

Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

Role of nursing in the care of the patient with respiratory failure.

Rol de enfermería en la atención del paciente con insuficiencia respiratoria.

Chávez G. Hilda-Lucila¹, Lenny Y. Ureta-Rios¹, Alicia Ponce-Valencia¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales Garcia¹.

¹Universidad de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

· **Citar como:** Chávez G. H-L, Ureta-Rios LY, Ponce-Valencia A, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Role of nursing in the care of the patient with respiratory failure. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:203

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 24-02-2024

Aceptado: 04-04-2024

Publicado: 05-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Respiratory failure is a pathological condition, it originates when the lungs are not able to eliminate the accumulation of carbon dioxide, impairing oxygenation in the blood, decreasing oxygen supply to tissues and even causing death. **Objective:** To describe the role of nursing in the care of patients with acute respiratory failure in the Pediatric Emergency Department of a hospital in Lima, in order to avoid prolonged hospital, stay and the complications that may arise from the process. **Methodology:** A qualitative study was carried out, with a single clinical case design, based on the Nursing Care Process (PAE) method, the instrument used was a Marjory Gordon functional pattern assessment guide, in a 4-year-old patient. The assessment was carried out in detail and then the nursing diagnoses according to NANDA were enunciated, then the care plans were prepared with the corresponding objectives and interventions and finally the evaluation was carried out. **Results:** 8 nursing diagnoses were identified, priority was given to the diagnosis: ineffective respiratory pattern r/c respiratory muscle fatigue e/p dyspnea, tachypnea, nasal flaring, the interventions performed were satisfactory, the patient's respiratory pattern improved, however, the results of the sepsis CP are still undefined due to the few hours of care and intervention.

Keyword: Nursing role, Patient, Respiratory failure.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia respiratoria es una afección patológica, se origina cuando los pulmones no son capaces de eliminar la acumulación del dióxido de carbono, perjudicando la oxigenación en la sangre, disminuyendo el suministro de oxígeno a los tejidos e incluso causar la muerte. **Objetivo:** Describir el rol de enfermería en la atención de paciente con Insuficiencia respiratoria aguda en el servicio de Emergencia Pediátrica de un hospital de Lima, para evitar estancia hospitalaria prolongada

y las complicaciones que pudieran derivarse del proceso. Metodología: Se realizó un estudio cualitativo, con diseño de caso clínico único, se basa en el método del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el instrumento que se utilizó fue una guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, en una paciente de 4 años de edad. Se realizó la valoración en forma detallada para luego enunciar los diagnósticos de enfermería según la NANDA, después se elaboraron los planes de cuidados con los objetivos y las intervenciones correspondientes y finalmente se realizó la evaluación. Resultados: se identificó 8 diagnósticos de enfermería, se priorizó el diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de músculos respiratorios e/p disnea, taquipnea, aleteo nasal, las intervenciones realizadas fueron satisfactorias, la paciente mejoró el patrón respiratorio, sin embargo, el PC de sepsis los resultados aún son indefinidos debido a las pocas horas de atención e intervención. Conclusión: el rol de enfermería es fundamental en la valoración del paciente con insuficiencia respiratoria, conocer los factores de riesgo, sus causas, tratamiento, complicaciones y establecer un plan de cuidados.

Palabras claves: rol de enfermería, Paciente, Insuficiencia respiratoria.

INTRODUCCIÓN

La patología de insuficiencia respiratoria es la incapacidad del organismo para mantener los niveles arteriales de oxígeno (O₂) y dióxido de carbono (CO₂) adecuados para las demandas del metabolismo celular.

Según la Organización Mundial de la Salud, define que las IRAS es la primera causa de muerte en pacientes menores de 5 años a nivel mundial, y que estas representan aproximadamente 12.9 millones de muertes, cifras que se siguen manteniendo alrededor de una década, por lo que representa un gran problema de salud a nivel mundial. Así mismo en el país de Ecuador, se dice que la neumonía es la primera causa de muerte en las edades pediátricas, y en el año del 2019 se presentó un total de 17.570 casos con un gran número de ingresos hospitalarios en edades preescolares, que pueden desarrollar síndrome de dificultad respiratoria aguda. Si estas enfermedades no son tratadas a tiempo surgen complicaciones. (Goyes Nazareno, 2019).

Por otra parte, se calcula que esta enfermedad produjo la muerte a unos 920.136 en los niños menores de 5 años en el año del 2015, lo que hace suponer que el 15% de todas las defunciones fueron en niños menores de 5 años. (Flores, 2019)

A nivel de los países de Latinoamérica, según las estadísticas, cada año se produce 650000 defunciones por enfermedades respiratorias relacionado con la gripe estacional.

En los indicadores Básicos del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador en el 2016 a nivel general se registraron 4122 muertes por IRA, correspondió a la Provincia de Pichincha 8254, en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM), la primera causa de ingreso correspondió a neumonía con el 41,29% en el periodo de enero a septiembre del 2018 (Coordinación General de Planificación y Estadísticas HECAM). (Lalanguí, 2021).

En el Perú, en el año 2019 se han notificado 2501436 episodios de IRA en menores de 5 años lo que representa una tasa de incidencia acumulada (TIA) de 8879,3 por cada 10000 menores de 5 años, representando una disminución del 4,7% comparada con el mismo periodo del año 2018. (epidemiología, 2020), así mismo Los departamentos de Ucayali, Moquegua, Callao y Pasco presentan las incidencias más altas. Por otro lado, de los episodios de SOB/Asma notificados hasta la SE 16, Loreto tiene un incremento del 78,5 %. Callao presenta la incidencia acumulada más alta de 517,4 por cada 10 mil < 5 años. (Centro Nacional de Epidemiología, 2018).

El presente estudio tiene relevancia porque muestra el aporte de enfermería en la identificación oportuna de los factores de riesgo que causa la insuficiencia respiratoria, a fin de prevenirlo. Como es conocido la insuficiencia respiratoria es una afección en donde la sangre no tiene suficiente oxígeno o tiene demasiado dióxido de carbono el cual no puede ser eliminado correctamente. La acumulación de dióxido de carbono puede dañar órganos y tejidos, disminuyendo la oxigenación en sangre e incluso causar sepsis y la muerte. (Gonzales pozo, 2018). Con esta investigación se pretende identificar los problemas presentes y las necesidades de la paciente a través de una exhaustiva valoración para emitir los diagnósticos de enfermería, manteniendo interés en el diagnóstico principal, así como la prevención de los riesgos de complicación que se podrían generar en la paciente; dado que la sepsis se podría presentar como consecuencia de infecciones de las vías respiratorias. (Ballesteros, 2018).

La principal función del sistema respiratorio es el intercambio de gases durante las fases de la inspiración y espiración, una alteración en cualquier parte del sistema puede generar problemas respiratorios agudos o crónicos, como en el caso de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA). (Nathional Heart, 2019).

La insuficiencia respiratoria es un trastorno grave, que se caracteriza por una falla del sistema respiratorio en la función del intercambio de O₂ y CO₂, no es capaz de mantener el adecuado intercambio de los gases respiratorios entre la atmósfera y la sangre. (Bórquez, 2021).

Tras el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria aguda, los pacientes en edad pediátrica están frente a un evento que complica su situación de salud, donde se hace prioritaria la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos para atender los posibles problemas y complicaciones que se podrían dar, como el patrón respiratorio ineficaz y sepsis.

Por ello, todo profesional de enfermería debe involucrarse para proporcionar una atención integral y humana, fomentando la prevención del riesgo de complicación sepsis mediante técnicas que eviten este y otros eventos. El tratamiento de elección es farmacológico administrado necesariamente en una uci, así mismo algunas medidas no farmacológicas que forma parte de las intervenciones administradas al paciente. (Jiménez, 2019).

En este sentido, el profesional de enfermería especialista en uci pediátrica debe brindar cuidado humano competente, fomentando la atención oportuna y prevención de complicaciones mediante técnicas y procedimientos que eviten eventos que podrían ocasionar muerte infantil.

Este trabajo es un estudio cualitativo en el cual se ha elegido un caso a estudio para poder conocer la importancia del abordaje enfermero en paciente pediátrico con Dx.M insuficiencia respiratoria aguda, DxE Patrón respiratorio ineficaz, Rc. Sepsis, considerando que enfermería es el primer contacto que tienen las pacientes después de recibir el diagnóstico médico, además que comparten situaciones difíciles y de intimidad con ellas (Enfermería, 2021).

Objetivo

Objetivo general

Describir el Rol de enfermería en la atención de paciente con Insuficiencia respiratoria aguda.

Objetivos Específicos

Exponer sobre la insuficiencia respiratoria, sus factores de riesgo, complicaciones y tratamiento.

Comprender la importancia de las medidas preventivas de complicaciones en insuficiencia respiratoria

Describir la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de sepsis.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería basado en una paciente con insuficiencia respiratoria utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC y el manual de problema de colaboración de Linda Juall Carpenito.

MARCO TEÓRICO

Insuficiencia respiratoria

Definición

Es una patología de alta relevancia, se da por la incapacidad del sistema respiratorio para cumplir su función básica adecuadamente, que consiste en el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la

sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, es necesario tener en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente. (Ballesteros,2018)

Tipos de insuficiencia respiratoria: Estas pueden ser de forma aguda o crónica.

La insuficiencia respiratoria aguda aparece de repente, requiere de administración de oxígeno, y en casos graves de un respirador artificial. Puede deberse a muchos aspectos, a una obstrucción de los bronquios, traumatismo en la caja torácica y otros.

Sin embargo, “La insuficiencia respiratoria crónica es un síndrome caracterizado por la disminución de la presión arterial de oxígeno de forma mantenida con o sin disminución de la presión arterial de dióxido de carbono”, que requiere de soporte ventilatorio en un ambiente de terapia intensiva. (C.carpio, 2018).

Sintomatología

Dentro de los signos y síntomas tenemos:

Al inicio presentan taquipnea, los síntomas clínicos se hacen evidentes en la fase avanzada, los cambios radiográficos suelen ser relativamente inespecíficos y examen que ayuda para el diagnóstico temprano, el estado de gravedad y la clasificación del AGA.

La Disnea, es el síntoma principal que se observa en los pacientes con IRA. Generalmente se define como: dificultad para respirar, acortamiento de la respiración, falta de aire, incomodidad al respirar, La disnea debe diferenciarse como término de la taquipnea, lo que causa ansiedad en el paciente y entra en un estado de crisis, también hay aumento de la frecuencia respiratoria y ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal). (Juárez G, 2019).

Las sibilancias, se generan por la obstrucción de la vía aérea asociada a broncoespasmo, hipertrofia o espasmo de la musculatura lisa, acumulación de secreción de moco e inflamación peri bronquial, también puede deberse a una reacción alérgica.

Tiraje subcostal, se debe a la reducción en la presión del aire dentro del tórax, se realiza mayor esfuerzo para inhalar y exhalar el aire y se marca la zona inferior de las costillas, justo sobre el abdomen.

Alteración en la saturación de oxígeno, que se evidencian a través de la utilización del pulsioxímetro correctamente, se interpreta en una disminución de los niveles por debajo del 90% en los casos de IRA.

Alteraciones del sistema cardiovascular, se manifiestan principalmente con taquicardia y episodios de arritmias cardíacas, además de alteraciones en las cifras de presión arterial(hipertensión), afectando al sistema circulatorio. (Friedman & Ann, 2018).

Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos más frecuentes que pueden ocasionar en una insuficiencia respiratoria aguda tenemos los siguientes:

Hipoventilación alveolar Ocurre cuando el cuerpo no puede eliminar de forma normal el dióxido de carbono acumulado derivado del metabolismo y para mantener la presión arterial de dióxido de carbono PaCO₂ estable se produce el aumento de la ventilación. Se puede decir que la eliminación del dióxido de carbono tiene relación directa con la ventilación alveolar (VA).

La hipoxemia se da cuando disminuye el oxígeno en al alvéolo debido al aumento de la PaCO₂ y como consecuencia disminuye la ventilación alveolar (VA).

Alteración de la difusión (V/Q) Se produce cuando se dificulta la transferencia de gases respiratorios entre la sangre y los alveolos por la membrana alveolo-capilar.

Existen enfermedades que afectan básicamente al intersticio pulmonar por engrosamiento de la membrana alveolo-capilar

Alteración de la relación ventilación perfusión La ventilación es un proceso que depende de los movimientos respiratorios y la perfusión o circulación pulmonar se produce por las variaciones entre sístole y diástole. La mala ventilación de los alveolos en relación con la perfusión determina la desaturación y es causa frecuente de hipoxemia. (Mamani, 2021).

Etiología

La insuficiencia respiratoria puede deberse a muchas causas, no es una enfermedad en sí misma, no sólo pueden ser de origen respiratorio, sino también cardiológico, neurológica, tóxica y factores traumáticos, manifestándose con sintomatología semejante de cada sistema. (Lewis SR, 2019).

Clasificación de la insuficiencia respiratoria

Hay 2 tipos principales de insuficiencia respiratoria:

Insuficiencia respiratoria Hipoxémica, se define por la saturación arterial de oxígeno <90% mientras se respira una fracción inspirada de oxígeno, con PaO₂ bajo y PCO₂ de normal a bajo, es la alteración en la relación ventilación/perfusión, puede ser resultado de una neumonía, edema pulmonar, hemorragia alveolar y otros.

Insuficiencia respiratoria Hipercapnica se caracteriza por hipoventilación alveolar y acidosis respiratoria, con PaO₂ normal y PCO₂ alto, la ventilación alveolar puede disminuir por el descenso en la ventilación por minuto o el aumento del espacio muerto fisiológico, en la insuficiencia respiratoria hipercapnia incluyen enfermedades neuromusculares (p. ej., miastenia grave), enfermedades que causan disminución del estímulo respiratorio (p. ej., sobredosis de fármacos, presión del tronco del encéfalo) y enfermedades respiratorias asociadas con fatiga de los músculos respiratorios. (Harrison, 2019).

Diagnostico

Se realiza mediante una determinación de los análisis de gases arteriales en sangre (gasometría AGA). Una cantidad baja de oxígeno en sangre (PO₂ menor de 60 mmHg) el resultado indica una insuficiencia respiratoria, sobre todo en la fase temprana del proceso, placa de rayos X. (Orive,2017).

Tratamiento

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria consiste asegurando la permeabilidad de la vía aérea, mejorando los niveles de la oxigenación, garantizar la ventilación alveolar, tratando tanto la causa como los factores desencadenantes de la insuficiencia respiratoria y prevenir las complicaciones. (Orive,2017). En el tratamiento Farmacológico generalmente se usan Broncodilatadores en aerosol, así como el bromuro de ipratropio o el salbutamol (Ventolin), intravenosos como la aminofilina, Corticoides en aerosol como la budesonida (Pulmicort) o intravenosos como la metil-prednisona, Antibióticos en caso de existir infecciones.

Dependiendo de la causa que produjo la insuficiencia respiratoria, será necesario la administración de diuréticos como la furosemida (Seguril), antiarrítmicos como la amiodarona, trombolíticos para disolver coágulos de sangre (Alteplasa).

Disminución del trabajo respiratorio: consiste en brindar apoyo ventilatorio y oxígeno, facilitando el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio, mejorando el patrón respiratorio muy importante revertir el evento desencadenante y la causa de fondo que está produciendo en el paciente. (Lewis SR, 2019).

Es la insuficiencia respiratoria, como ello puede tomar tiempo y sobre todo cuando el estadio es grave, se ofrecen medidas generales, de acuerdo al tipo de insuficiencia respiratoria.

Si el paciente presenta cianosis, lo cual significa que tiene una saturación de O₂ menor de 90%, se ofrece el mejor aporte de O₂ que se tenga para alcanzar un PaO₂>60 mmhg, es decir mediante cánula nasal, Venturi o máscara con bolsa de reservorio, máscara simple.

Si no se mantiene el nivel crítico de PaO₂>60mmhg o Sat O₂>90%, se opta por ofrecer ventilación mecánica convencional protectiva, la cual incluye una Presión positiva al final de la espiración (PEEP). (Juárez G,2019).

Complicaciones

La causa más común del SIRA es la atelectasia, neumotórax, y la septicemia. (Esper, 2018).

Medidas preventivas de insuficiencia respiratoria.

Consiste en lavados de las manos frecuentemente 30 segundos aproximados.

Se debe Mantener el distanciamiento social con otras personas para evitar contagios.

Se debe cubrir la boca y la nariz con un pañuelo al momento de toser o estornudar, así evitaremos la dispersión de microorganismos.

Es necesario tener el calendario de vacuna al día, en menores de 5 años hasta las dosis de refuerzos, y para los grupos de riesgo, previa indicación médica, las vacunas hacen que el sistema inmune desarrolle anticuerpos y brinda protección a lo largo de la vida. (Social, 2017)

La vacuna antineumocócica está indicada para los pacientes inmunodeprimidos y con comorbilidades en mayores de 65 años con patología respiratoria y la vacuna antigripal contra a la influenza a toda la población en general una sola vez cada año. (Ceres, 2018)

Rol de enfermería en el cuidado a la paciente con insuficiencia respiratoria.

Tiene como rol primario monitorear y documentarse acerca del progreso clínico de la paciente ante el riesgo de sufrir una sepsis. En este sentido el personal de enfermería debe involucrarse para lograr identificar y reducir los factores de riesgo, con una atención integral y humana, fomentando la salud, mediante los cuidados planificados, propiciar un medio de tranquilidad para descansar y sueño, para recuperarse y renovarse le favorecerán a mejorar el equilibrio psico social.

Riesgo de complicación de sepsis

La sepsis es una enfermedad que pone en peligro la vida del paciente. Sucede cuando el organismo hace reacción ante una infección de microorganismos patógenos en general. Las sustancias químicas liberadas en la sangre para combatir la infección desatan una inflamación general en el organismo, conduciendo ello a la creación de coágulos de sangre y la filtración de vasos sanguíneos esto originara que haya una disminución de flujo sanguíneo, provocando una infección generalizada. (Juárez G,2019). Según los autores refieren “que esta complicación de sepsis conlleva a otras patologías por una continuidad de severidad clínica y fisiopatológica, como, por ejemplo: hipotensión inducida por sepsis, sepsis severa, shock séptico y síndrome de disfunción de múltiples órganos”. (Neira & Málaga, 2016).

Las manifestaciones clínicas del Shock Séptico que mantienen alerta son las siguientes:

Temperatura a $>38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$, taquicardia, taquipnea, desciende la presión arterial (hipotensión), oliguria, somnolencia, confusión mental. Los biomarcadores que se relacionan dentro de la fisiopatología de la infección y sepsis como lo es la Proteína C reactiva (PCR) esta alterado. (Guillén, 2017).

Causas

La mayoría de los casos de sepsis son causados por virus, bacterias y hongos afectando el sistema urinario y respiratorio. Con frecuencia, la sepsis es el resultado de infecciones en los pulmones, el estómago, los riñones o la vejiga por la estancia intra hospitalaria larga, También la sepsis puede ocurrir en personas que no sabían que tenían una infección, hasta presentar una enfermedad y requieren de atención médica. (Institute, 2020).

Tipos

La sepsis se puede diferenciar en 3 etapas de acuerdo a la gravedad, la cantidad de órganos que afecte y la respuesta al medicamento, clasificando en:

Sepsis: se presenta la enfermedad sin que falle ningún órgano, de inicio con signos y síntomas que se podría sospechar de una infección.

Sepsis grave: son los casos en los que falla un órgano asociado a la disminución de la presión arterial que esta puede ser corregido adecuadamente con tratamiento.

Shock séptico: en estos casos se produce con hipotensión persistente que requiere un tratamiento urgente e intenso con fármacos de forma continuada para mantener la PAM dentro de límites normales. (Castillo,2021).

Medios de Diagnostico

Se procederá a realizar un examen en sangre para ver si hay un número anormal de glóbulos blancos, o la presencia de bacterias u otros microorganismos infecciosos. Asimismo, muestras para microbiología como hemocultivos, los médicos también dan la indicación de un estudio de imagen de una radiografía de torax, o una exploración por tomografía computarizada (TC) para ubicar la infección. (Institute, 2020).

Tratamiento

En la sepsis el tratamiento está estandarizado y aumenta de forma importante la supervivencia de los pacientes.

Según Castillo (2021) menciona que el tratamiento se basa en la administración de medicamentos de acción antimicrobiana y según el tipo de infección, podría precisar un abordaje quirúrgico". Los especialistas le suelen dar a la persona afectada antibióticos y fluidoterapia para que mejoren y evitar mayor complicación, según la respuesta frente a éstos, puede ser necesario otro tratamiento, como, por ejemplo, la administración de fármacos que aumentan la fuerza de los latidos cardiacos. Dependiendo del órgano al que afecte la enfermedad puede ser necesaria la respiración asistida o hemodiálisis.

Del mismo modo posterior al tratamiento prescrito con antibioticoterapia se debe analizar la respuesta con la disminución de la temperatura y otros signos, dando respuesta a la mejoría del paciente.

Prevención

Para prevenir esta patología, lo que se debe hacer es evitar las infecciones que la originan.

Castillo (2021), menciona que se debe cumplir adecuadamente con el calendario vacunal, tanto en personas mayores como en niños y personas que sufran alguna enfermedad que aumente el riesgo de contraer algún proceso infeccioso. Una vez que el cuadro infeccioso se produce, es importante su diagnóstico precoz y la puesta en marcha del tratamiento específico. La forma más eficaz de evitar una sepsis es que, una vez que se ha presentado el cuadro de la infección de origen, se trata a los pacientes sospechosos de forma precoz y correcta para evitar que el organismo actúe en defensa y pueda desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica.

En tal sentido es importante valorar al paciente en la detección temprana de signos y síntomas, para evitar mayor complicación a futuro en su estado de salud.

Cuidados de enfermería en sepsis

Un número de medidas de cuidados de enfermería se pueden usar para evaluar, monitorizar y tratar a los pacientes con sepsis. Estas actividades de monitoreo en los órganos y sistemas comprometidos, incluyen, pero no está limitado a: el monitoreo hemodinámico, ventilatorio y el estado de la oxigenación; función renal, metabólica, indicadores de la coagulación y cambios en el estado físico y mental. Además, actividades de soporte en los pacientes con falla multiorgánica, monitoreo y reporte de las respuestas de los pacientes al tratamiento, son parte de los aspectos esenciales del cuidado de enfermería. (Gil, 2021)

Teoría del cuidado Humano

El proceso enfermero a través del método científico comprobará la validez del modelo teórico de enfermería por medio de la investigación en la práctica. Para el caso en estudio, se tomó como marco de referencia la teoría de Jean Watson.

La teoría de Watson tiene un enfoque filosófico que sostiene que el cuidado humano comprende un compromiso moral mostrando un interés en la persona de manera integral, el cual Watson menciona que el cuidado se practica en forma interpersonal enfermera-paciente, constituido por acciones transpersonales para mejorar la humanidad y ayudar a las personas en todos los aspectos psicosociales de su vida. (Morales, 2017).

Cabe decir que la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, tiene como pilares fundamentales a la persona, salud y al entorno, por ello es importante conocer los factores de cuidados, con la finalidad de proporcionar la coherencia necesaria a los procedimientos hospitalarios. Cuando se realiza un cuidado transpersonal, se crea una conexión intersubjetiva entre la enfermera y el paciente, proporcionando armonía entre el cuerpo, mente y alma, de la que depende la salud del paciente y trabajar en base a un cuidado humanizado. (Villanueva, 2018).

Cuando el ser humano sufre un deterioro de su salud, necesita de mucha ayuda y cuidados para lograr la adaptación de su enfermedad con ayuda del profesional, sobrellevar los procesos de su salud, brindarle explicaciones de cómo abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento acerca de la enfermedad, procedimientos y estancia hospitalaria.

El cuidado humanizado de enfermería es necesario en la práctica clínica profesional, lo que permitirá mejorar en la atención que se brinda al paciente con el fin de propiciar su calidad de vida, mostrando interés en el cuidado, con compromiso ético y moral para su pronta recuperación. (Tello, 2020)

Es por ello que tomamos como referencia las premisas de Jean Watson acerca del Cuidado Humanizado como una práctica profesional al cuidado y esto se evidencia en las atenciones de los pacientes hospitalizados y garantizar la calidad del servicio que se brinda, mostrando interés profundo hacia la persona.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de una investigación cualitativa, el tipo de estudio es caso clínico único que se basa en el método de Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con lenguaje NANDA, complementado con revisiones de bibliografía relacionada.

Aplicando como instrumento una guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, para dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca del patrón respiratorio ineficaz y el riesgo de complicación de sepsis en un paciente con insuficiencia respiratoria.

Sujeto de Estudio

Paciente pediátrico de 4 años de edad de sexo femenino de iniciales M.G.A acude al servicio de emergencia pediátrica en compañía de sus padres, con disnea su primer día de atención seleccionada a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada por un cuadro de insuficiencia respiratoria. De acuerdo a su estado de vulnerabilidad en que se encuentra, se observa manifestaciones de patrón respiratorio ineficaz, se procede a colocar CBN a 4ltsx' para disminuir el trabajo del musculo respiratorio y la sensación de disnea.

Ámbito y periodo de estudio

El estudio se realizó en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la ciudad de Lima, el 26 de Julio 2021.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información

La técnica utilizada fue la observación y la entrevista personal a los padres, el tipo de estudio de caso, fue tomado de manera directa, al momento de ingreso del paciente a Emergencia Pediátrica, al inicio de la intervención de enfermería se solicitó el consentimiento informado de la madre antes de aplicar la valoración, del mismo modo se utilizó los formatos de valoración por patrones funcionales de enfermería mediante los 11 patrones de Marjory Gordon y la revisión bibliográfica como evidencia científica para el estudio de caso.

Luego la recolección de datos se comenzó accediendo a la historia clínica del paciente, los materiales a usar como el estetoscopio, monitor de funciones vitales, termómetro, exámenes complementarios, radiografía de tórax y hoja de monitoreo.

La revisión del material de evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Science direct, Elsevier, Medline, Scielo. Además, se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS) Guías de prácticas y protocolos, Tesis, y libros publicados para el profesional de enfermería.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos y análisis de la información se aplicaron la entrevista y la observación.

Procedimiento de información

Para iniciar con la recolección de datos, se solicitó la autorización previa de la madre de la paciente con iniciales M.G.A y de la coordinadora de turno del servicio de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la ciudad de Lima, durante todo el proceso de estudio, la protección y la confidencialidad de los datos fueron protegidos para mantener a salvo la identidad de la paciente.

Recolección de información: se realizó en 3 fases

Tras la autorización, de la recogida de información se realizó 3 en fases:

Primera fase. Se comenzó accediendo a la lectura y revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes patológicos, personales y familiares, el motivo de hospitalización, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados de enfermería.

Segunda fase. Se realizó una valoración de enfermería, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, habiendo identificado y reconocido el principal diagnóstico de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

Tercera fase. Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterio de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2016 hasta la actualidad. Se usaron algunas bases de datos como: Science direct, Scielo, Elsevier, Google académico, y palabras clave como: rol de enfermería, Cuidado, Paciente e Insuficiencia respiratoria.

Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados y organizados en base a la metodología enfermera, siguiendo los siguientes procedimientos:

En el primer momento, se realizó un análisis en base a la Metodología Enfermera, asociado al Modelo AREA (Pesut & Herman, 2017).

Tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se procedió a realizar una red de razonamiento clínico basada en el Modelo Area por Pesut y Herman para la selección del diagnóstico enfermero principal con la taxonomía NANDA-I (2018).

Seguidamente, tras la elección del DxEp se procede a establecer los criterios de resultados esperados (NOC), las intervenciones de enfermería (NIC) y las actividades respectivas.

En un segundo momento, se procedió a realizar un análisis crítico de la evidencia científica incluida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados según la taxonomía NOC (Moorhead et al., 2019) y priorizándolo con el modelo AREA (Pesut & Herman, 1999) para obtener el NOC principal del Diagnóstico enfermero y Problema de colaboración principal y así elaborar el plan de cuidados, teniendo como base la taxonomía NIC. (Butcher et al., 2019).

Por último, se ejecutaron las actividades de enfermería programadas, luego se procedió a una evaluación de las mismas, con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas según el plan de cuidados individualizados para la paciente.

RESULTADOS

Objetivo general

Conocer el rol de enfermería en la atención de una paciente con amenaza de aborto.

Objetivos Específicos

Estudiar la amenaza de aborto, sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones.

Describir la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de hemorragias.

Redactar los cuidados de enfermería en la atención del proceso de maternidad eficaz en paciente con amenaza de aborto.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería basado en una paciente con amenaza de aborto utilizando la taxonomía NANDA I, NOC, NIC y el manual de problemas de colaboración de Linda Juall Carpenito (Johnson et al., 2007) (“NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020.” 2019).

Marco Teórico.

Aborto

Según Bergallo et al. (2018) es la expulsión del útero del producto de la concepción, es el término del embarazo de forma natural o voluntaria, antes de las 22 semanas de gestación con peso menor a 500 gramos.

Epidemiología del aborto

Según, León et al. (2016) en el Perú, el 52% de las mujeres abortan porque “tienen muchos hijos” o “no tenían pareja estable”. El 28% revela que son causas económicas y el 8% por miedo a los padres, el 5% por haber sufrido violación o incesto. Son razones similares a las de otros países de Latino América.

Factores de riesgo

Existe evidencia sobre la incidencia de aborto, que es más frecuente cuando la paciente tiene anomalías uterinas anatómicas, cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas del primer trimestre, principalmente en el aborto recurrente; presencia de pólipos de más de 2 cm, mayor número y tamaño de miomas uterinos que dificultan la implantación y el aporte sanguíneo deficiente al feto; tumoraciones de rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas, ubicación submucosa u ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto y adherencias uterinas, aunque en este punto se necesitan más evidencias (Gaspar Huánuco & Torres Rojas, 2018).

Tipos de aborto

La OMS (2019) reconoce 4 tipos de aborto según las causas y las condiciones:

Aborto espontáneo.

Consiste en una interrupción que no es provocada intencionadamente, es la muerte no deseada y la expulsión del feto.

Aborto inducido.

Cuando se finaliza el embarazo eliminando el feto o embrión antes que pueda sobrevivir fuera del útero de la madre.

Aborto indirecto.

Cuando se provoca la muerte del feto durante una intervención médica. Esta intervención se realiza en dos circunstancias: cuando se tiene que salvar la vida de la madre o cuando la viabilidad del feto es nula.

Aborto peligroso.

Es la interrupción del embarazo realizada por personas que no tienen la formación y preparación necesaria y/o se realiza en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas.

Medidas preventivas

No existe una terapia efectiva preventiva en el tratamiento de la amenaza de aborto, realizar un seguimiento semanal del embarazo, hasta que se resuelva el sangrado y prestar atención por el riesgo de presentar parto pre término, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino (Carbajal Sánchez & Nery Segura, 2018).

Amenaza de Aborto

Según Vásquez De La Torre (2018) es una situación de peligro con riesgo de culminar en un aborto antes de las 20 semanas de gestación, se caracteriza por metrorragia escasa, con o sin dolor en hipogastrio tipo cólico, cuello uterino cerrado. Generalmente, existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional.

Se sospecha amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia durante la primera mitad del embarazo. De un 30%, aproximadamente la mitad aborta (Gaspar Huánuco & Torres Rojas, 2018).

Según Huanca Morales (2020) en el eCIE10ES (2022) Amenaza de aborto se define como una Hemorragia especificada como consecuencia de una amenaza de aborto.

Fisiopatología

De acuerdo con Ocón Cabria (2017) la amenaza de aborto es precedido por un sangrado durante el primer trimestre del embarazo, con origen dentro del útero, en su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación embrionaria del blastocito en la pared interna del endometrio, iniciándose la formación de la placenta. En las primeras 20 semanas de gestación pueden ocurrir alteraciones (anatómica o fisiológicas), aparece el sangrado, en su mayoría a consecuencia de la formación de hematoma retro corial, que pueden evolucionar favorablemente o culminar en un aborto. Se acompaña de dolor tipo cólico en el bajo vientre, e indica que puede producirse un aborto espontáneo, considerada como la muerte embrionaria o fetal no inducida antes de las 20 semanas de gestación.

Factores de riesgo

Existe evidencia sobre la incidencia de aborto, que es más frecuente cuando la paciente tiene anomalías uterinas anatómicas, cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas del primer trimestre, principalmente en el aborto recurrente; presencia de pólipos de más de 2 cm, mayor número y tamaño de miomas uterinos que dificultan la implantación y el aporte sanguíneo deficiente al feto; tumoraciones de rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas, ubicación submucosa u ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto y adherencias uterinas, aunque en este punto se necesitan más evidencias. (Carbajal S. & Segura, M., 2018).

Etiología

Según Carvajal Cabrera y Barriga Cosmelli (2021) la amenaza de aborto generalmente es provocada por anomalías cromosómicas (49% de los casos) y morfológicas de los gametos, anomalías anatómicas del aparato genital materno; enfermedades endocrinas como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades e infecciones sistémicas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis; factores inmunológicos; la incompatibilidad ABO; factores tóxicos con el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo; y factores traumáticos.

Clínica: signos y síntomas

El cuadro clínico se basa en la historia de sangrado transvaginal durante las primeras 20 semanas de gestación, evidenciando la presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas, amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva (β-Hcg cuantitativa), actividad vital fetal, dolor tipo cólico en hipogastrio, volumen uterino acorde con amenorrea, sin dilatación ni modificaciones cervicales (Ochoa Marieta et al., 2018).

Los signos y síntomas que presenta son sangrado vaginal, generalmente escaso, durante las primeras 20 semanas de la gestación. Suele acompañarse de dolor en la espalda y en la parte baja del abdomen. En la mayoría de los casos el sangrado vaginal se detiene solo y el embarazo prosigue su curso; en otros casos la amenaza progresa hacia un aborto espontáneo (Personal de Mayo Clinic, 2020).

Tratamiento

El Tratamiento depende de los resultados de la ecografía, si demuestra viabilidad ovular, los resultados de β-Hcg cuantitativa están en rangos normales y no hay sangrado activo, se debe realizar: manejo ambulatorio y control en 72 horas, instaurar reposo absoluto, tratar las causas metabólicas, infecciosas o de otro tipo. Si hay cierto desprendimiento placentario, o las pruebas de β-Hcg cuantitativa expresan cierto déficit hormonal: hospitalizar a la paciente para control y evaluación del embarazo, reposo absoluto, administrar progestágenos 100 mg. dos veces al día, alta tras 24 o 48 horas sin presentar

sangrado vaginal con reposo en casa y control dentro de 7 a 10 días en consulta ambulatoria del hospital. Si la ecografía no revela placa embrionaria positivo, pero la β -Hcg cuantitativa es positiva, prescribir reposo, sin medicación alguna (Ríos Canales et al., 2018).

En el tratamiento farmacológico de solución inyectable de progesterona 50 mg. cada 48 hrs como soporte se utiliza la progesterona en casos de defecto de fase lútea establecida, en aborto recurrente de etiología no precisada y en pacientes que han recibido inductores de ovulación. El uso de supositorios antiespasmódicos es limitado sobre todo en el período de organogénesis entre los 18 a 55 días post concepción (ANAEL, 2015).

Complicaciones

La complicación más común es el aborto espontáneo y la anemia derivada de una pérdida de sangre de moderada o grave, que puede requerir de transfusión sanguínea, no descartar la infección o la probabilidad de un embarazo ectópico, ésta es una complicación potencialmente mortal (Gaspar Huánuco & Torres Rojas, 2018).

Medidas preventivas

No existe una terapia efectiva preventiva en el tratamiento de la amenaza de aborto, realizar un seguimiento semanal del embarazo, hasta que se resuelva el sangrado y prestar atención por el riesgo de presentar parto pre término, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino (León et al., 2016)

Rol de enfermería en el cuidado a paciente con amenaza de aborto

El rol de enfermería tiene como objetivo principal monitorizar y documentar el progreso clínico de la paciente que está en riesgo de sufrir un aborto. Las actividades de enfermería sobre esta perspectiva se pueden desarrollar cuando el conocimiento y las habilidades se funden para alcanzar la suficiente comprensión del fenómeno, así como de las complejidades que se producen. Ofrecer apoyo psicológico permanente a la pareja y familia, porque los lazos afectivos se desarrollan a medida que avanza la gestación, otras están asociados a sentimientos de fracaso en la gestante. Propiciar un medio de tranquilidad para descansar y sueño para recuperarse y renovarse favorecerán a mejorar el equilibrio psico social (Cornejo Sánchez, 2020).

Tratándose de una paciente gestante se deberá brindar apoyo emocional con participación del esposo y/o familia, buscar ayuda para fomentar seguridad y una actitud positiva, vigilar el color, olor y duración del sangrado, control de la temperatura durante la primera semana, no usar tampones o duchas vaginales durante 15 días, abstinencia sexual durante los primeros 15 días, considerar las medidas generales como el reposo absoluto y procurar manejar el estado emocional en la paciente (EAFIT, 2018).

Riesgo de Complicación en el pre parto: Hemorragia

El sangrado vaginal en el primer trimestre de la gestación es una situación frecuente que ocurre en el 15-25% de todos los embarazos, poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción (Alayo Huatay, 2019). Según, Herdman y Shigemi (2019, p.428) expresa que es el riesgo de sangrado susceptible a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer muy seriamente la salud.

Según los datos estadísticos la mortalidad materna es un indicador sanitario que evidencia la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, poco respeto a los derechos humanos y limitado acceso a los servicios de salud. El 27.1% se debe a muerte materna por hemorragias, según la reciente revisión Lancet 2014, que analizó las estimaciones globales, regionales y subregionales de causas de muerte materna durante 2003-2009. En las poblaciones indígenas la tasa de mortalidad materna es de 25% de todas las muertes. La hemorragia genital profuso debe ser clasificada como prioritaria, valorar la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea en el posparto inmediato en las 24 primeras horas posparto) (INEI, 2019).

Causas

Teniendo en cuenta a Bunce y Heine (2020) la hemorragia en la primera mitad del embarazo dependerá si es embarazo ectópico, embarazo tubárico o embarazo cervical, en el 1,5-2% de estos embarazos la

implantación del blastocito ocurre por fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente es en las trompas de Falopio (98% de los casos). También puede suceder a nivel cervical, de ovario o en la cavidad pélvica y aun en vísceras abdominales.

Tratamiento

El tratamiento clínico. Dependerá de la cantidad de sangrado, la edad gestacional y del tipo de implantación de la placenta. Frente a la emergencia de presentarse la hemorragia consiste en sustituir de inmediato la sangre perdida, la prioridad es administrar una transfusión, mientras se resuelve la urgencia, es fundamental detener la hemorragia y eliminar su origen, ante una hemorragia aguda se prefiere la expansión con plasma más que con solución (Llanos Cerquín, 2018).

El tratamiento quirúrgico. Es la extracción de los restos placentarios y reparación de las laceraciones genitales o legrado uterino (MINSA-CSS, 2015).

El tratamiento complementario. Comprende medicamentos uterotónicos con oxitocina, prostaglandinas, metilergonovina y reposición de líquidos o transfusión, suplementación con hierro, control clínico y control ecográfico. (Carvajal S.& Barriga M.. 2021).

Complicaciones

En el proceso de amenaza de aborto, el sangrado es una complicación de urgencia que debe ser atendido de inmediato, debiendo iniciarse el tratamiento farmacológico para el control de la hemorragia, así mismo la aplicación de masaje uterino para estimular la contracción y evitar las descargas abundantes, además se recomienda la transfusión sanguínea para reponer las pérdidas que podrían llevar a complicaciones mayores. Cuando la atención no es oportuna o hay escasa experticia en la prevención de complicaciones, la probabilidad de fallecimiento de la gestante es del 100%. Por tanto, para mantener la hemodinamia necesitamos conservar más o menos una constante del volumen sanguíneo (Alayo Cuzcano et al., 2018).

Prevención

Las medidas preventivas de la hemorragia, se da a través del cumplimiento estricto de los protocolos de atención basada en las prácticas clínicas desde su ingreso hasta el alta, priorizando el respeto a la vida, a la confidencialidad y a la privacidad. Definitivamente, no existe una terapia efectiva preventiva en amenaza de aborto (Ochoa Marieta et al., 2018).

Es importante la identificación temprana de los factores de riesgo, también, es necesario el trabajo del equipo multidisciplinario y el inicio de procedimientos que permitan conservar una vía endovenosa segura para la reposición de la volemia, control estricto de las constantes vitales, valoración de signos de shock, valoración de latidos fetales, disponer de un banco de sangre, posicionamiento de catéteres arteriales para embolización uterina y colocación de catéteres uretrales, contribuyen al buen estado de la paciente: el reposo en cama, evitar las relaciones sexuales, disminución de emociones tensas y en algunos casos el uso de progesterona para preparar el útero para la implantación del óvulo fertilizado (Neyra Díaz & Palominpo Bonifacio, 2019).

Cuidados de enfermería en hemorragias

De acuerdo con Rivero Navia y Pintado Abad (2017) consideramos el manejo de hemorragia uterina del siguiente modo: vigilar el estado de consciencia de la paciente, evaluación de las pupilas, control de constantes vitales de preferencia cada 15 minutos, poner atención en los cambios de la tensión arterial, monitoreo de la involución uterina, control y valoración del sangrado vaginal (escaso, moderado, abundante), control y valoración del sangrado vaginal especialmente la cantidad, color y consistencia; mantener estrecho cumplimiento de las indicaciones médicas, estricto balance hídrico, valorar el nivel de ansiedad y temor de la paciente y la familia, manejo del dolor y estar atento a los signos de alarma como confusión o alteración de la lucidez, palidez, piel fría y húmeda, hipotensión arterial, taquicardia, debilidad, sangrado mayor a los 500ml, y dificultad para respirar.

Proceso de Maternidad eficaz

La maternidad en el Perú ha mejorado y ha enfrentado desafíos muy grandes, como sensibilizar, comprometer y motivar a las entidades públicas y privadas con el tema de maternidad sin riesgos. En el año 1988 declararon a la tercera semana de mayo como “Semana de la Maternidad saludable y segura” a fin de evitar la muerte de una mujer y/o su niño/a durante el embarazo, parto o puerperio, consideraron el contexto cultural y socioeconómico como factores que influyen en el comportamiento reproductivo de la mujer y de su entorno. (UNFRA-Perú, 2021)

El MINSA ha implementado atenciones durante el embarazo con: seis control prenatales a la gestante, como mínimo, examen de mamas y enseñanza del auto examen de mamas (Prevención de cáncer mama), toma de muestra para papanicolaou y/o Inspección Visual de Ácido Acético (Prevención de cáncer cuello uterino), asegurar la nutrición de la gestante y del niño por nacer, consejería para una lactancia materna precoz y exclusiva, administración de micronutrientes: suplemento de hierro, ácido fólico y calcio.

Así mismo, el MINSA incluye enseñanza oportuna de los signos de alarma, plan de parto con la gestante, la pareja, la familia, el agente comunitario y la comunidad, consejería y orientación del pre test VIH y Sífilis, prueba rápida para VIH y Sífilis, valoración de caso de violencia familiar o sexual, tamizaje de depresión, detección de proteinuria en cada consulta, para detectar enfermedades hipertensivas/embarazo, detección de infecciones urinarias, detección de anemia, diabetes gestacional, conocer el grupo y factor sanguíneo, cumplir con seis sesiones Psicoprofilaxis Obstétrica con participación de la pareja y la familia, seis sesiones de Estimulación Prenatal con participación de la pareja, ecografías en la primera consulta y en el tercer trimestre, dos exámenes odontológicos, vacunas contra el tétano, la influenza y otras, tres visitas domiciliarias, monitoreo Fetal una vez, en el tercer trimestre.

Proceso de Maternidad Ineficaz (00221)

En el año 2012, se registraron en el Ministerio de Salud del Perú como causales de muertes a las Hemorragias (40.2%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (32%), Aborto (17.5%), e Infecciones durante el Período de Puerperio (4.1%). Sin embargo, en el interior del Perú hay regiones con altas cifras de mortalidad materna como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, La Libertad y Loreto. (MINSA 2015)

De acuerdo con Herdman y Kamitsuru (2017) el proceso de maternidad ineficaz es la “Incapacidad para prepararse y/o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido, para garantizar el bienestar” (p.329). En el quehacer del día a día, la enfermería considera que el proceso de maternidad ineficaz, comprende a un conjunto de intervenciones específicas dirigidas al cuidado de la gestante y su producto, que no concuerdan debido a su vulnerabilidad a factores biológicos, psicológicos y sociales, así como con las normas y las expectativas.

Características definitorias de maternidad ineficaz

Se presenta a través de las manifestaciones clínicas, como lo demuestra NANDA Internacional, según se detalla: “acceso insuficiente a los sistemas de apoyo, cuidados prenatales inadecuados, estilo de vida prenatal inadecuado, inadecuada preparación de los artículos para el recién nacido, inadecuada preparación del entorno doméstico, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo, plan de parto poco realista y respeto insuficiente para el neonato entre otros” (Herdman & Shigemi, 2019; p.329). Sin embargo, en el caso de la paciente en estudio este problema se evidenció a través de fiebre, ceño fruncido, manejo prenatal inadecuado, manejo ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo y estilo de vida prenatal inadecuado.

Factores relacionados a maternidad ineficaz

Los factores causales que la Taxonomía NANDA I. considera entre otros, son: “abuso de sustancias, conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad, cuidado prenatal insuficiente, entorno inseguro, impotencia de la madre, modelo de rol parental insuficiente, nutrición materna inadecuada, plan de parto poco realista, poca confianza materna, preparación cognitiva insuficiente para la crianza, sistemas de soporte insuficiente, sufrimiento psicológico de la madre, violencia doméstica y visitas al proveedor de salud esporádica durante el embarazo, entre otros”, (Herdman & Shigemi, 2019; p.329).

Después de lo expuesto, cabe mencionar que la paciente presentó proceso de maternidad ineficaz debido a cuidados prenatal insuficiente y nutrición materna inadecuada.

A la vez, Bruno Maldonado (2019) opina que la maternidad ineficaz suele presentarse por diferentes motivos, como por ejemplo cuando las madres no disponen de los conocimientos suficientes para su cuidado, habilidades y recursos necesarios para el desarrollo adecuado del proceso de maternidad, o por un condicionamiento en su entorno o en las características del proceso que dificultan el desarrollo adecuado del rol de la madre. Entre estos factores se encuentra un conocimiento insuficiente del proceso de maternidad y escasa confianza, sistemas de apoyo insuficientes o inexistentes, situaciones de embarazo no planificado o no deseado, e incluso situaciones de riesgo, exclusión social o violencia de género.

Cuidados de Enfermería en el Proceso de Maternidad Ineficaz

La contribución de la enfermería consiste en educar y fortalecer en la gestante la conciencia del valor de la salud; aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados y proveer el cuidado oportuno que permitan la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo. (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Es necesario resaltar el rol que cumple el profesional de enfermería, empoderándose en las actividades de acompañamiento, educación y consejería a través de cuidados como: propiciar la consulta prenatal que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, fomentar una maternidad sin riesgos, educar sobre cuidados y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico, involucrar la participación social que contribuya a la mejora de aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud, fomentar una relación intersubjetiva con el equipo de profesionales de obstetricia, enfermería y enfermería obstétrica, mujer embarazada y familia (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Teorías del Cuidado Humano y de la Adaptación

El proceso enfermero a través del método científico comprobará la validez del modelo teórico de enfermería por medio de la investigación en la práctica. Para el caso en estudio, se tomó como marco de referencia las Teorías de Jean Watson y Callista Roy, donde el cuidado humano está centrado en la persona y se atiende el proceso de adaptación. (EAFIT, 2018)

El trabajo se basa en la teoría de Jean Watson denominada Teoría de la filosofía y ciencia de la asistencia o Teoría del cuidado humano, que nos permite valorar, identificar y evaluar los cuidados, tiene mucha relación con los cuidados a brindar a la paciente con amenaza de aborto, porque rescata el aspecto humano, la sensibilidad espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación en enfermería.

Considerando que el estudio se trata de un proceso de alteración en el binomio madre-niño, elegimos tres dimensiones de la teoría de Jean Watson: primero, la salud como una unidad y armonía entre el cuerpo y el alma; segundo, la persona como ser único libre de tomar decisiones y tercero, integral, porque la paciente tiene la capacidad de participar en su cuidado considerando su aspecto sociocultural, sus creencias y expectativas. (Neglia Cermeño, 2017). Por tanto, esta teoría nos permite guiar los cuidados de forma humanizada, sostenida en un sistema humanístico, integrando conocimientos científicos en la ciencia del cuidar para propiciar mejor calidad de vida.

Así mismo, la labor de enfermería se identifica con la teoría del modelo de la adaptación de la Teorista Callista Roy, porque en el estudio de caso consideramos que la gestación es un proceso de constante interacción persona-medio que se van adaptando para entrenar los mecanismos de afrontamiento, nos permite resaltar la importancia de su entorno para sobrevivir en la transformación como madre. Así mismo, porque la labor se centra en la paciente, en su salud, en su ambiente y las intervenciones de enfermería están dirigidas en todo el proceso de su enfermedad y bienestar, por tanto, la paciente aprenderá a ser responsable en su propio cuidado y a desempeñar nuevos roles, y con la intervención de enfermería oportuna adquirirá un nivel más alto de salud y bienestar (Pezantes Lazo, 2018).

En consecuencia, la teoría de Callista Roy nos permite visualizar al individuo como una agrupación de sistemas que se interrelacionan para mantener un equilibrio entre los diversos estímulos.

Finalmente, como hace referencia Álvarez Maita (2020) y la OMS (2020) promueve en los profesionales de la salud un trabajo con "Trato humanizado a la persona sana y enferma" a partir de la formación integral, de una adecuada gestión en los sistemas de los servicios de salud, de un trato de calidad y de un sistema de comunicación segura. Por tanto, en el estudio de caso planteamos actividades que comprometen brindar una atención científica, especializada, con bases filosóficas, ética y moral para propiciar una mejor calidad de vida en el binomio madre-niño.

METODOLOGIA

Diseño del Estudio

Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, el tipo de estudio es caso clínico único que se basa en el método del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca del proceso de maternidad ineficaz y el riesgo de complicación de hemorragia en una paciente con amenaza de aborto.

Sujeto del Estudio

Mujer de 22 años de edad, en su segundo día de atención, seleccionada a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada con amenaza de aborto de 11 semanas de gestación por ecografía. De acuerdo a su estado de vulnerabilidad en que se encontró, se observó manifestaciones del proceso de maternidad ineficaz y sensible a presentar hemorragia.

Ámbito y Periodo del Estudio

El estudio se realizó en el servicio de gineco obstetricia del Hospital "Santa Rosa" de la Región de Lima, del 12 al 14 de abril de 2021.

Procedimiento de Recojo de Información

Fuente de información

Se utilizó los siguientes instrumentos: información verbal proporcionada por la paciente M.R.V. de 22 años, la observación directa a la paciente, la historia clínica de la paciente, los registros de evolución médica y registros de enfermería, examen físico de la paciente, validación con las tablas de valoración, aplicando como instrumento la guía de valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y la revisión bibliográfica como evidencia científica.

La revisión del material de evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Science direct, Elsevier, Medline, Scielo. Además, se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS, American Cancer Society), MINSA, Guías de práctica y protocolos, Tesis, y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección y análisis de la información se aplicaron la entrevista y observación.

Procedimiento de Información

Para proceder a la recolección de datos, se recabó la autorización previa de la paciente M.R.V. y del responsable de turno del servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional Santa Rosa - Lima, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio, no figurando ninguna reseña de identificación de ésta.

Recolección de información se realizó en 4 fases:

Primera fase.

Se comenzó accediendo a una lectura y revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales y familiares, el motivo de consulta, los resultados de las

pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados de enfermería.

Segunda fase.

Se realizó una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

Tercera fase.

Se encontró los dos seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma.

Cuarta y última fase.

Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2016 hasta la actualidad. Se usaron algunas bases de datos como: Science direct, Scielo, Elsevier, Google académico, y palabras clave como: rol de enfermería, cuidado, paciente y amenaza de aborto.

Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados y organizados en base a la metodología enfermera, siguiendo los siguientes procedimientos:

En el primer momento.

Se realizó un análisis en base a la Metodología Enfermera asociado al Modelo AREA Pesut y Herman (2019) tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento clínico basada en el “Modelo Área” gestado por Pesut y Herman, para la selección del diagnóstico enfermero principal con la taxonomía (NANDA Internacional, 2018). Seguidamente, tras la elección del DxEp se procede al establecimiento de los criterios de resultados esperados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) y las actividades respectivas.

En un segundo momento.

Se realizó un análisis crítico de la evidencia científica incluida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados según taxonomía NOC (Moorhead et al., 2019) y priorizándolo con el modelo AREA (Pesut & Herman, 2019) para obtener el NOC principal del Diagnóstico enfermero y Problema de colaboración principal y así elaborar el plan de cuidados teniendo de base la taxonomía NIC (H. Butcher et al., 2018).

Por último.

Se ejecutó las actividades de enfermería programadas y se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas según el plan de cuidados individualizado de la paciente.

RESULTADOS

Descripción del Caso

Paciente pre escolar de sexo femenino de 4 años de edad iniciales M. G. A, procedente del distrito de la Molina-Lima, llega a la emergencia pediátrica del hospital, a las 05:am en compañía de los padres, en brazos de su madre, de aspecto delgada en buen estado de higiene, presenta distrés respiratorio, aleteo nasal, tiraje, llanto afónico, irritabilidad, tos, diaforética, satO₂ 90%. La madre refiere hace 4 días presento rinorrea, tos, diarrea, estornudos y sensación de alza térmica. Llevó a su niña por emergencia, recibe inhalaciones y mejora parcialmente, por persistencia de síntomas y agitación es internada en el Hospital Alcántara, recibe antibiótico e inhalaciones con mejoría inicial de síntomas y es dada de alta.

Tras la valoración inicial a la paciente, se monitorizan los signos vitales de FC, FR, PA, SatO₂ a la paciente se procede a:

Colocación de CBN con oxígeno a 4ltsx' por valor de saturación de oxígeno de 90%.

Canalización de una vía venosa periférica con catéter N° 24G en MSD.

Toma de muestra de sangre arterial, para detectar la cantidad de gases en la sangre y otros componentes.

Antecedentes personales.

Paciente no presenta alergias, grupo sanguíneo "O" y Rh (+), neumonía a los 2 años, desarrollo psicomotor sin alteraciones, madre refiere vacunas completas para la edad.

Valoración del caso

La siguiente valoración del caso ha sido elaborada según los 11 patrones funcionales de salud de la teorista Marjory Gordon.

Valoración.

La valoración esta basada en los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon:

Patrón funcional 1: Percepción manejo de la salud.

Patrón alterado. Paciente ingresa al servicio con distrés respiratorio, llanto, aleteo nasal, diaforética en buenas condiciones de higiene, procedente de la Molina -Lima, con antecedente de neumonía a los 2 años, asma sin manejo regular.

Resultado de laboratorio: AGÁ: pH 7.41, pCO₂ 36.9, pO₂ 129, HCO₃ 23.6, EB 1.1, lactato 1.1. PCR 7.5, no leucocitosis, ni desviación izquierda.

Tratamiento:

Hidratación

Cánula binasal 4LPM

Antibiótico de amplio espectro.

NaCl 0.9% 1000cc + clna 20% 30cc + kcl 20% 10cc >> 30cc/h

Vancomicina 200 mg c/6 horas Ev, pasar diluido en 01 hora

Meropenem 400 mg Ev c/8 horas

Metilprednisolona 14mg Ev c/6 horas

Azitromicina 70mg vo c/24 horas

Omeprazol 20 mg Ev cada 24 horas

Paracetamol 240 mg vía oral condicional a fiebre

Salbutamol 4 puff cada 12 horas con aerocámara

Diagnostico medico principal: Insuficiencia respiratoria, no especificada.

Patrón funcional 2: Nutricional metabólico.

Patrón alterado. Piel y mucosas pálidas, semihidratadas, afebril, abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes, mamá manifiesta que come poco, bajo peso para su edad (14 kg).

Patrón funcional 3: Eliminación

Eliminación: micción espontanea de color ámbar en poca cantidad (oliguria).

Hábitos de evacuación intestinal: normal.

Patrón funcional 4: Actividad - ejercicio

Patrón alterado. Paciente requiere apoyo de oxígeno por cánula binasal a 4 Ltsx' por disnea. Se auscultan ambos campos pulmonares con presencia de estertores, frecuencia respiratoria y cardiaca alterados, satO₂ 90%, tos inefectiva, tiraje subcostal.

Patrón funcional 5: Descanso y sueño

Patrón alterado. Se observa a la paciente somnolienta, no logra conciliar bien el sueño por la dificultad respiratoria, estancia intrahospitalaria y su enfermedad.

Patrón funcional 6: Cognitivo perceptivo.

Paciente lucida con estado de ánimo inestable.

Siente sensación de ahogo y tiene dificultad para hablar debido a la dificultad respiratoria.

Valoración escala de dolor: escala de caras de Wong-Baker 2/10.

Patrón funcional 7: autopercepción -autoconcepto

Sin datos.

Patrón funcional 8: rol-relaciones

Madre refiere que su niña es sociable, en casa juega con sus hermanos y primos.

Patrón funcional 9: Sexualidad - Reproducción

Sin datos.

Patrón funcional 10: adaptación-tolerancia al estrés

Patrón alterado. Paciente se muestra irritable, ansiosa, llorosa debido a los cambios en su estado de salud y estancia hospitalaria.

Patrón funcional 11: valores-creencias

Sin datos.

Plan de cuidados

Diagnósticos de Enfermería.

Para la formulación de los Diagnósticos Enfermeros (DxE) se empleó la taxonomía NANDA I. (Herdman, & Kamitsuru, 2019).

Patrón funcional 1: Percepción manejo de la salud.

Etiqueta diagnóstica. (00043) Protección ineficaz.

Definición: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas como enfermedades o lesiones. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 160)

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de salud.

Etiqueta diagnóstica (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz.

Definición: Susceptible de padecer una fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia, que puede comprometer la salud. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 463)

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 6: Termorregulación.

Patrón Funcional 2: nutricional- metabólica

Etiqueta diagnóstica (00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 171)

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión.

Patrón funcional 4: de actividad - ejercicio

Etiqueta diagnóstica (00032) Patrón respiratorio ineficaz.

Definición: Inspiración y/o espiración que no proporcionan una ventilación adecuada. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 250)

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 4: Respuestas cardio vasculares/pulmonares.

Etiqueta diagnóstica (00033) Deterioro de la ventilación espontánea.

Definición: Incapacidad para iniciar y/o mantener la respiración independiente para el mantenimiento de la vida. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 258)

Dominio 4: Actividad / reposo.

Clase 4: Respuesta cardiovascular/ pulmonares.

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

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 424)

Dominio 11: Seguridad/ protección.

Clase 2: Lesión física.

Patrón funcional 5: sueño- descanso

Etiqueta diagnostica (00198) Trastorno del patrón del sueño.

Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg. 230)

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: Sueño/reposo.

Patrón funcional 10: adaptación-tolerancia al estrés.

Etiqueta diagnostica (00146) Ansiedad.

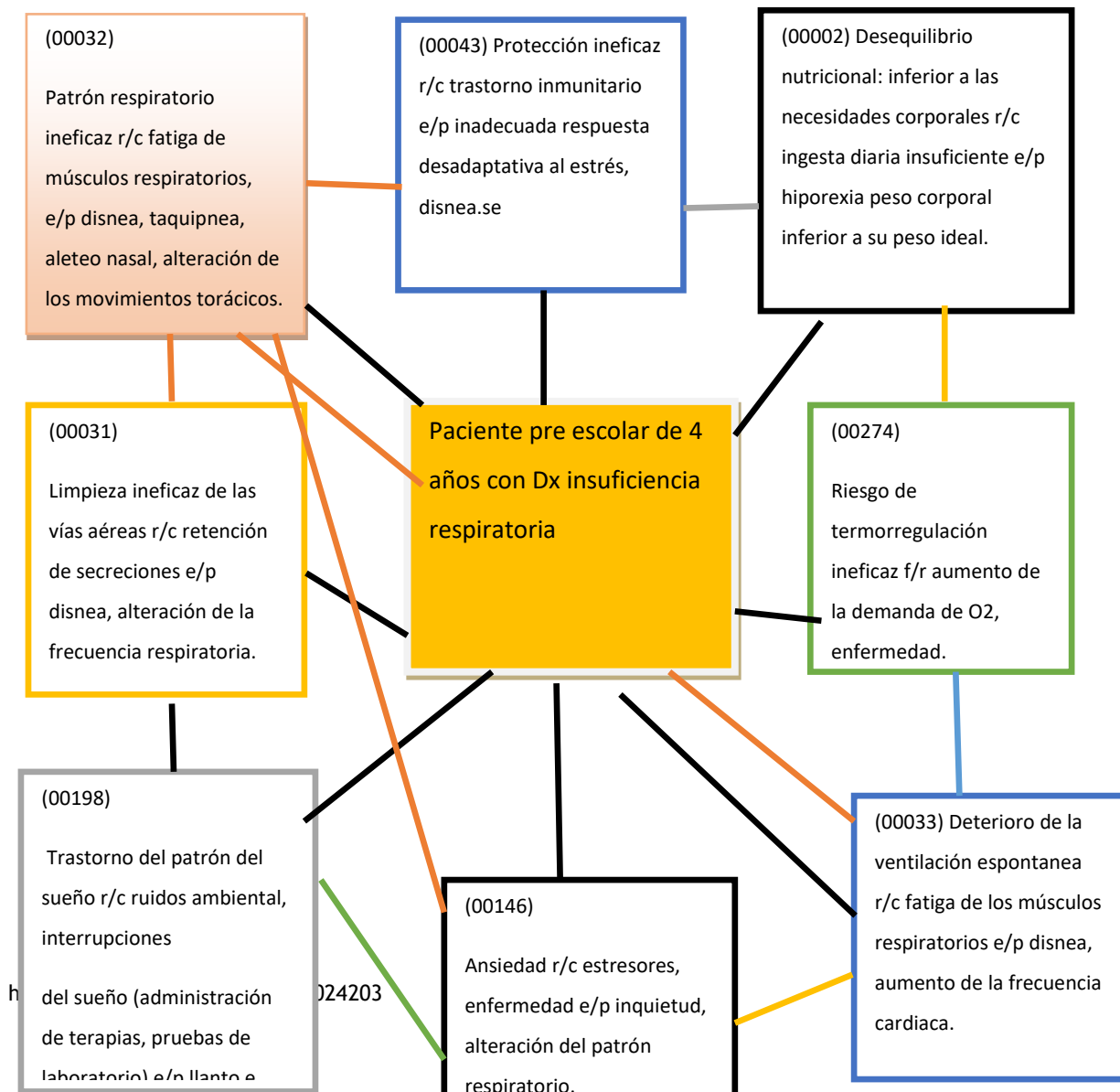
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. (Herdman, & Kamitsuru, 2019, Pg.352).

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Figura 1

Red de Razonamiento critico basado en el modelo AREA para la obtención del DxE. Principal.



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999).

Priorización del diagnóstico principal

Diagnóstico de enfermería principal (DxEp).

Tal como se puede observar en la red de razonamiento (Figura 1), el DxE principal es:

(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de músculos respiratorios e/p disnea, taquipnea, aleteo nasal, alteración de los movimientos torácicos.

Dominio 4: Respuesta cardiovascular/ pulmonares.

Clase 4: Actividad/reposo

Justificación del DxE. Principal

La función respiratoria básica del aparato respiratorio, se trata del correcto intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono, lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio, mediante la planificación e intervenciones de enfermería, se logrará la restauración y normalidad del patrón respiratorio. (Flores, 2019)

Cada vez que uno se enfrenta a un paciente con dificultad respiratoria, uno de los objetivos principales es asegurar que la vía aérea se encuentre permeable. Esta permeabilidad facilitará al correcto y buen funcionamiento del patrón respiratorio y de esta manera se evitará las complicaciones que surgen de ella. Frente a la sospecha de los problemas en la vía aérea, lo primordial es evaluar la permeabilidad y observar si hay presencia de esfuerzo respiratorio espontáneo.

Por eso se debe evaluar, escuchar, observar, para determinar si el movimiento de aire hacia los pulmones se redujo o si está ausente.

Las técnicas correctas aseguran la permeabilidad de la vía aérea para recibir el aporte de oxígeno requerido para el funcionamiento de los sistemas corporales, la aspiración de las vías aéreas permite movilizar secreciones del árbol traqueobronquial, nariz y boca, manteniendo la vía aérea libre y permeable, para recibir el aporte necesario de oxígeno para el buen funcionamiento del sistema corporal. (Information, 2021).

Para concluir, La mejora del estado respiratorio va a permitir que la disnea disminuya y se va a corregir la limitación extrema al flujo aéreo y no va a sentir la sensación de ahogo tan acusada. Esto le permitirá realizar pequeñas actividades sin fatigarse, tranquilidad y las interrupciones durante el sueño serán menores.

La mejoría en el estado de su salud hará desaparecer la ansiedad, irritabilidad que le provoca cambios en el estado de salud. (Beltrao, 2017)

Problemas de Colaboración (PC) y sus Riesgos de Complicación (RC)

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración (PC), así como los riesgos de complicación (RC) de la paciente, se utilizó el “Manual de Diagnósticos Enfermeros”. (Carpenito L. , 2019)

Problema de colaboración: Síndrome de dificultad respiratoria.

RC de hipoxemia.

RC de atelectasia.

RC de neumonía.

RC de sepsis.

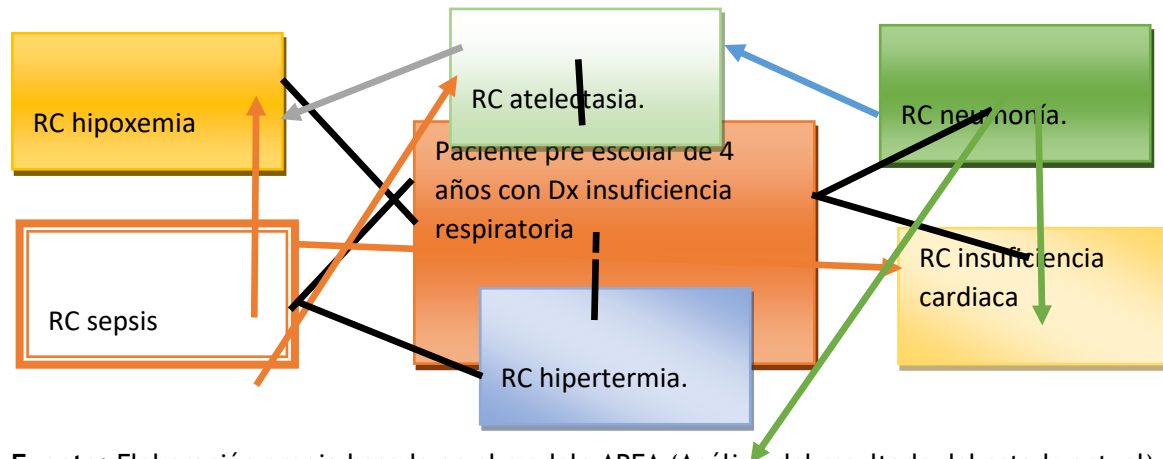
RC de hipertermia.

RC de insuficiencia cardíaca.

A continuación, expondremos los PC (problemas de colaboración) que tiene nuestra paciente con insuficiencia respiratoria.

Figura 2

Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA para la obtención del Riesgo de Complicación Principal (RC)



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999).

Identificación del RC principal:

Se ha identificado como Riesgo de Complicación Principal al RC Sepsis, ya que es el que más flechas de relación tiene con los demás, vinculándose con el RC hipoxemia, RC atelectasia, RC insuficiencia cardiaca.

Definición

La enfermedad de la Sepsis ocurre cuando las sustancias químicas liberadas en el torrente sanguíneo para combatir una infección desencadenan una inflamación en todo el cuerpo. En consecuencia, pueden ocurrir cambios que dañen varios sistemas. Los órganos dejan de funcionar correctamente, lo que puede causar la muerte.

Los síntomas incluyen fiebre, hipotermia, baja presión arterial, ritmo cardíaco acelerado y confusión mental, es la respuesta abrumadora y extrema del cuerpo a una infección. La sepsis es una afección, una emergencia médica que pone en riesgo la vida y puede ser mortal. Sin un tratamiento rápido, puede provocar daños en los tejidos, falla orgánica e incluso la muerte (Gil, , 2017)

Justificación del RC Principal

En caso de Sepsis post a insuficiencia respiratoria es importante la intervención oportuna de la enfermera, porque es un problema de salud que afecta a miles de personas cada año, el profesional de salud debería establecer guía de atención, protocolos para disminuir las complicaciones y muerte. El cuidado que ofrece la enfermera en el caso de Sepsis se centra en la paciente con insuficiencia respiratoria, con el objetivo de prevenir la complicación e inclusive la muerte. (Castillo, 2021)

Así mismo se valoran oportunamente los signos y síntomas de complicación, para ello se realizará actividades de gráfica de signos vitales, valoración de la hemodinamia corporal estricto en la hoja de balance hídrico, disminuir la ansiedad, mantener y conservar el reposo absoluto, enseñar el proceso de la enfermedad y explicar signos y síntomas de alarma, registro de las anotaciones en el plan de cuidados, registro y actualización el Kardex y registro detallado del incidente en la hoja de monitoreo de enfermería. Así mismo valorar frecuentemente la salud de la paciente.

En conclusión, la sepsis ocurre cuando una infección desencadena una reacción en cadena en todo el cuerpo dañando tejidos y órganos del sistema humano.

Por lo que debemos realizar la intervención oportuna, controlar que no aparezcan signos y síntomas de sepsis, y en caso de que aparezcan estos, reconocer al agente causal para tratarlo precozmente y evitar que el paciente llegue a tener peligro para su vida.

Planificación

Planificación del diagnóstico enfermero principal (Dx.E.p)

Utilizaremos los manuales de objetivos o resultados NOC (Moorhead et al., 2019) y de intervenciones NIC (Butcher et al., 2019). Siendo el Dx.E. Principal:

(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de músculos respiratorios, e/p disnea, taquipnea, aleteo nasal, alteración de los movimientos torácicos.

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 4: Respuestas cardio vasculares/pulmonares.

Definición: Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

Resultados NOC del Diagnóstico Enfermero Principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados del paciente que estamos intentando conseguir utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el DxEp.

(00032) Patrón respiratorio ineficaz le corresponde los siguientes NOC:

(0403) Estado respiratorio: ventilación.

(0007) Nivel de fatiga.

(0408) Perfusión Tisular: pulmonar.

(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

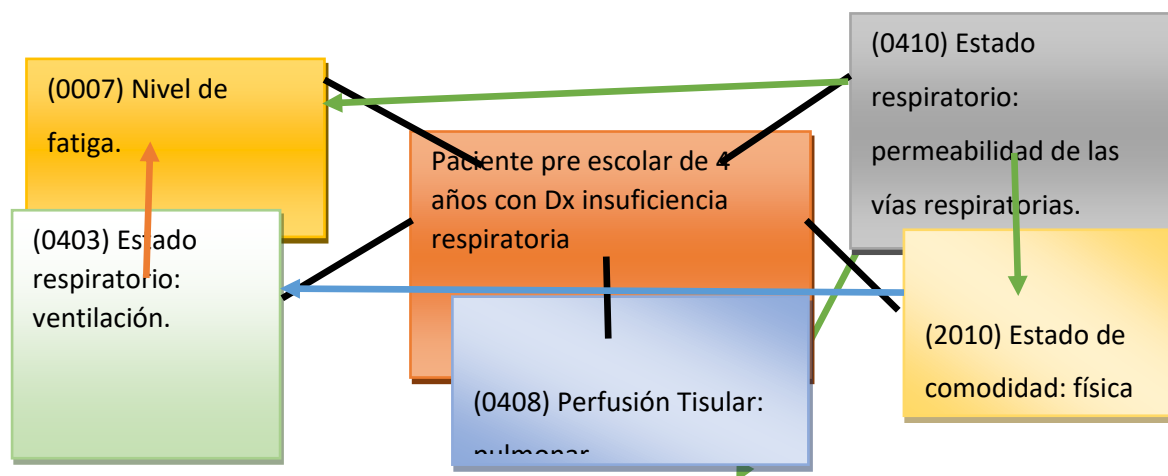
(2010) Estado de comodidad: física

Priorización del NOC del Diagnóstico Enfermero Principal

Realizaremos el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura 03.

Figura 3

Priorización del NOC del DxE principal mediante red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



Fuente: Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Justificación del NOC principal del DxE. Principal.

Argumentación lógica: podemos observar que según la red de razonamiento el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC:

0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

Definición: “Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire”. (Moorhead et al. 2019, p.373).

Dominio II: Salud Fisiológica.

Clase E: cardiopulmonar.

Continuamente se dice que los procesos patológicos que pueden producir fallo respiratorio o ventilatorio ponen de manifiesto signos y síntomas relacionados con la hipoxemia. Signos como la taquipnea, el aumento del trabajo respiratorio, la utilización de músculos accesorios, taquicardia, coloración de la piel y síntomas como la disnea son útiles para el reconocimiento de un episodio agudo. (P. Bazán, 2016).

Por tal razón. La permeabilidad de la vía respiratoria es muy importante para la función correcta de la ventilación y oxigenación de los órganos del sistema respiratorio, cuando la vía aérea esta obstruido resultan por diferentes causas, debemos actuar de inmediato para establecer una vía aérea permeable, recurriendo a muchas intervenciones con la finalidad de dar solución al problema, generalmente en la mayoría de casos se da con la acumulación de secreciones espesas y mucopurulentas, estas hacen que se obstruyan la vía aérea a nivel traqueobronquial causando complicaciones.

Tabla 1

Puntuación del NOC Principal para el DxE.p

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	2	5	12hrs
Escala de Likert 1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno			

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal, según escala de Likert.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(040301) Frecuencia respiratoria.	2	5	12hrs
(041005) Ritmo respiratorio.	3	5	12hrs

(041012) Capacidad de eliminar secreciones)	2	5	12hrs
Escala de Likert 1grave,2 sustancial,3 moderado,4 leve 5, ninguno Escala de Likert 1: Desviación grave del rango normal, 2: Desviación sustancial del rango normal, 3: Desviación moderada del rango normal, 4: Desviación leve del rango normal, 5: Sin desviación del rango normal.			

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Intervenciones (NIC) del Dx.E. principal

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la Taxonomía Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC)

(3140) Manejo de la vía aérea.

Definición: “Asegurar la permeabilidad de la vía aérea”. (Butcher et al., 2019, p.297).

Campo 2: Fisiológico Complejo.

Clase K: Control Respiratorio.

Actividades:

Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.

Colocar al paciente en la posición que permita maximizar el potencial de ventilación.

Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.

Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.

Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.

Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.

Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.)

Enseñar a toser de manera efectiva.

Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda.

Administrar broncodilatadores, según corresponda.

(3320) Oxigenoterapia.

Definición: “Administración de oxígeno y control de su eficacia”. (Butcher et al.,2019, pag.354)

Campo: Fisiológico Complejo (2)

Clase: Control Respiratorio (K)

Actividades:

Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.

Administrar Oxígeno suplementario según órdenes.

Vigilar el flujo de litros de Oxígeno.

Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

Controlar la eficacia de la Oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial) Según corresponda.

Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Observar si se producen lesiones de piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

Observar signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

(3350) Monitorización Respiratoria

Definición: “Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado”. (Butcher et al., 2019, pag.348)

Campo: Fisiológico Complejo (2)

Clase: Control Respiratorio (K)

Actividades:

Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios. y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.

Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.

Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).

Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.

Aplicar sensor de oxígeno continuo, no invasivos(pulsioxímetro).

Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.

Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.

Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.

Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.

Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.

(3390) Ayuda a la ventilación.

Definición: “Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones”. (Butcher et al., 2019, pag.106)

Campo II Fisiológico: Complejo.

Clase k: Control respiratorio.

Actividades:

Mantener una vía aérea permeable.

Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea.

Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).

Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.

Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.

Observar si hay fatiga muscular respiratoria.

Iniciar y mantener el oxígeno suplementario según prescripción.

Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.

Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases.

Enseñar técnicas de respiración, según corresponda.

En lo referente a las actividades a realizar, han sido elegidas conforme a la situación actual que muestra la paciente, tratando de aliviar la ventilación y estado respiratorio y con ello mejorar las complicaciones derivadas de ella.

Planificación del riesgo de complicación principal (RC) Sepsis

NOC.

Para determinar los cambios en el estado de la paciente se utilizó el clasificador de medición de resultado en salud, a través de objetivo NOC (Moorhead et al., 2019) y para mejorar la calidad de vida de la paciente se hizo el uso de manual de intervenciones NIC (Butcher et al., 2019)

Como se ha visto anteriormente el Riesgo de complicación principal es RC Sepsis.

Resultados NOC del Riesgo de complicación principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados del paciente que deseamos conseguir, utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el RC Sepsis le corresponde los siguientes NOC:

(1922) control de riesgo: hipertermia.

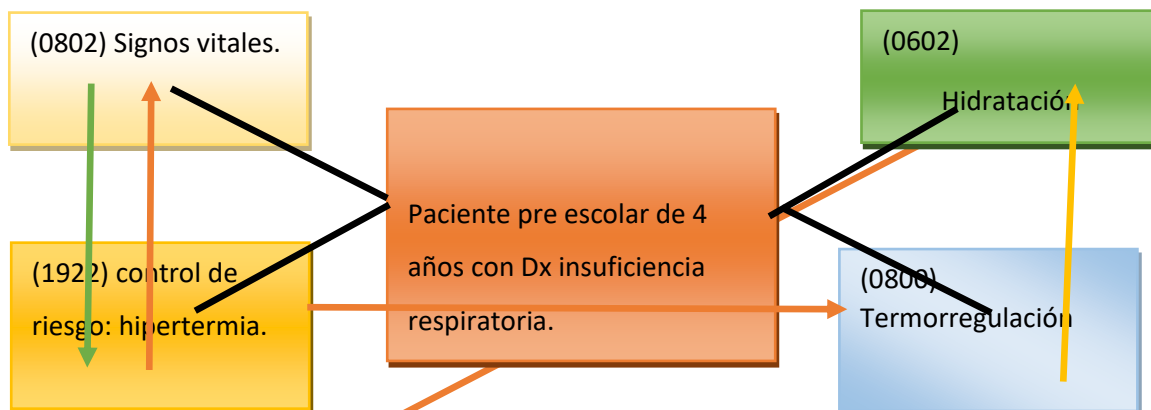
(0800) Termorregulación.

(0602) Hidratación

(0802) Signos vitales.

Figura 4

Priorización del NOC del RC principal Sepsis mediante red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



Fuente: Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999).

Justificación del NOC principal del RC principal.

El control de riesgo hipertermia es variable, va depender de un proceso infeccioso, se puede presentar a consecuencia de un desajuste entre la producción de calor y su disipación, esta aumenta cuando se incrementa la temperatura corporal y hay una depresión del hipotálamo, el sudor empieza a disminuir, el cuerpo pierde su habilidad para disipar el calor. A altas temperaturas, las proteínas empiezan a desnaturalizarse produciéndose una necrosis (destrucción) de los tejidos, disfunción y fallo multiorgánico. (Guillen, 2017)

Se concluye que la RC sepsis es una afección grave, es una emergencia que debe ser atendida a tiempo, porque pone en riesgo la vida del paciente y causar la muerte.

NOC Priorizado del RC Sepsis.

(1922) Control de riesgo: hipertermia.

Definición: "Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta". (Moorhead et al., 2019, p. 275)

Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.

Clase T: Control de riesgo y seguridad.

Como se puede observar en la red de razonamiento, nuestro NOC principal del riesgo de complicación es (1922) control de riesgo: hipertermia, lo cual está relacionado con la (0602) Hidratación, (1902) Control de riesgo, (0802) signos vitales.

Tabla 3

Puntuación del NOC principal del RC Sepsis según escala Likert.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1922) Control de riesgo: hipertermia	5	5	12 horas
Escala de Likert 1: Intenso, 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno Tiempo: se considera un turno de trabajo de enfermería.			

Fuente: *Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC.*

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC Sepsis

Indicadores	Puntuación Inicial	puntuación Diana	Tiempo
(192202) identifica signos y síntomas de la hipertermia.	5	5	12 horas
(192223) controla los cambios en el estado general de la salud.	5	5	12 horas
(192221) identifica los factores de riesgo de la hipertermia.	5	5	12 horas
Escala de Likert 1: Desviación grave del rango normal, 2: Desviación sustancial del rango normal, 3: Desviación moderado del rango normal, 4: Desviación leve del rango normal, 5: Sin desviación del rango normal. Tiempo: se considera un turno de trabajo de enfermería.			

Fuente: *Elaboración en base a la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC*

Observando la tabla, vemos que los valores no han variado, puntuación Diana normal en el transcurso del turno. Clasificando la evaluación como “positiva”, debido a que la paciente no ha recaído.

NIC:

Intervenciones NIC para el riesgo de complicación principal.

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la Taxonomía Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC).

(6680) Monitorización de los signos vitales.

Definición: “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones”. (Butcher et al., 2019, p. 343).

Campo 4: Seguridad.

Clase V: Control de riesgos

Actividades

Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

Mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda

Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.

Monitorizar el llenado capilar.

Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.

Observar la presencia de signos y síntomas de hipotermia.

Monitorizar la presencia y calidad del pulso, ritmo y frecuencia cardíaca.

Observar constantemente el color, temperatura y humedad de la piel.

Observar la presencia de cianosis central o periférica.

Identificar causas posibles de cambios en los signos vitales.

(6610) Identificación de riesgos.

Definición: “Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y la asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas”. (Butcher et al., 2019, p. 242).

Campo 4: Seguridad.

Clase V: Control de riesgos

Actividades:

Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.

Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.

Aplicar las actividades de reducción del riesgo.

Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.

Planificar el seguimiento de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.

Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.

Mantener los registros y estadísticas precisos.

Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.

Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.

(3900) Regulación de la temperatura.

Campo 2: Fisiológico complejo.

Clase (M) Termorregulación.

Definición: “consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal”. (Butcher et al., 2019, p. 393).

Actividades:

Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.

Observar color y la temperatura de la piel.

Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.

Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Regular según las necesidades del paciente la temperatura ambiental.

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.

Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

Instaurar un dispositivo de monitorización de la temperatura central continua, si es preciso.

(2300) Administración de medicación.

Definición: “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación”. (Butcher et al., 2019, p. 71).

Campo 2: Fisiológico: Complejo.

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos.

Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.

Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.

Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.

Evitar la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.

Registrar la administración de la medicación.

Finalmente, se observó que los patrones funcionales que inicialmente estuvieron alterados: percepción-manejo de la salud, nutricional metabólico, actividad y ejercicio, descanso y sueño, cognitivo perceptivo, adaptación y tolerancia al estrés con la aplicación oportuna y eficaz de las intervenciones de enfermería, se evidencian que han mejorado en 12 horas en el turno.

EJECUCION

Para la ejecución completa de las intervenciones de enfermería, se ha utilizado el libro de clasificación de intervenciones NIC escogidos de acuerdo al NOC Principal del diagnóstico de enfermería priorizado. Para elaborar las intervenciones y actividades de enfermería, se dividieron dos turnos de 6 horas cada uno.

Durante la valoración se conversa con la madre y la paciente, se les explica detalladamente de todas las intervenciones que se le tiene que realizar a la paciente para intentarle calmar los nervios y la ansiedad que los aqueja en la medida de lo posible.

Tabla 5

Cronograma de intervenciones / actividades de enfermería en Insuficiencia respiratoria aguda

Fecha	Intervenciones/actividades	Turno	
		M	T
26 /07/21	(6680) Monitorización de signos vitales.		
	Lavado de manos.	8 →	2 →
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.	8 →	2 →
	Observar la presencia de signos y síntomas de hipertermia.	8 →	2 →
	Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).	8 →	2 →
	Monitorizar el llenado capilar.	8 →	2 →
	Mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.	8 →	2 →
		8 →	2 →
		8 →	2 →
		8 →	2 →

26/07/21	(3320) Oxigenoterapia Administrar oxígeno suplementario según indicación. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial) Vigilar el flujo de litros de Oxígeno. observar si se producen lesiones de piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.	9 9 9 9 9 8 →	6 6 6 6 6 2 →
26/07/21	(3350) Monitorización respiratoria. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Observar si se producen respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos. Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. Aplicar sensor de oxígeno continuo, no invasivos (pulsioxímetro). Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.	9 9 9 9 9	6 6 6 9 6
26/07/21	(2300) Administración de medicación. Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos. Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. Registrar la administración de la medicación	10-12 10-12 10-12 10-12 10-12 10-12	2-6 2-6 2-6 2-6 2-6 2-6

EVALUACIÓN

Las actividades de enfermería se evaluaron en base al estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las intervenciones respecto a los resultados planificados y esperados.

Evaluación del resultado del DxE. Principal**Tabla 6***Puntuación del NOC principal del diagnóstico principal*

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(0410) estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.	2	5	5	12hrs
Escala Likert: 1: Grave. 2: Sustancial. 3: Moderado. 4: Leve. 5: Ninguno.				

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal del DxE

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(040301) Frecuencia respiratoria.	3	5	5	12hrs
(041005) Ritmo respiratorio.	3	5	5	12hrs
(041012) Capacidad de eliminar secreciones.	2	5	5	12hrs
Escala Likert a. Nivel 1: Grave. Nivel 2: Sustancial. Nivel 3: Moderado. Nivel 4: Leve. Nivel 5: Ninguno				

Fuente: Elaboración en base a la Clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Analizando los resultados obtenidos

Luego de haber aplicado las intervenciones de enfermería se ha logrado alcanzar un puntaje de 5, con la mejoría del soporte de oxígeno que se le brindo ya que cuando hemos iniciado el trabajo nuestro paciente tenía una puntuación de 3.

En relación al indicador (040301) mantiene frecuencia respiratoria, se evidencia una mejoría en su estado respiratorio después de aplicar las diferentes intervenciones al paciente durante la estancia hospitalaria y en turno de 12 horas hemos logrado también una P.D de 5 donde se evidencia una mejoría en cuanto a rango normal.

En relación al indicador (041005) mantiene ritmo respiratorio, inicialmente la paciente tuvo la puntuación de 3 ya que en el examen físico la paciente tenía alterado el parámetro, luego de la intervención y cuidados, logró el puntaje de cinco (5) a las 12 horas.

En relación al indicador (041012) es Capaz de eliminar secreciones, inicialmente la paciente tuvo la puntuación de 2, se utiliza medios para aspiración de secreciones, medidas de bioseguridad y más, luego de la intervención y cuidados, logró el puntaje de cinco (5) a las 12 horas.

Por lo tanto, nuestro paciente Pre escolar que ingresó por emergencia presentando distrés respiratorio, agitación, disnea, Tras realizarle todo el conjunto de intervenciones a nuestra paciente, se evidencia mejoría hemos conseguido el objetivo de revertir la insuficiencia respiratoria por completo de nuestra paciente logrando una adecuada capacidad respiratoria.

Evaluación del resultado del Riesgo de Colaboración principal

La evaluación se realizó en relación a la comparación del estado inicial de la paciente y la efectividad de las intervenciones que se realizaron.

Tabla 8

Puntuación de los indicadores NOC del RC principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo

(1922) control de riesgo: hipertermia.	5	5	5	12 horas
Escala de Likert 1: Intenso, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno Tiempo: se considera un turno de trabajo de enfermería.				

Fuente: Elaboración en base a Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 9

Puntuación de los Indicadores del Riesgo de Complicación principal

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(192202) identifica signos y síntomas de la hipertermia.	5	5	5	12hrs
(192223) controla los cambios en el estado general de la salud.	5	5	5	12hrs
(192221) identifica los factores de riesgo de la hipertermia.	5	5	5	12hrs
Escala: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal.				

Fuente: Elaboración a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Interpretación:

En la tabla 8 podemos corroborar que se mantuvo a la paciente en condiciones favorables sin que se manifiesten signos de hipertermia Este riesgo de complicación de sepsis ha sido supervisado mediante el NOC del RC (1922) control de riesgo: hipertermia como se demuestra en los formatos de monitoreo permanente según indicación médica y actividades de enfermería, se a conseguido que se mantenga estable y constante, por lo que la puntuación no ha disminuido en ningún momento, por lo tanto la puntuación alcanzada la hemos mantenido.

En la tabla 9 podemos observar los indicadores y para poder controlar, llevar a cabo una atención de enfermería optimo, se aplico las actividades para cada uno de estos.

En relación al indicador (192202) identifica signos y síntomas de la hipertermia, según el registro de monitoreo no se ha evidenciado alteración después de aplicar las diferentes intervenciones al paciente durante la estancia hospitalaria y en turno de 12 horas.

En relación al indicador (192223) controla los cambios en el estado general de la salud, la paciente se ha mantenido estable sin complicación alguna con todo los cuidados e intervenciones brindadas por la enfermera. Con referencia al indicador (192221) identifica los factores de riesgo de la hipertermia. está asociado al aumento del volumen sanguíneo con alteración de sus funciones vitales, según el seguimiento y control continuo, la paciente ha mantenido una temperatura normal en el transcurso de las 12 horas de atención.

En conclusión, el riesgo de sepsis es una complicación que se da en aquellos pacientes que permanecen en una unidad de cuidados intensivos, tienen mayor posibilidad de contraer infecciones debido a la estancia hospitalaria de larga estancia. Por lo que es necesario estar alertos en los signos de alarma que se presenta en la paciente.

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó por emergencia pediátrica, presentó dificultad para respirar considerando su estado clínico como alto riesgo para su salud.

Tras la revisión bibliográfica se ha encontrado numerosos estudios que muestran el rol fundamental que tiene enfermería con cuidados integrales y la calidad de servicio para la atención a pacientes con insuficiencia respiratoria. (Mamani,2021).

Las vías aéreas del aparato respiratorio en situaciones normales se ven estimuladas por la presencia de secreciones y factores irritantes, como consecuencia existe la tos como medio de ayuda para la expulsión. La tos ineficaz se debe básicamente a la debilidad o parálisis de músculos respiratorios que hace difícil el golpe de aire desde los bronquios para toser. El moco es anormalmente espeso y viscoso y se hace difícil eliminarlo de la vía aérea mediante la tos, como consecuencia se producen roncantes, es por eso que tenemos como medio de ayuda a la aspiración de secreciones para despejar y limpiar las vías aéreas para la entrada y salida de aire. (Flores,2019)

Al especificar y analizar los diferentes resultados con la aplicación de Intervención de Enfermería en la paciente con problemas de Insuficiencia Respiratoria y otras estructuras del pulmón, la dificultad respiratoria debe ser siempre considerado en situación de riesgo vital por las graves complicaciones que puede acarrear.

En cuanto al diagnóstico de enfermería patrón respiratorio ineficaz se obtuvo una saturación mayor de 90% y la Frecuencia cardiaca fue de 84 latidos x', frecuencia respiratoria 24 latidos x',cifras dentro del rango normal para su edad a través de los cuidados de enfermería desarrollando las 5 etapas, priorizando adecuadamente el plan de cuidados y contar con personal calificado para una atención inmediata.

El RC de sepsis podría presentarse si la paciente tuviera un factor de riesgo que propiciara su complicación, en este sentido las intervenciones de enfermería cumplen un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención y las intervenciones oportunas para evitar que el problema se instale, es útil aplicar procedimientos y técnicas de intervención en función a restablecer la salud de la paciente.

A si mismo las intervenciones de enfermería se basó en la teorista Jean Watson del cuidado humano, para realizar plan de cuidados, nos permite plantear una filosofía de cuidados humanizados para el paciente, un lenguaje teórico propio y una relación de armonía entre cuerpo, mente y alma, esta se da a través de confianza y ayuda entre la persona cuidada y el rol del cuidador.

Enfermería requiere de competencias eficientes, como habilidad, conocimiento, destreza, organización y toma de decisiones para la resolución de problemas y desarrollar así las actividades e intervenciones para lograr una atención integral y con un enfoque holístico, para la recuperación y rehabilitación del paciente.

Para concluir como profesionales de salud debemos realizar una minuciosa valoración de enfermería, evitando que en el proceso se presente complicaciones para no agravar la situación de la paciente. Luego de haberle brindado los cuidados respectivos a la paciente, se evidencia una evolución favorable, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidados.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

Tiempo limitado para hacer el seguimiento del caso en estudio.

La gravedad de la situación en la que se encuentra la paciente y las consecuencias que con lleva requieren de mayor tiempo para la mejoría que se ha obtenido tras las acciones llevadas a cabo de 12 horas de atención. Por ello, continuará con un plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

El tiempo de estadía de la paciente en el área de emergencia pediátrica fue corto para llevar un seguimiento en cuanto se refiere a su evolución debido a la gravedad de la situación en la que se encontraba la paciente y su posible transferencia al área de cuidados intensivos pediátricos.

Aislamiento social por la emergencia sanitaria, la accesibilidad limitada para realizar el seguimiento a la paciente en tiempo de pandemia. Debido al acceso restringido a la información.

La información brindada por parte de sus familiares durante la entrevista realizada fue del poco exactas debido a la situación emocional que atravesaba la madre para dar datos exactos y brindar una información acertada, en lo referente a los antecedentes patológicos.

Conclusiones

La intervención de enfermería oportuna cumple un rol importante en la atención del paciente con insuficiencia respiratoria.

El profesional de enfermería especialista en emergencias pediátricas debería conocer ampliamente los factores de riesgo, complicaciones y tratamiento de la insuficiencia respiratoria, que le permitirán actuar de forma oportuna e inmediata a fin de evitar complicaciones posteriores.

La enfermera del área de emergencia pediátrica tiene un papel importante en la exploración, monitorización de la insuficiencia respiratoria, para tomar medidas preventivas de complicaciones, evitando su estancia prolongada en la unidad.

Después de haber identificado las características clínicas de la paciente correspondiente a insuficiencia respiratoria y riesgo de complicación sepsis se brindó cuidados de enfermería individualizado previniendo complicaciones y garantizando la recuperación optima del paciente en las mejores condiciones posibles. El proceso enfermero permitió elaborar un plan de cuidados, tras aplicar la red de razonamiento critico basado en el modelo AREA para la obtención del diagnóstico enfermero principal (00032) patrón respiratorio ineficaz, así mismo para el Problema de colaboración del RC “sepsis”, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC Y el manual de problema de colaboración de Linda Juall Carpenito.

Los resultados obtenidos permitieron mejorar a la paciente en su estado de ventilación, además de disminuir el trabajo de los músculos respiratorios y el estado de ansiedad por el cambio en su estado de salud y su entorno.

Se brindo los cuidados respectivos según cada diagnóstico de enfermería priorizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña Vidal, A. K. (2018). Cuidados de enfermería en insuficiencia respiratoria aguda. UIGV-Institucional.
2. Centro Nacional de Epidemiología, P. y. (2018). Boletín Epidemiológico del Perú SE 16-2018 (del 15 al 21 de abril del 2018. boletin epidemiologico del peru-minsa.
3. clinic, m. (2021). convulsion definicion y mas.
4. Enfermeria. (2021). tecnicas de administracion de oxigeno. revista Site123.
5. epidemiologia, c. n. (2020). centro nacional de epidemiologia 2020. VOLUMEN 29-SE 02.
6. Flores, M. P.-M. (2019). IRA. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
7. Friedman, A. M., & Ann, M. E. (2018). Insuficiencia respiratoria aguda en niños. intramed.
8. G.gonzales pozo, A. (2018). Insuficiencia respiratoria aguda. programa de formacion medica.
9. global, e. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios.
10. Gonzales, H. (2016). circulacion pulmonar. scielo.
11. Goyes Nazareno, R. S. (2019). Factores de riesgo y complicaciones en preescolares hospitalizados con insuficiencia respiratoria aguda. Repositorio Guayaquil.
12. Harrison. (2019). insuficiencia respiratoria.
13. Information, N. C. (2021). InMsuficiencia respiratoria aguda. https://es.wikipedia.org/wiki/Insuficiencia_respiratoria_aguda#cite_note-1.

14. Jiménez, J. A. (2019). intervención de enfermería en insuficiencia respiratoria aguda. studylib-ciencias de la salud.
 15. Juárez, G. (2019). insuficiencia respiratoria aguda y complicaciones.
 16. Lalangui, M. J. (2021). Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátrica Área de Emergencias. cambios.
 17. Laura, E. A. (2020). Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes con neumotórax espontáneo. Zagan .
 18. Lewis SR, P. M. (2019). farmacología para el tratamiento de IR. cochrane.
 19. Masalán, P. (2020). nivel de fatiga aguda . scielo.
 20. Meljarejo, S. (2016). neumonía. redaccion medica.
 21. Merino, R. A. (2019-20). hipertermia. Medicina Interna Basada en Evidencia.
 22. National Heart, Lung and Blood Institute. (2019). Insuficiencia Respiratoria. National Heart, Lung and Blood Institute.
 23. National, I. (2020). sepsis. Medline Plus.
 24. Tello, G. (2020). Cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería según la teoría de Jean Watson. concytec.
 25. Velasco, L. G. (2016). Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia cardíaca y factores influyentes.
- Villanueva, O. (2018). Modelo humanístico de Jean Watson: . Airxu digital.