

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico médico
tos ferina de la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alberto**

Barton Thompson, 2018

Por:

Hayde Gallardo Ocón

Asesora:

Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Lima, diciembre de 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, 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 académico titulado: “*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con meningoencefalitis del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018*” constituye la memoria que presenta la licenciada: LANDEO ESTEBAN YUDIT EVERLIDA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintidós días del mes de noviembre de 2018.



Mg. Delia León Castro

“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con meningocefalitis del servicio
de Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018”

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Cuidados
Intensivos pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretaria



Mg. Delia Luz León Castro

Asesor

Lima, 22 de noviembre de 2018

Índice

Resumen.....	vii
Capítulo I.....	8
Valoración.....	8
Valoración según patrones funcionales.....	16
Diagnósticos de enfermería.....	20
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	23
Planes de cuidados.....	23
Ejecución.....	32
Evaluación.....	36
Capítulo II.....	39
Marco teórico.....	39
Revisión de la literatura.....	44
Modelo teórico.....	52
Capítulo III.....	55
Material y método.....	55
Capítulo IV.....	57
Análisis de diagnóstico.....	57
Discusión.....	60
Capítulo V.....	62
Conclusiones y recomendaciones.....	62
Referencias.....	65
Anexos.....	72

Índice de tablas

Tabla N° 1: Funciones vitales.....	10
Tabla N° 2: Control de diuresis.....	11
Tabla N° 3: Valores normales de AGA en lactantes.....	15
Tabla N°4: Interpretación de la gasometría arterial anormal.....	16

Símbolos más usados

AREG	Aparente regular estado general
ACP	Ambos campos pulmonares
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
CBN	Cánula binasal
MV	Murmullo vesicular
MII	Miembro inferior izquierdo
DEXT	Dextrosa
CLNA	Cloruro de sodio
CLK	Cloruro de potasio
FM	Fórmula maternizada
PAE	Proceso de atención de enfermería
LME	Lactancia materna exclusiva

Resumen

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método científico utilizado por la enfermera, se aplica a la práctica diaria, brindando así un cuidado humanizado y continuo. Requiere capacidades técnicas y cognoscitivas para satisfacer las necesidades del paciente y familia. El objetivo del presente trabajo fue aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente con diagnóstico médico tos ferina de la unidad de Cuidados Intensivos. La metodología fue a través de la aplicación del Proceso de atención de enfermería, para la valoración se utilizó la guía por patrones funcionales de Maryori Gondon, luego se planteó un plan de cuidados que permitió priorizar las intervenciones de acuerdo a los diagnósticos de enfermería de la taxonomía de NANDA. Finalmente se procedió a evaluar los objetivos del plan de cuidados lo que fueron alcanzados en su mayoría. Se concluye que el proceso de atención de enfermería se realizó en sus cinco etapas lo que permitió la mejoría del paciente y el enriquecimiento sobre el tema para la investigadora

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, tos ferina.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

1. Valoración

Datos generales

Nombres y apellidos:	LFNS
Fecha de nacimiento:	19 de setiembre del 2017
Edad:	1 mes 2 días
Sexo:	masculino
Historia Clínica:	365441
N° de cama:	UCI 12
DNI:	90411360
Teléfono:	4250768
Peso:	3,245 kg.
Talla:	50cm.
Perímetro cefálico:	37cm.

Resumen del motivo de ingreso

Paciente lactante menor de 1 mes 2 días, ingresa al servicio de UCI proveniente de emergencia por presentar dificultad respiratoria confirmándose tos ferina, paciente se encuentra saturando 90% – 91%. En regular estado general, buena coloración de piel, cabeza normocéfalo, pupilas isocóricas, fotoreactivas a la luz, fosas nasales con secreción blanquecina, mucosa oral hidratada sin aftas, con buena perfusión periférica, pulso braquial y femoral palpables, a la auscultación murmullo vesicular en ambos

campos pulmonares con roncales y leves sibilantes, abdomen ligeramente abalonado, micción espontánea y movilidad normal de miembros inferiores.

T°= 36.2 °c FC= 100x FR= 42x PA= 90/50 PAM= 63

Inmediatamente se realiza nebulizaciones de rescate y se brinda apoyo ventilatorio con cánula binasal a 3 litros por minuto mostrando una saturación de 98%. Inmediatamente es traslado al servicio de unidad de cuidados intensivos.

Situación problemática

Paciente lactante menor de 1 mes 2 días sexo masculino se encuentra en el 2do día de hospitalización en UCI con diagnóstico médico: tos ferina, en aparente regular estado general, con factores de riesgo por edad de paciente y por no contar con ninguna vacuna hasta la fecha.

Paciente se encuentra activo, irritable, con llanto persistente lo cual llega al vómito. El padre se muestra colaborador con el personal de salud sin embargo la madre se muestra ansiosa, temerosa por los procedimientos a realizar y por el propio desconocimiento.

Se encuentra en Unidad de Cuidados Intensivos cama #12, al examen físico se encuentra en posición semifowler con apoyo de CBN 3L, saturando 92% en AREG, piel fría al tacto, con cianosis al llanto, mucosa oral hidratada, alimentación con fórmula maternizada al 13% 10ml cada 3 horas, a la auscultación MV en ACP con roncales marcados por exceso de secreciones, vía periférica en miembro inferior izquierdo por difícil acceso venoso, perfundiendo Dext. 5% con 10 cc CLNA y 8 cc CLK paciente excesivamente venopunzado, abdomen ligeramente abalonado no realiza deposición en 24 horas, genitales normales de acuerdo a edad con descendencia de ambos testículos, movilidad normal en ambos miembros inferiores.

Tabla ° 1: Funciones Vitales

Hora	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
T°	35.9°	36°	36°	36.1°	36.3°	36.3°
FC	100x'	105'	108'	120'	125'	123'
FR	55'	50'	42'	40'	45'	46'
PA	$\frac{90}{50}$	$\frac{92}{64}$	$\frac{93}{64}$	$\frac{91}{60}$	$\frac{90}{61}$	$\frac{92}{62}$
PAM	63	73	73	73	70	73
FiO2	28%	28%	28%	28%	28%	28%
SatO2	91%	92%	92%	91%	91%	92%

Funciones biológicas

Apetito: normal

Sed: paciente lactante de 2 meses, con lactancia mixta.

Sueño: alterado por bajas temperaturas

Deposición: alterado, no realiza deposición en 24 horas

Diuresis: 60 cc en 24 horas

Flujo urinario: orina total /# horas / peso

$160/12/3.245 = 4.1$ cc/kg/hr.

Tabla N° 2: Control de diuresis

Hora	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00
Diuresis		30cc			40cc		25cc			35cc		30cc

Funciones antropométricas

Peso: 3,245 kg.

Talla: 50 cm.

Perímetro cefálico: 28cm.

Exámenes auxiliares

Hemograma

	Valores obtenidos	Valores normales
Número total de hematíes	3.7	3 – 5.4
Hemoglobina	12.1mg/dl	9.4 – 13mg/dl
Hematocrito	35.7	28 -55
Vol. Corp. medio sangre	95.7	76 – 123
Hemoglobina corpuscular media	32.5	25 – 40
Número total de plaquetas	295	150 – 450

El hemograma es el examen que se solicita con más frecuencia, la interpretación de estos valores puede agilizar el diagnóstico de diferentes patologías. A continuación se describen los siguientes resultados, según (Torrens, 2015), nos menciona que los resultados sanguíneos reúne las mediciones, valores absolutos y en porcentajes de diversas poblaciones celular como leucocitos, plaquetas y eritrocitos.

En la mayoría de alteraciones relacionados al hemograma, no corresponden a enfermedades que tengan origen en la médula ósea por lo tanto las patologías pueden tener origen a diferente naturaleza.

VCM (Volumen Corpuscular Medio): se contabiliza en femtolitros y nos indica el promedio del volumen de cada eritrocito. El volumen corpuscular medio es estable en el tiempo es decir que se puede sospechar de confusión de muestra si hubiera una variación de una muestra de VCM.

HCM (Hemoglobina Corpuscular Media): se contabiliza en picogramos y nos indica la carga media de la hemoglobina en cada eritrocito.

CHCM (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media): hemoglobina x100/Hematocrito, los resultados se dan en porcentaje. Nos indica la concentración de hemoglobina de cada eritrocito.

La hemoglobina y los recuentos celulares se pueden medir directamente por los auto-analizadores usando diferentes métodos como difracción de luz, láser, impedancia y otros. Los sistemas de cálculo nos permiten obtener los índices de eritrocitos de manera automática.

La anemia es la alteración más frecuente en la interpretación de un hemograma. La anemia se puede clasificar como normocítica – normocrómica, microcítica, macrocítica, arregenerativa o regenerativa según VCM Y CHCM (cromia).

	Valores obtenidos	Valores normales
Número total leucocitos	11 040 cel/mm ³	5000 – 10000
Segmentados	1468	1500 – 9000
Abastionados	0	
Eosinófilos	331.2	100 – 1000

Basófilos	77.3	20 -100
Monocitos	783.8	200 -1200
Linfocitos	7705.9	2000 -11000
% segmentados	13.30%	20 – 40
% abastionados	0%	
%eosinófilos	3%	0.5 – 4
%basófilos	0.7%	0.2
%monocitos	7.1%	2 – 10
%linfocitos	69.8%	40 – 65

(Pinheiro, 2018) refiere que en el hemograma hay una parte llamada leucograma, se hace referencia principalmente que los leucocitos forman parte de la defensa de nuestro cuerpo, algunos atacan al invasor y otros pueden producir anticuerpos, otros la identificación etc.

Neutrófilos: los neutrófilos representan el 45% al 75% de los leucocitos circulantes, siendo el leucocito más común. Son especialistas en combatir bacterias (ante una infección bacteriana), incrementando la producción en la médula ósea, elevando su concentración en la sangre. Concluyendo, cuando existe un elevado número de leucocitos totales, enfatizándose en los neutrófilos, estamos ante un cuadro infeccioso bacteriano (Pinheiro, 2018).

Linfocitos: los linfocitos son el segundo tipo de glóbulos blancos más común. Representan del 15% al 45% de los leucocitos totales en sangre. La principal defensa es las infecciones causadas por virus y tumores produciendo anticuerpos. Cuando pasamos

por un proceso viral, los linfocitos se incrementan notablemente por encima de otros tipos de leucocitos (Pinheiro, 2018).

Monocitos: los monocitos representan del 3% al 10% de los leucocitos circulantes.

Se activan en procesos virales y bacterianos. El monocito se activa convirtiéndose en macrófago ante la invasión de algún germen.

Eosinófilos: los eosinófilos representan entre el 1% y 5% de los leucocitos totales, combaten parásitos y realizan el mecanismo de la alergia.

Basófilos: los basófilos es el tipo de menor número de leucocitos en la sangre. Solo representan del 0% al 2% del total de glóbulos blancos, el incremento obedece a procesos alérgicos y estados de inflamación crónica (Pinheiro, 2018).

En los exámenes de hematología se evidencia resultado dentro de los valores normales. El porcentaje de bastonados muestra 13.3% (Valores normales 20-40) y % linfocitos 69.8% (valores normales 40 – 65) es como consecuencia de la tos ferina, un mecanismo de defensa del cuerpo.

La creatinina arroja valores disminuidos 0.28 mg/dl básicamente la disminución de los niveles de creatinina en sangre es causada por la disminución de masa muscular, lo que puede ser un signo de determinadas enfermedades.

Bioquímica

	Valores obtenidos	Valores normales
Glucosa	83 mg/dl	74 – 106
Urea	13 mg/dl	15 -50
Nitrógeno ureico	5.9 mg/dl	7 -29

Enzimas

	Valores obtenidos	Valores normales
ALAT (GPT)	18 UI/l	3.7 – 49
Creatin quinasa	143 UI /l	32 – 294

Gasometría arterial

	Valores obtenidos	Valores normales
Ácido láctico (Lactato)	2.98 mmol/l	0 – 2.5
PH	7.317	7.3 – 7.42
PCO2	46.5	41 -51
PO2	44.9	25 – 40
Bicarbonato actual	23.3	24 – 28
CO2 total	24.7	25 – 29
Sat O2	85.2	
Bicarbonato	21.7	
NA	134.4mEq/l	
K	5.52 mEq/l	
Calcio iónico	0.97 mmol/l	
CL	103	
Glucosa	76	

Pinheiro, (2018) define los siguientes elementos:

Glucosa, conocido monosacárido que proporciona energía a las células, el transporte al interior de las células constituye un proceso esencial para el metabolismo energético.

Urea, es el producto final del catabolismo de las proteínas. Es una sustancia tóxica que resulta de la degradación de sustancias nitrogenadas

Creatinina, es un producto de desecho, viene de la proteína de la dieta diaria y la descomposición normal de los músculos, es filtrado a través de la sangre por los riñones.

La gasometría se evidencia el lactato aumentado 2.98 mmol/l (0-2.5) lo cual podría llegar a causar la muerte, una saturación de oxígeno 85.2 y una acidosis respiratoria.

También se evidencia PO₂ aumentado y PCO₂ disminuido compensando con el bicarbonato lo cual se podría ajustar a una alcalosis respiratoria.

Tratamiento médico

Dext. 5% con 10 cc CLNA y 8 cc CLK

Salbutamol 200mcg 2 puff cada 4 horas

Nebulización con solución hipertónica 3% 4cc cada 6 horas.

Azitromicina 200mg/10ml 1.5 ml v.o. por 3 días consecutivos

Apoyo ventilatorio de CBN 3L.

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón percepción – control de la salud

Paciente sin ningún antecedente

Regular estado de higiene

Paciente al ingreso con lactancia materna exclusiva sin embargo por internamiento inicia con fórmula maternizada al 13% 10 ml cada 3 horas.

Factores de riesgo por la edad del paciente y sin colocación de vacunas.

Patrón relación – rol

Se relaciona con el entorno, padre y madre viven con el paciente, familia funcional.

Madre se encuentra perenne en el servicio, se muestra reactiva, por momentos ignora al personal de salud, el padre por el contrario tiene más apertura con el personal de enfermería, sigue las indicaciones. A la entrevista refieren tener buenas relaciones familiares, no presentan problemas de alcoholismo ni de drogadicción.

Patrón valores – creencias

Familia de religión católica. Devota del Señor de los Milagros, paciente tiene sobre su sábana estampilla del Señor de los Milagros. Ambos padres oran por el bienestar de su hijo.

Patrón autopercepción-autoconcepto

Padres con baja tolerancia a la situación y al estrés, madre reactiva, no colaboradora, ignora a las indicaciones

Paciente se encuentra activo, irritable, con llanto persistente. El padre se muestra colaborador al tratamiento, madre reactiva, preocupación de los padres por el estado de salud del niño.

Patrón descanso – sueño

Paciente descansa aproximadamente 12 horas al día sin embargo por las temperaturas bajas en la UCI no llega a tener las horas de descanso suficiente. La madre tiene el ingreso al servicio por horas, se le proporciona un sillón para el descanso nocturno.

Patrón perceptivo- cognitivo

Paciente se encuentra despierto, pupilas isocóricas, fotoreactivas a la luz, con una escala de Glasgow de lactante de 15 puntos.

Patrón nutricional – metabólico

Piel fría al tacto, muestra lesiones en el miembro inferior derecho como consecuencia de exceso de presión con el sensor de oxígeno. Muestra una temperatura corporal de 36°C normotermia, pero con tendencia a la hipotermia, coloración normal.

Fontanelas normotensas, mucosas hidratadas, con control de peso diario de 3245 kg, con disminución de apetito, disminuye la succión.

Patrón actividad – ejercicio

Paciente con 40- 42 respiraciones por minuto, presenta tos y retiene secreciones blanquecinas

A la auscultación ruidos respiratorios roncales ventilando con apoyo de cánula binasal 3 litros, saturando 92%

Presenta frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto

Con un flujo urinario de 160cc orina en 24 horas: 4,1 cc/kg/hr.

Con vía periférica en miembro inferior izquierdo perfundiendo Dext 5% 10cc CLNA y 8cc CLK con fecha 19/10/17 la cual se encuentra permeable y sin signos de flebitis, paciente con difícil acceso venoso.

Movilidad espontánea de ambos miembros inferiores.

Paciente actualmente con lactancia mixta

Patrón eliminación

Paciente con micción espontánea 160 cc en 24 horas con un flujo urinario de 4.1

cc/kg/hr. en pañal.

Paciente no realiza deposición en 24 horas

Hallazgos significativos por patrones funcionales

Patrón relación – rol

Padre se muestra colaborador al tratamiento sin embargo la madre se muestra ansiosa no colaboradora.

Patrón descanso – sueño

Se evidencia sueño interrumpido por temperaturas bajas en la unidad de cuidados intensivos. Se le proporciona sillón a madre para el descanso nocturno.

Patrón nutricional metabólico

Paciente con lactancia mixta, se observa disminución de apetito, disminución de succión. Alimentación con FM 13% 10cc cada 3 horas.

Paciente con lesiones por quemadura en miembro inferior derecho exceso de presión con sensor de oxígeno.

Patrón actividad ejercicio

Paciente con apoyo ventilatorio de cánula binasal 3 litros. Con tos y retención de secreciones en vías aéreas altas y bajas. Se realiza nebulización con solución hipertónica 3%, se realiza fisioterapia respiratoria y posterior aspiración de secreciones por nariz y boca, se observan secreciones blanquesinas y ligosas, paciente con tendencia a la acidosis respiratoria.

Patrón eliminación

Paciente con distensión abdominal, paciente no realiza deposición en 24 horas.

2. Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Código : 00031

Dominio : 11 seguridad / protección

Clase : 2 lesión física

Página : 395

Definición : Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables

Factor relacionado: retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria.

Características definitorias: alteración del patrón respiratorio secreciones bronquiales,

Sonidos respiratorios anormales: roncales,

Enunciado de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionadas con retención

de secreciones. Evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases

Código : 00030

Dominio : 3 eliminación e intercambio

Clase : 4 función respiratoria

Página : 204

Definición : exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana

Factor relacionado: con desequilibrio en la ventilación perfusión.

Características definitorias: hipoxia, aleteo nasal, taquicardia, gasometría arterial anormal, saturación de oxígeno 90%.

Enunciado de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por hipoxia, AGA alterada y saturación de oxígeno 90%.

Etiqueta diagnóstica: Lactancia materna ineficaz

Código : 00104

Dominio : 2 nutrición

Clase : 1 ingestión

Página : 159

Definición: dificultad en el aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato / lactante.

Factor relacionado: ansiedad de la madre interrupción de la lactancia materna.

Características definitorias: Percepción de secreción de leche inadecuada.

Vaciado insuficiente de cada mama en cada toma, visita restringida, reflejo de succión leve del lactante.

Enunciado de enfermería: lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna
interrupción de la lactancia materna evidenciado por percepción de secreción de leche inadecuada

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento

Código : 00011

Dominio : 3 eliminación

Clase : 0001 Sistema urinario

Página : 148

Definición : Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Factor relacionado: Cambio de alimentos ingeridos

Características definitorias: Distensión abdominal, disminución de la frecuencia

Enunciado de enfermería: Estreñimiento relacionado al cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y disminución de la frecuencia.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de hipotermia

Código : 00253

Dominio : 11 seguridad / protección

Clase : 6 termorregulación

Página : 429

Definición : vulnerable a un fallo de la termorregulación que pueda resultar en una temperatura corporal central inferior al rango diurno normal y que pueda comprometer la salud.

Factor relacionado: temperatura ambiental baja

Características definitorias: hipotermia grado I (36 – 36.5°C)

Enunciado de enfermería: Riesgo de hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionadas con retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria.

- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por periodos de apnea.
- Lactancia materna ineficaz relacionada con ansiedad materna.
- Estreñimiento relacionado con cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y reducción de la frecuencia normal.
- Riesgo de hipotermia relacionado temperatura ambiental baja.

3. Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería

- Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionadas con retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria.
- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por periodos de apnea
- Lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna
- Estreñimiento relacionado con cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y reducción de la frecuencia normal
- Riesgo de hipotermia relacionado temperatura ambiental baj

Planes de cuidados

1. Dx. Enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria, roncus.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>1. Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante la estancia hospitalaria</p> <p>Resultados esperados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente presentará frecuencia respiratoria normal (30x - 50x) 2. Paciente disminuirá roncantes y secreciones bronquiales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno FR 2. Colocar en posición semi-fowler 3. Realizar nebulizaciones dosis 4. Realizar fisioterapia respiratoria mediante vibro y palmoterapia, según indicación médica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Videla, 2009 dice que el control de los signos vitales es una práctica frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Es parte de la planificación de los cuidados de enfermería, y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente. 2. Revista Médica Portales Médicos, 2013 dice que ayuda a mejorar la expansibilidad torácica y la ventilación pulmonar. Disminuye el riesgo de aspiración se secreciones en el lactante. 3. Máiz Carro y Wagner Struwing, 2011, dicen que la ventaja principal del empleo de fármacos nebulizadores es que estas se depositan directamente en el tracto respiratorio, con lo que alcanzan concentraciones mayores de estos en el árbol bronquial y lecho pulmonar. 4. La fisioterapia va encaminada a eliminar las secreciones de las vías respiratorias y mejorar la ventilación pulmonar.

	<p>5. Realizar aspiración de secreciones al término de la nebulización (a demanda)</p> <p>6. Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno.</p> <p>7. Realizar anotaciones de enfermería</p>	<p>5. García-Caballero y González-Meneses (2000) dicen que mantener las vías aéreas altas libres de secreciones para facilitar el intercambio de gases, ayuda a prevenir infecciones y complicaciones al paciente. Realizar a demanda para evitar daños en el paciente.</p> <p>6. Videla (2009) dice que el control de los signos vitales es una práctica frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Es parte de la planificación de los cuidados de enfermería, y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente.</p> <p>7. Para Carrillo y Del Socorro (2006), las anotaciones de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo lo realizado durante el turno de 6 /12 horas, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario</p>
--	--	---

2. Dx. Enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por hipoxemia, AGA alterado y saturación de oxígeno 90%.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>1. Paciente mejorará intercambio de gases durante el turno de 12 horas.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1. Paciente presentará gases arteriales dentro de parámetros normales</p> <p>2. Paciente presentará saturación de oxígeno mayor a 98%.</p>	<p>1. Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno.</p> <p>2. Realizar control de gases arteriales cada 12 horas</p> <p>3. Colocar apoyo ventilatorio FIO2 32%</p> <p>4. Administrar tratamiento indicado Salbutamol 200mcg/dosis 2 puff cada 4 horas y azitromicina 200mg./10ml 1.5ml cada 24 horas</p>	<p>1. Videla (2009) dice que el control de los signos vitales es una práctica frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Es parte de la planificación de los cuidados de enfermería, y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente.</p> <p>2. Para Suárez (2013) Una gasonetría también mide el oxígeno en la sangre de dos maneras. La primera medición se denomina presión parcial de oxígeno (PaO2). Los gases arteriales miden la eficiencia con la que el oxígeno se traslada desde los pulmones hacia el torrente sanguíneo. Mide también la saturación de oxígeno(la cantidad de oxígeno en sangre)</p> <p>3. Luna et al. (2009) dice aportar oxígeno suficiente a los tejidos para que pueda llevarse a cabo el metabolismo de forma normal y que no haya esfuerzo respiratorio, ni esfuerzo del músculo cardíaco. El objetivo prevenir la hipoxia.</p> <p>4. Según Instituto Nacional de Salud (2002), este método deviene preferencial porque, con su empleo, los efectos colaterales son mínimos para cualquier grado de broncodilatación, ya</p>

	<p>5. Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno</p> <p>6. Realizar Anotaciones de enfermería</p>	<p>que permite administrar pequeñas pero efectivas cantidades de medicamentos (β-agonistas y anticolinérgicos) directamente, tanto en grandes como pequeñas vías aéreas.</p> <p>5. Para Videla (2009) el control de los signos vitales es una práctica frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Es parte de la planificación de los cuidados de enfermería, y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente.</p> <p>6. Para Carrillo y Del Socorro (2006), Las anotaciones de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo lo realizado durante el turno de 6 /12 horas, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario</p>
--	--	---

3. Dx. Enfermería: Lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna evidenciado por percepción de secreción de leche inadecuada

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Objetivo general: 1. Paciente mejorará y mantendrá una lactancia materna eficaz después de educación brindada</p> <p>Resultados esperados: 1. Madre disminuirá estado de ansiedad por preocupación de su hijo en una unidad crítica</p>	<p>1. Orientar a la madre sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna</p> <p>2. Evaluar la forma y técnica de succión del paciente</p> <p>3. Brindar información y confianza a la madre sobre los cuidados de enfermería en beneficio de su bebe.</p>	<p>1. (Asociación Española de Pediatría, 2008) La lactancia materna tiene beneficios no solo para la salud del niño, sino para su crecimiento y desarrollo. Por ello la lactancia materna, el niño alimentado al pecho, es el modelo de referencia para favorecer aspectos psicológicos, sociales los cuales fortalecen el amor y el vínculo madre – niño.</p> <p>2.(Asociación Española de Pediatría, 2008) La colocación y postura correcta del lactante al pecho de la madre es primordial para el éxito de la lactancia. Los principales problemas se deben a una mala posición, o mal agarre del bebe al pecho.</p> <p>3. Según el estudio prospectivo y descriptivo de Gorrita, Belló, Gorrita Pérez, y Herrera, (1946) a 101 madres se evaluó los niveles de vulnerabilidad al estrés y ansiedad como estado y su relación con el éxito de la lactancia materna arrojó que existe una estrecha relación entre ambas.</p>

	<p>4. Orientar sobre el manejo de emociones y estrés.</p> <p>5. Mantener en todo momento el vínculo madre-hijo en mejora de ambos.</p> <p>6. Realizar anotaciones de enfermería</p>	<p>4. La tesis fundamental de la teoría del apego nos indica que los diversos sentimientos de seguridad, estrés, ansiedad o temor de un niño se determina en gran medida por su principal figura de afecto, en la gran mayoría los padres (persona con que se establece el vínculo).</p> <p>5. Asociación Española de Pediatría, (2008) dice que las primeras semanas de vida del niño son de suma importancia para el desarrollo emocional del bebe. Los que no reciban abrazos ni caricias se les está reprimiendo su futura capacidad de amar y confiar.</p> <p>6. Para Carrillo y Del Socorro (2006), las anotaciones de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo lo realizado durante el turno de 6 /12 horas, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario.</p>
--	---	---

4. Dx. Enfermería: Estreñimiento relacionado con cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y reducción de la frecuencia.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>1. Paciente reanudará la función intestinal normal durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Paciente presentará abdomen blando y depresible durante estancia hospitalaria</p> <p>El paciente presenta deposiciones pastosas durante su estancia hospitalaria</p>	<p>1. Valoración de la zona abdominal: Distensión, perímetro abdominal, presencia de sonidos intestinales.</p> <p>2. Observar la tolerancia a la dieta</p> <p>3. Ayudar al paciente mediante la estimulación</p> <p>4. Realizar anotaciones de enfermería</p>	<p>1. Para Quevedo (2007), la presencia de dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal pueden ser signos y síntomas de estreñimiento. La auscultación abdominal es de gran importancia ya que puede encontrarse aumentados los ruidos hidroaéreos.</p> <p>2. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2011) considera al “lactante vomitador” como un signo de estreñimiento al igual que el dolor abdominal crónico.</p> <p>3. Para Molero (2016), el masaje abdominal y la flexión de los miembros inferiores favorece la disminución de la distensión abdominal, favoreciendo la eliminación de gases y el movimiento peristáltico.</p> <p>4. Carrillo y Del Socorro (2006) dice que las anotaciones de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo lo realizado durante el turno de 6 /12 horas, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario</p>

--	--	--

5. Dx. Enfermería: Riesgo de hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general: 1. Paciente presentará temperatura dentro de valores normales, durante estancia hospitalaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de funciones vitales, con énfasis en el control de la temperatura. Valorar color y temperatura de la piel. 2. Utilizar ropa adecuada para ajustar temperatura y guantes calientes. 3. Controlar la temperatura cada hora 3. Realizar anotaciones de enfermería 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Según Videla (2009), el control de los signos vitales es una práctica frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Es parte de la planificación de los cuidados de enfermería, y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente. 2. Klein (2017) dice que evitar la pérdida de calor por convección, la cual es transformación de calor por las corrientes de aire producidos alrededor del paciente. Uno de los efectos de la hipotermia es la cianosis distal, acidosis metabólica y el aumento del consumo de oxígeno. 3. Mayo Clinic (2018) dice que la hipotermia se da cuando el cuerpo pierde calor más rápido de lo que produce, provocando una disminución de la temperatura corporal. La temperatura corporal normal es de alrededor de 37 °C. Se define hipotermia a la temperatura corporal debajo de los 35 °C. 3. Carrillo y Del Socorro (2006) dicen que las anotacio-

		<p>nes de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo lo realizado durante el turno de 6 /12 horas, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario</p>
--	--	---

4. Ejecución

Fecha/hora		Intervenciones
19/10/2017 07:00 am	S	A la interrogante de la investigadora sobre la situación del paciente, madre refiere: “Estoy preocupada por mi bebe llora mucho por la flema y se agita”
	O	Paciente se encuentra activo, irritable, con llanto persistente lo cual llega al vómito. El padre se muestra colaborador con el personal de salud sin embargo la madre se muestra ansiosa, temerosa por los procedimientos a realizar y por el propio desconocimiento. Al examen físico se le encuentra en unidad de cuidados intensivos cama #12 en posición semifowler con apoyo de CBN 3L. saturando 92% en AREG, piel fría al tacto, con cianosis al llanto, mucosa oral hidratada, alimentación con fórmula maternizada al 13% 10ml cada 3 horas, a la auscultación MV en ACP con roncantes marcados por exceso de secreciones
	A	Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria.
	P	Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante la estancia hospitalaria
	I	Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno FR Colocar en posición semifowler Realizar nebulizaciones dosis Realizar fisioterapia respiratoria mediante vibro y palmoterapia, según indicación médica. Realizar aspiración de secreciones al término de la nebulización (a demanda) Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno.

		Realizar anotaciones de enfermería
	E	Paciente presenta frecuencia respiratoria de 48x' pero aun re- tiene secreciones en vías aéreas bajas.

Fecha/hora		Intervenciones
19/10/2017 07:00 am	S	A la interrogante de la investigadora sobre la situación del pa- ciente, madre refiere: “Estoy preocupada por mi bebe llora mucho por la flema y se agita” el padre manifiesta”
	O	Paciente lactante menor de 1 mes 2 días sexo masculino se en- cuentra en el 2do día de hospitalización en la UCI con diag- nóstico médico: tos ferina, en AMEG, ABEH, con factores de riesgo por edad de paciente y por no contar con ninguna va- cuna hasta la fecha. Paciente se encuentra activo, irritable, con llanto persistente lo cual llega al vómito. El padre se muestra colaborador con el personal de salud sin embargo la madre se muestra ansiosa, temerosa por los procedimientos a realizar y por el propio des- conocimiento. Al examen físico se le encuentra en unidad de cuidados inten- sivos cama #12 en posición semifowler con apoyo de CBN 3L. saturando 92% en AREG, piel fría al tacto, con cianosis al llanto, mucosa oral hidratada, alimentación con fórmula ma- ternizada al 13% 10ml cada 3 horas, a la auscultación MV en ACP con roncales marcados por exceso de secreciones, vía periférica en miembro inferior izquierdo por difícil acceso ve- noso, perfundiendo Dext 5% con 10 cc CLNA y 8 cc CLK paciente excesivamente venopunzado, abdomen ligeramente abalonado no realiza deposición en 24 horas, genitales norma- les de acuerdo a edad con descendencia de ambos testículos, movilidad normal en ambos miembros inferiores.
	A	Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequili- brio en la ventilación perfusión evidenciado por periodos de apnea
	P	Paciente mejorará intercambio de gases durante el turno de 12 horas.
	I	Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno. Realizar control de gases arteriales cada 12 horas Colocar apoyo ventilatorio FIO2 32% Administrar tratamiento indicado Salbutamol 200mcg/dosis 2 puff y azitromicina 200mg./10ml 1.5ml cada 24 horas Controlar funciones vitales y saturación de oxígeno Realizar Anotaciones de enfermería

	E	Paciente mantiene saturación de oxígeno de 98% con apoyo de cánula binasal FIO 32% pero continua con gases arteriales alterados, con hipoxia.
--	----------	---

Fe- cha/hora		Intervenciones
19/10/2017 07:00 am	S	Madre refiere “Cada vez tengo menos leche, estoy muy preocupada por eso”
	O	A la valoración senos no turgentes, escasa secreción de leche materna.
	A	Lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna evidenciado por percepción de secreción de leche inadecuada.
	P	Paciente mejorará y mantendrá una lactancia materna eficaz después de educación brindada.
	I	Orientar a la madre sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna. Evaluar la forma y técnica de succión del paciente. Brindar información y confianza a la madre sobre los cuidados de enfermería en beneficio de su bebe. Orientar sobre el manejo de emociones y estrés. Mantener en todo momento el vínculo madre-hijo en mejora de ambos. Realizar anotaciones de enfermería.
	E	Paciente mejorará lactancia materna, hay mejora de producción de leche. Madre disminuye estado de ansiedad mostrando apertura con el equipo interdisciplinario.

Fcha/hora		Intervenciones
19/10/2017 07:00 am	S	No evaluable.
	O	Paciente lactante menor varón no realiza deposición hace 2 días. A la evaluación abdomen distendido
	A	Estreñimiento relacionado con cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y reducción de la frecuencia.
	P	Paciente reanudará la función intestinal normal durante su estancia hospitalaria.
	I	Valoración de la zona abdominal: Distensión, perímetro abdominal, presencia de sonidos intestinales. Observar la tolerancia a la dieta. Ayudar al paciente mediante la estimulación. Realizar anotaciones de enfermería.
	E	Paciente reanuda función intestinal con apoyo de masaje abdominal y estimulación rectal

Fecha/hora		Intervenciones
19/10/2017 07:00 am	S	No evaluable.
	O	Paciente mantiene temperaturas por debajo de 35.5° C.
	A	Riesgo de hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja.
	P	Paciente presentará temperatura dentro de valores normales, durante estancia hospitalaria
	I	Control de funciones vitales, con énfasis en el control de la temperatura. Valorar color y temperatura de la piel. Utilizar ropa adecuada para ajustar temperatura y guantes calientes. Realizar anotaciones de enfermería.

	E	Paciente mantiene la temperatura corporal de 36°C se evidencia en el color de la piel y temperatura corporal adecuada.
--	----------	--

5. Evaluación

<p>Diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria.</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Objetivo Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante la estancia hospitalaria.</p> <p>RE</p> <p>Paciente mantendrá frecuencia respiratoria normal (30x – 50x’).</p>	<p>OPA: Paciente presenta frecuencia respiratoria de 48x’ pero aun retiene secreciones en vías aéreas bajas.</p>

<p>Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por hipoxia, AGA alterado y saturación de oxígeno 90%.</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Objetivo Paciente mejorará intercambio de gases durante el turno de 12 horas</p> <p>RE</p> <p>Paciente presentará control de gases arteriales en valores normales</p> <p>Paciente presentará saturación de oxígeno mayor a 98%.</p>	<p>OPA: Paciente mantiene saturación de oxígeno de 98% con apoyo de cánula binasal FIO2 32% pero continua con gases arteriales alterado, con hipoxia.</p>

<p>Diagnóstico: Lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna evidenciado por percepción de secreción de leche inadecuada.</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Objetivo paciente mejorará y mantendrá una lactancia materna eficaz después de educación brindada.</p> <p>RE Madre disminuirá estado de ansiedad por preocupación de su hijo en una unidad crítica.</p>	<p>OA: paciente mejora lactancia materna hay mejora de producción de leche. Madre disminuye estado de ansiedad mostrando apertura con el equipo interdisciplinario.</p>

<p>Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y reducción de la frecuencia.</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Objetivo Paciente reanudará la función intestinal normal durante su estancia hospitalaria.</p> <p>RE El paciente deberá reanudar la función intestinal normal durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>OA: Paciente reanuda función intestinal con apoyo del masaje abdominal y estimulación rectal.</p>

Diagnóstico: Riesgo de hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja.	Evaluación
Objetivo Paciente disminuirá riesgo de hipotermia. RE Paciente mantendrá temperatura corporal entre 36°C – 37°C	OA: Paciente mantiene la temperatura corporal de 36°C, se evidencia color de piel y temperatura corporal adecuada.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes

Locales

Delgado (2015) en su tesis titulada “Variabilidad estacional de Hospitalizaciones por tos ferina en el INSN, 2005-2013, Lima - Perú” realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analizó las hospitalizaciones con diagnósticos de tos ferina o coqueluche según protocolo DGE.MINSA, atendidas en el INSN del Perú, quien cuenta dentro de su esquema de inmunización con la vacuna contra la tos ferina. La información se obtuvo de la oficina de estadísticas del Instituto Nacional de Salud del Niño y se analizaron los variables como el número de casos por años, mes de hospitalización, sexo, edad; a través de análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados obtenidos de 833 niños, la mediana de edad por año fue de 3 meses (RIQ 3 meses y 4 meses). Siendo el grupo de edad de 1 mes a 6 meses representa el 85.7% de los casos. El sexo masculino representó el 53.1% (442). Se observan 02 picos en la frecuencia de casos en los años 2007-2008, y entre 2012-2013; Se observa en el gráfico de frecuencias por meses mayores casos de tos ferina entre los meses de octubre a marzo. Conclusiones: los casos de tos ferina en el INNS-Breña es de incremento, evidenciándose la tendencia al incremento de casos cada 4 años. Los casos se incrementan entre los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero, correspondiendo a las estaciones entre primavera y verano. Los casos de tos ferina presentan una mediana de edad de 3 meses con rango intercuartiles entre 2 meses y 4 meses. El grupo de edad más frecuente pertenece de 30 días a 6 meses. El sexo masculino representó el 53.1% de un total de 442 niños.

Candela (2017) en su tesis titulada “Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas en el servicio de emergencia del Hospital Maria Auxiliadora 2014 – 2016” informa que las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un grupo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan las vías respiratorias y siendo un problema de salud latente por sus cifras de morbilidad. En el Hospital Maria Auxiliadora, servicio de emergencia, se le hace seguimiento a estos eventos, mediante un programa de control, el conocimiento acerca de la circulación y el comportamiento epidemiológico de los agentes causales, lo que garantiza la vigilancia epidemiológica disminuyendo la morbilidad y mortalidad sobre grupos de alto riesgo como lo es la población infantil.

Nacionales

Apaza (2018) en su tesis titulada” Aspectos Clínico-Epidemiológicos de Tos Ferina en la Región Arequipa periodos 2012-2017” menciona que la tos Ferina también llamada coqueluche es una enfermedad infecciosa aguda producida por la bacteria *Bordetella Pertussis*, según indicadores se observa un aumento de casos no solo en lactantes y niños sino también en adolescentes y adultos considerándose un problema de salud pública. En Arequipa no se cuenta con reciente información sobre tos ferina ni datos epidemiológicos, lo cual sería muy positivo para la toma de prevención y disminución de casos respecto a esta enfermedad. Objetivo general fue describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de tos Ferina en la región Arequipa en el periodo 2012 al 2017.

Método de estudio fue de diseño observacional tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La población de estudio fueron los casos de tos ferina confirmados por cultivo, y/o reacción en cadena de polimerasa y/o inmunofluorescencia directa en la región Arequipa. El recojo de datos se realizó mediante fichas de recolección de datos

con apoyo de las historias clínicas y fichas de epidemiología. Los resultados se mostraron mediante estadística descriptiva, se encontró un total de 54 casos positivos de tos Ferina de los cuales 51 cumplieron los criterios de inclusión, se observó el mayor número de casos en el año 2017 con 60.8% siendo el mayor porcentaje en los meses de otoño e invierno. La mayoría de casos corresponde a lactantes menores de 6 meses con el 68.6 %, el sexo predominante fue el femenino con el 60.8%. El distrito con mayor número de casos fue Cerro Colorado seguido de Alto Selva Alegre. La letalidad fue del 5.9 % (3/51). Referente a las inmunizaciones no fueron vacunados el 54.9% (28/51) de casos; las manifestaciones clínicas fueron la tos paroxística en el 100 %(51/51) de casos, cianosis 78.4%(40/51), vomito después de la tos 74.5 %(38/51) y gallito inspiratorio 62.7%(32/51), la linfocitosis estuvo presente en el 70 % de hemogramas. El 66 ,7 % de casos presentaron complicaciones y las más frecuentes fueron la neumonía con 37.3 % seguida del síndrome de obstrucción bronquial en el 21.6 % de casos; siendo los menores de 6 meses los que presentaron más complicaciones. Conclusiones: El año de mayor porcentaje de casos fue el 2017 además los menores de 6 meses fue el grupo etario prevalente, es más frecuente el sexo femenino, Cerro Colorado fue el distrito con más casos, la letalidad fue del 5.9 %, la mayoría no fue vacunado, el síntoma más frecuente fue la tos paroxística, el contacto domiciliario más frecuente fue los hermanos y la neumonía fue la complicación más prevalente.

Vargas (2014) en su estudio titulado, “Complicaciones y algunos aspectos epidemiológicos del síndrome coqueluchoide en lactantes menores hospitalizados HBT Enero 2010 – Diciembre 2013”, describió las complicaciones y aspectos epidemiológicos más frecuentes de este síndrome en lactantes menores de un año. Material y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo; realizado entre enero del 2010 y

diciembre del 2013 en el Hospital de Belén Trujillo. Se trabajaron con 70 historias clínicas de lactantes hospitalizados con diagnóstico de síndrome coqueluchoide y/o tos ferina confirmada o no por el test de inmunofluorescencia (IFD). Resultados: de 70 historias clínicas con diagnóstico de síndrome coqueluchoide y/o tos ferina, 8 pacientes tuvieron confirmación para *Bordetella pertussis*, 6 por IFD y 2 por PCR. El 81,4% eran lactantes entre 0 a 3 meses, el sexo femenino fue más frecuente 54,3%, en el área urbano marginal se presentaron 54,3% de los casos. El mayor número de hospitalizaciones fue en los meses de primavera, la mayoría de los lactantes no tenían ninguna inmunización con DPT 71,4%. Los hermanos menores de 12 años (37,1%) y los padres (18,6%) fueron el contacto epidemiológico más frecuente. Las complicaciones más frecuentes fueron: neumonía 51.4%, síndrome obstructivo bronquial agudo (SOBA) 32.9%, insuficiencia respiratoria 17,1%, apnea 15,7%, sepsis 12,9%. La mortalidad fue del 4,3% y ocurrió en el grupo de 0 a 3 meses. Conclusiones: el grupo etario de 0 a 3 meses fueron los que más se hospitalizaron y complicaron. Las complicaciones más frecuentes presentadas fueron Neumonía y SOBA. Los aspectos epidemiológicos más frecuentes encontrados son: predominio del sexo femenino, procedencia urbano marginal, presentación en primavera, no inmunización con DPT, con contacto domiciliario.

Internacionales

Centeno, Del Castillo, Díez y Hortelano (2008) en su tesis, titulada “Tos ferina: Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en un período de 15 años Hospital Infantil La Paz, Madrid”, realizó un estudio retrospectivo de 144 historias clínicas de niños con diagnóstico clínico de tos ferina, durante el período 1981- 1995, con especial énfasis en aquellos enfermos con cultivo positivo para *Bordetella pertussis*. Resultados: se realizó

cultivo de aspirado nasofaríngeo en 119 pacientes. Este no se realizó en los que habían recibido tratamiento antibiótico. Se aisló *B. pertussis* en 46 (38,7%). La edad de estos niños estaba comprendida entre 20 días y 30 meses. Veintiuno eran mujeres. Los síntomas recogidos al ingreso fueron: tos paroxística en salvas en 44 (95,7%), cianosis en 34 (73,9%), “gallo” en 27 (58,7%), signos de dificultad respiratoria en 12 (26,1%), y vómitos con la tos en 10 (21,7%). De los 46 niños, 39 (84,8%) no habían recibido ninguna dosis de la vacuna DTP, los restantes habían recibido solo una dosis. Existía antecedente de contacto con personas que presentaban tos en 19 pacientes (41,3%). Analíticamente se evidenció leucocitosis, (media: 19.818/mm³) con linfocitosis (media: 13.047/mm³) y número de plaquetas elevado (media: 459.522/mm³). Todos recibieron tratamiento con eritromicina durante 14 días. La evolución fue favorable en 43 pacientes, en cuanto 3 presentaron complicaciones respiratorias. En este estudio encontramos una positividad del cultivo del 38,7%, similar a la encontrada por otros autores. El cuadro clínico corresponde al considerado típico de esta enfermedad. Destaca la corta edad de los niños, por lo que en su gran mayoría no habían recibido ninguna dosis de vacuna. Consideramos importante el inicio de las vacunaciones a los dos meses. La evolución fue buena en todos los casos.

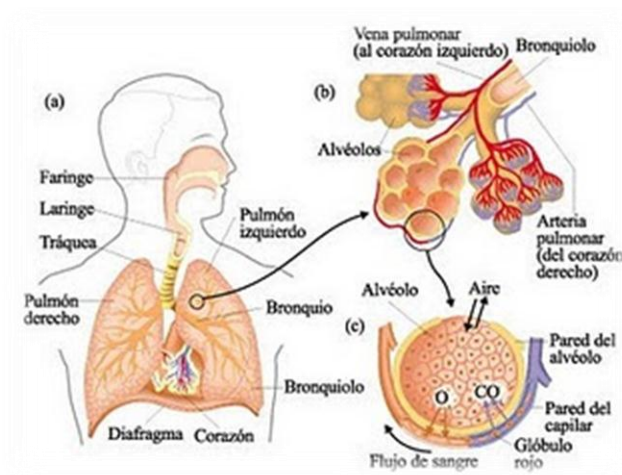
(Uriona Tuma et al., 2013) en un estudio de “Contactos de casos pediátricos de tos ferina en un hospital de tercer nivel de Barcelona” mediante un estudio transversal, se recogieron datos a partir de las historias clínicas de los contactos de los casos pediátricos diagnosticados de tos ferina en el Hospital Universitario Vall d’Hebron de 2005 a 2009. En este estudio se incluyeron solo pacientes con estudio microbiológico realizado. Se calculó la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) como medida de asociación. Fueron estudiados 91 casos índice y 404 contactos. La prevalencia

de casos positivos entre los contactos fue del 33,2%. Los contactos de los casos índice menores de 6 meses presentaron más riesgo de ser positivos que los contactos de los niños mayores (OR 3,38; IC 95% 1,88-6,10). Se identificaron como casos primarios el 16,7% de los contactos estudiados. Estos representaron la fuente de contagio para el 67,7% de los casos índice menores de 6 meses y para el 26,9% de los niños mayores.

2. Revisión de la literatura

Ira

Un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio se da con una función respiratoria básica, la cual es el intercambio gaseoso entre oxígeno y dióxido de carbono. La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la limitación del sistema respiratorio de cumplir su función básica (Gutierrez, 2010).



Es considerada una de las causas más frecuentes por la que una persona acude a una atención médica, sea esta un área pre u hospitalaria, por esta razón es importante reconocer signos y síntomas de esta manera se dará un diagnóstico certero por ende una atención apropiada.

Entonces en la práctica, según Campbell: la insuficiencia respiratoria se define como la presencia de una hipoxemia arterial (PaO₂ menor de 60 mmHg), en reposo, a nivel del mar y respirando aire ambiental, acompañado o no de hipercapnia (PaCO₂ mayor de 45 mmHg). Denominaremos solo como hipoxemia cuando la PaO₂ se encuentre entre 60 y 80 mmHg^{1, 2-4}. En la atención prehospitalaria con guía de pulsioximetría, se pueden considerar que valores de Saturación de Oxígeno de 90% a 95% equivalen a PaO₂ de 60 a 80 mmHg (Hipoxemia) y si es de 90% equivale a una PaO₂ de 60 mmHg (Insuficiencia Respiratoria). (Gutierrez, 2010), los datos estadísticos de esta enfermedad indican que es un problema de salud muy importante.

Según (Ministerio de Salud, 2017) Informa que la tos ferina también llamada pertussis o tos convulsiva, es una enfermedad que se previene por vacunación y es causada por la bacteria *Bordetella pertussis* que genera una infección de las vías respiratorias altas. Estas bacterias inflaman las vías respiratorias liberando toxinas, una vez adheridos a los cilios que cubren la parte superior del aparato respiratorio. Esta enfermedad puede iniciar como un resfriado común y con el pasar de los días tos persistente la cual en la mayoría de casos dificulta una adecuada respiración, inicia como un resfriado común que luego se hace tos persistente lo cual dificulta la respiración. Es transmitida por vía aérea al momento de toser o estornudar, en cifras aproximadamente el 92% de los contactos pueden adquirir la enfermedad. En el Perú la población más vulnerable son los lactantes

menores (1 a 2 meses), ya que no cuentan con la protección de la vacuna pentavalente la cual inicia al 2do mes de vida, según esquema de vacunación vigente.

La Organización Mundial de la Salud reportó 123003 casos a nivel mundial para el año 2016, lo que representa 17% menos casos que los notificados en el 2015. En Asia cuenta con la mayor cantidad de casos (34.4%); mientras que en América se reportó el 6.1% de los casos, que representa un total de 7525 casos de tos ferina. De los países que conforman la región de Las Américas encabeza la lista Canadá con 3896 casos de tos ferina, seguido de Argentina con 1686 casos, Chile con el reporte de 752 casos, Colombia (536) y Guatemala notificó 152 casos. La tos ferina es inmunoprevenible, la vacunación es considerada la mejor prevención; sin embargo la protección que se adquiere por la vacunación (05 dosis) no es una protección de por vida, por ese motivo los adolescentes y adultos, en los cuales se presenta como resfriado común, son los potenciales transmisores de la tos ferina para los grupos de edad de riesgo como son los niños menores de dos meses de edad, gestantes y adultos mayores. De ahí la importancia de la detección oportuna de casos de tos ferina para la implementación de acciones de prevención y control. El sistema nacional de vigilancia epidemiológica permite el monitoreo de las notificaciones de casos de tos ferina con el objetivo de captación de casos e intervención oportuna para el control de brotes. La notificación de casos de tos ferina en el Perú están normadas dentro de la directiva sanitaria N° 046 que establece la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública y el compendio de definiciones de caso de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica emitida en el año 2011.

Fisiología

La insuficiencia respiratoria al inicio puede presentar alteraciones en niveles de O₂ y/o CO₂, puede haber alteración en el intercambio gaseoso produciendo hipoxemia, hipercapnea, asimismo puede comprometer la pared torácica, pleura, diafragma y músculos respiratorios, como también accesorios y componentes del sistema nervioso central y periférico, cuya alteración produce hipoventilación, hipoxemia. Cuando hablamos de insuficiencia respiratoria se relaciona a la hipoxemia o hipercapnia lo cual indica algún déficit fisiológico, sin embargo, una mejor comprensión de la fisiopatología nos permitirá llevar una mejor estrategia para el diagnóstico y tratamiento. (Gutierrez, 2010)

Lactancia materna

De acuerdo a la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS 2003, se considera a la lactancia como un comportamiento aprendido de generación en generación y acto natural, que beneficia al bebe brindándole una defensa natural contra las infecciones y protección contra enfermedades a futuro además de los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo.

La lactancia materna permite afianzar y fortalecer el vínculo madre –niño. Las mujeres pueden dar de lactar y producen leche requerida por el bebe, por tal motivo se debe educar sobre la correcta técnica de lactancia, involucrando a la familia como soporte. El inicio de la lactancia materna debe ser en las primeras horas de vida siendo esto beneficioso para el desarrollo del niño no solo en la etapa de lactante sino a lo largo de su vida, beneficia también el ahorro económico de la madre, disminución de peso corporal, etc.

Se recomienda lactancia materna exclusiva de 0 -6 meses de vida, posteriormente ir adicionando alimentos de acuerdo con la edad, paralelamente seguir con lactancia materna hasta los 2 años o más. (MINSA 2017, 2017)

Hipotermia

La hipotermia se define como una temperatura central menor a 35,5°C, las causas pueden ser ambientales y por enfermedades. El tratamiento se rige a calentar al paciente haciendo uso de prendas para retener el calor. La temperatura rectal normal en los recién nacidos prematuros y a término es de 36.5 a 37.5°C, la hipotermia puede darse por estrés, exposición prolongado al frío la persona puede marcar una temperatura central < 35-35,5 °C. La variación en la temperatura puede ser influenciada por la humedad, flujo de aire, exposición a superficies frías y temperatura ambiental. Los recién nacidos son vulnerables a la pérdida de calor por su termorregulación poco desarrollada y más aún los prematuros y los de bajo peso. La pérdida de calor por radiación se da cuando la piel desnuda es expuesta a un ambiente que contiene objetos a temperatura más baja. Los recién nacidos humedecidos por el líquido amniótico pierden calor por evaporación. La pérdida de calor por conducción se da cuando se pone en contacto a los neonatos con una superficie fría. La pérdida de calor por convección se produce cuando un flujo de aire ambiente frío enfría al neonato (OMS, 2011)

El estrés por frío puede consumir la caloría del recién nacido desviándolas a la producción de calor, lo que va a alterar el crecimiento. Los recién nacidos tienen una respuesta metabólica para regular la temperatura, a diferencia de un adulto, que comprende la termogénesis química es decir no se produce escalofríos, mediante la descarga de noradrenalina por los nervios simpáticos en la grasa parda. Este tejido especializado del recién nacido, localizado en la nuca, entre las escápulas y alrededor de

los riñones, responde con lipólisis, seguida de oxidación o reesterificación de los ácidos grasos liberados. Estas reacciones van a producir calor local y una buena irrigación de la grasa parda ayudara a transferirlo al resto del cuerpo. Esta reacción hace que aumente el metabolismo y el consumo de oxígeno, por ese motivo los recién nacidos con insuficiencia respiratoria o síndrome de dificultad respiratoria pueden presentar cuadros de hipoxia tisular y en el peor de los casos daño neurológico. Se puede activar las reservas de glucógeno lo cual puede provocar hiperglucemia transitoria. Si la hipotermia es persistente puede provocar hipoglucemia y acidosis metabólica aumentando el riesgo de sepsis y la muerte. (Kendig y MSD, 2018)

Los recién nacidos en especial los de bajo peso y prematuros tienen una capacidad limitada de regular temperatura y los mecanismos de compensación por ende son más propensos a presentar una temperatura corporal disminuida. El ambiente térmico neutro (termoneutralidad) es la zona de temperatura óptima para los recién nacidos; se define como la temperatura ambiental en la que la demanda metabólica (y por tanto el consumo de calorías) para mantener la temperatura del cuerpo en el intervalo normal (36,5-37,5 ° C rectal) es más baja. El ambiente térmico neutro tiene temperaturas de 36,7 ° a 37,3 °C. La hipotermia es tratada por calentamiento con apoyo de una incubadora la cual regula la temperatura, controla la hipoglicemia, hipoxemia y apnea. La OMS define la hipotermia como una temperatura rectal inferior a 35,5 °C o una temperatura axilar inferior a 35,0 °C. Cuando se presente la hipotermia inmediatamente proporcionar calor sobre el torso o el abdomen desnudo de la madre, contacto piel a piel y cubrir a ambos, esta práctica es llamada “Técnica del canguro”, se pueden colocar cubiertas desde la cabeza, usar mantas precalentadas, lo que no es recomendable es el uso de botellas de agua caliente (OMS, 2011)

También es importante vigilar durante el calentamiento y no provocar hipertermia, que incrementaría la pérdida de energía y pérdida de agua. Es importante mantener un termómetro constante si se utiliza una lámpara de calentamiento cada 2 – 4 horas. Las limitaciones del personal pueden dificultar la aplicación de esta práctica, por ello es importante vigilar la temperatura.

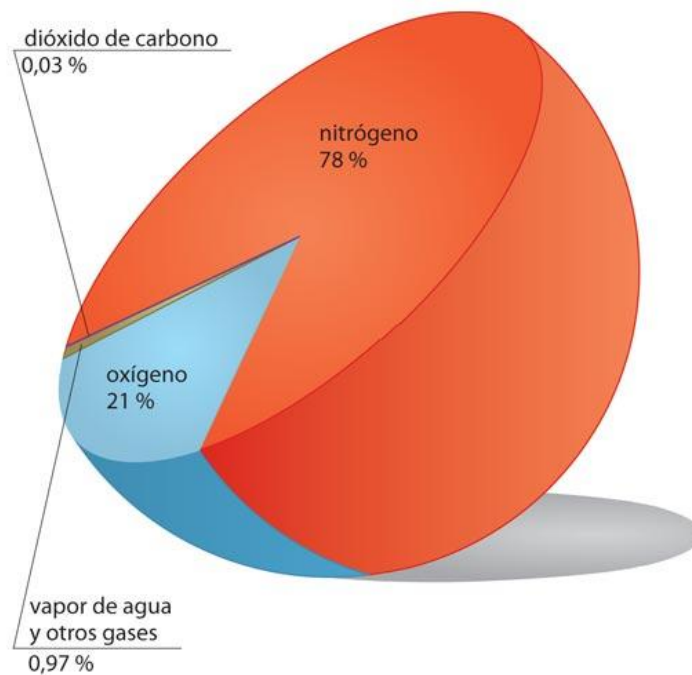
Los bebés con hipotermia se les debe controlar la glicemia evitando la hipoglicemia y las infecciones sistémicas. La energía necesaria se obtiene a través de la alimentación y la cobertura antibiótica de amplio espectro, lo cual permitirá la generación de calor.

El hospital donde se aplicó el PAE cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos adultos, por el techo asistencial todo paciente que requiere cuidados intermedios y/o intensivos son referidos al Hospital Alberto Sabogal sin embargo por disponibilidad de camas muchas veces es negado.

En el hospital se acondiciona un área, dentro del área de Cuidados Intensivos Adultos, para la hospitalización de nuestros pacientes pediátricos con la temperatura ambiental que tienen establecida por norma 21°C.

Análisis de gases arteriales

La atmósfera está constituida por una mezcla de gases determinado según la ecuación de Dalton: 21% de oxígeno, 78% de nitrógeno y 1% de otros gases.



Es necesario que el cuerpo humano consuma una cantidad de oxígeno para el metabolismo celular, el cual se obtiene a través de la atmosfera teniendo las condiciones atmosféricas y específicamente la presión de una carga que impone la necesidad sobre la mecánica respiratoria, de generar una adaptación fisiológica que a lo largo del tiempo permite una perfecta adecuación para poder obtener todo el oxígeno necesario. El análisis de gases arteriales se obtiene a través de una muestra extraída de una arteria la cual permite establecer los valores de presión arterial de oxígeno, dióxido de carbono, bicarbonato, exceso de base, PH y saturación, los cuales se analizan a la luz de los valores de referencia establecidos en sujetos sanos, es decir, en ausencia de alteración alguna (Acevedo & Solarte, 1984).

Tabla de valores de aga en lactantes

Edad del bebé	pH	pCO ₂	pO ₂
f1 día	7,20-7,41	29-61 mm Hg (4,0 a 8,0 kPa)	16 a 35 mm Hg (2,2 a 4,7 kPa)
10-90 días	7,34-7,45	26-43 mm Hg (3,5 a 5,7 kPa)	70 a 85 mm Hg (9,3 a 11,4 kPa)
4-12 meses	7,38-7,45	27 a 40 mm Hg (3,6 a 5,3 kPa)	-

Fuente: (Cevallos, 2010)

Fuente: (Cevallos, 2010)

Interpretación de la gasometría arterial anormal

	Gasometría	Patologías
Acidosis respiratoria	- hipercapnia (PaCO ₂ >44): no compensada: bicarbonatos normales, pH<7,35 parcialmente compensada: bicarbonatos altos, pH<7,35 compensada: bicarbonatos altos, pH>7,35	- Disminución de la fracción inspirada de oxígeno (aire viciado, altitud, inhalación de gas hipoxica). - Disminución de la ventilación pulmonar: traumatismo torácico, derrame pleural, síndrome de Pickwick, narcosis, enfisema, bronquitis crónica obstructiva, asma, insuficiencia respiratoria, edema pulmonar, fibrosis intersticial difusa, disminución de la tasa de hemoglobina funcional, tumores cerebrales con la participación de centros responsables del control de la respiración.
Alcalosis respiratoria	- hipocapnia (PaCO ₂ <35) disminución de la reabsorción de bicarbonatos por reducción de la función renal (mecanismo compensatorio)	- Hiperventilación por hipoxia a gran altura. - Problema de reanimación. - Ingestión de sustancias tóxicas (salicilatos). - Enfermedad pulmonar. - Lesión traumática de origen central.
Acidosis metabólica	- disminución de bicarbonatos (HCO ₃ <22) - disminución de la PaCO ₂ por hiperventilación (mecanismo compensatorio)	- Acidosis láctica con hipoxia. - Cetoacidosis diabética. - Problemas renales: glomerulonefritis, tubulopatía. Insuficiencia renal funcional. - Sobrecarga en exógenos ácidos (intoxicación, medicamentos). - Diarrea profusa.
Alcalosis metabólica	- aumento de bicarbonatos (HCO ₃ >28) - aumento de la PaCO ₂ por hipoventilación (mecanismo compensatorio)	- Vómitos. - Exceso de bicarbonatos (problemas de reanimación). - Aldosteronismo. - Hiper cortisolismo.

3. Modelo teórico

Virginal Henderson

Barroso y Torres (2001) refiere que Henderson define a la enfermería como "La función de ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". Henderson realiza un estudio muy cuidadoso de las necesidades básicas e identifica 14, las cuales considera primordiales en cuanto la asistencia de enfermería, son los siguientes:

Eliminar residuos corporales.
Movimiento
Descanso y sueño
Mantener el cuerpo y la piel limpias y cuidadas
Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros
Comunicarse con las personas expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones
Realizar actividades y prácticas religiosas según la fe de cada uno
Trabajar para que sintamos satisfacción por ello
Participar activamente en las actividades recreativas
Mantener la temperatura corporal, seleccionando ropa adecuada a la estación y la modificación del entorno
Elegir las prendas de vestir y desvestirse

Aprender, descubrir o satisfacer la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

En todo el grupo se observa en forma general no solo las necesidades básicas para la vida, sino que menciona también las necesidades psíquicas, la vida social, a partir de la definición de estas necesidades la enfermera puede priorizar y determinar los cuidados que brindara a las personas/ familia; esto a pesar de no constituir una teoría, fue indiscutiblemente un paso de avance para el desarrollo del pensamiento de las teóricas que le sucedieron. A partir del trabajo de Virginia Henderson, se concluyó que la enfermera no tiene como única función ayudar a las personas enfermas, sino sanas y que la enfermera debe actuar como miembro de un equipo sanitario, independientemente del médico, pero apoyando su plan.

En el caso presentado se realizó un cuidado basado en las necesidades básicas del paciente y la familia. Se destaca que se atendieron las necesidades básicas de alimentación, sueño, temperatura ambiental, se brindó un cuidado integral no solo al paciente sino a los padres y el entorno en el que se encuentra.

Ramona Mercer

Alligood y Tomey (2011) respecto de la teoría de Ramona Mercer indican que sus estudios referentes a la maternidad no tradicional se centró en estudiar a las madres adolescentes, madres añosas, enfermas y madres de niños con alguna enfermedad congénita, familias que pueden experimentar estrés post parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea. Hay autores que habrían visto estos temas, pero se centraban más en la aceptación del embarazo y del primer mes del recién nacido. Ramona Mercer amplía este periodo hasta el año de vida.

La autora habla de que la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que inicia desde el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol.

Mercer define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños, esta teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

En el caso presentado se aplica a la madre del paciente quien se mostraba ansiosa y estresada por la enfermedad que pasaba su menor hijo. Se realizó la orientación, consejería y que la madre adopte un mejor rol materno ya que al disminuir la ansiedad y estrés aumentó la producción de leche materna y se observó un mejor vínculo entre

madre e hijo.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El estudio es de tipo cuantitativo, analítico descriptivo, y diseño de corte transversal, como metodología se utilizó el proceso de atención de enfermería que es el método científico aplicado al cuidado del paciente, utilizando las cinco etapas. Para la valoración se realizó la recolección exhaustiva de datos subjetivos y objetivos del paciente de manera sistemática y ordenada; en la etapa diagnóstica se realizó el análisis de los datos significativos concluyendo en el enunciado de los diagnósticos y complicaciones potenciales, luego en la planificación se priorizaron los diagnósticos de enfermería, se formularon los objetivos, resultados e intervenciones de enfermería que fueron administrados en la ejecución, donde se aplicaron las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta prioritaria el beneficio del paciente en forma holística biopsico espiritual; finalmente se evaluaron los resultados donde se pudo determinar si el paciente mejoraba, empeoraba o permanecía estable.

Sujeto de estudio

Lactante de 1 mes 2 días de edad hospitalizado en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos con iniciales LFNS con tos ferina quien ingresa al servicio de emergencia por presentar dificultad respiratoria saturando 90% – 91%. En AREG, buena coloración de piel y mucosas, hidratada con buena perfusión periférica, cabeza normocéfalo, pupilas isocóricas, foto reactivas a la luz, fosas nasales con secreción blanquecina, mucosa oral hidratada no aftas, con buena perfusión periférica, pulso braquial y femoral palpables, a la auscultación murmullo vesicular en ACP con roncales y leves sibilantes, abdomen ligeramente abalonado, micción espontánea y movilidad normal de miembros inferiores. T°= 36.2 °c FC= 100x FR= 42x PA= 90/50 PAM= 63

Inmediatamente se realiza nebulizaciones de rescate y se brinda apoyo ventilatorio con CBN a 3lxm mostrando una saturación de 98%. Inmediatamente es trasladado al servicio de UCI.

Delimitación geográfica temporal

El Hospital donde se aplicó el PAE, inaugurado en abril del 2014, se ubica en la Av. Argentina 3525 en la Provincia Constitucional del Callao. Cuenta con 14 especialidades médicas, entre las cuales se encuentra el Servicio de Pediatría el cual se encuentra en el 4to piso. Se tiene al Hospital Alberto Sabogal como hospital de referencia en el caso que pacientes pediátricos requieran derivación a un área crítica.

La Unidad de Cuidados Intensivos, ubicada en el 3er piso, cuenta con 11 camas y 01 cama de aislados en total 12 camas. El porcentaje de ocupabilidad es de 66.6% (8 camas).

Cuando un paciente pediátrico necesita un cuidado especializado se procede a realizar la referencia al Hospital Alberto Sabogal quien no siempre tiene la disponibilidad de aceptar por tener el 100% de camas ocupadas, inmediatamente se acondiciona la cama

#12 con equipos, materiales y personal competente para el cuidado de este tipo de paciente.

Técnica de recolección de datos

La técnica usada para la recolección de datos fue: la observación y el examen físico, la revisión de la historia clínica de donde se obtuvieron los resultados de laboratorio, antecedentes; como instrumento se utilizó la guía de valoración que fue adecuada para el paciente con tos ferina que consta de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Cozier 2012)

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio y dando cumplimiento al plan de cuidados del paciente con tos ferina se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones bioéticas: no maleficencia, justicia, autonomía, beneficencia. En el cuidado del paciente se han tenido presente los principios de responsabilidad, respeto, confidencialidad, confianza y dignidad, consentimiento informado que se solicita que firme la madre.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

	Objetivo alcan- zado	Objetivo parcial- mente alcanzado	Objetivo no alcan- zado
Diagnóstico 1		X	
Diagnóstico 2		X	
Diagnóstico 3	X		
Diagnóstico 4	X		
Diagnóstico 5	X		
	60%	40%	

Análisis de los diagnósticos

El diagnóstico de enfermería es considerado un juicio clínico ante la respuesta de una persona, familia, comunidad frente a problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero es la base para la selección de intervenciones a realizar, las cuales están destinadas a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. En caso presentado se realizó la priorización de diagnóstico y se realizaron las

intervenciones respectivas (Herdman y Shigemi, 2014).

En el presente trabajo se llegaron a los siguientes resultados de acuerdo con los diagnósticos priorizados

Limpieza ineficaz de vías aéreas, relacionado con retención de secreciones evidenciado por alteración de la frecuencia respiratoria, cuyo objetivo fue parcialmente alcanzado, con las intervenciones realizadas el paciente mejora la frecuencia respiratoria sin embargo sigue reteniendo secreciones pese a las nebulizaciones que se realizan continuamente.

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por hipoxia, análisis de gases arteriales alterado y saturación de oxígeno 90%, el objetivo fue parcialmente alcanzado. Paciente en posición semifowler y se brinda el apoyo ventilatorio de cánula binasal FIO2 27%.

Lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna evidenciado por percepción de secreción de leche inadecuada, nuestra intervención fue basada en la orientación a la madre, no solo sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna sino informándole paso a paso de todo lo que iba ocurriendo con el paciente, al tener conocimiento, disminuían los temores, disminuía la ansiedad. Se logró alcanzar el objetivo propuesto.

El estreñimiento relacionado con el cambio de alimentos ingeridos tuvo una repercusión pues el paciente al ser un lactante menor de 1 mes y 2 días y la madre no contar la producción normal de leche materna se le tuvo que complementar con fórmula maternizada. Al realizar los masajes abdominales y estímulo rectal el paciente elimino flatos y deposición en regular cantidad. Se logró alcanzar el objetivo propuesto

Riesgo de hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja, la unidad de cuidados intensivos tiene protocolos establecidos, sin embargo, al no contar con una unidad de cuidados intensivos pediátricos (paciente se encontraba en una unidad de cuidados intensivos adultos) se tuvo que modificar normas y protocolos para evitar la hipotermia al paciente siendo uno de ellos el uso de ropa abrigadora. Se logró alcanzar el objetivo propuesto.

Discusión

La tos ferina es una enfermedad contagiosa que ha ido aumentando el número de casos en los últimos años, debido a un cambio epidemiológico por el cual ya no afectan solo a niños y lactantes sino a adultos jóvenes y adolescentes que son fuente de infección para lactantes, en las cuales la enfermedad puede ser grave. El periodo de incubación dura de 7 a 10 días, fase cantoral (1-2 semanas) parecida a cualquier infección respiratoria de vías altas, no se presenta fiebre y con una tos progresivamente intensa, fase paroxística (2-4 semanas) con acceso de tos con 5 – 10 golpes en cada espiración seguidos de un estridor inspiratorio característico conocida como gallo, tras el acceso es frecuente expulsar una mucosidad espesa o un vómito alimenticio.

En lactantes menores a 3 meses, el cuadro puede agravarse o prolongarse, la fase catarral puede pasar desapercibida, hay acceso de tos, pero menos llamativos, puede haber episodios de apnea o cianosis. Pueden haber complicaciones, siendo más grave la neumonía por *Bordetella* o por sobreinfección bacteriana (*S. aureus*, *S. pneumoniae*), esta última aparece en un 5% de los casos y es la causa del 90% de las muertes por tos ferina; y por otro lado la encefalopatía tos ferina (1/100 000 casos), con convulsiones y alteración del nivel de conciencia.

Cuando los cuadros se agravan es necesario que el paciente ingrese a la unidad de cuidados intensivos y con apoyo de ventilación mecánica, es más frecuente en lactantes menores de 3 meses y esto se debe a la insuficiencia respiratoria secundaria a apnea y a la neumonía bacteriana secundaria.

En el caso presentado se logró confirmar diagnóstico médico con hisopado faríngeo posteriormente el paciente en mención fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para el aislamiento y cuidados respectivos. En situaciones similares la teoría refiere que los pacientes son mejor atendidos en las áreas críticas, esto se vio en la realidad del caso presentado.

Según Delgado en su tesis titulada “Variabilidad estacional de hospitalizaciones por tos ferina en el INSN 2005 -2013 Lima – Perú” las edades que prevalecen con tos ferina es entre 1 mes y 6 meses en un 85.7% lo lidera el sexo masculino. Esta situación coincide con el paciente en estudio que durante la investigación contada con 1 mes y 2 días, siendo más vulnerable a las complicaciones propias de la enfermedad.

La tesis de Vargas Marcacuzco en el 2014 titulado “Complicaciones y algunos aspectos epidemiológicos del síndrome coqueluchoide en lactantes menores hospitalizados HBT enero 2010-2013” informa que el número de hospitalizaciones por tos ferina en el 71.4% no contaban con ninguna inmunización. Así mismo, Centeno y Del Castillo en su tesis titulado “Tos ferina: Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en un periodo de 15 años” corrobora que de 119 pacientes solo 21 eran de sexo femenino y de los casos positivos el 84.8% no había recibido ninguna dosis de la vacuna DPT. Al respecto de las vacunas el Ministerio de salud en el Perú informa que la tos ferina es prevenible por vacunación, como personal de salud debemos educar a los padres desde la gestación y reforzar durante el puerperio antes del alta sobre la importancia de cumplir con

el calendario de inmunizaciones de esta manera prevenir la tos ferina y otras enfermedades. El paciente atendido no contaba con la vacunación que requería y por lo tanto se afirma que sufrió de esta enfermedad que puede ser prevenible.

Los estudios mencionados refieren que uno de los síntomas coincide con los síntomas presentados por el paciente, como la edad, la tos, secreciones y alteraciones del AGA. El estreñimiento que presentó el paciente no se encontró coincidencias con los otros estudios por lo tanto se relaciona esta alteración con la alimentación y falta de lactancia de lactancia materna.

La hipotermia que presentó el paciente está muy influenciada por factores externos como la temperatura del medio ambiente, siendo que en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Barton era muy baja, situación particular que presentó este caso de estudios porque el hospital en mención no cuenta con una Unidad Crítica exclusiva para niños.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Las principales conclusiones del presente estudio son:

En el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con retención de secreciones evidenciado por alteración en la frecuencia respiratoria, con el objetivo: paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante la estancia hospitalaria, se

logra alcanzar el objetivo parcialmente a través de las intervenciones de enfermería,

En el diagnóstico deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por hipoxia, AGA alterado y saturación de oxígeno 90%, con el objetivo: paciente mejorará intercambio de gases durante el turno de 12 horas, se logra alcanzar el objetivo parcialmente, se administró tratamiento indicado y apoyo ventilatorio, sin embargo, paciente no mostraba una saturación óptima.

En el diagnóstico de lactancia materna ineficaz relacionado con ansiedad materna evidenciado por percepción de secreción de leche inadecuada, con el objetivo: paciente mejorará y mantendrá una lactancia materna eficaz después de educación brindada se logra alcanzar el objetivo, se afirma que la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad, por tanto, se debe orientar a las madres sobre su importancia y beneficios, asimismo evaluar una adecuada técnica de succión disminuyendo también el estrés y ansiedad de la madre ya que puede afectar la producción de leche materna. Así mismo se enfatiza la importancia de la vacunación que es la principal medida preventiva frente a la tos ferina, siendo importante tener un alto grado de sospecha de la enfermedad en todas aquellas personas con tos persistente de más de 7 días de evolución

En el diagnóstico de estreñimiento relacionado con cambio de alimentos ingeridos evidenciado por distensión abdominal y reducción de la frecuencia con el objetivo: paciente reanudará la función intestinal normal durante su estancia hospitalaria. Se logra alcanzar este objetivo con apoyo de masajes abdominales y como resultado de la estimulación rectal. En la hospitalización, los lactantes pueden presentar alguna alteración en la función intestinal sin embargo es importante valorar la distensión abdominal, presencia de ruidos hidroaéreos y ayudar mediante la estimulación.

En el diagnóstico de riesgo de hipotermia relacionado con temperatura ambiental baja, con el objetivo: paciente disminuirá riesgo de hipotermia, se logra alcanzar el objetivo. Se debe mantener una temperatura ambiental la cual no afecte la termorregulación del paciente haciendo un adecuado uso de la ropa de abrigo.

Recomendaciones

Se recomienda al Hospital donde se aplicó el PAE crear e implementar una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, en la actualidad los pacientes pediátricos son atendidos en el servicio de UCI adultos, debido a esta deficiencia los pacientes pediátricos son atendidos con equipos acondicionados, la temperatura ambiental es para adultos, el personal de enfermería está capacitado en la atención de pacientes adultos y con poca experiencia en atención a pacientes pediátricos. Igualmente, el hospital debe contar con un ambiente especial para aislar a los pacientes que lo requieren, inmediatamente se detecte algún caso de tos ferina y evitar de esa manera el contagio a otros pacientes.

Se recomienda contar con médicos intensivistas pediátricos para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se recomienda enfatizar la educación a las madres sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses la cual no debe ser sustituida por ningún otro alimento.

Se recomienda la personal de enfermería que desarrolle conocimientos y habilidades en la atención de pacientes pediátricos.

Referencias

- Acevedo, L. E., y Solarte, I. (1984). Gasimetría arterial en adultos jóvenes. *Revista Acta Médica Colombiana*, 9(1), 7-14. Retrieved from <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/01-1984-02.pdf>
- Alligood, M., y Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Italia: Elsevier. Retrieved from <http://media.axon.es/pdf/82308.pdf>
- Alonso, J., y Morant, P. (2004). *Fisioterapia respiratoria: indicaciones y técnica*. *Anales de Pediatría Continental*, 2(1). Retrieved from www.apcontinuada.com
- Klein, A. (2017). Mecanismos de termorregulación del RN. Retrieved from http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Termoregulacion/TermorregulacionRN.pdf
- Apaza, C. M. (2018). *Aspectos clínico-epidemiológicos de tos ferina en la Región Arequipa periodos 2012-2017* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. Perú. Retrieved from <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5527>
- Asociación Española de Pediatría, A. (2008). *Manual de Lactancia Materna*. [s.n.]. Retrieved from <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=Ulxyj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=forma+y+tecnica+de+la+lactancia+materna&ots=jrfT6xsOwY&sig=gAD4usbyIDobeKuw0hnuFY5XulY#v=onepage&q=forma+y+tecnica+de+la+lactancia+materna&f=false>
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria., J. (2011). Revista pediatría de atención primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 13, 145–147. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000400016&script=sci_arttext&tlng=en

Barroso, Z., y Torres, J. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 11-18.. Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002

Campins, M., Moreno, D., Gil, Á., González-Romo, F., Moraga, F., Arístegui, Ll.,

Bayas, J., y Salleras, L.. (2012). Tos ferina en España. Documento de consenso sobre la situación epidemiológica y las estrategias de prevención y control.

Retrieved from

http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Vacunes/Documento_de_consenso_tosferina_28oct12.pdf

Candela, M. J. (2017). *Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014 - 2016* (tesis de especialidad). Universidad Nacional de Callao. Perú.

Retrieved from <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/2431>

Calero, M., y González, F. (2006). El registro de enfermería como parte del cuidado.

Retrieved from

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45255159/REGISTRO_DE_ENFERMERIA.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1534442265&Signature=k9iaC4j%2F182ChqsEX8nTgv6rKn0%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DEL_REGISTRO_DE_ENFERM

Centeno, M. F., Andrés, C. B., Del Castillo Martín, F., Díez Sebastián, J., y Hortelano, J.

G. (2008). Tos ferina: Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en un periodo de 15 años. Retrieved from

<http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-3-10.pdf>

Cevallos, Washintong. (2010). Gasometría arterial. Retrieved from

- <https://es.slideshare.net/WashingtonCevallosRobles/gasometra-arterial-70919092>
- Delgado, J. R. (2015). Variabilidad estacional de hospitalizaciones por tos ferina en el INSN, 2005-2013. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima-Perú. Retrieved from
- http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/investigaciones/desarrollo/informes/2018/Informe_Final_PE-41-2014.pdf
- Digemid. (2016). Vacuna contra difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP, triple). Centro de Atención Farmacéutica. Minsiterio de Salud. Perú. Retrieved from
- http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Vacuna_contra_la_difteria,el_tetanos_y_la_tos.pdf
- García-Caballero, C., y González-Meneses, A. (2000). *Tratado de pediatría social* (2a. ed.). México: Ediciones Díaz de Santos.
- Garfias, A., Márquez, E., Moreno, F., y Bazán, M. (2007). Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 12(1), 53-57.
- Gorrita, R., Belló, Y., Gorrita, Y., & Brito, B. (1946). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(2), 179-188. Retrieved from
- <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53071>
- Gutiérrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 286–297. Retrieved from
- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400013
- Herdman, T., y Shigemi K. (2014). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y

- clasificación 2015 - 2017. Retrieved from <http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/1877.pdf>
- García-Falcón, D., Lawrence, K., y Prendes-Columbié, M. (2002). Uso inadecuado de la vía inhalatoria en pacientes asmáticos que utilizan salbutamol. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*, 30(2), 344-64. Retrieved from <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2013.v30n2/349-350/es/>
- Gázquez, J., Pérez-Fuentes, M., Molero, M., Ana Belén Barragán, A., Cardila, F., y Martos, A. (2016). *Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital* (1ra edición). Univep. Retrieved from <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/salud-alimentacion-sexualidad-ciclo-vital-vol1.pdf#page=168>
- Játiva, V., Del Busto, F., Gómez M., Herrero, A., Hevia, C., Pérez-Curiel, M. (1990). Hipotermia en pacientes valorados en un servicio de urgencias, 237-240.
- Kendig, J. (2018). Hipotermia en recién nacidos. *Pediatría*. Manual MSD versión para profesionales. Retrieved September 6, 2018, from <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatría/problemas-perinatales/hipotermia-en-recién-nacidos>
- Kramer, E. M., y Myers, D. R. (2018). Ósmosis y tonicidad. *American Journal of Physics*, 80(8), 694–699. Recuperado <https://doi.org/10.1119/1.4722325>
- Lederman, W. (2004). Breve historia de la bordetella pertussis, una elusiva damisela *Revista Chilena de Infectología*, 21(3), 241-246.
Disponibile en <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182004000300018>
- Luna, M. C., Asensio, O., Cortell, I., Martínez, M. C., Barrio, M. I., Pérez, E., y Pérez, J. (2009). Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. *Anales de Pediatría*, 71(2), 161–

174. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2009.05.012>
- Máiz, L., y Wagner, C. (2011). Beneficios de la terapia nebulizada: Conceptos básicos. *Archivos de Bronconeumología*, 47(6), 2–7. [https://doi.org/10.1016/S0300-2896\(11\)70028-X](https://doi.org/10.1016/S0300-2896(11)70028-X)
- Mayo Clinic. (2018). Hipotermia - Síntomas y causas - Mayo Clinic. Retrieved August 8, 2018, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682>
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín Epidemiológico del Perú*. Retrieved from www.dge.gob.pe
- MINSA 2017. (2017). Lactancia - Ministerio de Salud. Retrieved August 29, 2018, from <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/index.asp>
- Noriega, Y. (1991). *Causas de muerte en tos convulsiva, revisión clínico patológica años: 1974-1986*. (tesis de bachiller). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú
- OMS. (2011). OMS Prevención y tratamiento de la hipotermia en niños con malnutrición grave. Retrieved from http://www.who.int/elena/titles/bbc/hypothermia_sam/es/
- OMS. (2005) *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, G. (2012). Interpretación de una gasometría arterial: valores normales en adultos y niños. Retrieved November 22, 2018, from https://www.gasometria.com/rangos_de_referencia_e_interpretacin
- Pinheiro, P. (2018). Hemograma. Valores Normales. MD.Saúde. Retrieved August 4, 2018, from <https://www.mdsaude.com/es/2015/10/hemograma-valores->

normales.html

- Quevedo, L. (2007). Oclusión intestinal. Clasificación, diagnóstico y tratamiento *Revista Cubana de Cirugía*, 46(3). Editorial Ciencias Médicas. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300015
- Revista Médica Portales Médicos. (2013). Cuidados de enfermería a paciente con diagnóstico de insuficiencia hepática. Retrieved from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-insuficiencia-hepatica/4/>
- Torrens, M. (2015). Interpretación clínica del hemograma. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(6), 713–725. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2015.11.001>
- Uriona, S., Martínez, X., Campins, M., Codina, G., Ferrer, A., Rodrigo J., y Moraga, F.. (2013). Estudio de contactos de casos pediátricos de tos ferina en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Medicina Clínica*, 141(9), 376–381. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2012.09.017>
- Vargas, H. T. (2014). *Complicaciones y algunos aspectos epidemiológicos del síndrome coqueluchoide en lactantes menores hospitalizados HBT enero 2010 - diciembre 2013* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Retrieved from <http://www.dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/388>
- Videla, M. (2009). Revisando técnicas: Control de signos vitales. *Revista de Enfermería*. Retrieved from [http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando Técnicas - Control de signos vitales.pdf](http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando_Técnicas_-_Control_de_signos_vitales.pdf)

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR CUIDADOR PRIMARIO

Yo, _____ cuidador primario del paciente pediátrico con iniciales _____ estoy de acuerdo en que los datos de mi menor hijo sean empleados en el trabajo de investigación “Proceso de Atención de Enfermería a paciente con diagnóstico médico tos ferina de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alberto Barton Thompson – 2017” elaborado por la Lic. Hayde Gallardo Ocón que labora en dicha institución y a la vez alumna de la Universidad Peruana Unión cursando la especialidad de cuidados intensivos pediátricos.

Nombre y firma: _____

DNI : _____

Fecha : _____

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE PEDIATRÍA EN UCI

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M ()

Historia Clínica: _____ Nº Cama: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____

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

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____

1.- PERCEPCIÓN DE LA SALUD

¿Cómo ve usted al niño en este momento? _____

¿Conoce el problema de salud del niño? _____

Actitud de los padres ante el problema de salud del niño _____

¿Conoce los medicamentos del niño? _____

¿Qué vacunas tiene el niño? _____

¿Alguien le ha indicado que hacer en la situación del niño? _____

¿Usted sigue las indicaciones que le ha hecho el medico? _____

Número de ingresos hospitalarios en el último año: _____

Causa de hospitalización: _____

2.- NUTRICIONAL - METABOLICO

Peso: _____ Talla: _____

Dieta: NPO () Lactancia materna () Formula láctea ()

Tipo de dieta: _____

Nutrición parenteral: Continua () Ciclada ()

Tolerancia: Acepta () Vomito () Rechaza () Nauseas ()

Sonda de alimentación: SNG () SOG () SNY ()

N° de sonda: _____ Tipo de sonda: _____

Colostomía: Sí () No () Yeyustomía: Si () No ()

Obs: _____

Mucosas orales: Intacta () Lesiones () Sangrante ()

Obs: _____

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

Tibia () Caliente () Rubicunda ()

Termorregulación: Hipertérmico () Normotermico: () Hi-

potérmico () Obs: _____

Hidratación: Hidratado () Deshidratado ()

Edemas: Sí () No ()

Obs: _____

3.- ELIMINACIÓN

Frecuencia urinaria: _____ Color: Nor-

mal () Hematúrica: () Colúrica ()

Problemas: Anuria () Poliuria () Disuria ()

Sonda vesical: Sí () No ()

Diálisis peritoneal: Sí () No () He-

modiálisis; Sí () No ()

Patrón intestinal: Frecuencia: _____

Acolia () Melena () Pastosa () Líquida () Semi-

líquida ()

Ostomía: Sí () No () Tipo: _____

Drenajes: Pleural derecho () Pleural Izquierdo ()

Mediastinal () Característica: _____

Herida Operatoria: Sí () No ()

Ubicación: _____ Características: _____

Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos () Se-

rosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

4.- ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Respiración: Disnea () Tiraje () Aleteo ()
 Ruidos respiratorios: CPI () CPD () ACP ()
 Roncantes () Crépitos () Disminuidos ()
 Ventilación: Espontanea () Mecánica ()
 TET: N° ___ Clampado: ___
 CBN () Prong nasal () Masc. simple () Masc. Reserv ()
 Tos: Seca () Productiva () Sin tos ()
 Secreciones: Sí () No ()
 Características: Densas () Fluidas () Hemáticas ()
 Gases: Arterial () Venoso ()
 Ph: Po2: PCO2: HCO3: Be: Sto2:
 Llenado capilar: _____
Frecuencia cardíaca: ___ Ritmo: Bradicardia () Taquicardia () Extrasístole () Bloqueo ()
 Pulso: Normal () Débil ()
 Hilos de marcapaso: Sí () No ()
 Marcapaso: Si () No () Modo: ___ Frecuencia: ___
 Amplitud: ___ Sensibilidad: ___
Drenaje Torácico: Sí () No () Oscila Si () No ()
Perfusión Tisular Cerebral:
 Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()
 Postura: Normal () Distónico () Opistótonos ()
 Plejía: Hemi () Cuadro () Para ()
 Parecía: Hemi () Cuadro () Para ()
 Tono: Normal () Hipotónico () Hipertónico () espástico ()
 Convulsiones: Tónica () Clónica () Tónico-clónico ()
Presencia de Líneas Invasivas:
 Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo () Otros: _____ Localización: _____ Fecha: _____
Riesgo Periférico: Sí () No ()
 Cianosis Distal () Frialdad Distal ()
Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
Escala de Caídas:

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

5.- SUEÑO Y DESCANSO

Sueño: N° de horas de Sueño: _____
 Alteraciones en el Sueño: Sí () No ()
 Especifique:

Motivo: _____

7.- AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO

Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo ()
Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()
 Negativo () Indiferente () Temeroso ()
 Intranquilo () Agresivo ()
Llanto Persistente: Si () No ()
 Comentarios: _____
 Cuidados de su persona: corporal _____ Vestimenta _____
 Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia:
 Ansiedad () Indiferencia () Rechazo ()
 Comentarios: _____

8.-ROL Y RELACIONES

Se relaciona con el entorno: Si () No ()
 Compañía de los padres: Si () No ()
 Recibe Visitas: Si () No ()
 Comentarios: _____
Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos ()
 Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No ()
 Familia Nuclear: Si () No ()
 Familia Ampliada Si () No ()
 Padres Separados: Si () No ()
Nivel educativo:
 Padre: _____ Madre: _____
 Problema de Alcoholismo: Sí () No ()
 Problemas de Drogadicción: Sí () No ()
 Pandillaje: Si () No () Otros: _____
 Comentarios: _____

9.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Sí () No ()
 Especifique: _____
 Otras Molestias: _____
 Problemas de Identidad: _____
 Cambios Físicos: _____
 Testículos No Palpables: Sí () No ()
 Fimosis Sí () No ()
 Testículos Descendidos: Sí () No ()
 Masas Escrotales Sí () No ()
 Tratamiento Médico Actual: _____

6.- COGNITIVO PERCEPTIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()
 Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Coma () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Midriáticas ()
 Mioticas ()
 Foto Reactivas: Sí () No ()
 Tamaño: 1mm () 2mm () 3mm () 4mm () 5 mm ()
Escala de Glasgow: Puntaje: ()

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 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

12.-SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Religión: invasivos: B. D. S. C. M. P. R. S. T. T. r. T. q. S. s. C. p.

Religión: invasivos: B. D. S. C. M. P. R. S. T. T. r. T. q. S. s. C. p. () 2
 Restricción Religiosa: _____ Sin respuesta 1
 Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adven-
 tisista () Otro ()
 Comentarios: _____
Ramsay: Puntaje: ()

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)
-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.
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()
Evaluación del dolor: Según Wong-Baker Puntaje: ()

De 3 a 7 años colaboradores:
 Escala de caras de Wong-Baker

0: Sin dolor; 2: Duele un poco; 4: Duele un poco más; 6: Duele aún más; 8: Duele mucho; 10: El peor dolor

0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado; 8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

13.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Peso: _____
 Talla: _____
 Perímetro cefálico: _____
 Interpretación según percentil: _____
 Nombre de la enfermera: _____
 Firma: _____ CPE: _____ FECHA: _____

10.-ADAPTACION Y TOLERANCIA AL ESTRES

Se incluye en el dominio 7

BALANCE HÍDRICO

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	12H	24H															
PESO PACIENTE													3.92																													
BHA																																										
INGRESOS																																										
cloruro para mantener via													0												1	1	1	1	1	5	5	0	0									
TRATAMIENTO EV													0												LME	LME	LME			0	0	0	0	0	0	0	0					
OXIDACION													9.8															9.8	19.6													
TOTAL													9.8															14.8	24.6													
EGRESOS																																										
DIURESIS													0												25		35			60	60	0	0									
DEPOSICIONES													0														15			15	15	0	0									
SECRECIONES POR BOCA													0															0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
PERDIDAS INSENSIBLES													23.52															23.52	47.04													
TOTAL													23.52															98.52	122.04													
BH12H													-13.72															-83.72	-97.44													
BH24H																																										
BHA																																										

INDICACIONES MÉDICAS

365,441 - NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON (1 Mes, 28 Dias)
DNI: 90411360 Cama: 425-B



Diario clínico Registro de constantes

Señal de alarma concurrida y control.
9:30am Presenta episodio de apnea por 18 segundos aprox.
Se educa a mama sobre importancia del brazalete, lavado de manos, uso de alcohol gel y signos de alarma.
10am Se le administra tratamiento salbutamol 2 puff.
Presenta episodio de apnea por 10 segundos aprox.
11am Presenta episodio de apnea por 15 segundos aprox.
12pm Se le administra tratamiento salbutamol 2 puff.

I - 19/10/2017 7:47:46 **FELIPA MACHA, RAUL GIANCAR**
SALBUTAMOL 100 mcg/dosis, 200 dosis Aerosol inhalador --> Frecuencia: 2 PUFF CADA 2 HORAS - 11/10/2017 10:56:31 - (Se entrega: 1 FRASCO)
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS
OXIGENOTERAPIA --> Frecuencia: Cada 1 H. - 19/10/2017 0:51:26
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS
ELEVACIÓN BARRAS LATERALES DE LA CAMA --> Frecuencia: Cada 1 H. - 19/10/2017 0:53:31
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS --> Obs.M: CONTINUO
CONTROL DE CONSTANTES --> Frecuencia: Cada 1 H. - 19/10/2017 0:52:18
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS --> Obs.M: CONTINUO
CONTROL DE CONSTANTES --> Frecuencia: CADA 24 HORAS - 19/10/2017 0:52:55
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS --> Obs.M: CONTINUO
CONTROL DE FC --> Frecuencia: Cada 1 H. - 19/10/2017 0:52:37
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS --> Obs.M: CONTINUO
SI INCIDENCIAS AVISAR AL MÉDICO DE GUARDIA --> Frecuencia: CADA 24 HORAS - 19/10/2017 0:51:58
--> Administración: CADA TODOS LOS DÍAS

I - 19/10/2017 7:46:42 **FELIPA M**

EVOLUCION DIURNA

S: afebril, tolera formula, aun con quintas y cianosis con paradas respiratorias pero sin apnea.

O: REG, REN, REH
Piel: the
T Y P: tiraje 1 paquete, mv pbaht no estertores
CV: rcr bi no soplos
Abdomen: B/D rha + no vmg
Neuro: despierto, alerta, feurza y tono coservado.

A:
DX:
1. Coqueluche complicado

Paciente anoche por persistencia de quintas con cianosis y pausas respiratorias Ingres a UCI adultos, en monitoreo permanente, paciente ya no contagia, no necesita frecuente con oxigenoterapia, debe continuar en uci.

5. Indicaciones terapéuticas

EXÁMENES DE LABORATORIO

Digitally signed by DARWIN MOISES ROJAS MEZARINA
 Contact=moises.rojas@unilaba.pe
 Reason=Confirmo la validez del documento
 Location=Lima/Perú

Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson. EsSalud-Callao

Análisis: 21288385

Paciente: NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON

Edad: 1 mes

Médico solicitante: VASQUEZ MANRIQUE, JIM FRANCO

Toma de muestra: 19/Oct/2017 01:44:42

NHC: 365441

Sexo: Hombre

Especialidad: PEDIATRIA

HEMATOLOGÍA

Hematimetría

Recuento

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Numero total hematíes	3.7	$\times 10^6$ cel/ μ l	(3 - 5.4) (10^3)
Hemoglobina	12.1	g/dl	(9.4 - 13)
Hematocrito	35.7	%	(28 - 55)
Volumen corpuscular medio sangre	95.7	fl	(76 - 123)
Hemoglobina corpuscular media	32.5	pg	(25 - 40)
CHCM	33.9	g/dl	(29 - 37)
RDW	15.0	%	(11.2 - 15.2)
Número total plaquetas	295.0	$\times 10^3$ cel/ μ l	(150 - 450) (10^3)
Volumen plaquetar medio	9.2	fl	(9 - 13)

Diferencial Absoluto

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Número total leucocitos	11040.0	cel/ mm^3	(5000 - 17000)
Segmentados	1468	cel/ mm^3	(1500 - 9000)
Abastionados	0	cel/ mm^3	
Eosinófilos	331.2	cel/ mm^3	(100 - 1000)
Basófilos	77.3	cel/ mm^3	(20 - 100)
Monocitos	783.8	cel/ mm^3	(200 - 1200)
Linfocitos	7705.9	cel/ mm^3	(2000 - 11000)

Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson. EsSalud-Callao

Análisis: 21288385

Paciente: NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON

Edad: 1 mes

Médico solicitante: VASQUEZ MANRIQUE, JIM FRANCO

Toma de muestra: 19/Oct/2017 01:44:42

NHC: 365441

Sexo: Hombre

Especialidad: PEDIATRIA

Diferencial Porcentual Automatizado

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
% segmentados	13.30	%	(20 - 40)
% Abastionados	0	%	
% eosinófilos	3.0	%	(0.5 - 4)
% basófilos	0.7	%	(0 - 2)
% monocitos	7.1	%	(2 - 10)
% linfocitos	69.8	%	(40 - 65)

Validación: Lic. Anicia Medina Prado - CTMP: 7307

Fecha y hora de Última Validación: 19/Oct/2017 02:05:58

BIOQUÍMICA

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Glucosa	83	mg/dl	(74 - 106)
Urea	13	mg/dl	(15 - 50)
BUN (Nitrógeno ureico)	5.9	mg/dl	(7.0 - 21.0) Adultos (7.0 - 29.0) 3ª Edad
Creatinina	0.28	mg/dl	(0.7 - 1.3) "Actualización de Valore de Referencia"
Estimación FG MDRD-IDMS	No procede la estimación del Filtrado Glomerular mediante fórmulas en pacientes de menos de 18 años		(Inf. 15) Filtrado Glomerular Estimado indicador de ERC estadi 5 (si persiste > 3 meses) (15 - 30) Filtrado Glomerular Estimado indicador de ERC estadi 4 (si persiste > 3 meses) (30 - 60) Filtrado Glomerular Estimado indicador de ERC estadi 3 (si persiste > 3 meses) (60 - 90) Filtrado Glomerular Estimado Normal o compatible cor ERC estadio 1 ó 2 (si persiste > 3 meses) (Sup. 90) Filtrado Glomerular Estimado Normal

ENZIMAS

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
ALAT (GPT)	18	U/l	(3.7 - 49)
CK (Creatin Quinasa)	143	U/l	(32 - 294) Valores de referencia actualizados

Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson. EsSalud-Callao

Análisis: 21288385

Paciente: NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON

Edad: 1 mes

Médico solicitante: VASQUEZ MANRIQUE, JIM FRANCO

Toma de muestra: 19/Oct/2017 01:44:4

NHC: 365441

Sexo: Hombre

Especialidad: PEDIATRIA

PROTEINAS

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Proteína C reactiva hs (alta sensibilidad)	<0.400	mg/dl	(0.000 - 1.000) Inf. 1.000

Validación: Lic. Anicia Medina Prado - CTMP: 7307

Fecha y hora de Última Validación: 19/Oct/2017 02:48:15

Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson. EsSalud-Callao

Análisis: 21288385

Paciente: NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON

Edad: 1 mes

Médico solicitante: VASQUEZ MANRIQUE, JIM FRANCO

Toma de muestra: 19/Oct/2017 01:44:4

NHC: 365441

Sexo: Hombre

Especialidad: PEDIATRIA

Recuento

	19/Oct/2017	8/Oct/2017
Numero total hematíes (x 10 ⁹ cel/μl)	3.7	3.4
Hemoglobina (g/dl)	12.1	13.5
Hematocrito (%)	35.7	33.9
Volumen corpuscular medio sangre (fl)	95.7	98.7
Hemoglobina corpuscular media (pg)	32.5	39.4
CHCM (g/dl)	33.9	39.9
RDW (%)	15.0	14.9
Número total plaquetas (x 10 ³ cel/μl)	295.0	271.0
Volumen plaquetar medio (fl)	9.2	9.8

Diferencial Absoluto

	19/Oct/2017	8/Oct/2017
Número total leucocitos (cel/mm ³)	11040.0	12260.0
Segmentados (cel/mm ³)	1468.32	2721.72
Abastionados (cel/mm ³)	0.00	0.00
Eosinófilos (cel/mm ³)	331.2	404.6
Basófilos (cel/mm ³)	77.3	98.1
Monocitos (cel/mm ³)	783.8	1324.1
Linfocitos (cel/mm ³)	7705.9	6828.8

Diferencial Porcentual Automatizado

	19/Oct/2017	8/Oct/2017
% segmentados (%)	13.30	22.20
% Abastionados (%)	0	0
% eosinófilos (%)	3.0	3.3
% basófilos (%)	0.7	0.8
% monocitos (%)	7.1	10.8
% linfocitos (%)	69.8	55.7
Células grandes no clasificadas (%)	6.1	7.2

Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson. EsSalud-Callao

Análisis: 21288385

Paciente: **NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON**

Edad: 1 mes

Médico solicitante: VASQUEZ MANRIQUE, JIM FRANCO

Toma de muestra: 19/Oct/2017 01:44:42

NHC: 365441

Sexo: Hombre

Especialidad: PEDIATRIA

Bioquímica General

	19/Oct/2017	8/Oct/2017
Glucosa (mg/dl)	82.81	
Urea (mg/dl)	12.56	
Creatinina (mg/dl)	0.28	
Estimación FG MDRD-IDMS (mL/min/1.73m ²)	1254.52	

Enzimas

	19/Oct/2017	8/Oct/2017
ALAT (GPT) (U/l)	18	
CK (Creatin Quinasa) (U/l)	143	

Proteínas

	19/Oct/2017	8/Oct/2017
Proteína C reactiva hs (alta sensibilidad) (mg/dl)	<0.400	<0.400

Dr. Moises Rojas Mezarina
Anátomo Patólogo - Patólogo Clínico
CMP: 50220 - RNE: 25827

Digitally signed by DARWIN MOISES R
 Contact=moises.rojas@unilab.pe
 Reason=Confirmo la validez del docum
 Location=Lima/Perú

Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson. EsSalud-Callao

Análisis: 21288386

Toma de muestra: 19/Oct/2017 01:46:32

Paciente: NIZAMA SALAZAR, LHIAM JEFFERSON

NHC: 365441

Edad: 1 mes

Sexo: Hombre

Médico solicitante: VASQUEZ MANRIQUE, JIM FRANCO

Especialidad: PEDIATRIA

GASOMETRIA ARTERIAL

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Ácido Láctico (Lactato) Gases	2.98	mmol/l	(0 - 2.5)

GASOMETRIA VENOSA

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Ph	7.317		(7.3 - 7.42)
PCO2	46.5	mm Hg	(41 - 51)
PO2	44.9	mm Hg	(25 - 40)
Bicarbonato actual	23.3	mEq/l	(24 - 28)
CO2 total	24.7	mEq/l	(25 - 29)
Exceso de bases celulares, gasometría venosa	-2.9		
Saturacion de O2, gasometría venosa	85.2		
Bicarbonato standard, gasometría venosa	21.7		
Sodio en Gasometría Venosa	134.4	mEq/l	
Potasio en Gasometría Venosa	5.52	mEq/l	
Calcio Iónico Gasometría Venosa	0.97	mmol/L	(1.10 - 1.35)
Cloro en Gasometría Venosa	103	mEq/l	
Glucosa en Gasometría Venosa	76	mg/dl	
Hematocrito Venoso	36		
Bilirrubina en Gasometría Venosa	4.1	mg/dl	
Concentración de oxígeno, Gasometría Venosa	24		

Validación: Lic. Anicia Medina Prado - CTMP: 7307
 Fecha y hora de Última Validación: 19/Oct/2017 01:59:35

Valores
obtenidos

Valores
normales

Dr. Moises Rojas Mezarina
 Anátomo Patólogo - Patólogo Clínico
 CMP: 50220 - RNE: 25827