**

Se define que es la ineficacia para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para preservar las vías aéreas permeables (NANDA, 2017).

Limpieza ineficaz de vías aéreas es definida como la incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables; tanto como la inspiración o espiración en la que no proporciona una ventilación adecuada. (Pascual et al., 2012) viene hacer la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables (Rebollo, 2017).

Los pacientes pediátricos menores de 5 años son más susceptibles a presentar la hipersecreción y la bronca constricción (Lugo, Lascuzzo, & Agüero, 2006). En la infancia el Asma Bronquial es un padecimiento frecuente, ya que son causas de se puede demostrar un origen alérgico o híper-sensibilidad a diversas partículas proteicas inhaladas (Salud, 2011); que de acuerdo que nos manifiesta la OMS (2017) es el revestimiento de los bronquios se inflama,

lo que provoca un estrechamiento de las vías respiratorias y una disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Los síntomas recurrentes causan con frecuencia insomnio, fatiga diurna, una disminución de la actividad. Por lo tanto, la ausencia o tos inefectiva, presencia de tos en accesos, disnea, ruidos respiratorios como las sibilancias, estertores los famosos ruidos adventicios, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio (Kussmaul), cianosis, agitación, mucosas secas, taquipnea, excesiva cantidad de secreciones, dificultad para vocalizar, ya que se presenta agitación y el uso de los músculos accesorios (Salud, 2011).

En este caso, el diagnóstico se está relacionado con las secreciones respiratorias traqueales bronquiales son fluidos producidos por las glándulas de la mucosa respiratoria del árbol bronquial, por componentes activos que contribuyen a la eliminación y neutralización de microorganismos y partículas que se encuentran en suspensión en el aire inspirado a la vez que protegen a las vías respiratorias contra las variaciones extremas de humedad y temperatura ambiente (Gonzales, 2018).

También, la Limpieza ineficaz de las vías aéreas tiene como factor relacionado la retención de secreciones bronquiales, la decisión fundamentalmente los signos y síntomas de insuficiencia respiratoria que alteren los parámetros de intercambio gaseoso o de mecánica. de enfermería. Las secreciones de vías respiratorias bajas también se conocen como moco (Sibila, 2011).

Las intervenciones se realiza la auscultación que nos permitirá detectar sonidos de adventicios (sibilantes) cual indica la obstrucción de la vía aérea desde nasofaringe hasta los pulmones y la fase respiratoria ayuda para localizar el nivel de obstrucción: sibilantes inspiratorias sibilancias y *roncus* señalarían la presencia de afectación también bronquial. Ronquido: se debe preguntar sobre los síntomas respiratorios durante el sueño. Sin ronquido no

suele haber apnea obstructiva de sueño (Potter, 2015). La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) se ha demostrado como un tratamiento seguro y eficaz en la bronquiolitis y el asma en niños. La Administración se encuentra relativamente estandarizada, existen como pueden ser el flujo inicial idóneo de oxígeno (González, 2018).

La vibración son técnicas que tradicionalmente son más utilizadas con el fin de aumentar la limpieza de las secreciones de la vía aérea a través de la transmisión de una onda de energía aplicada y brinda la producción de una hiperresonancia de la caja torácica con el fin de aumentar la limpieza de las secreciones en el saco alveolar produciendo la tos y así efectividad de la secreción bronquial (Valencia & Marin, 2001).

Una nebulización con salbutamol un corticoide inhalatorio ya que es un procedimiento médico que consiste en la administración de un fármaco o alguna solución terapéutica mediante vaporización a través de las vías respiratorias., para la movilización de las secreciones bronquiales; de un gas que es oxígeno se crea un vapor que va ser inhalado por el paciente (Gerald & Bryan, 2013).

En nuestra profesión como enfermería se debe realizar frente a la patología del pediátrico consiste en efectivizar el lavado de manos y medidas de bioseguridad según protocolo dado por la Institución sobre el cuidado del paciente a través de los "5 momentos básicos de higiene de manos", y de igual manera hacer el uso de medidas de bioseguridad para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y disminuir enfermedades cruzadas evitando la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria (Castañeda, Narváez, Hernández & Orozco, 2016); (Organización Mundial De La Salud, 2010).

Por otro lado, a valorar la permeabilidad de las vías aéreas a través de la auscultación de ambos campos pulmonares en busca de ruidos adventicios nos va permitiendo a tener una

interpretación más precisa respecto dónde se producen los ruidos pulmonares no contemplados dentro de lo normal (Díaz & Gallego, 2005).

### **Hipertermia**

Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal (Martin & Sánchez, 2011).

La fiebre en los pediátricos se puede ser como el aumento de la temperatura corporal por encima de los valores normales, es decir, de los 37,5 °C (Tobon, 2015).

Por lo tanto, es una respuesta adaptiva, como parte de la reacción de fase aguda de la respuesta inflamatoria que implica una compleja coordinación de fenómenos autonómicos, neuroendocrinos y conductuales que se manifiesta con irritabilidad y taquicardia (Cordova, 2015).

Cabe mencionar que la hipertermia se considera como el aumento de la temperatura corporal, condicionado por el centro termorregulador el hipotálamo. Independientemente de los factores etiológicos, se sobrepasa la capacidad de los mecanismos fisiológicos de regulación de la temperatura de producción y reducción del calor secundaria a una patología presente previamente (Armas, 2017), también como parte de la reacción de fase aguda ante una respuesta inflamatoria en el organismo humano a través de pirógenos endógenos; se incluye como la fiebre que intenta atacar la cual almacenan cierta información ante futuros ataques (Aiaras & Escobar, 2015).

En pediátrico se ve relacionado con la hipertermia que presentan por el aumento de la tasa metabólica, proceso infeccioso por procesos virales o infección, deshidratación, efecto secundario de medicamentos por la piel caliente (Salud, 2011).

Las intervenciones es el control de temperatura lo cual nos permitirá a mantener en normo termia o evitar una situación e hipertermia ya que la fiebre produce vasodilatación y aumento de flujo por aumento de gasto de oxígeno (Dela torre, 2000).

Así mismo, nos refiere que la infección del tracto respiratorio presenta distintas expresiones clínicas como la fiebre siendo una respuesta del organismo frente a una infección creando una temperatura corporal propicia para el desarrollo de anticuerpos (Engelhart 2013).

La fiebre es signo común en la unidad de cuidados intensivos que involucra en descubrir su origen; ya sea infeccioso o no siendo uno de los problemas principales que se afronta la enfermera en la UCI pediátrica que proporcionara bienestar para conseguir frenar su progresión (Hospital Cayetano 2018).

En las intervenciones en primera instancia al pediátrico se le administrar antipirético metamizol, Pirazolona 500mg ev, con efecto antipiréticos (Vademecum, 2010) a indicación médica; la administración de antipiréticos se administra si tienen fiebre, sobre todo los niños. El aumento de temperatura corporal hasta 38 grados se llama febrícula, y no es una fiebre peligrosa que haya que disminuirla con medicación (Antipiretico, 2018).

Control de signos vitales: Durante la hipertermia aumenta la frecuencia cardiaca (FC) por una respuesta a la disminución de la presión arterial que se produce como consecuencia de la vasodilatación periférica y como consecuencia del aumento del metabolismo La frecuencia y la profundidad respiratoria se elevan con el objeto de incrementar las pérdidas de calor por la transpiración (Potter & Brunner, 2015).

Descobijar o aligerar cubiertas al paciente favorecer la pérdida de calor por convección. administre líquidos orales frecuentemente diaforesis y la pérdida excesiva de líquidos por el aumento de la transpiración y taquipnea incrementan la cantidad de líquido eliminado por el

cuerpo, que requieren ser Y durante la hipertermia aumenta la producción de productos de desecho por lo que es necesario eliminación (Potter & Brunner, 2015).

Asimismo, mantener con hidratación endovenosa continua (Dextrosa 5% más agregados) a 70 cc/hora según indicación. Pues, por cada décima de temperatura que sobrepase los 37°C la pérdida de líquidos debido a la sudoración es de 0,6 cc, en una diaforesis leve el total de líquidos perdidos es de 100 cc/hora en consecuencia es importante su reposición hídrica más aun por ser un paciente crítico, para evitar sus pérdidas insensibles por la termorregulación (Martínez, 2015).

Nos menciona Potter y Brunner, que observar y registrar es un proveniente y de base legal la importancia de registrar en la historia clínica si hay signos y síntomas de hipertermia y/o cualquier otro procedimiento del pediátrico (Potter & Brunner, 2015).

### **Ansiedad**

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífica con o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza (Martin & Sanchez, 2011).

La valoración de enfermería se realizar de forma individualizada de forma que se ajuste a su nivel de ansiedad y circunstancias podemos resumirlas en (Forniés, 2001).

Identificar el nivel de estrés según la clasificación anterior. Debemos de pedir al paciente que identifique las causas que le producen la ansiedad, descartando posibles causas médicas. Valorar el afrontamiento de la ansiedad que hace nuestro paciente, saber que herramientas utiliza nuestro paciente para resolver la ansiedad y el grado de adaptación que tiene nuestro ante dichas situaciones que se presenta (Fuentes & Barragan,2016).

La ansiedad se refiere que es una emoción manifestada por una complicada situación, una sensación vaga e intranquilizadora, que se manifiesta a través de una tensión emocional. En general; la ansiedad engloba que las distintas combinaciones distintas; manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo llevar al pánico (Díaz del Peral, Aragón, Aranda & Bellón ,2013).

El pediátrico en estudio presenta un cambio de rápido de carácter de acuerdo al estado de salud de manera imprevista por el cuadro de la patología de estudio, no solo el pediátrico si no también la ansiedad de la madre que se ve reflejada por la preocupación de la estancia hospitalaria según (Potter & Brunner, 2015).

Cabe mencionar en las intervenciones enfermeras, en las personas que están experimentando una crisis de ansiedad, estará dirigido a hacer la ansiedad más tolerable, aumentar la seguridad y conseguir que la respiración torne a niveles aceptables. Dado que son situaciones puntuales pero que generan un gran sufrimiento y tienen tendencia a la repetición, es recomendable su atención por los equipos de salud de la atención especializada, por tal de incluir intervenciones terapéuticas que prevengan. La atención de enfermería se centrará en ayudar a describir e identificar los pensamientos, acciones y sentimientos que experimentan ante situaciones temidas, los factores estresantes que precipitan estas situaciones y los recursos de que disponen para afrontarlos, explorando estrategias de afrontamiento utilizados en el pasado para neutralizarlos o contrarrestarlos (Potter & Brunner,2015).

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarle. Este esfuerzo se efectúa no sólo emocionalmente, sino, también semiológicamente.

Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social de la familia (Potter & Brunner, 2015).

Así mismo, al brindar apoyo que requieren los pacientes, debe contar con conocimientos científicos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas; biológica, social y psicológica. Esta última abarca el apoyo emocional que “comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra”, por consiguiente, la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder atender y brindar esta necesidad, que el individuo demanda día con día (Martinez,2009).

Por último, mantener informado a mama sobre lo que está sucediendo durante la estancia hospitalaria; se proporciona de un servicio de salud para contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación con el equipo de salud y la familia, que por lo tanto, se manifestara la baja del estrés de la familia (Angel, 2009).

#### Riesgo de infección

El diagnóstico Riesgo de Infección nos manifiesta la realidad brasileña, que también es bastante discutido, principalmente cuando los estudiantes aprenden los procedimientos de enfermería que necesitan de atención en la antisepsia y asepsia, como sondaje vesical, por ejemplo, durante a disciplina de Semiología y Semiotecnia (Brandão & Venício, 2011).

Realizar procedimientos con control de infecciones con el entorno son precauciones adoptadas en atención sanitaria para evitar la propagación de enfermedades asociadas a infecciones por dispositivos invasivos, encontrándose relación directa con el torrente sanguíneo (Garay 2015).

La infección del tracto respiratorio superior causa un aumento del tamaño de los ganglios linfáticos cervicales. Si una infección es grave y se extiende, todos los ganglios linfáticos

importantes pueden aumentar. A veces, las infecciones sistémicas se desarrollan después de que un tratamiento de una infección localizada ha fallado. La enfermera debe estar alerta a los cambios en el nivel de actividad y capacidad de respuesta del paciente. A medida que las infecciones sistémicas se desarrollan, la elevación de la temperatura corporal puede conducir a episodios de aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria (Potter & Brunner, 2015).

El profesional de enfermería debe mantener la prevención de complicaciones en el paciente, por tal motivo se ha considerado IV lugar al riesgo de infección por procedimiento invasivos para ser solucionado (Magallanes, 2011).

El lavado de manos. La higiene de manos es la medida de prevención más eficaz y la más olvidada para evitar la transmisión de microorganismos, que es la meticulosa medida de reducir el recuento de bacterias en las manos (Larson, 2005).

La paciente puede fácilmente entrar en contacto con organismos en el entorno, que pueden causar infección; el uso meticuloso de la asepsia médica y quirúrgica es necesario para evitar la transmisión de microorganismos que pueden ser infecciosos. Describir las formas de manipular la cama, la habitación y otras instalaciones de la casa para evitar lesiones adicionales o contener posible contaminación cruzada (Potter & Brunner, 2015).

Consiste en la canalización de una vena con una cánula corta o palomita para acceder al árbol vascular del paciente, con la finalidad de poder aplicar un tratamiento endovenoso poco agresivo y de corta duración. Complicaciones Extravasación: produce tumefacción, dolor, edema y se define como la salida del líquido per fundido hacia los tejidos periféricos de la vena canalizada. Flebitis: Inflamación de la vena, con dolor, rubor y tumefacción de la zona canalizada (Potter & Brunner, 2015).

Por otro lado, la presencia de procedimientos invasivos promueve el riesgo para el desarrollo de infecciones durante los procesos de atención en salud, se relaciona directamente con el modo de transmisión de los agentes infecciosos, el tipo de cuidado y las condiciones inmunológicas del paciente. se ha demostrado que la atención en salud, puede influir en el riesgo de infección, como la presencia de dispositivos invasivos, permanencia en servicios de cuidado crítico, terapia inmunosupresora, y estancia hospitalaria prolongada (Carmona., Herrero, Martínez & Marín,2006).

Además, en observar si presenta signos y síntomas asociados a infección local o sistémica La piel es la primera barrera protectora del cuerpo compuesta por epidermis, dermis e hipodermis; de coloración rosada brillante, y turgencia marcada, con temperatura entre 36. A 36.5 C° algún cambio en estas características indicaría algún riesgo para la salud, como una infección (López, 2013).

Educar a la familia de forma entendible sobre el tratamiento de su niña y la aplicación de medidas preventivas para el control de infección. La educación nos permitirá disminuir el riesgo de infección, ya que podrán en práctica las técnicas enseñadas en la manipulación del paciente (Potter & Brunner,2015).

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendió al paciente L.Y.Y.V.G en la unidad de cuidados intensivos pediátricos intermedios durante 3 días consecutivos, cuya valoración inicio el 26 de septiembre y finalizó la atención el 28 de setiembre del 2018.

El primer día fue 26/09/18, en el turno de mañana; el 2do. 27/09/18 mañana y tarde y el 3er día 28/09/18 noche; donde se encontró: el 1er día tuvo 10 diagnósticos, el 2do día 7 diagnósticos y el 3er día fueron 5 diagnósticos identificado por presentar una situación clínicamente cambiante.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer diagnóstico.**

Deterioro del intercambio de gases

Objetivo parcialmente alcanzado: Pediátrica mejoro el intercambio de gases de forma parcial al demostrar los valores de AGA dentro de los parámetros normales y una frecuencia respiratoria 40por minuto con saturación de 92%.

##### **Segundo diagnóstico.**

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo alcanzado (OPA): la pediátrica logra mantener limpieza eficaz de las vías aéreas tener las vías aéreas al presentar disminución evidente de ruidos adventicios como los sibilantes espiratorios, pero a su auscultación presenta sibilantes espiratorio en bases de ambos campos pulmonares y una frecuencia respiratoria de 36 por minuto.

**Tercer diagnóstico.**

Hipertermia

Objetivo alcanzado: la pediátrica presentó normotermia al disminuir la temperatura corporal alcanzado con temperatura axilar de 36.5 C°, piel fría, con frecuencia cardiaca de 100 por minuto.

**Cuarto diagnóstico**

Ansiedad

Objetivo alcanzado: la madre del paciente disminuyó su estado ansioso al referir “estamos más tranquilos y notó la mejoría de mi hija con los días”.

**Quinto diagnóstico**

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado: la paciente disminuyó el riesgo de infección y evitó presentar signos y síntomas de infección que en el uso del catéter periférico y se evidenciaron la ausencia de proceso infeccioso durante estancia hospitalaria.

**Conclusiones**

El proceso de atención de enfermería ejecutó las actividades propuestas en el plan de cuidados de manera holística; donde se cubrió las necesidades del paciente a través de cuidados individualizados y enfocadas por el cuidar y cuidado; es decir, a través de actividades de enfermería de manera segura y eficaz para así alcanzar la mejoría del pediátrico frente a su estado crítico que presento según la valoración.

Se identificaron cinco diagnósticos de enfermería prioritarios, donde los objetivos propuestos, se lograron alcanzar casi en su totalidad; desde el primer, tercero hasta el quinto diagnóstico; menos el segundo diagnóstico que fue parcialmente alcanzado; siendo el 90% de

los objetivos planteados fueron alcanzados y solo 10% fue parcialmente alcanzado fue el segundo diagnóstico , debido al estado del paciente por estar aún con apoyo de oxígeno y presentaba aun los sibilantes inspiratorios y saturación de 92%.

## Bibliografía

- antipiretico*. (2018). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Verificabilidad>
- AD Mitra, A., Bassler, •. D., k, W., Lasserson, T. J., & Ducharme, F. M. (2005). *Aminofilina intravenosa para el asma grave aguda en niños mayores de dos años que usan broncodilatadores inhalados*. Obtenido de [www.cochranelibray.com](http://www.cochranelibray.com)
- Aguilar Cordero, S. L. (2014). cortisol salival como indicador de estres fisiologico en niños . *nutricion hospitalria*.
- Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrologia al dia*, 163-180.
- Angel, G. M. (2009). la informacion al paciente como pieza clave de la calidad Asistencial. *articulo especial*, 6.
- ANTONIO, P. R. (2017). Pacientes Pediátricos Hospitalizados En Ucip Del Hospital Roberto Gilbert Elizalde En El Periodo Enero De 2013 A DICIEMBRE DE 2015. 2017.
- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirurgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugia* (Octava ed., págs. 79-97). Mexico: Interamericana.
- Benito Martin, M., & Blanco Sanchez, S. (2011). Planes de cudiados de Enfermeria en Atencion . En *Planes De Cudiados De Enfermeria En Atencion* (Págs. 17-240). Merida.
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermeria* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Brandão de Carvalho Lira, A. L., & Venícios de Oliveira Lopes, M. (2011). Diagnóstico de enfermería: estrategia educativa fundamentada en el aprendizaje basado en problemas1. *Latino-Am. Enfermagem*.

- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Cordova ida, H. t. (2015). *Manual de urgencias pedaitrica*. santiago de Chile.
- Costa Carvalho, M., Viviane, M. d., Rafaela, D. O., Bruno, R. C., Beatriz, A. B., & Venicios de -  
olivera Lopes, M. (2015). Adecuacion de las características definitorias en los diagnosticos  
de deterioro del intercambio gaseoso y de la ventilacion espontanea en niños asmaticos.  
*Enfermería Clinica*, 296-304.
- Cruz, C., & Estecha, A. (2005). *Shock septico*. Malaga.
- De Tejada, G. (2013). *clases de fundamento de enfermería*. Obtenido de  
<http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com>
- Dela torre, A. E. (2000). *manual de cuidados intensivos para enfermería*.
- Doengen, M., & Moorhuoose, M. (2014). *Proceso y diagnostico enfermería:aplicacion . manual  
moderno*.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermería*. Mexico: Mc Graw  
Hill Interamericana.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Obtenido de [www.reeme.arizona.edu](http://www.reeme.arizona.edu)
- Estrella, J. d., Tornero, A., & Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria. En *Tratado de geriatría  
para residentes* (págs. 363-370).
- Engelhart (2003) *Vigilancia de infecciones nosocomiales y fiebre de origen desconocido en  
pacientes adultos de hematología-oncología*. Vol. 24, Obtenido  
de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026148>.
- Fanta, C. (2009). *medicina General. intra med*.
- Felipe, V. (2016). estado Asmatico en Pediatria. *Neumologia Pediatrico*, 155-161.

- FelipeGonzálezMartínez\*, M.~. (2018). tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo en las crisis asmatica en la planta hospitalaria de pediatria. *Asociacion Española de Pediatria*.
- Fernandez, J. (2009). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.
- Fuentes, & M. M. Barragan, *Intervencion En Contexto Clinico Y De La Salud* (Págs. 1-460). San Salvador: Asunivep.
- Gerald, J. t., & Bryan, D. (2013). *lo fundamental de enfermeria*. Obtenido de ed. medica panamerica : lofundamentaldeenfermeria
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., & Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermeria intensiva*, 74-82.
- González Martínez, F., González Sánchez, M. I., & Blanca Toledo del Castillo, J. P. (2019). Tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo en las crisis asmáticas en la planta de hospitalización de pedaitria :nuestra experiencia. *Anales de pediatria*, 72-78.
- Guillermo, P. (s.f). *gaseometria*. Obtenido de gaseometria: [www.gaseometria.com](http://www.gaseometria.com)
- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 286-297.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Heredia, h. C. (2018). *resolucion del hospital Cayetano Heredia* . Obtenido de <http://www.hospitalcayetano.gob.pe>
- Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la practica de enfermeria* (Tercera ed.). Mexico: Mc Hill Interamericana.
- Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos aires: Panamericana.
- Kotcher, J., & Ness, E. (2009). *Instrumentacion quirurgica: teorias, tecnicas y procedimiento*. Barcelona: Panamericana.

- lechtzin Noah. (2014). manual MSD version para profesionales. En lechtzin Noah, *manual MSD version para profesionales*.
- Ledesma Perez, M. d. (2004). Fundamentos de Enfermería. En M. d. Ledesma Perez, *Fundamentos de Enfermería* (pág. 103). Mexico.
- López, P. (2013). “*Manejo de enfermedades infecciosas en pediatría*”. Asociación Colombiana de Infectología: 57–60. Colombia. Obtenido de: [http://www.med-informatica.com/TERAPEUTICA-STAR/ConsensoACI\\_ManejoEnfermedadesInfecciosasPediatría\\_PLLrevInfectioV2No14.pdf](http://www.med-informatica.com/TERAPEUTICA-STAR/ConsensoACI_ManejoEnfermedadesInfecciosasPediatría_PLLrevInfectioV2No14.pdf)
- Llobet, R. (2008). *manuel medico quirurgico*. España: mosby.
- Magallanes Magallanes, C. S. (2011). *monografias*. Obtenido de <https://www.monografias.com/trabajos100/proceso-atencion-de-enfermeria>
- Malgor, L., & Valsecia, M. (2005). *Farmacologia medica*. Buenos aires: Catedras.
- Martinez Garduño, G. M. (2009). apoyo emocional :conceptualizacion y actuacion de enfermeria , una mirada desde la perspectiva del alumno. *enfermeria universitaria*.
- Martinez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- Martínez, A. (2015). *Intercambio pulmonar de gases*. Santa Lucía, Cartagena
- Mazzei, J. A. (2019). glosario de novedades bibliograficas. *fundacion argentina*.
- Muñoz, A., Garcia, C., & Lopez, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- NANDA. (2015). *diagnostico de enfermeria internacional*.
- Nanda-2015. (2015). *Mundo enfermero*. Obtenido de mundo enfermero: <https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=92>
- Newberry Lorene, C. L. (2007). Sheehy’s Manual of Emergency care. En C. L. Newberry Lorene, *Sheehy’s Manual Of Emergency Care*. España: Version 6 .

- OMS. (2017). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
- Pagana, K. (2008). *Guia de pruebas diagnosticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.
- Pascoal, L. M. (2015). deterioro del intercambio gaseoso. *revista latino.Am.Enfermager*.
- Pascoal, L. M. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda<sup>1</sup>. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (23) 491-499.
- Pediamecum. (2015). *pediamecum*. Obtenido de <http://pediamecum.es>
- Petter, O. R. (2010). *Fundamentos de enfermeria*.
- Potter, B. (2015). fundamentos de enfermeria. En B. Potter, *Fundamentos de enfermeria*. Elseiver.
- Ramiro, M., Halabe, J., & Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clinica*. Santiago : Medichi.
- Rodes, J., Carné, X., & Trilla, A. (2002). *Manual de terapeutica medica*. Madrid: Elsevier.
- salud, G. d. (7 de marzo de 2011). colegio Mexicano de Pediatria Especialista en inmologia clinicay alergia . *PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA*. mexico, mexico: comite de asma.
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., & Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirurgica. *Archivo Medico de Camagüey*, XV(2), 235-247.
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina critica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.
- Sibila, O (2011). Corticoides en la neumonía: argumentos a favor. *Archivos de Bronconeumología*, vol. 47, nº 5, pp. 222–23
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermeria medico- quirurgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.

TOBON, E. (2015). La fiebre en el niño: mirada reflexiva de cuidados. *revista de revision*.

Vademecum. (2010). *vidal vademecum. vademecum*.

Sibila, O (2011). Corticoides en la neumonía: argumentos a favor. *Archivos de Bronconeumología*, vol. 47, nº 5, pp. 222–23

Valencia, E., & Marin, P. (2001). terapia respiratoria en pacientes críticamente enfermos. *Colombiana Anestesiología volumen 29 numero 4*.

Witter, B. (2000). *Tratado den enfermeria practica*. Mexico: Interamericana.

Zafra, A. (2016). semiología respiratoria. *perdiatria integral*.

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

#### DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: ..... Edad: .....Sexo: F ( ) M ( )

Historia Clínica: ..... N° .....\_ DNI N° ..... Teléfono:.....

Procedencia: Admisión ( ) Emergencia (x) Consultorios Externos ( ) Otros:

Peso:.... Talla :..... PA: ..... FC: .....FR: .....T°: .....

Fuente de Información: Madre: ( ) Padre: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Motivo de Ingreso:

Fecha de Ingreso: .....Fecha de Valoración:.....Grado de Dependencia: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )

#### 1.- PATRON PERCEPCION - CONTROL DE LA SALUD

##### Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

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

Otros: LEUCEMIA LINFATICA AGUDA

**RAM y Otras Reacciones:** Polvo ( ) Medicamentos (X) ASPARAGINASA

Alimentos ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**Estilos de Vida/Hábitos:** Hace Deporte ( )

Consumos de Agua Pura ( ) Comida Chatarra ( )

LME( ) LM ( ) Formula ( )

##### Factores de Riesgo:

Peso: Normal ( ) bajo ( ) sobrepeso ( ) DN ( )

Vacunas Completas: Si ( ) No ( )

Hospitalizaciones Previas: Si ( ) No ( )

Descripción:

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si ( ) No ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

Problema de Alcoholismo: Si ( ) No ( )

Problemas de Drogadicción: Si ( ) No ( )

Pandillaje: Si ( ) No ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

#### 2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

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

Reticulado ( ) Observaciones: RUBICUNDEZ

**Termorregulación:** Temperatura: 40 C

Hipertermia ( ) Normotermia ( ) Hipotermia ( )

##### Hidratación de piel y mucosas :

Húmeda/ turgente ( ) seca ( )

**Higiene:** Buena ( ) regular ( ) mala ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

##### Secreciones de Vía aérea:

Normal ( ) Aumentado ( ) Fluidas ( ) densas ( )

Color:

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

Cuanto Perdió:

**Apetito:** Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )

Disminuido ( ) Nausea ( ) Vómitos ( ) # de vomitos:0

Características: \_\_\_\_\_

Dificultad para Deglutir: Si ( ) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

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

Especificar Zona: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Abdomen:** Blando depresible ( ) Globuloso depresible ( )

Tenso doloroso ( ) Timpanico ( ) Distendido ( )

**Ruidos Hidroaereos:** Normales ( ) aumentados ( ) disminuidos ( ) Ausentes ( )

**Fontanelas:** Normotensa ( ) Abombada ( ) Deprimida ( )

**Cabello:** Normal ( ) Rojizo ( ) Amarillo ( )

Ralo ( ) Quebradizo ( )

**Mucosas Orales:** Intacta ( ) Lesiones ( ) Observaciones: PRESENTA TUBO

ENDOTRAQUEAL POR VENTILACION ARTIFICIAL

##### Características:

Grumosa ( ) acuosa ( ) semiacuosa ( )

Melena ( ) disentérica ( ) acolia ( )

**Ostomías:** Ileostomía ( ) Colostomía ( ) Traqueostomía ( ) yeyunostomía ( ) duodenostomía ( )

**Residuo gástrico:** Si ( ) No ( )

**Características:** \_\_\_\_\_

**Drenajes:** SDVExt ( ) SDVP ( ) Tubular ( ) Penrose ( )

Toraxico ( ) Hemovac ( )

**Drenaje:** Adecuado ( ) Disminuido ( ) No drena ( )

**Características:** cristal de roca ( ) Xantocrómico ( ) Hemorrágico ( ) Serohemático ( )

Seroso ( ) Purulento ( )

**Funcionalidad:** Oscilante ( ) Depresible ( ) Tenso ( )

**Herida Operatoria:** Si ( ) No ( ) Ubicación: \_\_\_\_\_ Características:

Apósitos y Gasas: Secos ( ) Húmedos ( )

Serosos ( ) Hemáticos ( ) Serohemáticos ( )

##### Características de pulso periférico:

**debil ( ) Sin pulso ( ) normal ( )**

Normales ( ) filiformes ( ) saltones ( ) **debil ( )**

**Sin pulso ( )**

**Llenado Capilar:** < 2" ( ) retardo > 2" ( )

##### Perfusión Tisular Cerebral:

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

##### CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:

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

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

ACTIVIDADES			
Movilización en cama			

**Alimentación:**  
 NPO ( ) Enteral: deglución directa ( ) infusión : STP ( ) Bolos: SNG ( ) SOG (X) SGT ( ) SNY ( ) CVP ( )  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Tolerancia Enteral : Adecuada ( )  
**Inadecuada( )**  
 Náuseas ( ) vómitos ( ) RG( )  
 Parenteral: NPP ( ) NPT ( )  
**Abdomen:** B/D ( ) Distendido (X) Timpánico ( ) Doloroso ( )  
 Comentarios: \_\_\_\_\_  
**Ruidos hidroaereos:** normales ( ) aumentados ( ) disminuidos ( ) ausentes ( )  
**Integridad de la piel y mucosa :** intacta ( ) lesiones: eritema ( ) ulcera ( ) necrosis ( ) Lugar: \_\_\_\_\_  
 Edema : Presente ( ) ausente ( ) Lugar: \_\_\_\_\_  
**Herida Operatoria:** Si ( ) No ( ) Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Características: \_\_\_\_\_  
 Apósitos y Gasas: Secos ( ) Húmedos ( ) Serosos ( ) Hemáticos ( )  
 Serohemáticos ( ) Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Drenaje: Si ( ) No ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Características de las Secreciones: \_\_\_\_\_  
**Termorregulación :**  
 Normotermia ( ) hipotermia ( ) hipertermia ( )

**3.- PATRÓN ELIMINACIÓN**

**Diuresis:** Espontanea ( ) incontinencia ( )  
**Flujo Urinario :** Normal ( ) Oliguria ( ) Anuria ( ) Poliurea ( ) Espontanea ( )  
**Características de la orina :** Amarillo ámbar ( ) hematúrica ( ) colúrica ( ) Clara ( )  
**Uso de dispositivos:** Sonda Foley ( )  
**Catéter vesical ( ):** Intermitente ( ) permanente ( )  
**Intestinal:** Nº Deposiciones/Día 1  
 Características: color \_\_\_\_\_  
**Evacuación intestinal :** Normal ( ) estreñido ( ) diarrea ( ) Deposiciones

**4.- PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO**

**ACTIVIDAD RESPIRATORIA**  
**Ventilación /oxigenación :** Espontanea ( ) Asistida ( ) Especificar :  
**Simetría torácica:** Simétrico ( ) asimétrico ( )  
**Murmulo vesicular:** ACP ( ) HTI ( ) HTD ( )  
**Esfuerzo Respiratorio:**  
**Aleteo nasal:** ( ) **Retracciones:** ( )  
**Cabeceo:** ( ) **Disociación toraco abdominal:** ( )  
**Periodos de apnea:** ( ) **Llanto débil:** ( )  
**Ruidos agregados :** Ninguno ( ) roncales ( )  
**Tos metálica ( ) quejidos ( ) Estertor (grueso transmitido ( )**  
**Uso de músculos respiratorios:**  
 Ninguna ( ) intercostales ( ) subcostales ( )  
 supraclaviculares ( ) subxifoidales ( )  
**Expansión y movimientos del aire:** Normal: ( ) Reducido: ( ) Desigual: ( )  
 ) prolongada: ( )  
**Características del patrón respiratorio:**  
**Frecuencia :** Eupnea ( ) braquipnea ( ) taquipnea ( )  
**Ritmo :** Regular ( ) irregular ( )  
**Profundidad:** Normal ( ) superficial ( ) profunda ( )  
**Drenaje Torácico:** Si ( ) No ( ) Oscila Si ( ) No ( )  
 Comentarios: \_\_\_\_\_  
**Actividad Circulatoria:**  
**Ritmo cardiaco :** Regular ( ) irregular ( )  
**taquicardia ( ) bradicardia ( ) normal ( )**

Deambular				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

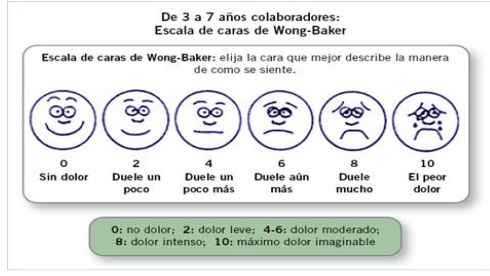
**Fuerza Muscular:** Conservada ( ) Disminuida ( )  
**Movilidad de Miembros:** Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )  
 Comentarios: BAJO EFECTOS DE PSEDOANALGESIA  
**Movilidad:** Flacidez ( ) Paresia ( ) Plejía ( ) Tonía ( )  
 Malformación Oral: Si ( ) No ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**Escala de Glasgow: Pre- Escolar**

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáne o 4	Orientado 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confuso 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapropia do 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Sonido inespec. 2	Decorticació n 3
	Ninguno 1	Descerebrac ión 2
		Ninguno 1

**Puntaje Total:**  
**Alteración Sensorial:** Visuales ( ) Auditivas ( ) Lenguaje ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;



Escala Ramsay:

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

Pulso: presente ( ) ausente ( )

LABORATORIOS:

HMGA

AGA

Sueño: conservado ( ) Alterado: ( ) Por enfermedad ( )

Por terapéutica ( ) Motivo: PSEDOANALGESIA

**6.-PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO**

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

Confuso ( ) Irritable ( ) Estupor ( ) Comatoso ( ) Comentarios: \_\_\_\_\_

Signos meningeos: rigidez de nuca ( ) babinski ( )

Tono muscular :

Conservada ( ) hipotónico ( ) hipertónico ( )

Fontanela: deprimida ( ) Abombada ( )

Convulsión: Si ( ) No (X) observación.....

Pupilas: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reactivas ( ) No Reactivas ( )

Fotoreactivas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( ) Tamaño: 3-4.5 mm ( )

<3 mm ( ) >4.5 mm ( ) Comentarios: \_\_\_\_\_

**Escala de Glasgow: Lactante**

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

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

**7.- PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS**

Tranquilo ( ) Ansioso ( ) Irritable ( ) Negativo ( ) Indiferente ( )

Temeroso ( ) Intranquilo ( ) Agresivo ( )

Llanto Persistente: Si ( ) No ( ) Comentarios: \_\_\_\_\_

Relación con los padres : Afectiva ( ) Indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( ) NE ( )

Relación con el personal : Afectiva ( ) Indiferente ( ) temeroso ( )

**8.-PATRON RELACIONES-ROL**

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

Vive con los padres (solo al ingreso) Si ( ) No ( )

• Ocupacion y hora de trabajo de los padres (solo al ingreso) .....  
 Recibe Visitas: Si ( ) No ( ) Comentarios: \_\_\_\_\_

• Relaciones :Con los padres: Afectivo ( ) indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( ) NE.....

Con el personal : Afectivo ( ) indiferente ( ) temeroso ( ) Hostil ( ) NE  
 PSEDOANALGESIA

**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.	

**11.- PATRON VALORES-CREENCIAS**

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:

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

Restricción Religiosa: \_\_\_\_\_

Religión de los Padres: Católico ( ) Evangélico ( )

Adventista ( ) Testigos de Jehová ( ) Otros: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

JOHANA AMELYN CASTRO MANRIQUE

CEP:56573

FECHA:25/9/18

Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ( )	
Familia Nuclear: Si ( ) No ( ) Familia Ampliada Si ( ) No ( ) Padres	
<b>9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b>	
Secreciones Anormales en Genitales: Si ( ) No ( )	
Especifique: _____	
Otras Molestias: _____	
Observaciones: _____	
Problemas de Identidad: _____	
Cambios Físicos: _____	

## Apéndice B: Consentimiento informado

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

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado respecto al trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería” y su objetivo. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Johana Amelyn Castro Manrique, bajo la asesoría de la MG. Mary Luz Solórzano Aparicio. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

---

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha:

---



---

Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### *Escala de dependencia*

Nivel	1	2	3
Movilización en cama			x
Deambulaci3n			x
Ir al ba1o/ba1arse			x
Tomar alimentos			x
Vestirse			x

Resultado : Dependiente –dependiente – dependiente

### ESCALA VISUAL ANAL3GICA (EVA) PARA LA MEDICI3N DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

