



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO
CON DIGNOSTICO MEDICO BRONQUIOLITIS, HOSPITALIZADO EN LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS PEDIATRICO DEL HOSPITAL DR.
LUIS ORTEGA**

Trabajo de Grado modalidad Cursos Especiales de Grado, presentado como Requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico

Lcda. Argelia González

Tutor Metodológico

MSc. Ysabel Velásquez

Autor

T.S.U. Patiño Rivas, Annerys Alejandra

C.I.: V- 24.695.765

Guatamare, Octubre de 2024.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO
CON DIGNOSTICO MEDICO BRONQUIOLITIS, HOSPITALIZADO EN LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS PEDIATRICO DEL HOSPITAL DR.
“LUIS ORTEGA”**

Trabajo de Grado modalidad Cursos Especiales de Grado, presentado como Requisito
parcial para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autor

T.S.U. Patiño Rivas, Annerys Alejandra
C.I.: V- 24.695.765



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR ACADÉMICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO CON DIGNOSTICO MEDICO BRONQUIOLITIS, HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS PEDIATRICO DEL HOSPITAL DR.LUIS ORTEGA portadora de la Cédula de Identidad: V-24.695.765, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Académico

Lcda. Argelia González



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR ACADÉMICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO CON DIGNOSTICO MEDICO BRONQUIOLITIS, HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS PEDIATRICO DEL HOSPITAL DR.LUIS ORTEGA, portadora de la Cédula de Identidad: V-24.695.765, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Académico

MSc. Ysabel Velásquez



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

TGLECEG-11-2024

Núcleo: Nueva Esparta
Escuela: Ciencias de la Salud
Departamento: Enfermería
Periodo: III-2023

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
III-2023	161-5103	UCI ADULTO	8	
III-2023	161-5203	UCI PEDIÁTRICO	8	

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería de Cuidados Intensivos reunidos el día 07 de agosto de 2024, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **PATÍÑO RIVAS ANNERYS ALEJANDRA**, Cédula de Identidad **V-24.695.765**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado d Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

Aprobado

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Carlos Sulbarán	6.362.359	
Yulitza Narváez	11.143.819	
Julioscar Lárez	18.112.413	

Lcda. Andreina Noriega
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS



DEDICATORIA

A mi madre por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se lo debo a ella, entre los que se incluye este. Me formo con reglas y con valores, los cuales me definen como persona y me motivo constantemente para alcanzar mis metas

A mi hija amada, por ser la luz que ilumina mi camino. Ese motor que me da fuerza para seguir.

A mi Abuelita querida porque antes de partir de este mundo, le dije que lo iba a Lograr.

Por último, me dedico este logro a mi persona por ser capaz de llegar hasta el final, por no rendirme y no abandonar el barco a mitad del camino

LAS AMO INMENSAMENTE.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a DIOS, por que permitió mi crecimiento a lo largo de estos años, a pesar de tantas adversidades nunca me dejó sola cuando el camino se tornaba difícil, dándome así la fuerza para seguir adelante y culminar con éxito mi trabajo de investigación.

A mi madre, Andrelys Patiño, por darme su apoyo ilimitado e incondicional, por creer en mí en todo momento, por enseñarme que quien quiere, puede y lo logra si tienen las ganas de salir adelante, no importa de dónde vengas.

A mi pedacito de cielo mi hija, porque me tuvo paciencia en todo este proceso por decirme que yo siempre puedo, y que soy la mejor mamá del mundo.

A mi hermana Dayannys Patiño por siempre darme su apoyo incondicional a pesar de la distancia sé que pronto estaremos juntas.

A mi tía, Marielsis Noriega porque al final cuando todo se estaba tornando gris me brindó su apoyo

A Sneider plata porque al principio de todo este desafío me brindó su apoyo incondicional y por darme palabras de aliento cuando estaba por rendirme. Por eso te estaré eternamente agradecida.

¡Gracias todo por su apoyo no fue fácil, pero se logro!

INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADRO	xiv
ÍNDICE DE FIGURA	xviii
RESUMEN.....	xix
Introducción	21

CAPITULO I

PRESENTACION DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

1. Reseña Histórica	24
1.2 Propósito	29
1.3 Filosofía.....	30
1.4 Valores.....	30
1.5 Misión.....	31
1.6 Visión	31
1.7 Objetivos	32
1.7.1 Objetivo General	32
1.7.2Objetivos Específicos	33
1.8 Tipo de establecimiento de salud según, el Ministerio del poder popular para la salud (MPPS)	34
1.9 Ubicación Geográfica.....	36
1.10 Estructura Administrativa.....	37
1.10.1 Sub-Dirección Administrativa.....	38
1.10.2 Sub-Dirección Médica.....	38
1.10.3 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento.	39
1.10.4 Sub-Dirección de Recursos Humanos.	39
1.10.5 Sub-Dirección Docente.	40
1.11 Funcionamiento operativo y estructura de la jefatura de enfermería.....	41

1.11.1 Jefe de Enfermería:.....	42
1.11.2 Secretaria:.....	42
1.11.3 Enfermera (o) Adjunta (o) Administrativo:	42
1.11.4 Enfermera (o) Adjunta (o) Docente:	42
1.11.5 Enfermera (o) Adjunta (o) Asistencial:	42
1.11.6 Enfermeras (os) Supervisoras (es):	42
1.11.7 Enfermeras Coordinadoras (es):.....	43
1.11.8 Enfermeras (os) asistenciales:	43
1.11.9 Auxiliar de Enfermería:.....	43
1.11.10 Camilleros:	43
1.11.13 Camareras:.....	43

CAPITULO II

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)

2.1 Reseña Histórica.	46
2.2 Importancia y Justificación.....	48
2.3 Ubicación y Descripción.....	49
2.4 Objetivos	50
2.5 Misión.....	51
2.6 Visión	51
2.7 Estructura Organizativa.....	52
2.8 Personal de Enfermería, Funciones, Actividades y Tareas del Equipo.	53
2.8.1 Enfermera Coordinadora	53
2.8.2 Enfermera I.....	54
2.8.3 Enfermera II	55
2.9 Aproximación Diagnostica	58

CAPÍTULO III

MARCO TEORICO Y METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE CASO

3.1 Enfoque Metodológico de la Investigación	62
--	----

3.1.1 Enfoque cuali-cuantitativo o mixto.....	63
3.1.2 Método de Investigación Acción participante.	63
3.1.3 Método Estudio de Caso.....	63
3.1.4 Tipo de Estudio: Descriptivo	64
3.1.5 Diseño de Estudio: De Campo o Documental	64
3.1.6 Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	65
3.1.6.1 Observación Participante.....	66
3.1.6.2 Entrevista No Estructurada.....	66
3.2 Marco legal de la Investigación	67
3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).....	67
3.2.2 Ley Orgánica de la Salud (1998).....	68
3.2.3 Ley orgánica para la protección del niño, niña y adolescente (LOPNA, 2000):	71
3.2.4 Ley del ejercicio profesional de la enfermería (2005).....	74
3.2.5 Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)	77
3.3 Antecedentes de la Investigación.....	79
3.3.1 Antecedentes Internacionales.....	80
3.3.2 Antecedentes Nacionales.....	82
3.3.3 Antecedentes Regionales.....	85
3.4 Marco Teórico de la patología del Caso clínico	88
3.4.1 Covid-19	88
3.4.1.1 Definición.....	88
3.4.1.2 Etiología	89
3.4.1.3 Fisiopatología	89
3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas	92
3.4.1.5 Complicaciones	93
3.4.2.1 Bronquiolitis.....	94
3.4.2.2 Definición.....	94
3.4.2.3 Etiología	95

3.4.2.4 Fisiopatología	97
3.4.2.5 Manifestaciones clínicas	98
3.4.2.6 Complicaciones	98
3.4.2.7 Tratamiento	99
3.4.2.8 Tratamiento Nutricional.	99
3.4.2.10 Tratamiento terapéutico	100
3.4.2.10.1 Tratamiento de sostén o soporte	100
3.4.2.10.2 Tratamiento farmacológico	102
3.4.3 Fichas Farmacológicas.....	105
3.5 Atención de Enfermería: Marco teórico y metodológico.	122
3.5.1 Ramona Mercer.....	123
3.5.1.1 Aspectos Biográficos.....	123
3.5.1.2 Fundamentos Teóricos	123
3.5.2 Margory Gordon.	127
3.5.2.1. Aspectos Biográficos.....	127
3.5.2.2 Fundamento Teórico.....	128
3.5.3.1 Aspecto Biográfico	130
3.5.3.2 Fundamento Teórico.....	130
3.6 Relación y Aplicación de las Teorizantes con el Estudio de Caso	133

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.1 Título	136
4.2 Resumen de caso	136
4.3 Objetivos	137
4.3.1 Objetivo General	137
4.3.2 Objetivos Específicos	137
4.4 Historia de Enfermería	138
4.4.1 Anamnesis	138
4.4.2 Valoración del paciente	140

4.4.2 .1 Valoración Objetiva.....	140
4.4.2.2 Examen Físico Por Sistema	140
4.4.2.3 Valoración subjetiva	141
4.4.2.4 Valoración Subjetiva de Ramona Mercer.....	142
4.4.2.5 Patrones Funcionales De Salud, Según Marjory Gordon	148
4.4.2.6 Valoración subjetiva a través de las cinco (5) etapas del duelo y el nuevo nacimiento de Elisabeth Kübler-Ross.	154
4.4.3 Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado.....	159

CAPÍTULO V

EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO DR. DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

5.1 Proceso Enfermero.....	180
5.1.2 Objetivos:.....	181
5.1.3 Principios:	181
5.1.4 Fases del proceso de atención de enfermería	181
5.1. 5 Funciones de Enfermería	187
5.1.5.1 Descripción de actividades y tareas asistenciales:	190
5.1.5.2 Descripción de Actividades y Tareas Docentes	191
5.1.5.2 Descripción de Actividades y Tareas Administrativas	192
5.1.5.3 Descripción de Actividades y Tareas Investigativas	193
5.2 Retos, Desafíos y Perspectivas del Personal de Enfermería en el Contexto Actual	194
5.2.1 Opinión de un Profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del hospital Dr. Luis Ortega	195
5.2.2 Opinión del Participante del Curso Especial de Grado.....	196
Conclusión	197
Recomendaciones.....	198
Referencia Bibliográficas.....	200

ÍNDICE DE CUADRO

Cuadro 1	
Tratamiento farmacológico del paciente	104
Cuadro 2	
Ficha Farmacológica del Omeprazol.....	106
Cuadro 3	
Ficha Farmacológica del Aminofelina.....	107
Cuadro 4	
Ficha Farmacológica de la Furosemida.....	108
Cuadro 5	
Ficha Farmacológica de la Vancomicina.....	110
Cuadro 6	
Ficha Farmacológica del Meropenem.....	111
Cuadro 7	
Ficha Farmacológica de la Fluconazol.....	112
Cuadro 8 .	
Ficha Farmacológica de Metilprednisolona (solumedrol).....	113
Cuadro 9	
Ficha Farmacológica del Metamizol Sódico.....	115
Cuadro 10	
Ficha Farmacológica del sulfato de Magnesio al 12%	116
Cuadro 11	
Ficha Farmacológica de la Budesonida	117
Cuadro 12	

Ficha Farmacológica del Salbutamol	118
Cuadro 13	
Ficha Farmacológica del Midazolam.....	119
Cuadro 14	
Ficha Farmacológica del sulfato de Magnesio al 12%.....	1207
Cuadro 15	
Ficha Farmacológica del Cloruro de Potasio al 7.5% (KCL)	121
Cuadro 16	
Cuadro Anlítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio Y el Factor disfuncional Estado de salud del niño.....	160
Cuadro 17	
Planes de cuidados sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio y el factor disfuncional Estado de salud del niño	161
Cuadro 18	
Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio Y el Factor disfuncional Estado de salud del niño	162
Cuadro 19	
Planes de cuidados sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio y el factor disfuncional Estado de salud del niño.....	163
Cuadro 20	
Cuadro Analítico sobre el Patrón Percepción de la salud y Factor disfuncional, Características del niño.....	164
Cuadro 21	
Planes de cuidado sobre el Patrón Percepción de la salud y Factor disfuncional, Características del niño	165
Cuadro 22	

Cuadro analítico sobre el patrón II nutrición metabólico y Factor disfuncional Estado de salud del niño.....	166
Cuadro 23	
Planes de cuidado sobre el Patrón II nutrición metabólico y Factor disfuncional Estado de salud del niño.....	167
Cuadro 24	
Cuadro analítico del patrón III Eliminación y factor disfuncional Característica del niño.....	168
Cuadro 25	
Planes de cuidado sobre el Patrón III Nutricional y el Factor disfuncional característica del niño.....	169
Cuadro 26	
Cuadro analítico del Factor disfuncional Separación Precoz y el Patrón VIII Rol-Relaciones	170
Cuadro 27	
Planes de cuidado sobre el Factor Disfuncional separación precoz y el patrón VIII Rol-relaciones.....	171
Cuadro 28	
Cuadro analítico del patrón N° IV actividad-Ejercicio y Factor disfuncional Estado de salud del niño y Características del niño.....	172
Cuadro 29	
Planes de cuidado sobre de la actividad-Ejercicio y Factor disfuncional Estado de salud del niño y Características del niño.....	173
Cuadro 30	
Cuadro analítico sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional Características del niño.....	174
Cuadro 31	
Planes de cuidado sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional Características del niño.....	175

Cuadro 32

Cuadro analítico sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional
Características del niño176

Cuadro 33

Planes de cuidado sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional
Características del niño 177

Cuadro 34

Cuadro analítico sobre Patrón N° ° X Adaptación Tolerancia a la Situación y al
Estrés, Factor disfuncional–Depresión y la etapas de duelo Aceptación y depresión
.....178

Cuadro 35

Planes de cuidado sobre Patrón N° X Adaptación Tolerancia a la Situación y al
Estrés, Factor disfuncional–Depresión y la etapas de duelo Aceptación y depresión
..... 179

Cuadro 38

Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de Pasantías en
la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Luis Ortega de
Porlamar.....189

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1

Mapa satelital de la ubicación geográfica del Hospital “Dr. Luis Ortega” 37

Figura 2

Representación gráfica de la estructura organizativa del Hospital “Dr. Luis Ortega” . 39

Figura 3

Representación gráfica de la estructura organizativa de la Jefatura de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega” 43

Figura 4

Pasillo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital “Dr Luis Ortega” 50

Figura 5

Organigrama de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico Dr. “Roberto Arreaza Vas” del Hospital Dr. Luis Ortega 52

Figura 7

Esquemmatización de la conjugación teórica y Metodológica 134



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO
CON DIGNOSTICO MEDICO BRONQUIOLITIS, HOSPITALIZADO EN LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS PEDIATRICO DEL HOSPITAL DR.
“LUIS ORTEGA”**

Tutor Académico

Lcda. Argelia González

Tutor Metodológico

Msc. Ysabel Velásquez

Autor:

T.S.U Patiño Rivas, Annerys Alejandra

C.I.: V- 24.695.765

RESUMEN

La Bronquiolitis de acuerdo con Cansino (2012) es una infección respiratoria que afecta a la vía aérea pequeña y, principalmente, a los bronquiolos, originando edema, moco y obstrucción. Es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en la lactante producida por el virus respiratorio sincitial (VRS). El presente trabajo tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente lactante menor masculino con

diagnostico medico Bronquiolitis, Hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátrico del hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. La investigación se abordó bajo un enfoque cuali-cuantitativo, donde se unifican el método investigación acción-participante y el estudio de caso clínico. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero se encuentra sustentado bajo una conjugación de las teorías de Ramona Mercer, Marjory Gordon y Elizabeth Kubler Ross, esto permitió realizar la valoración subjetiva mediante entrevistas a la madre, la obtención de datos objetivos por medio del examen físico del paciente así detectar los problemas de salud y procediendo a llevar a cabo los diagnostico de enfermería y planes de cuidado, siguiendo los lineamientos de la Taxonomía NANDA (2021-2023) NIC (2018) y NOC (2018). Se concluye que la experiencia desarrollada permitió abordar las necesidades y problemas de salud del paciente así mismo el vínculo afectivo entre la madre y el hijo, además de disminuir los niveles de angustia y tristeza, de la madre por la pérdida de su hijo.

Palabras Claves: Bronquiolitis, Proceso Enfermero, Taxonomía NANDA-NIC-NOC Conjugación Teórica Metodológica.

Introducción

Los cuidados en los pacientes pediátricos pueden variar por las características diferenciadoras del crecimiento y desarrollo en las distintas edades. Aunque las causas por las que enferman los niños son múltiples, determinados procesos se relacionan con edades concretas por las características de madurez de los distintos órganos y sistemas. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), en particular sus formas más graves como la bronquiolitis y la neumonía, constituyen la principal causa de mortalidad en niños menores de cinco años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f)

La bronquiolitis aguda (BA) es la principal causa de hospitalización por enfermedad respiratoria en niños menores de 1 año. La (OMS) estima que anualmente se producen en el mundo 150 millones de casos nuevos de BA, de los cuales solo entre 11 y 20 millones (7-13%) precisan hospitalización. (Medina,2023, parr.1)

Según Ayuso et al (2010) la bronquiolitis es una infección aguda del tracto respiratorio que provoca el primer episodio de broncoespasmo en un lactante. Fue descrita como entidad clínica aislada originariamente en 1941 tras una epidemia de gripe en el Reino Unido. Esta enfermedad tiene una repercusión importante en nuestro sistema sanitario y constituye una causa muy frecuente de consulta en Pediatría durante los meses de noviembre a febrero. Está asociada a infecciones virales respiratorias ocasionadas principalmente por el virus sincitial respiratorio (VSR), en un 70% de los casos, seguido por el rinovirus, virus parainfluenza, metapneumovirus humano, virus influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humanos.

Cabe destacar que el VSR se transmite por contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada o por contacto indirecto a través de material infectado con secreciones respiratorias que pueden ingresar por mucosa nasal, conjuntival y/o bucal. La infección se inicia en el tracto respiratorio superior extendiéndose al epitelio respiratorio inferior (bronquiolos). La inflamación en

bronquiolos se caracteriza por daño ciliar, infiltración celular, edema de la submucosa y adventicia, pudiendo ocasionar necrosis tisular. El edema, la secreción de moco y el daño del epitelio respiratorio generan obstrucción parcial o total de la vía aérea, atelectasias y alteración de la relación ventilación perfusión, ocasionando hipoxemia, polipnea y taquipnea en el paciente infectado. (Pereyra et al., 2019)

Según caritas Venezuela el informe trimestral del boletín epidemiológico (2022) describe que dentro de las enfermedades del sistema respiratorio se encuentra el síndrome viral, que ascendió del lugar 15 en el 3er trimestre de 2021 al 5to lugar en este trimestre. En uno de cada 10 diagnósticos de Síndrome Viral los médicos hicieron alguna referencia a COVID-19: caso sospechoso, confirmado o cuadro post-COVID19. De las 110 menciones de COVID-19 hechas por los médicos, en 76% se le asoció a síndrome viral inespecífico, en 16% se les asoció a cuadros respiratorios tales como sinusitis, amigdalitis, bronquitis aguda, bronquiolitis, y neumonías y en 8% a otros diagnósticos.

En el estado Nueva Esparta las infecciones respiratorias agudas, constituyen las principales causas de morbilidad en la población atendida por Barrio Adentro, según datos de noviembre y diciembre del año 2003, procedente de los registros del Departamento de Estadística de la misión Barrio Adentro en dicho estado Delgado et al. (2010). Actualmente no se han pronunciado los organismos competentes para presentar datos estadísticos al respecto, aunque en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, son ingresados numerosos niños con infecciones respiratorias agudas, Covid-19 , neumonía y Bronquiolitis siendo estas las más comunes.

En conformidad a la temática argumentada, la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) a través de la Escuela de Ciencias de la Salud y el Departamento de Enfermería ofrece los Cursos Especiales de Grado, con la finalidad de formar profesionales en áreas críticas-sensibles como en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega, esto con el propósito de que los estudiantes ejecuten experiencias prácticas-vivenciales o pasantías en el centro hospitalario, que permitan demostrar lo aprendido en las aulas de clases, sistematizando la experiencia

profesional, mediante la atención de un caso y aplicación del proceso enfermero. En ese contexto, el proceso de pasantías profesionales permitió seleccionar un caso gracias a la observación participante y la formulación de entrevistas a la madre del paciente, para de esta forma aplicar a través del estudio de caso el proceso enfermero, para lograr dar respuesta a los problemas de enfermería encontrados en la misma.

Este trabajo de investigación consta de cinco (5) capítulos distribuidos de la siguiente forma: El capítulo I, contiene la presentación de los aspectos históricos, descriptivos y funcionales del Hospital Dr. Luis Ortega, como la institución donde se realizó la práctica clínica necesaria para el desarrollo de la investigación. El capítulo II, presenta los aspectos históricos, descriptivos y funcionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, área donde se desarrollaron las intervenciones de enfermería que dieron lugar al estudio.

En tercer lugar, se encuentra el Capítulo III, que corresponde al marco teórico y metodológico del estudio, como también el desarrollo del modelo teórico utilizado. Posteriormente, se encuentra el capítulo IV en donde se desarrolla el estudio del caso clínico los cuadros analíticos y los planes de cuidados dirigidos al paciente objeto de esta investigación. Por último, en el capítulo V, se aborda el cronograma de actividades ejecutadas en el periodo de pasantías, y la descripción de las respectivas tareas que se llevaron a cabo durante las mismas, como también la opinión de la investigadora y del personal de enfermería sobre el quehacer profesional en la actualidad.

CAPITULO I

PRESENTACION DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

En este capítulo se darán a conocer aspectos importantes del Hospital “Dr. Luis Ortega” (HLO) como contextos institucionales donde se lleva a cabo el proceso de pasantías de los Cursos Especiales De Grado De Enfermería, que da lugar a la presente investigación. En este capítulo se mostrará la Reseña Histórica desde los primeros momentos de esta institución hasta lo que hoy en día es. De igual manera, se expone su propósito, misión, visión, valores y objetivos, así como también se presentarán aspectos geográficos y administrativos por ser el centro de salud donde se desarrollará esta investigación, todo esto a través de una revisión bibliográfica y visitas de campo empleando la observación participativa en la institución.

1. Reseña Histórica

Según Martínez (2014, párr.5)” una reseña histórica, es un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto” . Esto significa, la descripción de un hecho importante a lo largo de la historia, o en este caso, los hechos más relevantes que han ocurrido en el Hospital “Dr. Luis Ortega” desde su fundación.

En este apartado se describe la reseña histórica del Hospital Dr. Luis ortega tomando como referencia a Rojas (2023), Galindo (2022), Brito (2022) Pinto (2022) , Narváez et al. (2021). Esta historia comenzó durante el mandato del presidente Raimundo Andueza Palacios, quien decretó en el año 1891 la construcción de un edificio destinado al funcionamiento de un hospital, debido a que los hospitales que existían eran improvisados derivados de las guerras. Lamentablemente, este decreto no se consolidó, sino hasta 27 años después, cuando en 1918 se decretó bajo el

mandato del General Juan Alberto Ramírez la construcción del “Hospital de Margarita” . Es así, como el día 12 de octubre de 1921, se inauguró el hospital en el sector Punda contando con setenta (70) camas para atender al pueblo de Nueva Esparta y poder así cubrir con sus necesidades de asistencia médica.

Más adelante, el 28 de febrero de 1936, pasó de llamarse “Hospital de Margarita” a Hospital “Dr. Luis Ortega”, en homenaje a este memorable médico margariteño. Luego de eso, fue incrementando la demanda de servicios por lo que se hizo insuficiente la capacidad de ese hospital. Eso dio paso a que el 5 de julio del año 1945 durante el gobierno del General Isaías Medina Angarita, se colocó la primera piedra y se decretó la construcción del Hospital “Dr. Luis Ortega” en el edificio que hoy conocemos en el centro de Porlamar.

En el año 1951 este hospital se centralizó y pasó a formar parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). El hospital fue construido en el centro de Porlamar, en un terreno que se adquirió de la comunidad de Indígenas Francisco Fajardo. Este fue culminado en el año 1956 durante el mandato del General Marcos Pérez Jiménez, en ese momento el edificio contaba con cinco (5) pisos de estructura arquitectónicamente bien distribuida, salas de hospitalización ventiladas, capacidad para ciento cincuenta (150) camas, previsto para aumentar el doble. Además de contar con todos los servicios médicos, administrativos, hotelería, cantinas, comedor y con el primer ascensor de Nueva Esparta.

Su inauguración se realizó el 16 de mayo de 1957 de ese día se recuerdan los datos importantes como el primer paciente atendido en emergencia que fue un pescador con enclavamiento de anzuelo en la mano izquierda, el nombre de la primera paciente ingresada, la señora Genara Meaño, el nombre de la paciente a la que se le realizó la primera intervención quirúrgica, la señora Lucila Díaz Pérez y la primera niña nacida en el hospital que fue llamada Luisa en honra este.

Más adelante, en el año 1972 comienzan los trámites para aumentar el número de camas y surge la necesidad de remodelar y ampliar la planta física del hospital,

servicio de Emergencia, Ginecología y Pediatría siendo estos los más deteriorados, y para 1977 se comienza a remodelar la fachada entrada principal, incluyendo los jardines, estacionamiento, puertas de acceso, Emergencia y luego el área de la Administración.

Dicha remodelación continúa, durante los años 1980 y 1981 se adecuó el área de hospitalización en la Emergencia de Adultos y Emergencia Pediátrica, área de Cuidados Intermedios, Sala de Nebulización, Atención Inmediata o Consulta de Traje, Sala de Curas, Sala de Cirugía y Atención del Poli traumatizado, Sala de Yeso, y Consulta de Traumatología. Se incorporan cuatro (4) salas quirúrgicas amplias, dos (2) pabellones en el segundo piso para Obstetricia y cuatro (4) en el tercer piso, totalizando diez (10) pabellones dotados en buena calidad.

Y en 1986, la remodelación se realiza en las áreas de Laboratorio, las consultas, Terapia Intensiva, helipuerto y se repara el aire acondicionado central. Además de las remodelaciones ocurrieron otros cambios, como, por ejemplo, en el año 1987 el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) inicia la prestación de asistencia médica en las instalaciones del hospital, por lo que se agregaron ochenta (80) camas en paralelo. Lo que trajo como consecuencia diferencias en la atención a dos (2) tipos de pacientes (asegurados y no asegurados). Razón por la cual, se generan diferentes situaciones conflictivas que abonaron el terreno, por lo que luego se dio la firma de un comodato por parte del MSAS, el cual consistía en que el IVSS dirigiría y administraría integralmente al Hospital.

Derivado de esto, en el año 1991 el hospital quedó bajo la responsabilidad integral del IVSS y este asumió el compromiso de brindar atención indiscriminada a los pacientes y el cumplimiento de todos los beneficios contractuales a la nómina completa de médicos y personal pertenecientes al MSAS. Ese mismo año, se logró el aumento del número de camas a doscientos sesenta y cinco (265) y la prestación de una gama de consultas sub-especializadas.

En el año 1997 se amplió la Terapia Intensiva y se realizaron remodelaciones en la Emergencia de Adultos y Pediátrica. Años más tarde, en el 2004 comienza una

nueva y profunda remodelación en varios servicios como: Neonatología, Gineceo-obstetricia, pabellones de Emergencia, Pediatría, Traumatología y Psiquiatría. Continuaron las mejoras en las áreas de Banco de Sangre, Laboratorio, Pediatría, Área Quirúrgica, Cirugía, entre otras.

En el año 2007 ocurrieron avances en la prestación de servicios donde se inauguró la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” y más tarde en el año 2012 se inauguró la Unidad Terapéutica Oncológica “Dr. Modesto Rivera” perteneciente al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

A finales del año 2016 se da por inaugurado el servicio de Emergencia Medicina Crítica con cuatro (4) áreas individualizadas como: Emergencia Obstétrica, Emergencia Adulto, Emergencia Pediátrica y Trauma Shock. En cada área de observación se encuentran un total de trece (13) camas, cuatro (4) consultorios con una (1) cama cada uno, una (1) sala de yeso con capacidad para ocho (8) camas, ocho (8) sillas de nebulización, área de Unidad Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) con una capacidad de ocho (8) camas, Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCI) con una capacidad de trece (13) camas.

En el año 2019, se instaló en el Hospital Dr. “Luis Ortega” un plan del Gobierno Nacional llamado Parto Humanizado, a través de una oficina llamada Ruta Materna, que se encarga de entregar insumos médicos quirúrgicos a las pacientes cuando están en proceso de parto o cuando serán sometidas a cesárea segmentaria, también a las que serán atendidas por legrados uterinos y posteriormente les brinda orientación acerca de la planificación familiar.

El 30 enero del año 2020, es declarada por la (OMS) una emergencia de salud pública a nivel mundial de preocupación internacional debido a la epidemia del virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad llamada COVID-19. Los primeros casos de COVID-19 detectados en el Estado Nueva Esparta ocurrieron en el mes de marzo de ese mismo año.

Debido a lo anteriormente mencionado el 14 de marzo del mismo año, el Hospital Dr. Luis Ortega, fue nombrado como hospital centinela. El mismo contaba con un área prevista para la atención de pacientes con síntomas moderados y severos de Covid-19. Representando así esta Enfermedad un reto para todo el personal de salud del Hospital, ya que no se contaban con las áreas necesarias para la atención de los pacientes que presentaban esta enfermedad tan contagiosa.

Como consecuencia de la necesidad que surge en ese momento y debido a incremento de casos en estado crítico es habilitada un área del hospital Dr. Luis Ortega para atender a estos pacientes. El servicio dedicado a los pacientes positivos de COVID-19 fue denominado Área Covid, ubicado en lo que correspondía anteriormente a la Emergencia Adulto y Unidad de Cuidados Intensivos.

En dicha área se atendían y brindaban cuidados a los pacientes que resultaban positivo al virus SARS-CoV-2, que requerían de monitorización respiratoria continua y oxigenoterapia, así como también a pacientes críticos que necesitaban soporte vital avanzado (ventilación mecánica asistida), por esta razón estaba integrado en su inicio por personal médico especializado, trece (13) enfermeros que se dividían por día quedando dos (2) enfermeros por guardia, además de una camarera y un transportador. Posteriormente, el área cerró sus puertas en noviembre del 2020.

El día 15 de diciembre del mismo año se da inicio a mejoras estructurales, para una mejor atención habilitando nuevamente en enero del 2021. Luego deja de funcionar en enero 2022 debido a la disminución de pacientes críticos por el COVID-19 en el estado Nueva Esparta.

Y en el mes de febrero de 2022 inaugurada nuevamente, pero esta vez como parte provisional del servicio de Medicina Interna, siendo un anexo de las emergencias principales del hospital (Adulto y Pediátrica) y de Cuidados Intensivos. Se dividen dos (2) áreas, la de mujeres que cuenta con una capacidad total de diez (10) camas en hospitalización más dos (2) aislamiento y la de hombres que cuenta con el total de diez (10) camas.

En la actualidad, el hospital cuenta con diferentes servicios de hospitalización: Medicina Interna para Adulto (MIA), Pediatría y Puericultura, traumatología, cirugía, neurocirugía, gineco-obstetricia, Unidad de Terapia Intensivos Neonatal (UTIN), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI pediátrica), Alto Riesgo, Emergencia Gineco-obstétrica, Emergencia Adulto, Emergencia Pediátrica y Trauma Shock.

Por otro lado, hay servicios que no están operativos, Medicina Adulto, por remodelaciones, y la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI), debido a condiciones de carácter físico-ambiental y factores socioeconómicos, que no permiten su funcionamiento. Además, se incluye la falta de personal en distintas áreas del hospital, los equipos médicos que se encuentran fuera de servicio, así como la disponibilidad de camas que es deficiente para la cantidad de pacientes atendidos.

1.2 Propósito

Para Gómez, (2022) el término propósito “describe aquello que se dice para proponer algo, significa un determinado asunto que se tiene la intención de llevar a cabo, o una meta que se busca alcanzar” (párr.1). Es decir, en este caso el propósito de toda institución determina cómo ha de ser la posición de ésta en el futuro y cuál es el camino a seguir.

Por lo tanto, de acuerdo a lo anterior el propósito que tiene el Hospital Dr. Luis Ortega, es descubrir y atender las necesidad de atención medica tanto integral como especializado, desde la perspectiva de promoción, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades que aquejan a la población del estado ya que este no contaba con un centro de salud acorde que cubriera todas las necesidad medicas de la población, puesto que a medida que pasaban los años iban aumentando la cantidad de habitantes. Por esa razón se brinda buscar una mejor calidad de atención medica tanto a residentes como visitantes de estados aledaños que demandan servicio de atención médica. (Galindo, 2022, p.23).

1.3 Filosofía

Muñiz (2008) explica que la Filosofía es equivalente al sistema de valores y creencias de una empresa, la cual está compuesta por una serie de principios que se basan en saber quiénes son y para dónde van, buscando siempre en cada empresa los caminos para alcanzar sus objetivos y lograr un desempeño exitoso (p.17).

La filosofía que posee el hospital Dr. Luis Ortega se basa en brindar la atención de salud integral, con la finalidad de mantener la integridad de los usuarios que acuden a dicho centro, mediante un trabajo en equipo y con la mejor intención para una atención de calidad, sin costo alguno para los usuarios y sus familiares; sin discriminación, social, sexual, ni de raza, respetando sus creencias y costumbres de manera individualizada, ofreciendo un entorno seguro, para su recuperación exitosa. (Brito, 2022, p.33)

1.4 Valores

Para Koontz, Weihrich y Cannice (2012) “Un valor puede definirse como la creencia relativamente permanente sobre lo que es o no apropiado, que orienta las acciones y el comportamiento de los empleados en el cumplimiento de las metas de la organización” . (p.265). Efectivamente, los valores son los principios que acompañan a cada ser humano a lo largo de la vida y rigen su camino, en una organización ocurre lo mismo, son los principios y normas que la guían en cada una de sus acciones.

Tomando como referencia la página web oficial de IVSS (2022) los valores del Hospital Dr. Luis Ortega, se relacionan con los del IVSS por pertenecer a esta institución, estos son:

- Responsabilidad en las acciones y trabajos encomendados para alcanzar los objetivos propuestos, reflexionar y valorar las consecuencias de los actos.
- Respeto a todos los compañeros de trabajo, consideración y tolerancia las diferencias entre los actores internos y externos de la organización.

- Excelencia para ser los mejores en todos los aspectos, con una disposición permanente hacia la mejora.
- Lealtad con la institución.
- Disciplina para ser más eficientes en las actividades asignadas.
- Ética profesional en el servicio prestado a la institución.
- Integridad en el trabajo, actuar con rectitud, honestidad, honradez y transparencia.

1.5 Misión

Según Thompson (2006) “la misión es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una empresa u organización, porque define: 1: lo que pretende cumplir en su entorno donde actúa, 2: lo que pretende hacer, y 3: el para quién lo va a hacer. (párr.3)

Todas las organizaciones tienen una misión a cumplir, en el caso del hospital “Dr. Luis Ortega” su misión es desarrollar y aplicar procesos integrales de salud de alta calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia, con la finalidad de atender residentes y visitantes del Estado Nueva Esparta que demanden servicios relacionados con la salud. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados, tratando de contar con la aplicación de tecnologías avanzadas en procura de brindar servicios de mejor calidad a la población.(Narváez y Bermúdez, 2021 p,38)

1.6 Visión

La visión se define como una “declaración formal de lo que la organización espera lograr en el futuro, en función de los espacios que generará el entorno y de las propias competencias organizacionales” (Mangas citados por Catillo 2020 párr.3). Es decir, es una vista hacia el futuro de esa organización, de lo que se quiere lograr y los valores que la guiarán hacia ello.

El Hospital “Dr. Luis Ortega” tiene como visión el cumplimiento de las actividades de asistencia médica integral y docente, mediante la aplicación de estrategias de salud e implementación de programas en concordancia con los recursos para el desarrollo de las funciones propias de la institución, en una estructura organizada, que responda a las exigencias del entorno.

En general, se aspira que, administrando con transparencia, disponiendo de un presupuesto acorde a la planificación estratégica de los diversos servicios, los pacientes sean oportunamente atendidos por profesionales altamente capacitados. Por ende, el personal percibirá sueldos y salarios adecuados a su nivel de responsabilidad y eficacia, contará con los recursos y el entrenamiento para mejorar el desempeño personal e institucional a fin de mantener abiertos los canales de comunicación. (Martínez, 2020, p.23)

1.7 Objetivos

Según (Sierra citado por Tamayo, 2018, párr.3) “los objetivos son el enunciado claro y preciso de los propósitos por los cuales se lleva a cabo la investigación. En definitiva, de acuerdo al autor anterior, los objetivos son las metas a cumplir por cada miembro de una organización, que en conjunto dan cumplimiento a la misión y la visión.

Como se expuso anteriormente el Hospital “Dr. Luis Ortega” pertenece la red de hospitales del IVSS, es por eso que comparte los objetivos que guían a este instituto. Según la página web oficial de IVSS (2022) los objetivos de sus instituciones de salud son los siguientes:

1.7.1 Objetivo General

Garantizar atención de salud integral a propios y visitantes del estado Nueva Esparta, sin importar su edad, sexo, raza, religión, ni condición económica, siempre buscando brindar atención especializada, a la vanguardia del conocimiento científico

y con los procedimientos más adecuados para cada situación, siendo esta la manera de contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

1.7.2 Objetivos Específicos

Según la Editorial Etecé (2024) los objetivos específicos “son las metas a corto plazo que se deben realizar para poder alcanzar el objetivo general o principal” (parr.1). De este punto de vista, los objetivos son metas por alcanzar con el uso de medios manejados, cumpliendo una serie de actividades que vienen a concretar lo pautado, debido a un trabajo articulado entre sí, conllevando a fijar horizontes con claridad.

De acuerdo con el IVSS, los objetivos del Hospital Dr. Luis Ortega sostienen una relación estrecha con los más altos objetivos humanos, impulsados desde el punto de vista profesional y sistemático, ambos garantizando el correcto y eficaz funcionamiento de esta institución. Por lo tanto, se destacan los siguientes objetivos:

- Garantizar una atención médica integral a toda la población.
- Promover en la comunidad la salud y la prevención de enfermedades.
- Contribuir al fortalecimiento del sistema público de salud.
- Brindar atención especializada en situaciones de emergencia y urgencias médico-quirúrgicas.
- Promover planes de Asistencia Médica Integral de manera universal, solidaria y gratuita, orientados a elevarle la calidad de vida a la población.
- Aplicar tratamientos a pacientes con enfermedades crónicas y atención médica especializada.
- Lograr atención oportuna y eficaz con el fin de reducir la morbilidad infantil, materna y enfermedades transmisibles.
- Lograr el desarrollo de las capacidades docentes y de investigación del personal, en el campo de la salud.

- Lograr la incorporación de nuevos conocimientos científicos y la aplicación de tecnologías modernas, que permitan mejorar la atención de la salud de la población.
- Implementar el uso adecuado de protocolos y guías de atención, que faciliten una acción eficaz en la prestación de servicios de salud.
- Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología, en base a las prioridades sanitarias de la salud

1.8 Tipo de establecimiento de salud según, el Ministerio del poder popular para la salud (MPPS)

El Diccionario panhispánico del español jurídico (2023, párr.1) define el establecimiento como un “Conjunto de edificaciones, instalaciones y espacios que constituyen una unidad física diferenciada y en el que una misma persona o empresa titular ejerce una o más actividades” . Entonces, los establecimientos de salud son el lugar donde un conjunto de personas, en su mayoría dedicadas al ejercicio de las ciencias de la salud, se encargan de atender a la población, al mismo tiempo que desarrollan y llevan a cabo estrategias que permitan la prevención de enfermedades.

En Venezuela se clasifican los establecimientos de salud según los lineamientos dictados por el MPPS, publicado en la Gaceta Oficial N° 32.650 el 21 de enero de 1983 bajo la presidencia del Dr. Luis Herrera Campíns y la Gaceta Oficial N°41.796 publicada el 9 de enero de 2020 durante el actual gobierno del presidente Nicolás Maduro Moros.

Según la Gaceta N° 32.650 del año 1983 los establecimientos de salud se clasificaban en ambulatorios urbanos tipo I, II y III; ambulatorios rurales tipo I y II y los hospitales tipo I, II, III, IV. Conociéndose así al Hospital “Dr. Luis Ortega” como un hospital tipo III, debido a que cumple con todos los requisitos descritos en esa clasificación, los cuales son:

1. Presta servicios de atención en los tres (3) niveles clínicos, con proyección hacia un área regional.
2. Está ubicado en una población mayor a cien mil (100.000) habitantes, con áreas de influencia hasta un millón (1.000.000) habitantes Cuenta con una capacidad ciento cincuenta (150) a trescientas (300) camas
3. En su estructura organizativa cuenta con una dirección y departamentos de Medicina Interna, Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación, Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría. Cada departamento está dirigido por el jefe y los respectivos jefes de los servicios.
4. Cuenta con unidades de larga estancia y albergue de pacientes
5. También cumple con funciones de docencia a nivel de pregrado de medicina, así como a nivel tecnológico, es sede de residencias programadas de postrados en las especialidades básicas y cumplen funciones de investigación.

A pesar de que esta es la clasificación más conocida, por los años que tuvo de vigencia, actualmente los establecimientos de salud se rigen por la Gaceta Oficial N° 41.796 emitida en el año 2020, en la que se expone que la clasificación de los hospitales es la siguiente:

- Hospital General
- Hospital General Nacional
- Hospital General Estatal
- Hospital General Regional
- Hospital General Municipal
- Hospital Especializado
- Hospital Especializado Nacional
- Hospital Especializado Estatal
- Hospital Especializado Regional

Tomando esto como referencia, se clasifica al Hospital “Dr. Luis Ortega” como un Hospital General Nacional, dado que posee una serie de características que lo describen y concuerdan con lo establecido en la Gaceta Oficial, dichas características son:

- ✓ Atiende a la población en red de todo el territorio nacional e influencia internacional según convenio.
- ✓ Cuenta con una capacidad superior de camas del General Regional.
- ✓ Funciona conectado con las redes de atención comunal y redes de atención ambulatoria especializada en las Áreas de Salud Integrar Comunitaria (ASIC) del área de influencia con los Hospitales Nacionales.
- ✓ Cuenta con las especialidades de: medicina interna, médicos general integral, pediatría-puericultura, cirugía general, gineco-obstetricia, traumatología y ortopedia, y adicionalmente de más de 8 especialidades o subespecialidades.
- ✓ Cuentan con las siguientes unidades de tratamiento: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidad de Hemodiálisis, Diálisis de Emergencia, que sirven de referencia regional o nacional.
- ✓ Cuenta con programas académicos igual a un hospital General Estatal, más residencias de postgrado universitarios, comité de investigación y bioética.

1.9 Ubicación Geográfica

La localización Geográfica se “refiere a cualquier método de ubicación de un plano (sitio o lugar) geográfico. Dentro de este proceso existe un elemento muy importante: Las Coordenadas Geográficas, estas permiten la identificación de un punto específico en la extensión de la tierra. (Urdaneta, 2021, parr,1)

Según Google maps el hospital “Dr. Luis Ortega” se encuentra ubicado en el estado Nueva Esparta, específicamente en la Isla de Margarita, en Porlamar, Municipio Mariño. Limita por el norte con la calle Milano; al Oeste con la Avenida

Llano Adentro; al Este se ubica la Calle San Rafael; al Sur limita con la Avenida 4 de Mayo (ver figura 1).

Figura 1

Mapa satelital de la ubicación geográfica del Hospital “Dr. Luis Ortega”



Fuente: <https://www.google.com/maps/@10.9607758,63.8476356,620m/data=!3m1!1e3!5m1!1e4?hl=es> (2024)

1.10 Estructura Administrativa

“La estructura Administrativas es la forma como se asignan las funciones y responsabilidades que tiene que cumplir cada miembro dentro de una organización para poder alcanzar los objetivos propuestos” (Quiroa ,2020, parr.1).

Narváez y Bermúdez (2021, p.42) describen que el hospital Dr. Luis ortega es una institución que se pertenece al IVSS, al cual está encargada de dotar y promover insumos médicos, tales como medicamentos equipos recursos humanos para que los servicios puedan funcionar eficazmente y así poder brindar una atención medica integral adecuada tanto a los pacientes como al personal médico asistencial, siguiendo los lineamientos y la política emanada de MPPSS.

Por lo tanto, se requiere que el recinto hospitalario cuente con una estructura organizada para que pueda cumplir con todos los objetivos. Esta debe estar a cargo de una dirección general, lo cual organiza, digiere y controla los servicios y se encargar a la vez del presupuesto, la asesoría laboral, el control de gestión, la seguridad y vigilancia de este centro.

Esta a su vez se dividía en 5 subdirecciones, las cuales esta designadas al manejo y supervisión de los distintos servicios que brinda la institución los cuales se desglosan de la siguiente forma:

1.10.1 Sub-Dirección Administrativa.

Está encargada gestionar, organizar, coordinar, planificar todo lo relacionado con el presupuesto y los recursos que posee la institución. Bajos cargo se encuentra el área de caja, reproducción, contabilidad, bienes nacionales, compras y suministros.

1.10.2 Sub-Dirección Médica.

Es responsable de llevar a cabo la gestión clínica y asistencial del centro de salud, centrada en brindar atención de calidad a los pacientes y sus familiares. Se encuentran a su cargo el área de registro, nutrición y dietética, enfermería, farmacia, servicio social y epidemiología, de igual manera se encarga de dirigir los servicios del ámbito hospitalario entre los cuales están:

1. Departamento auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento, integrado por: Anatomía Patológica, Laboratorio, Anestesiología, Rehabilitación, Radiología, Hemoterapia y Servicio de Odontología
2. Servicio de Gineco-Obstetricia, integrado por: El Servicio de Ginecología y el Servicio de Obstetricia.
3. Servicio de Pediatría, integrado por: Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva y Reten de Alto Riesgo.
4. Medicina General
5. Servicio de Medicina, integrado por: Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina Interna, Infectología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Nefrología, Neurología, Reumatología, Neumología y Dermatología.
6. Servicio de Traumatología.
7. Servicio de Cirugía, integrado por: Cirugía, Urología, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología (ORL) y Neurocirugía

1.10.3 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento.

Su deber es cumplir de manera eficiente y oportuna con el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones de la institución, al mismo tiempo se encarga de la contratación de la obra pública que se requiera para el desarrollo de las instalaciones del centro de salud. Esta subdirección es responsable del área de mantenimiento de equipos e instalaciones médicas y del área de servicios generales.

1.10.4 Sub-Dirección de Recursos Humanos.

Está encargada de gestionar los procesos asociados al ciclo laboral, esto se refiere al ingreso, permanencia y desarrollo de los trabajadores de la institución, tomando en cuenta la estimulación del personal y la mejora en el aspecto

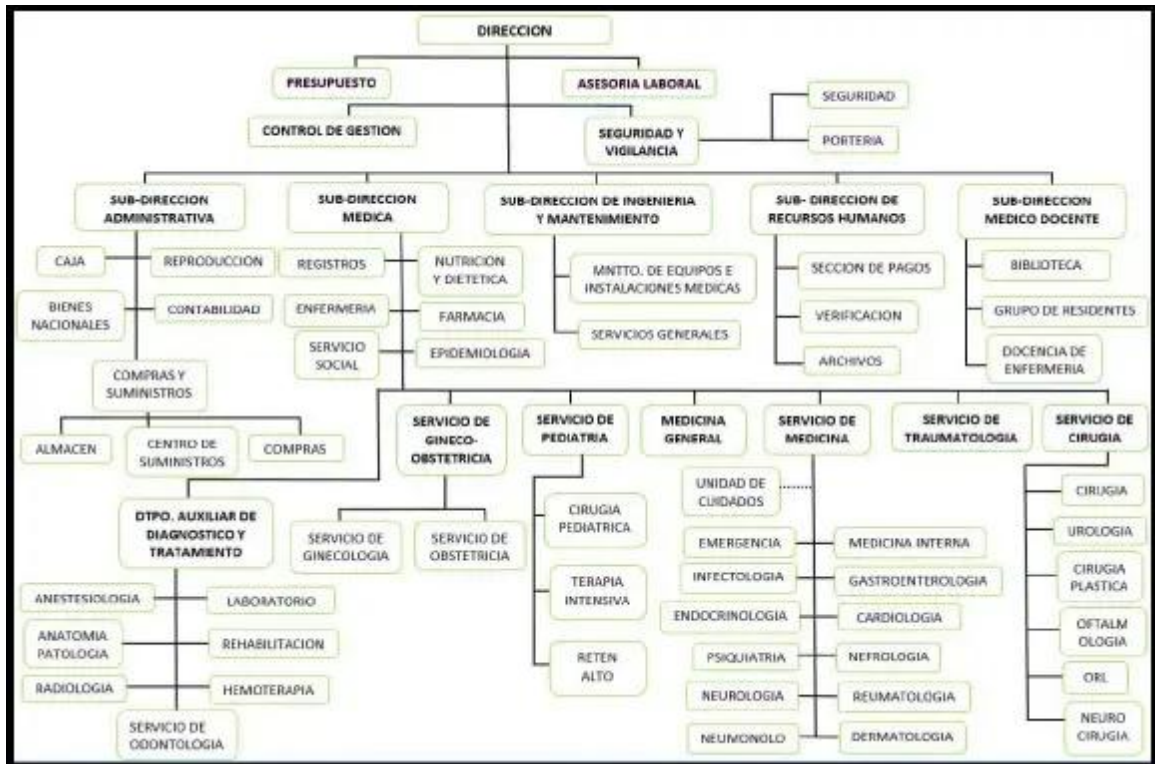
presupuestario. De igual manera, se encarga de los procesos de desvinculación del personal, según lo estipulado en los reglamentos pertinentes. Bajo su cargo se encuentra el área de sección de pagos, verificación y archivos.

1.10.5 Sub-Dirección Docente.

Su labor está dirigida a la planificación, ejecución y evaluación de las distintas actividades académicas desarrolladas dentro de la institución, además de fomentar las actividades de investigación. Es pilar fundamental en la capacitación académico-asistencial de los estudiantes de medicina y enfermería de distintas universidades. Entre las cuales están: Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA), Universidad Bolivariana de Venezuela Hugo Chávez (UBV). Bajo su cargo está el área de biblioteca, los grupos de residentes y la docencia de enfermería (ver figura 2)

Figura 2

Representación gráfica de la estructura organizativa del Hospital “Dr. Luis Ortega”



Fuente: Dirección General del hospital Dr. Luis Ortega (2024)

1.11 Funcionamiento operativo y estructura de la jefatura de enfermería

Según Rojas (2015, parr.1) “el departamento de enfermería forma parte esencial de una institución de salud, ya que lleva a cabo el proceso administrativo donde se planea, organiza, integra, ejecuta y evalúa todas las funciones que desarrolla el talento humano asignado a éste sistema”. Este directivo es el encargado de organizar, supervisar y evaluar la labor que realiza el personal de enfermería, garantizando que ejercen su profesión con responsabilidad y eficacia. Además, debe asegurarse de que las personas a su cargo cuentan con todo el material necesario y que el entorno de trabajo es seguro.

Tomado en cuenta lo que describe Brito (2022, p.44) la Jefatura de Enfermería tiene la responsabilidad de gestionar todo lo relacionado a las funciones,

derechos, deberes y organización del personal a su cargo. En concordancia con esto, la Jefatura de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega” tiene a su cargo la administración de todo el personal enfermero de la institución en sus diferentes servicios. Se encuentra dirigida jerárquicamente por la Dirección General del hospital y posteriormente por la Subdirección Médica, de la siguiente manera:

1.11.1 Jefe de Enfermería: Se encarga de planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la promoción, prevención y recuperación de la salud de los pacientes.

1.11.2 Secretaria: Lleva a cabo todas las funciones relacionadas con registros de asistencia, horario y planificación de actividades del personal.

1.11.3 Enfermera (o) Adjunta (o) Administrativo: Se encarga de gestionar, organizar, coordinar, planificar y dirigir la utilización los recursos materiales, humanos y financieros de la Jefatura.

1.11.4 Enfermera (o) Adjunta (o) Docente: Es la encargada de la planificación, organización, supervisión y ejecución de las actividades docentes dentro de la institución, a nivel de licenciatura, técnico superior universitario y estudiantes de la carrera de Enfermería de las diferentes universidades que hacen vida en el hospital.

1.11.5 Enfermera (o) Adjunta (o) Asistencial: Se encarga de la dirección y supervisión del grupo enfermero que atiende de forma directa a los pacientes.

1.11.6 Enfermeras (os) Supervisoras (es): Es la responsable de realizar evaluaciones exhaustivas relacionadas con el desenvolviendo del personal en las diferentes áreas. También debe inspeccionar el correcto funcionamiento de los equipos y asegurar el abastecimiento de insumos necesario.

1.11.7 Enfermeras Coordinadoras (es): Se encarga de ejecutar tareas y planificar en conjunto al personal de enfermería las actividades relacionadas a la atención del paciente. También evalúa y orienta en cuanto a la atención del usuario al personal del área, al nuevo empleado y a los estudiantes de enfermería.

1.11.8 Enfermeras (os) asistenciales: Es un grupo de enfermeros distribuidos en los diferentes servicios, encargados de la atención a los pacientes que asisten al centro de salud, proporcionando la promoción, prevención, recuperación de la salud de la población.

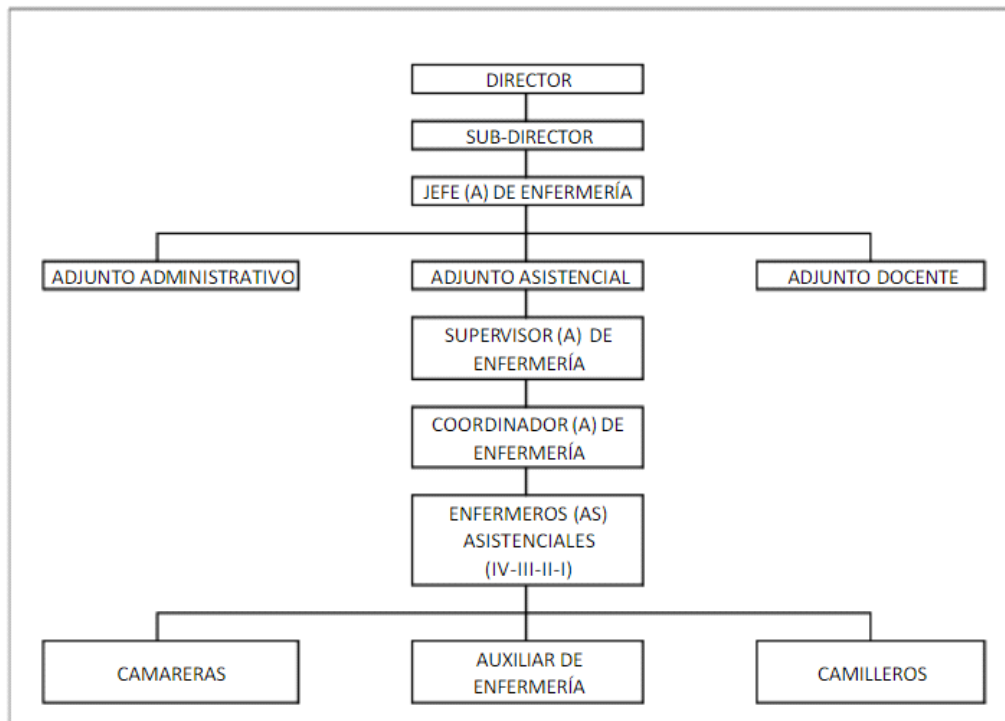
1.11.9 Auxiliar de Enfermería: Asiste al equipo enfermero del servicio en la atención básica del paciente.

1.11.10 Camilleros: Se encargan del traslado y movilización de los pacientes por las diferentes áreas del centro de salud.

1.11.13 Camareras: Tiene como función principal la limpieza del número de habitaciones asignadas por la supervisora a primera hora, así como de ordenar, cuidar y mantener en perfecto estado el servicio asignado (ver figura 3).

Figura 3

Representación gráfica de la estructura organizativa de la Jefatura de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega”



Fuente: Jefatura de Enfermería (2024)

CAPITULO II

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)

Según Duarte, et al (2020, p.135) “las unidades de terapia intensiva tienen como antecedente el cuidado intensivo, surgen a finales de la década de 1940 con el propósito de atender a los pacientes que presentaban situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles y que comprometían su supervivencia”

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a que su estado es crítico. Es un sector en el que trabajan profesionales especializados y educados para dar la atención debida a los pacientes. (Aguilar y Martínez 2017, párr.13)

En esta oportunidad Tuñas, et al. (2018) explican “las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) son áreas asistenciales especiales en las que se emplean diversos medios tecnológicos para dar soporte de cuidados avanzados a niños críticamente enfermos”

En esta ocasión se realizó el capítulo II, en base a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico “Dr. Roberto Arreaza Vaz” del Hospital Dr. Luis Ortega, espacio donde corresponde asumir las responsabilidades propias de los Cursos Especiales de Grado, cuyas actividades permiten alcanzar competencias, mediante experiencias de trabajo con un talento humano dispuesto a contribuir con la formación de los profesionales de enfermería. En tal sentido se describen actualmente: la reseña histórica, importancia y justificación, ubicación y descripción, objetivos, misión, visión, estructura organizativa, personal de enfermería, las Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería por ultimo una aproximación diagnóstica.

Al respecto, es importante indicar, que para desarrollar el capítulo se realizó un trabajo de investigación documental que permitió el registro de la evolución

histórica, así como descripción general de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico Dr.” Roberto Arreaza Vaz” para lo cual, se tomó como referencia a: Martínez (2020) Narváez y Bermúdez (2021) cursantes de las cohortes anteriores de los Cursos Especiales de Grado. De igual manera, se llevó a cabo un trabajo de campo basado en la observación participante y entrevista, que permitió considerar la opinión del personal que labora en la unidad, con la que se desarrolló una aproximación diagnóstica. A continuación, se desglosan los resultados de este proceso de investigación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, del Hospital “Dr. Luis Ortega” .

2.1 Reseña Histórica.

El primer intento o esfuerzo serio de plantear una propuesta para la atención de pacientes de cuidados intensivos y cuidados intermedios en el hospital Dr. Luis Ortega, surge alrededor de los años ochenta (80) de parte de un equipo médico liderado por los Doctores Pablo Agreda y Jorge Cabrera. Destacándose, que dicha propuesta nace dentro del contexto de las posibilidades que existían en el momento. Este esfuerzo, con buenos resultados, abrió la perspectiva en el mundo médico, para la creación de una Terapia Intensiva en el hospital. Siendo una necesidad importante en la Isla, ya que los pacientes fallecían por cualquier circunstancia crítica, temporal, y/o banal; como lo era una recuperación anestésica y quirúrgica u otro padecimiento que ameritaba sustento respiratorio, cuidado y tiempo; puesto que los traslados en Aero ambulancia, eran casi que un servicio exclusivo para los que contaban con recursos económicos, mientras que los que no, solo tenían la opción de muerte por abandono.

La Unidad de Terapia Intensiva en sus inicios, dependió del Departamento de Medicina, pero en muy poco tiempo demostró su valor y alcanzó rango de servicio autónomo administrativo y asistencial. El Dr. Jorge Cabrera ejerció la Jefatura de la Unidad de Cuidados Intensivos desde su creación, siendo un docente formador de generaciones de Asistentes en Terapia Intensiva (enfermeros, médicos y estudiantes),

además de un trabajador y organizador incansable. Por esta razón, se le considera el fundador de la especialidad y de las Unidades de Terapia Intensiva en Margarita.

Por su parte, el Dr. Pablo Agreda, cofundador de la Unidad de Terapia Intensiva en el hospital Dr. Luis Ortega, demostró con su ejercicio médico que la medicina es una suma de conocimientos, colocados sobre el paciente crítico a los cuales corresponde servir individualmente. El Dr. Pablo Agreda, cumplió como encargado de la Jefatura de la Unidad, con sacrificio y dedicación durante el tiempo que le fue asignada tal responsabilidad.

Tiempo después, ingresan cuatro (04) nuevos médicos adjuntos: la Dra. Beatriz Echeverría, la Dra. Janette López y los Doctores Pedro Riera y José Rodríguez. Para aquel entonces, la Unidad de Terapia Intensiva se encontraba en el segundo piso del Hospital Dr. Luis Ortega (actualmente Servicio de Anestesia), teniendo operativas ocho (08) camas y funcionando en conjunto Terapia Intensiva Adulto y Pediátrica.

En este punto, partiendo de la importancia que reviste la información anterior, vale la pena señalar que no existen documentos actuales que registren la evolución histórica de la Unidad de Cuidados Intensivos en el hospital Dr. Luis Ortega; sin embargo, a través de entrevista realizada a la Lcda. Yaneth Acosta (Licenciada en Enfermería, Especialista en Terapia Intensiva y viuda del Dr. Pablo Eugenio Agreda Moya) en septiembre del 2019, se pudo conocer la siguiente información:

En el 2009-2010, el entonces director del Hospital, el Dr. Ronei Torbello reinaugura la Terapia en la planta baja, cerca del Quirófano de emergencia; con el funcionamiento de ocho (08) camas y colocando el nombre de Unidad de Terapia Intensiva “Dr. Pablo Agreda” en homenaje a su memoria.

En el mandato del Dr. Torbello como director del Hospital y bajo la Presidencia del IVSS del General Dr. Carlos Alberto Rotondaro, se da inicio a la remodelación de la emergencia del hospital, donde se construyeron cuatro (04) emergencias individualizadas: adulto, pediátrico, obstétrico y trauma shock; dando

paso, con ello, a la construcción de una nueva Terapia Intensiva, tanto adulto como pediátrico, en el primer piso, en la zona noroeste del mismo.

El 23 de noviembre del año 2016 se inaugura la nueva Emergencia y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, llevando por nombre “Dr. Roberto Arreaza Vaz”, dotada con la más alta tecnología y el mejor recurso humano del Hospital, entre ellos; Médicos Especialistas, de enfermería y residentes. Estructuralmente cuenta con siete (7) camas y un (1) aislamiento. Actualmente en el 2024 la UCIP, se encuentra operativa junto con Emergencia Pediátrica, en la planta baja, del hospital Dr. Luis Ortega brindando atención y cuidados de alta calidad.

2.2 Importancia y Justificación

En la práctica sanitaria se dan situaciones diversas, en ocasiones de suma gravedad en la que se está en peligro la vida de cualquier niño. En estos casos, entra en acción el equipo multidisciplinario de médicos y Enfermeras, donde el profesional se encarga del diagnóstico y el tratamiento de dolencias potencialmente mortales, las cuales requieren de un monitoreo estricto y constante, y de un soporte vital integral. Los Profesionales de la unidad cuidados intensivo, está enfocada a pacientes que se encuentran en una situación clínica crítica, es decir, aquella en la que se ven alteradas una o varias funciones vitales poniendo en riesgo su vida.

La UCIP, es de suma importancia, ya que en este servicio se debe proporcionar una excelente atención tanto integral como inmediata, al niño, niña y adolescente que lo amerite, bien sea desde su primer mes de vida hasta la adolescencia, teniendo como metas salvaguardar la integridad de cada uno de ellos, teniendo así una capacidad funcional y bienestar físico en todo momento, brindándole una amplia y enorme cobertura al Estado Nueva Esparta.

En el caso del estado Nueva Esparta, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del hospital Dr. Luis Ortega, reviste mayor importancia y justifica su presencia por el hecho mismo de la ubicación y naturaleza geográfica del territorio insular; aunado al hecho de que es la única que en la isla que presta este tipo de

servicio de forma absolutamente gratuito, representando para los pacientes que lo requieran una oportunidad de vida superior a la que tendrían que enfrentar si , sumado al problema de salud , tuvieran que ser trasladados de forma aérea, marítima o terrestre a otra parte del territorio nacional, además del gasto económico que supone y que la mayor parte de la población de padres no podría costear. Por esta razón cabe destacar la importancia que tiene el área de cuidados Pediátricos para el Hospital Dr. Luis ortega y la población de nueva Esparta.

2.3 Ubicación y Descripción

La UCIP, del Hospital Dr. Luis Ortega se encuentra ubicada en el primer piso de la emergencia pediátrica. El personal activo de la unidad de cuidados intensivos pediátricos está consciente y reconoce la individualidad del ser humano, así como también reconocen la importancia de contribuir las 24 horas del día en la restauración de la salud del usuario. Para brindar una buena asistencia de enfermería en cuanto a los objetivos trazado, se deben mantener buenas relaciones interdepartamentales que permitan lograr con éxito las funciones.

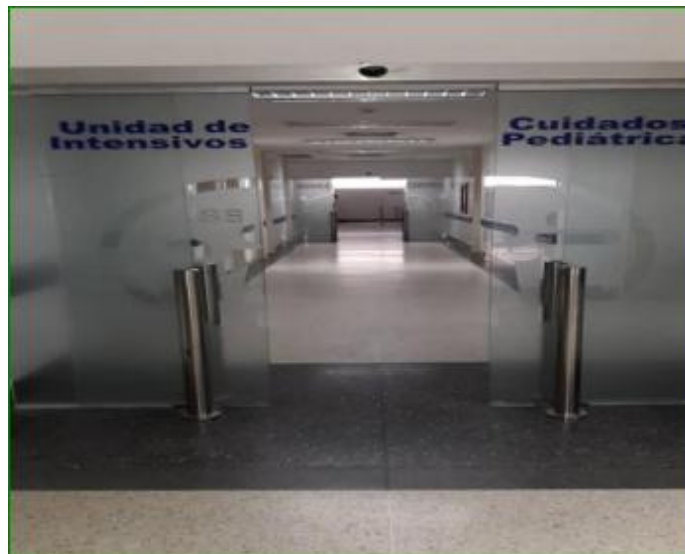
La UCIP del Hospital Dr. Luis Ortega, es una unidad de acceso restringido, ya que es un área estéril; y sin horario de visitas; la misma cuenta con una amplia sala de espera, para que allí pernoten los familiares de los pacientes que dentro de la unidad se encuentran. Al ingresar a la unidad de cuidados intensivos nos encontramos con: La recepción donde se le da información a los familiares sobre los pacientes. Al pasar la puerta nos encontramos con un largo pasillo donde se ubica; el salón del jefe de la UCIP, Faena limpia, Faena sucia, Baño para el personal, Estar médico, Salón de 38 reuniones, Vertederos clínicos, Dormitorios para médicos y personal de enfermería. Al final del pasillo, nos encontramos de frente una puerta de vidrio y del lado izquierdo un vestidor con su lavabo.

Dentro de la UCIP, nos encontramos con: el estar de enfermería, Un depósito donde se encuentran resguardados materiales, equipos estériles y descartables. Una faena limpia con materiales descartables, Soluciones fisiológicas y glucosadas,

Medicamentos. Y lava manos con su grifo. La unidad de cuidados intensivos como tal cuenta con: Siete camas con sus redes de gases medicinales, Una sala de aislamiento, Siete (7) ventiladores mecánicos, Ocho (8) monitores, Un (1) carro de paro; con una variedad de medicamentos, Un (1) electrocardiógrafo, Una (1) manta termina, Diez (10) mesas de mayo, Una (1) camilla de traslado, Seis (6) bombas de infusión continua, Un (1) otoscopio, Ocho (ocho) equipos de aspiración de secreciones, Un (1) desfibrilador, Un (1) biombo o paraban, Siete (7) parales y un (1) lavabo. Cabe destacar, que la UCIP, cuenta con una gran cantidad, de equipos y materiales para así poder brindarle una atención de calidad a los pacientes. (Narvaez y Bermúdez 2021) (ver figura 4)

Figura 4

Pasillo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital “Dr. Luis Ortega”



2.4 Objetivos

El personal de enfermería que se desempeña en la UCIP, son profesionales altamente capacitados, para así, poder cumplir con sus objetivos, a cabalidad, teniendo como meta salvaguardar la integridad de cada paciente, teniendo así una capacidad funcional y bienestar físico en todo momento. La UCIP, tiene como

objetivo, brindar una atención de calidad a todos los niños desde el primer mes de vida hasta los 12 años de edad, el cual cuenta con equipos de alta tecnología y un grupo de profesionales altamente calificados, dispuestos a satisfacer las necesidades de cualquier paciente que lo requiera y así poder mejorar su salud. (Martínez 2020)

2.5 Misión

La misión de una unidad es la base para las prioridades, estrategias, planes y tareas de trabajo. Es lo que diferencia una organización de otra y resulta esencial para la formación de los objetivos y estrategias de una institución organizada” .(Maragno y Souza 2014 parr.33)

La UCIP, tiene como misión, prevenir cualquier eventualidad patológica del paciente en estado crítico, utilizando el equipo tecnológico sofisticado y proporcionando una atención holística y de alto nivel realizadas con dedicación, calidad, calidez, ética y desarrollo profesional del personal para el beneficio de los pacientes, familia y población en general. (Martínez 2020)

2.6 Visión

Palacios define la Visión de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico como una herramienta vital que se plantea en el Establecimiento de Salud de manera profundizada y concreta para lograr un excelente objetivo además de ser claros mediante una perspectiva muy teórica en general y realizando una motivación innovadora hacia un futuro proyectado. (2014 parr.3)

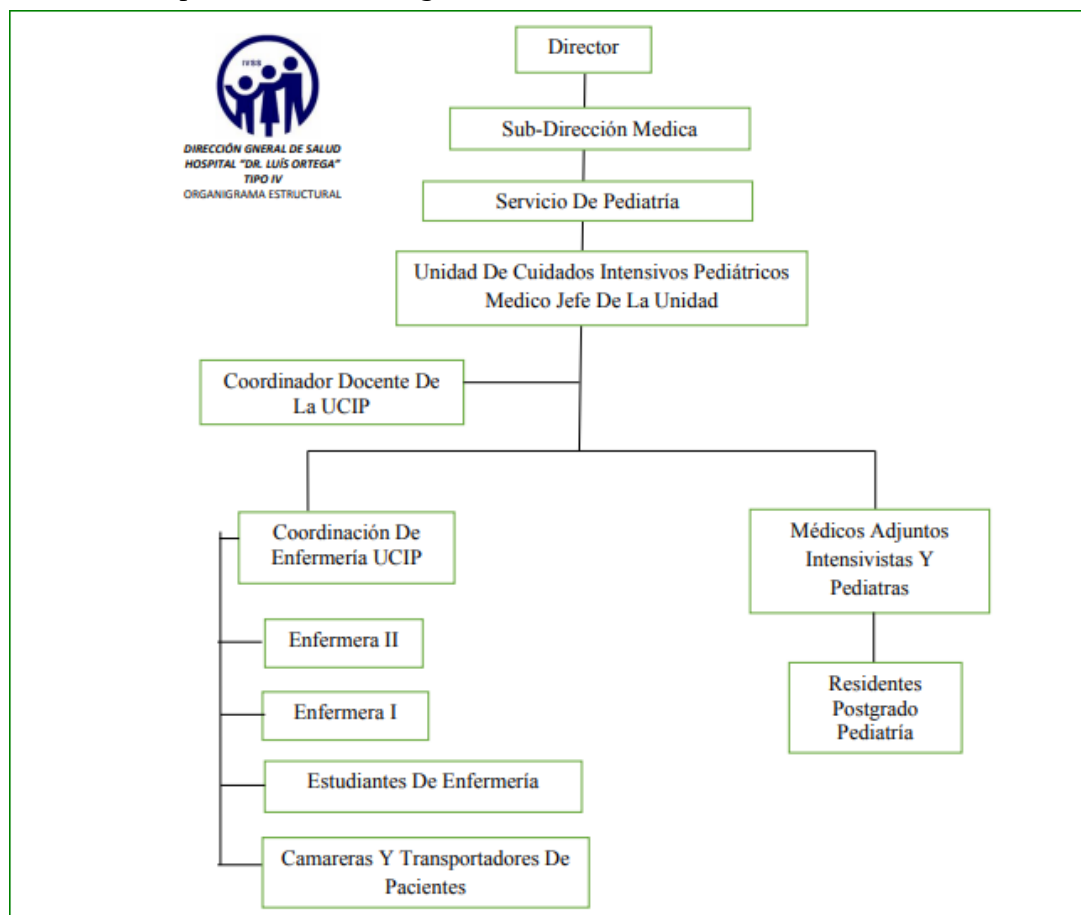
La UCIP, del Hospital Dr. Luis Ortega tiene como visión, ser una unidad con una gran capacidad resolutive ante las enfermedades que manifiesten los pacientes en estado crítico, todo esto; en beneficio de toda la población, aplicando excelencia tanto en el ramo científico, tecnológico y humano con atención las 24 horas del día y los 365 días del año. Además, de ser formador, de personal médico y de enfermería, por especialistas en el ramo, proporcionando educación médica continua y proponiendo la investigación al más alto nivel. (Bermúdez y Narváez 2022)

2.7 Estructura Organizativa

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega es un servicio independiente que funciona como una unidad cerrada bajo la responsabilidad médica del personal. Existen normas escritas interdisciplinarias sobre el proceso de trabajo, las competencias, los estándares médicos y los mecanismos para la toma de decisiones que son útiles para deslindar las competencias y estandarizar el proceso de trabajo. Por lo tanto, esta Unidad cuenta con una estructura organizativa, que se puede observar en la Figura 5 y que está conformada por: (ver figura 5).

Figura 5

Organigrama de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico Dr. “Roberto Arreaza Vas” del Hospital Dr. Luis Ortega



Fuente: Biblioteca “Dr. Miguel Salazar” Hospital Dr. Luis Ortega (2024).

2.8 Personal de Enfermería, Funciones, Actividades y Tareas del Equipo.

La OMS (2022) define “el personal de enfermería como la acción que abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. (parr.6). Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona.

Las funciones, actividades y tareas del equipo de enfermería, son todas aquellas que se encargan de los pacientes, que hayan alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad. Estas comprenden la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéutica modernas, que se utilizan en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la sustitución temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultaneo de la enfermedad de base, que ha dado lugar a estos trastornos y teniéndose en cuenta que tales medidas y al final de la terapéutica, proporcionaran una buena calidad de vida para el futuro (Narváez y Bermúdez, 2021). Entre las funciones tenemos:

2.8.1 Enfermera Coordinadora

- Identificar actividades y planificar en conjunto con el personal de enfermería, la atención al usuario.
- Supervisar la atención al usuario y realizar las observaciones pertinentes.
- Participar en la revista de enfermería y médica.
- Elaborar un plan de actividades para el personal a su cargo en conjunto con el jefe de la Unidad.
- Realizar reuniones periódicas con el personal.

- Sostener entrevistas por escrito con el personal encargado, realizar observaciones en el desempeño de su trabajo, en el comportamiento personal y además reconocer verbalmente y por escrito el trabajo realizado.
- Recibir y entregar la unidad clínica, así como los usuarios que se encuentran en la misma.
- Detectar necesidades y anormalidades de la Unidad, condiciones de funcionamiento de equipos e instalaciones, notificar a la jefatura de la unidad, así como hacer seguimiento de las medidas correctivas.
- Evaluar y orientar al personal del área en cuanto a la atención del usuario, al nuevo empleado y al pasante de enfermería.
- Participar en la reunión semanal de coordinación.

2.8.2 Enfermera I

- Recibir y entregar la guardia, conocer los ingresos y egresos, así como constatar la valoración inicial del paciente.
- Participar en la revista de enfermería y médica. Informar sobre las condiciones, los cambios observados y tomar nota acerca de tratamientos que deben administrarse al paciente.
- Aplicar tratamiento terapéutico de acuerdo a las indicaciones del grupo médico, y brindar todos los cuidados de higiene y confort requeridos por el paciente.
- Verificar, cuantificar y registrar la información monitorizada del paciente y solicitar la intervención médica al detectar eventualidades.
- Impartir educación a los familiares del paciente, así como explicar normas y reglas de permanencia en el área de cuidados intensivos.
- Cuidar y mantener la higiene y confort del medio ambiente donde está ubicado el paciente.

- Realizar limpieza, desinfección de los equipos y materiales quirúrgicos.
- Llevar el control de equipos y materiales que pertenecen al servicio, así como d fármacos suministrados.
- Presentar reporte diario de las actividades realizadas

2.8.3 Enfermera II

- Recibir y entregar la guardia.
- Constatar el estado general del paciente, así como el material que se utiliza dentro de la unidad.
- Supervisar las actividades de enfermería en lo referente a la atención del paciente.
- Participar en la revista de enfermería y médica, informar sobre las indicaciones de salud del paciente, realizar la extracción de muestras para laboratorio, tomar nota en relación al tratamiento que debe administrarse, preparar material o informes en caso de operaciones y procedimientos invasivos.
- Aplicar tratamiento terapéutico, preparar hidrataciones y nutrición parenteral, así como brindar todos los cuidados de higiene y confort requeridos por el paciente.
- Preparar al paciente de acuerdo a plan quirúrgico y prestar atención de enfermería al paciente en fase de pre y post operatorio.
- Elaborar pedidos a farmacia y central de suministro.
- Llenar las solicitudes a los departamentos de mantenimiento y saneamiento ambiental si se presentase algún problema.
- Participar en investigaciones sobre infecciones hospitalarias. Tareas de enfermería
- Realizar la entrega de guardias.

- Preparar la unidad.
- Realizar la valoración a los pacientes.
- Actuar para solucionar cualquier urgencia o emergencia que se presente.
- Ayudar a minimizar el dolor del niño y de su familia.
- Mantener las funciones vitales del niño.
- Favorecer el contacto del niño con sus padres.
- Respetar las diferencias culturales.
- Verificar el estado del descartador de material punzocortante.
- Cumplir con los lineamientos establecidos por la institución.
- Cumplir con los sistemas establecidos para la conservación y control de equipos, material y medicamentos.
- Cumplir con los lineamientos de la unidad.

2.8.4 Actividades del personal de enfermería:

Estas actividades son encaminadas para el cumplimiento de las funciones y objetivos planteados en el proceso de atención de enfermería para la conservación y el incremento de la salud y restauración de las necesidades alteradas. A continuación, se mencionan las principales actividades de enfermería:

- Aplicar y asumir disposiciones, normas y procedimientos establecidos en la UCIP.
- Brindar una adecuada atención de enfermería en base a las necesidades y requerimientos del Paciente
- Cumplir con el tratamiento médico indicado utilizando los cinco (5) correctos de enfermería.
- Participar e impartir conocimientos para el proceso de formación de los profesionales de medicina y enfermería como también a los residentes del postgrado de Puericultura y Pediatría.

- Planificar y supervisar planes de cuidados, actividades asistenciales, docente e investigación a ser llevados a cabo en la unidad.
- Controlar la distribución de insumos, instrumental y equipos médicos utilizados en la unidad.
- Supervisar y registrar la correcta esterilización de los equipos utilizados en la UCIP.
- Coordinar el trabajo junto con el equipo multidisciplinario.

2.8.5 Tareas de personal de enfermería:

- Realizar la recepción y la entrega de pacientes en el área clínica, garantizando el cuidado humano y personalizado bajo el marco de los valores éticos y humanísticos.
- Establecer relación enfermero-paciente y familia, cumpliendo con normas esenciales de cortesía manteniendo un trato cordial y una atención humanizada.
- Brindar todos los cuidados de higiene y confort requeridos por el niño
- Preparación y administración de Hidrataciones Parenterales, Nutrición Parenteral Parcial o Nutrición Parenteral Total.
- Preparar y administrar el medicamento indicado en órdenes médicas.
- Realizar canalización de vías periféricas, toma de muestra sanguínea para exámenes de laboratorio y medición de glicemia capilar.
- Monitorización de signos vitales de forma horaria.
- Orientar y educar a la madre en cuanto a los cuidados del recién nacido y la correcta lactancia materna.
- Realizar al neonato cambio postural, oxigenoterapia y Fototerapia.
- Asistir al médico y preparar los materiales para la colocación de sondas oro gástricas o nasogástricas, onfaloclisis, punción lumbar, caracterización de vía central, intubación y extubación de tubos endotraqueales, aspiración.

- Alimentar al niño con leche materna extraída a través de sonda orogástrica o nasogástrica.
- Realizar evolución de enfermería de forma detallada de estado del niño y los cuidados brindados

2.9 Aproximación Diagnostica

Para Renaudo et al (2017) la aproximación diagnostica “es parte de un proceso colectivo, racional de desarrollo de procesos de transformación de problemas o realidades. Dentro de ese proceso, es el que define el punto de partida de una realidad a modificar en los pasos que orientaran el proceso de trabajo. (p.268). En tal sentido a lo antes mencionado, la aproximación diagnostica es una acción donde se lleva a cabo la intervención como proceso de reconocimiento e identificación de una realidad específica, indagando sistemáticamente para tener indicios de lo que sucede, esclarecer situaciones donde hace falta presentar opciones de soluciones factibles.

Por lo tanto, el instrumento aplicado fue la Matriz FODA, útil al momento de verificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en relación a la calidad del servicio prestado en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega. En consecuencia, a la entrevista se le realizó al talento humano enfermero que labora en la unidad de cuidados intensivos pediátrico cumpliendo el turno de 12 horas (7:00am - 07:00 pm). Para obtener dicha información se obtuvo mediante la aplicación de técnicas de recolección de datos como, la observación acción participante que permite recoger datos, mediante la descripción sistemática de eventos observados en el escenario de estudio por parte del investigador, ejerciendo éste una acción participativa, mediante la realización de actividades de rutina en el campo de estudio.

Para Sánchez (2022) la matriz Foda “es una matriz que permite efectuar un análisis del estado actual y real de la situación interna y externa en la que se encuentra una empresa, persona u organización para tener una visión que nos permita planear estrategias futuras” (parr.5). Acordé a los criterios presentados, constituye la opción

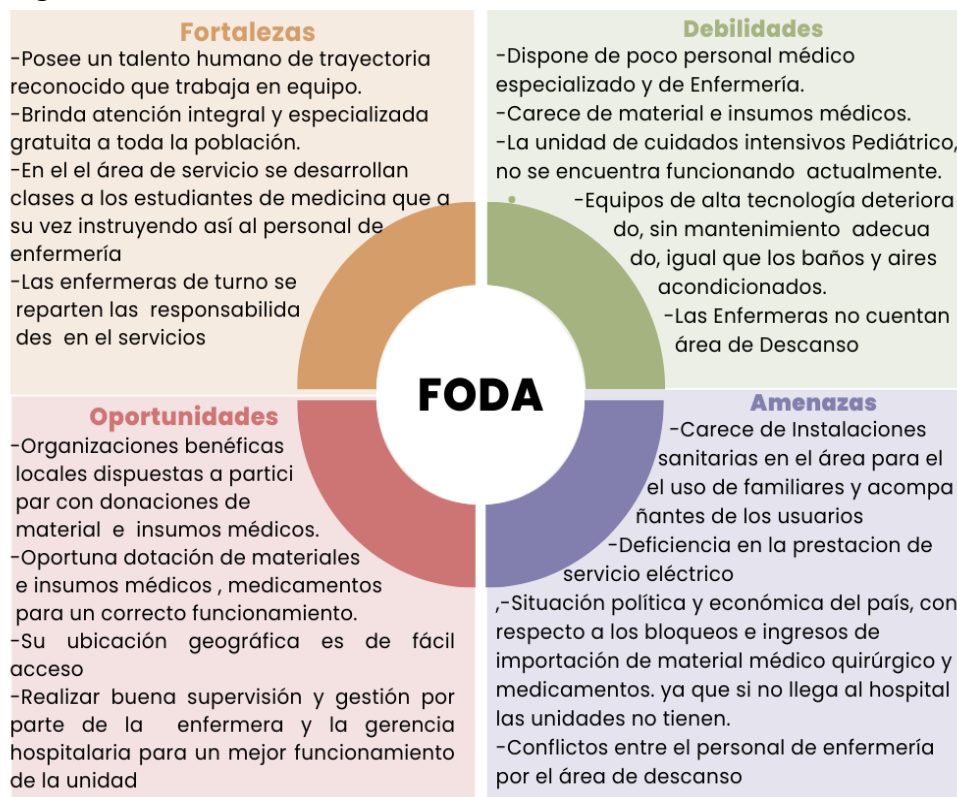
favorable a la hora de llevar a cabo el proceso diagnóstico alusivo al estado vigente de alguna institución. Adicionalmente, este instrumento fue el punto de apoyo para efectuar la aproximación diagnóstica haciendo hincapié en la calidad de servicio prestado y las interrogantes abordadas.

Según lo expuesto anteriormente, la matriz FODA (ver figura 6) se caracteriza por analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; detectadas en la ejecución de las pasantías, donde se pudieron detectar las siguientes necesidades y problemas en cuanto a: la falta de equipos de bioseguridad, carencia de material de limpieza , agua, deterioro y falta de mantenimiento de los baños tanto para el personal, como para los pacientes, escases de medicamentos y poco personal de enfermería en el servicio . La unidad de cuidados Intensivos pediátrico se encuentra cerrada, por lo tanto, los pacientes que ameritan esta unidad son reclusos en el servicio de emergencia pediátrica, debido a esta problemática las enfermeras no tienen un cuarto de descanso para en el servicio por tal motivo deben de compartir espacio con varias enfermeras de otras áreas trayendo así conflictos entre ellas. Por ello se realizó una serie de interrogantes al personal de enfermería, las cuales se resumen a continuación:

- 1) ¿Cuál considera usted como la principal fortaleza del servicio prestado en esta unidad de salud?
- 2) De acuerdo con la realidad actual, ¿Cuál debilidad se destaca en la prestación de servicios dentro de la Unidad de cuidado intensivo Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega?
- 3) ¿Qué oportunidad resalta a nivel externo respecto a la calidad de servicios de la área donde trabaja?
- 4) ¿Cuál es la amenaza más notoria que compromete la prestación de servicios En la unidad de terapia intensiva pediátrica ?

Figura 6

Matriz FODA de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega



En conformidad a las circunstancias registradas, se deduce que la prestación de servicios en la Unidad de cuidados intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega se ve favorecida por la presencia de un equipo de profesionales, técnicos y especialistas cuya labor se focaliza hacia la tensión equitativa e igualitaria. A ello, se suma una estructura organizativa bien definida y la gratuidad de los cuidados de este centro hospitalario. No obstante, las debilidades respecto a la dotación de medicamentos e insumos, deficiencia de talento humano y falta de mantenimiento de los equipos atentan contra los buenos resultados, complicando la intervención oportuna.

Ahora bien, las oportunidades a los jóvenes para que culminen sus carreras profesionales, y la capacitación en el área de enfermería favorece al personal, Además, se tienen una ubicación geográfica estratégica para facilitar el acceso a los niños que requieren de cuidados y atenciones por parte del equipo multidisciplinario que labora diariamente con vocación de servicio.

Por otro lado, las amenazas o factores externos se evidencian sobre todo a nivel de la crisis nacional de salud, cuya incidencia puede afectar la calidad de servicio prestado en la unidad. Adicionalmente, la energía eléctrica no funciona con la debida eficiencia, conllevando a situaciones de fallas en los equipos tecnológicos utilizados diariamente. Así mismo, supervisar y hacer cumplir, por parte de la gerencia hospitalaria, el mantenimiento y reparación de los baños y aires acondicionados en el área de emergencia, a fin de minimizar el calor, pues este servicio necesita de una buena temperatura para evitar la proliferación de bacterias y, para que tanto, el personal como el paciente puedan estar cómodamente en un buen confort.

De igual manera, se exhorta a los entes competentes abrir nuevamente la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, puesto que el servicio de emergencia pediátrica no es el área ideal para atender a estos pacientes críticos que necesitan de cuidados especializados y un mejor ambiente. También para que el talento humano pueda descansar cómodamente y que cada servicio tenga su cuarto de descanso y así evitar conflictos entre el personal de enfermería.

CAPÍTULO III

MARCO TEORICO Y METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE CASO

En el contenido de este capítulo se desarrollarán los aspectos característicos del Enfoque Cualitativo de la Investigación, Seguidamente se desglosan los aspectos legales que sustentan la investigación, de igual manera, se presentan como de referencia, algunos estudios recientes a nivel internacional, nacional y regional que se han realizado por otros investigadores y que sirven de sustento teórico para el presente trabajo.

Desde el punto de vista teórico y metodológico se desglosan los aspectos que sustentan el abordaje de la investigación. Para ello, en primer lugar, se desarrolla conceptualmente la patología Sars-Covid-19 enfermedad que conlleva la Bronquiolitis del paciente y por cual fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega. Se finaliza el capítulo con los aspectos teóricos de las teorizantes con respecto a la evaluación atención y cuidados de los pacientes

3.1 Enfoque Metodológico de la Investigación

La metodología señala los pasos o procedimientos a cumplir, partiendo de secuencias lógicas, coherentes destinadas a argumentar cómo se llevará a cabo el proceso investigativo y por esa razón se encuentra concordante con un enfoque o modelo ajustado al registro de datos cuantificables y al mismo tiempo la interpretación de información verbal. Para el desarrollo de ésta investigación se contó

con el apoyo de los principios propios del enfoque cuali-cuantitativo, hasta alcanzar los objetivos propuestos en el presente estudio de caso

3.1.1 Enfoque cuali-cuantitativo o mixto.

Para Ortega (2023) “la investigación mixta es una metodología de investigación que consiste en recopilar, analizar e integrar tanto investigación cuantitativa como cualitativa” (parr.4). Esta investigación es cuali-cuantitativa porque en el abordaje del caso clínico y la inserción del investigador dentro del hospital y la unidad clínica de cuidados intensivos pediátrico se obtuvieron datos por lo cual permitió trabajar con las experiencias, los testimonios de los sujetos y los actores involucrados dentro de esta investigación.

3.1.2 Método de Investigación Acción participante.

Para Balcazar (2003, p.3) la investigación acción participativa (IAP) ha sido conceptualizada como “un proceso por el cual miembros de un grupo o una comunidad, colectan y analizan información, y actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrarles soluciones y promover transformaciones políticas y sociales” .

En atención a los argumentos antes mencionado se trata de una investigación acción participante porque el investigador como parte del personal de salud se está incorporando dentro de una institución y la unidad clínica no solamente para seleccionar a un paciente sino también para generar acciones que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de ese paciente objeto de estudio.

3.1.3 Método Estudio de Caso.

Para (Simons, 2009, citado por Ocampo, 2021, parr.9) define el estudio de caso como una “investigación exhaustiva y de múltiples perspectivas de la complejidad y unicidad de un determinado proyecto, política, institución, programa o sistema en un contexto real. Se basa en la investigación, integra diferentes métodos y

se guía por las pruebas” . De acuerdo con la información previa, se trata de atender una situación específica en el campo social, con el fin de encontrar respuestas a necesidades existentes, realizando interpretaciones a través de un acto sistemático y organizado.

La presente investigación se caracteriza por ser un estudio de caso porque el investigador se incorpora en la institución y la unidad clínica donde selecciono a un paciente como objeto de estudio, logrando así recabar información, obteniendo conocimiento a partir de un proceso investigativo llevado a cabo en el hospital, además, se buscaron posibles soluciones, participando como colaborador en la toma de decisiones asegurando el bienestar de la paciente.

3.1.4 Tipo de Estudio: Descriptivo

Solomao (2023) define el estudio descriptivo como un método de investigación que consiste en observar y describir el comportamiento, las características o las condiciones de una determinada población o fenómeno sin manipular ninguna variable (parr.1)

La presente investigación es de carácter descriptiva debido a que se están describiendo hechos que ocurrieron, en otras palabras se cuenta la historia del paciente en cuanto a su evolución clínica desde la aparición de la patología hasta la actualidad, además de describir las instalaciones de salud que se encuentran involucradas con el proceso enfermedad del paciente, donde actualmente está recibiendo su tratamiento , desarrollando cada uno de las aspecto que lo involucra incluyendo la experiencia de vida del investigador y el proceso enfermero aplicado al paciente objeto de estudio.

3.1.5 Diseño de Estudio: De Campo o Documental

Rhoton (2023) describe el estudio de campo como “el proceso que permite obtener datos de la realidad y estudiarlos tal y como se presentan, sin manipular las variables. Por esta razón, su característica esencial es que se lleva a cabo en el lugar

de ocurrencia del fenómeno. Este enfoque permite la interacción directa con personas, comunidades a través de entrevistas, observaciones participativas o recolección de muestras. En base a lo planteado anteriormente se puede decir que, este trabajo de investigación es basado en un estudio de campo debido a los datos e información obtenida de manera directa por la madre el paciente objeto de estudio y del área de cuidados intensivos pediátrico del hospital Dr Luis Ortega donde se encuentra recluido el paciente

Ortega (s.f) la revisión documental “es una técnica de investigación cualitativa que se encarga de recopilar y seleccionar información a través de la lectura de documentos, libros, revistas, grabaciones, filmaciones, periódicos, bibliografías, etc.” (Parr,3). En cuanto a esta definición, se trata de consultar diferentes materiales con la finalidad de reconocer estudios previos y aportes de otras personas para obtener datos secundarios de importancia al momento de sustentar las acciones investigativas actuales. En este caso la revisión documental estuvo basada en la revisión de la historia clínica del paciente, en los documentos expuesto en las carteleras del departamento de enfermería, en los trabajos de investigación previos sobre la temática expuesta en esta investigación.

3.1.6 Técnicas e Instrumentos de Investigación.

Para Olivos (2023) las técnicas e instrumentos de investigación son “los procedimientos o formas de obtener los datos del tema en estudio. Se apoya en las herramientas para recopilar, organizar, analizar, examinar y presentar la información encontrada” (Parr,7). Estos se realizaron con el fin de registrar la información y actividades ejecutadas mediante la participación en las pasantías. Donde se obtuvo información primaria mediante la historia clínica, correspondiente al estado de salud del paciente, los antecedentes, diagnósticos, indicaciones médicas, evaluaciones y cuidados de enfermería.

A continuación, se presentan las técnicas e instrumentos de recolección de datos elegidos con el fin de asumir el proceso investigativo del caso clínico objeto de ésta investigación.

3.1.6.1 Observación Participante.

Piñedo (2022) asume la observación participante como una “técnica de acercamiento interactivo del investigador con lo vivido por los sujetos investigados desde su propio escenario cotidiano, para recoger una red de información compleja sobre el sujeto, que le permitan complementar la descripción del objeto de estudio y con ello construir sus posibilidades teóricas interpretativas.” (Parr.1)

En relación a los criterios emitidos, se trata de una alternativa dirigida a percibir el contexto, creando buenas relaciones con los informantes, registrando datos primarios al visualizar las acciones, percepciones, opiniones, y sentidos que nos permita interpretar las características resaltantes sobre el fenómeno abordado.

En el caso objeto de estudio de ésta investigación, se aplicará la observación participante con el fin de recolectar información alusiva a las condiciones, el tratamiento e información acerca de la evolución del paciente, la interacción con sus familiares y el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega y su vez para captar las condiciones actuales de esa unidad.

3.1.6.2 Entrevista No Estructurada.

Para Manatal (s.f) las entrevistas no estructuradas “son aquellas en las que el entrevistador no tiene una lista predeterminada de preguntas. En este enfoque de la entrevista, el entrevistador se prepara e interroga directamente al entrevistado” (Parr.1). De acuerdo a ésta postura, se establece el contacto directo con los informantes claves dentro de un ambiente de flexibilidad, confianza y fluidez que facilita el registro de respuestas a los temas abordados. En tal sentido, para la presente

investigación se le aplicó una entrevista no estructurada a la madre del paciente objeto de estudio, al personal de enfermería y al equipo médico que elaboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega.

3.2 Marco legal de la Investigación

En la República Bolivariana de Venezuela existe un ordenamiento jurídico cuyos contenidos abarcan normativas vinculadas con el derecho a la salud y lineamientos a seguir durante el desarrollo del trabajo de enfermería, aspectos a considerar actualmente como parte importante de la presente investigación, donde hace falta tener presente disposiciones jurídicas apegadas al deber ser. Por consiguiente, se consideraron como instrumentos jurídicos útiles para sustentar legalmente la investigación, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Salud (1998), la Ley orgánica de protección del niño, niña y adolescente LOPNA, (2000) la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005) y el Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008), cuyos artículos y respectivos análisis se muestran seguidamente.

3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (pág. 21)

Artículo 84 : Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial,

descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Ambos artículos dictaminan que la salud es un derecho fundamental responsabilidad del Estado, encargado de mantener un sistema público cuyas atribuciones permiten atender de manera gratuita a la población, aportándoles cuidados en cada uno de los niveles de atención. Un establecimiento de salud pública que cumple con lo dispuesto anteriormente es el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, donde se llevan a cabo las prácticas profesionales en el campo de enfermería.

En síntesis, la Constitución Nacional es de mucha utilidad durante el desarrollo de las presentes actividades en la Unidad de Cuidados intensivos Pediátrico del hospital Dr. Luis Ortega, debido a que consagra la salud como un derecho social fundamental asumido de forma corresponsable con el fin de favorecer el bienestar general del paciente objeto de la investigación. De este modo, al seguirse lineamientos constitucionales es más viable tener éxito apoyándose en preceptos actualizados de repercusión positiva respecto a la preservación de la vida.

3.2.2 Ley Orgánica de la Salud (1998)

Artículo 2: Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental. (Pág. 1)

Artículo 3: Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Artículo 25: La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y

actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

Artículo 34: Son establecimientos de atención médica los hospitales, clínicas y ambulatorios públicos y privados debidamente calificados y dotados de los recursos necesarios para cumplir las funciones previstas en las leyes y los reglamentos correspondientes.

Artículo 69: Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

- El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
- Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
- Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.
- Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir. Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las

condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir.

- Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.
- Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
- Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.
- Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

Este sustento legal tiene gran utilidad actualmente debido a que facilita el entendimiento de la concepción de la salud, los principios a aplicar cuando se prestan servicios en la atención de las personas y se promueven las medidas pertinentes en cada nivel, a lo cual se suma la comprensión de la responsabilidad relacionada con la dotación de los hospitales. Sin embargo, uno de los aspectos más favorables que ayuda a un mejor desempeño en el desarrollo de esta investigación es el concerniente a los derechos de los pacientes, porque gracias a su reconocimiento es más viable asumir el proceso enfermero, respetando todos estos derechos.

3.2.3 Ley orgánica para la protección del niño, niña y adolescente (LOPNA, 2000):

Artículo 41: Derecho a la salud y a servicios de salud.

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y

adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental.

- **Parágrafo Primero.** El Estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.
- **Parágrafo Segundo.** El Estado debe asegurar a los niños, niñas y adolescentes el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

Artículo 42: Responsabilidad del padre, la madre, representantes o responsables en materia de salud. El padre, la madre, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 46: Lactancia materna. El Estado, las instituciones privadas y los empleadores o las empleadoras proporcionarán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos o aquellas hijos e hijas cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad.

Artículo 48: Derecho a atención médica de emergencia. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.

- **Parágrafo Primero.** Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia.

- ***Parágrafo Segundo.*** Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida, cuando la ausencia de atención médica o la remisión del afectado o afectada a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud.
- ***Parágrafo Tercero.*** En los casos previstos en los parágrafos anteriores, no podrá negarse la atención al niño, niña o adolescente alegando razones injustificadas, tales como: la ausencia del padre, la madre, representantes o responsables, la carencia de documentos de identidad o de recursos económicos del niño, niña, adolescente o su familia.

La ley Orgánica de protección al niño y niña y adolescente determina en estos articulo ya mencionados, que el estado garantizara a todos los niños, niñas y adolescentes a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, teniendo los padres, madres, y representantes la obligación de garantizarle de manera inmediata la salud de todos niños, (a) y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad. De igual manera se debe establecer y proporcionar en las instituciones, condiciones que permitan una adecuada lactancia materna. También dentro de uno de estos artículos describe que todos los centros y servicios de salud tanto públicos como privados deben prestar atención médica inmediata a los niños, (a) y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida.

En el presente estudio de caso se garantiza la atención en salud de emergencia de manera inmediata, a todo niño, niña y adolescente que lo requiera, sin discriminación o carencias de recursos económicos, aportando una atención en salud de calidad aleado de todas aquellas circunstancias que puedan ser peligrosas para su salud e incluso su vida.

3.2.4 Ley del ejercicio profesional de la enfermería (2005)

Artículo 2: A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.
2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.
3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.
4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua. Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley.

Artículo 13: Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

1. Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.
2. Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.
2. Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.
3. Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias desastres y otras emergencias.
4. Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.
5. Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.
6. Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

Artículo 14: Son derechos de los o las profesionales de la enfermería:

1. Emitir opinión, elegir y ser elegidos en la dirección y funcionamiento de la Federación de Colegios de Profesionales de la Enfermería de Venezuela, Colegios de Profesionales de la Enfermería Seccionales, según se determine reglamentariamente.
2. Realizar todos los cursos que consideren necesarios para mayor capacitación y actualización profesionales. Los organismos empleadores darán las facilidades para hacerlo, siempre y cuando no se ponga en peligro la atención del usuario y usuarias.
3. Concursar para optar a cargos y ascensos según las normas establecidas por los organismos competentes.

4. Asistir a eventos científicos, tales como, convenciones, congresos y otros, siempre y cuando, su ausencia al centro de trabajo no ponga en peligro la atención a los usuarios y usuarias.
5. Organizarse en redes intersectoriales para ejercer el derecho a la participación y control social, sin ninguna restricción ni discriminación, a nivel nacional, estatal, municipal y local, en la formulación de la gestión, políticas, planes y programas, así como, en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios.

Artículo 16: Los o las profesionales de la enfermería deberán ser notificados por el organismo impacticos, biológicos o ergonómicos que puedan afectar su salud. En ningún caso, estas condiciones deberán significar la negativa del personal a atenderlo, sino por el contrario debe utilizarse la información para adecuar las condiciones de protección y por sobre todo en beneficio del paciente o la paciente y su familia.

Artículo 17: Todo aquello que llegare a conocimiento del profesional de la enfermería con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto profesional. El secreto profesional es inherente a ejercicio de la enfermería y se impone para la protección del enfermo y familia, el amparo y salvaguarda del honor de la profesión de la enfermería y de la dignidad humana.

La ley orgánica del ejercicio de enfermería describe dentro de sus artículos que todos profesionales de enfermería durante su intervención en la práctica de trabajo deben guardar la información sobre materia relacionada al paciente, sin divulgarla por ser una acción que contribuye a salvaguardar su honor. Sin discriminar a ningún usuario, siempre respetando y protegiendo la vida del paciente. Sin embargo en uno de sus artículos destaca que las autoridades estarán en la obligación de informarles a los profesionales de enfermería los riesgos y peligros que puedan correr una vez que asumen el compromiso de llevar a cabo sus tareas profesionales.

En el presente caso de estudio los talentos humanos de enfermería representan los aspectos referenciales en todos estos artículos anteriormente mencionados porque los mismo se vinculan directamente con la responsabilidad, el compromiso la ética y el profesionalismo que los enfermeros pertenecientes a la unidad de cuidados intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega, representan, con la finalidad de dejar huella positiva para favorecer las condiciones de salud de los usuarios.

3.2.5 Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)

Artículo 3. El profesional de la enfermería tendrá por norte de sus actuaciones los principios de: el valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no Maleficencia, Terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, Autonomía, Confiabilidad, Solidaridad, Tolerancia, Privacidad, Veracidad y Fidelidad.

Artículo 5. El máximo ideal de los (as) profesionales de la enfermería es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud, respeto a la vida y a la integridad física, social y mental del ser humano.

Artículo 7. Los servicios de enfermería son universales. Al ejercer su función el profesional de la enfermería no hará distinción o discriminación alguna en cuanto a: edad, raza, sexo, nacionalidad, credo, opinión política o posición socio-económica.

Artículo 13. La relación enfermera(o) paciente, se fundamenta en el respeto a la dignidad humana basados en la responsabilidad y el secreto profesional en total acatamiento a los principios éticos y normas morales que forman parte esencial de la actividad realizada por las (los) profesionales de la enfermería. (pág. 15)

Artículo 29: El profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al usuario deberá tratarlo en forma holística. (Biológica psicológica y social).

Artículo 30: El profesional de enfermería tendrá la obligación de dar a conocer al usuario su nombre y responsabilidad dentro del equipo de salud.

Artículo 31: El profesional de enfermería reconocerá que sus deberes profesionales que extiendan a la familia del usuario, cuyos derechos siempre subordinados a los del enfermo han de ser rigurosamente respetados y protegidos.

Artículo 32: El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y comunidad, procurara en la medida de lo posible, integrar los miembros más cercanos al enfermo en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo

Artículo 34: El enfermo tiene derecho a.

- Ser tratado con respeto y dignidad; el ambiente de su ubicación debe reunir higiene y confort.
- Atender la solicitud del enfermo de acuerdo a su religión.
- Recibir una atención de elevada calidad por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud.
- Ser informado sobre cualquier procedimiento que deba realizarse para confirmar su diagnóstico.
- Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión.
- Que sea respetada las confidencias acerca de su estado de salud.
- Solicitar explicación sobre los honorarios a pagar y exigir montos adecuados ante la Ley.

De esta información se infiere que el talento humano de enfermería se rige fielmente por valores, principios y comportamientos decorosos, cumpliendo una noble labor en beneficio de la conservación de la vida siempre buscando preservar la salud a través de acciones pertinentes a demostrar la capacidad de reacción durante esos momentos de intervención sanitaria. En pocas palabras, se dedica a satisfacer

necesidades mostrando actitudes proactivas capaces de transformar la situación encontrada.

De forma global, se establecen en el Código Deontológico de Enfermería directrices a seguir durante el ejercicio de la profesión de enfermería, abarcando una relación armónica, equilibrada y de confianza con los pacientes quienes tienen el derecho de identificar al talento humano encargado de proporcionarles las atenciones y cuidados de calidad en un marco de entendimiento en el área de cuidados intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega, hacia una intervención integral, participativa y protagónica donde todos se involucran con la finalidad de beneficiar la recuperación de los pacientes Pediátricos. En definitiva, este código proporciona datos referidos al correcto proceder enfermero, permitiendo identificar el adecuado desempeño de los profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital Dr.” Luis Ortega” del estado Nueva Esparta.

3.3 Antecedentes de la Investigación.

Para García (s.f) son todos aquellos trabajos de investigación que preceden al que se está realizando, pero que además guarda mucha relación con los objetivos del estudio que se aborda. (Parr.1). Desde esta perspectiva, los antecedentes de una investigación corresponden a un conjunto de trabajos desarrollados en otros tiempos y que actualmente son útiles porque permiten tomar aportes para complementar la investigación desarrollada.

En este caso, se escogieron nueve (9) trabajos a nivel internacional, nacional y regional relacionados con el caso clínico objeto de estudio de ésta investigación, y a su vez relacionados con la Teorizantes, donde se pretende aplicar el Proceso Enfermero a un paciente lactante menor con Bronquiolitis recluso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega.

3.3.1 Antecedentes Internacionales

Beltrán et al (2022) presento ante la Universidad Norbert Wiener (UPNW). Lima, Perú un estudio de caso *titulado Proceso del cuidado enfermero aplicado a lactante con Bronquiolitis*. Su objetivo principal es Brindar observaciones de enfermería para corregir la bronquiolitis. Caso clínico: Lactante de 7 meses, al examen físico presenta temperatura de 38,4 °C, Sat. O2: 97 %, FR: 35 rpm, FC: 110 lpm, P/A: 90/60 mm hg, presencia de dificultad respiratoria, tiraje intercostal leve, respiración sibilante, tos productiva, hipertermia, inapetente. Su Metodología es el estudio enfoque cualitativo y método de caso clínico único. El caso clínico se realizó en una clínica en el mes de abril, utilizando el marco teórico de valoración de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Resultados: La evolución del paciente lactante fue desfavorable presentando temperatura de 38,4 °C hipertermia. Conclusiones: En el primer diagnóstico enfermero, la puntuación fue +2, los objetivos planteados no se alcanzaron y solo 10 % fueron parcialmente alcanzados. En el segundo diagnóstico enfermero, se alcanzó un puntaje de +3, los objetivos fueron parcialmente alcanzados. En el tercer diagnóstico enfermero, los objetivos planteados no fueron alcanzados. El paciente presentaba dificultad respiratoria, tiraje intercostal leve, respiración sibilante, tos productiva, hipertermia, inapetente.

El estudio anterior tomado como referencia, se relaciona con el actual caso clínico, porque en ambos casos el talento humano de enfermería debe asumir una intervención de calidad, demostrar valores, principio y conocimientos científicos con la finalidad de favorecer a aquellos lactantes afectados por Bronquiolitis, procurando beneficiar la conservación de la vida, con el fin de atender necesidades reales del paciente. Por lo tanto, aporta técnicas, métodos e ideas para la intervención de enfermería, que orienten el trabajo a ejecutar cuando se aplica el proceso enfermero al paciente objeto de estudio de la investigación.

Galero et al (2022) Publico en la Revista Científica De Enfermería: Investigación E Innovación, en la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW) de

Lima, Perú. Un reporte de caso denominado ” *Proceso de cuidado enfermero en una niña menor de 2 años con bronquitis aguda* ” . Su Objetivo principal es corregir el cuadro de bronquitis aguda que presenta la menor. Su metodología, es un estudio de caso único, de enfoque cualitativo, ejecutado en un centro pediátrico, utilizando el método de valoración de Virginia Henderson. Tras la recolección de datos de la menor de edad, para los diagnósticos enfermeros se hizo uso de la taxonomía NANDA, para los resultados se utilizó la clasificación de resultados de enfermería NOC y para las intervenciones de enfermería se utilizó la clasificación de intervenciones de enfermería NIC , haciendo uso de estas taxonomías internacionales se va a describir y, por último, interpretar los resultados obtenidos para posteriormente ser puestos en discusión. Se concluye que se logró gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas

En consideración al trabajo expuesto, fue aplicado el proceso de atención de enfermería a un paciente menor de dos (2) años con Bronquiolitis aguda y por esa razón concuerda con el presente caso clínico objeto de estudio, donde también se busca el mismo objetivo. En tal sentido, se toman como aportes sus conclusiones con la finalidad de contar con lo positivo que resulta ésta herramienta metodológica que facilita el desarrollo de una intervención adecuada para la estabilización del paciente e impedir daños secundarios debido a la gravedad.

Bendezu y Caccha (2022) Presento ante la Universidad Peruana Unión una Tesis de Grado titulada: “*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente lactante menor con diagnóstico bronquiolitis del servicio de pediatría de un hospital de Lima, 2021* ” . El presente trabajo, utiliza el proceso de atención de enfermería como herramienta para poder guiar el cuidado a un paciente con Bronquiolitis. Con el objetivo de identificar los problemas de enfermería presentes y gestionar el cuidado integral del paciente, Mediante la metodología del cuidado enfermero, estudio cualitativo, tipo caso único, se administró un cuidado humano con calidad y soporte seguro favoreciendo la recuperación y salud de la paciente. Para la recolección de

datos, se utilizó el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con el cual se diagnosticaron 14 diagnósticos de enfermería y se priorizaron los diagnósticos. Se plantearon planes de cuidados de enfermería haciendo uso de la Taxonomía NANDA, NOC, NIC, se ejecutan las intervenciones y actividades planificadas. Se concluye que se logró gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas.

El contenido presentado como antecedente constituye una buena contribución de información referida a las ciudades iniciales de enfermería cuando se trata de atender a un lactante menor afectado con Bronquiolitis, porque el personal de enfermería tiene una base de conocimientos para participar e intervenir mediante acciones de impacto positivo. En tal sentido, es notoria la relación entre ambas investigaciones es debido a que la Bronquiolitis representa la patología a tratar.

3.3.2 Antecedentes Nacionales

Arellano et al (2013) presentaron ante la Universidad Central de Venezuela un trabajo especial de Grado titulado, *“Información que tienen las madres sobre las medidas de prevención de la bronquiolitis en niños menores de 1 año, emergencia pediátrica. Hospital de clínicas caracas”*. En la presente investigación cuenta con un objetivo general y dos objetivos específicos, el objetivo general plantea determinar la información que tienen las madres sobre las medidas de prevención requeridas contra la bronquiolitis en lactantes menores de un año, cuya población corresponde a madres de lactantes que se encontraban en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital de Clínicas Caracas (Venezuela). Metodológicamente la investigación presenta un diseño de campo de carácter descriptivo que para la recolección de información se aplicó un instrumento tipo cuestionario de 22 ítems, el cual ameritó su validación y se buscó la confiabilidad por medio de una prueba piloto con ocho (8) madres de lactantes que no forman parte de la población objeto de estudio, los resultados fue de 0.89; lo que permite certificar la confiabilidad del mismo dando

paso al desarrollo de la investigación. En ese orden se pudo evidenciar que las madres tienen información parcial sobre medidas de prevención primaria y secundaria necesarias contra la bronquiolitis.

Cabe destacar que evaluando la información antes plasmada se evidencia la relación con el presente estudio de caso en vista de que la madre del paciente objeto de estudio al principio de la presente enfermedad, no tomo las medidas de prevención adecuadas para prevenir dicha afección que presento su hijo, debido a que la madre no tenía la suficiente información sobre la enfermedad.

Rocha y Rodríguez (2013) presentaron antes la Universidad Central de Venezuela un Trabajo de Grado Titulado: *“Bronquiolitis Y Uso De Nebulización Con Salbutamol, Solución Salina 3%, O Ambas ”*. En esta investigación considera que la bronquiolitis es una de las principales afecciones respiratorias en la edad pediátrica en todo el mundo, siendo la principal causa de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en niños menores de 2 años. Su objetivo principal es evaluar el uso de nebulizaciones con Salbutamol, Solución Hipertónica al 3%, o ambas. Su Método se baso en la revisaron de 349 historias clínicas de pacientes hospitalizados con dicho diagnóstico durante el periodo de enero del 2010 al mes de agosto del 2012, que recibieron el tratamiento mencionado y de acuerdo a esto se organizaron 3 grupos que fueron evaluados entre otros mediante una escala clínica. Obteniendo unos Resultados, luego de aplicar criterios de exclusión, se tomaron y analizaron 115 historias, resultando que ninguna de las variables estudiadas (días de hospitalización, duración del tratamiento, evolución clínica, cambios en la saturación arterial de oxígeno) tuvo diferencias estadísticamente 5 significativas con respecto al uso de los diferentes esquemas terapéuticos estudiados. Concluye con la evolución clínica de los pacientes con bronquiolitis, no tiene diferencias significativas con el uso de diferentes tratamientos como salbutamol y/o solución hipertónica al 3%.

Según lo antes mencionado se establece una relación con el presente caso clínico porque se relaciona con la patología diagnosticada del paciente objeto de

estudio y a su vez aporta datos teóricos y prácticos para el abordaje del caso clínico, tomando en cuenta que también se relaciona con el tratamiento farmacológico aplicado al paciente lo cual le indicaron Salbutamol dos Puff cada 8 horas y solución Hipertónica al 3% al principio de ser ingresado al área de Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Luis Ortega, lo cual no tuvo efecto y al ser trasladado al área de cuidados intensivos de dicha institución suspendieron la solución hipertónica y solo le dejaron prescrito el Salbutamol.

La página Médicos Venezolanos Online (2020) realizó un estudio titulado: *“Bronquiolitis En Tiempos De Covid-19”*. Dichos estudios explican que la bronquiolitis es una enfermedad estacional, la cual se define como la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de 2 años y que se caracteriza por presentar síntomas iniciales en vía aérea superior con hipersecreción de moco (rinorrea, etc.), seguidos de infección respiratoria baja con inflamación, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, que resulta en sibilancias. Supone el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas. La mayoría de las muertes por infección respiratoria son muertes prevenibles. En el año 2019 se registraron 249.860 casos de bronquiolitis; menos del 10 % requieren hospitalización. La tasa de mortalidad en niños internados por bronquiolitis es del 1%.

En la mayoría de niños previamente sanos la bronquiolitis se resuelve sin complicaciones. Las complicaciones ocurren en niños con bronquiolitis grave, sobre todo prematuros, menores de 3 meses, cardiopatas o inmunodeficientes, tienen más riesgo de complicaciones, siendo las más graves la apnea y la falla respiratoria. Los niños que requieren ventilación mecánica por alguna de estas causas pueden presentar fugas aéreas (neumotórax o neumomediastino).

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la Organización mundial de la salud (OMS) un brote de infección respiratoria asociada a un nuevo coronavirus. Este nuevo virus, es una cepa particular que no había sido

identificada previamente en humanos, por lo que existe una variedad de información sobre su historia natural de la enfermedad, epidemiología e impacto clínico. La infección respiratoria causada por este nuevo virus ha sido denominada COVID-19. En pediatría se hace especialmente importante mantener la vigilancia ante casos positivos por lo que se debe tomar medidas preventivas para la contención de la infección. Es de vital importancia la valoración y exploración de los niños con infecciones respiratorias. Posiblemente el COVID-19 se anexará a los demás agentes que producen infección respiratoria en niños y se presume que puede ser uno de los causantes de la Bronquiolitis aguda en niños menores de 2 años.

Al evaluar el contenido antes mencionado, se refleja una relación con el presente estudio de caso, ya que el paciente objeto de esta investigación presenta como diagnóstico principal una Bronquiolitis post Covid-19, se presume que fue post Covid, porque tenía antecedentes familiares diagnosticado con el Virus mencionado. Cabe mencionar que también aportando datos para la comprensión de la patología y abordaje del caso clínico.

3.3.3 Antecedentes Regionales

Hernández (2023) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado, como requisito para optar al título de Licenciatura en Enfermería, titulado *Proceso Enfermero aplicado a recién nacido ubicado en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Dr., Luis Ortega, con diagnostico medico Prematuridad y Síndrome de Dificultad respiratoria enfocada en la teoría de Ramona Mercer*. Su objetivo general es aplicar el proceso enfermero a paciente recién nacido con diagnostico medico prematuridad y síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. Su metodología fue sustentada en una investigación cuali-cuantitativa, enfocada al estudio de caso, donde se obtuvieron datos subjetivos a través de la entrevista a la madre y objetivos por medio del examen físico. Así mismo utilizó para el abordaje del proceso enfermero

fundamentada en la teoría de Ramona Mercer Adopción del rol Maternal con el propósito de ofrecer los debidos cuidados al paciente y orientar al padre para el desempeño eficaz del rol.

Según lo antes mencionado este trabajo tiene relación con el presente caso clínico, porque sigue los pasos metodológicos de la universidad de oriente núcleo de Esparta, al igual que se hace actualmente, y conllevando a establecer una relación estrecha entre ambos estudios porque utilizan la misma Teorizante de Margory Gordon lo cual fue tomado como referencia, para realizar la relación del caso con la teorizante de este trabajo de investigación.

Martínez (2020) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado, como requisito para optar al título de Licenciatura en Enfermería, titulado *“Proceso Enfermero a paciente lactante mayor masculino con diagnóstico de Sepsis con punto de partida enteral, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega”* de Porlamar. Su objetivo general fue aplicar proceso enfermero (PE) a lactante mayor masculino de 9 meses de nacido con diagnóstico médico de Sepsis con Punto de Partida Enteral, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. Su metodología fue sustentada en una investigación cuali-cuantitativa, enfocada al estudio de caso, donde se obtuvieron datos subjetivos a través de la entrevista a la madre y objetivos por medio del examen físico. Así mismo utilizó para el abordaje del proceso enfermero una triangulación de teorías entre Dorothea y Marjory Gordon para atender las necesidades del paciente y familia.

Según lo ante mencionado hace relación con el presente caso de estudio, ya que esta hace referencia al uso y aplicación del Proceso Enfermero, y la relación con la teorizante de Marjory Gordon, lo cual sirve de apoyo para abordar todo lo relacionado con el cumplimiento de intervenciones y tareas, que ayudarán a satisfacer todas las necesidades de atención que requiere el paciente.

Carreño (2024) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado, como requisito para optar al título de Licenciatura en Enfermería, titulado “*Proceso enfermero a sexagenaria con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la unidad de cuidados intensivos Dr. “pablo agreeda” del hospital Dr. “Luis ortega” de Porlamar.*” El presente trabajo tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a sexagenaria con Diagnostico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. “Pablo Agreda” del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. La investigación se abordó bajo un enfoque cuali-cuantitativo, donde se unifican el método investigación acción-participante y el estudio de caso clínico. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero se encuentra sustentado bajo una conjugación de las teorías de Marjory Gordon y Dorothea Orem, permitiendo realizar la valoración subjetiva mediante entrevistas a la paciente, la obtención de datos por medio del examen físico, detectando los problemas de salud y procediendo a llevar a cabo los diagnostico de enfermería y planes de cuidado, siguiendo los lineamientos de la Taxonomía NANDA (2021-2023) NIC (2018) Y NOC (2018). Se concluye que la experiencia desarrollada permitió abordar el déficit de autocuidado de la paciente, así como también disminuir los niveles angustia y tristeza, además de la ausencia y falta de apoyo familia.

En definitiva, la información plasmada sirve como punto de apoyo y está relacionada con el presente estudio de caso, ya que esta hace referencia al uso y aplicación del Proceso Enfermero, a pacientes con enfermedades o condiciones críticas, en donde este proceso aborda todo lo relacionado con el cumplimiento de intervenciones y tareas, que ayudarán a satisfacer todas las necesidades de atención que requiere el paciente. Del mismo modo, el enfoque teórico y metodológico de este trabajo, nos ayuda a fundamentar la investigación del presente caso clínico, ya que las

técnicas e instrumentos de recolección de datos se asemejan a las usadas en el presente trabajo.

3.4 Marco Teórico de la patología del Caso clínico

Este espacio está dedicado a seleccionar, argumentar e interpretar aspectos teóricos y metodológicos relacionados con el caso clínico objeto de estudio de ésta investigación, integrando contenidos de datos secundarios pertinentes a la patología abordada, las bases legales, añadiendo información sobre la teorizante y el modelo asociado a las intervenciones de enfermería. Asimismo, se involucra el enfoque cuali-cuantitativo, la investigación acción-participante, el estudio de caso y las técnicas e instrumentos de investigación, presentando una visión representativa y cercana a la realidad del paciente seleccionado.

3.4.1 Covid-19

En la actualidad existen una variedad de patologías y afecciones que repercuten significativamente en la calidad de vida y salud de los ciudadanos, sobre todo la población infantil. Afectando considerablemente sus capacidades e integridad física y psíquica, en este sentido diversas condiciones médicas como el Covid-19 trajo consigo la Bronquiolitis, Fallas Respiratorias entre otras. Por tanto, se presenta el siguiente marco conceptual, que abordara de manera detallada, La Bronquiolitis post Covid-19.

3.4.1.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (2024, Parr.1) define la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una “enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica”

En el caso del paciente Objeto de estudio de esta investigación, por medio de la entrevista con la madre, dio a conocer que ella presume que su hijo pudo ser contagiados del virus del Covid-19 por antecedentes familiares que fueron diagnosticado de manera positiva por el virus. sin embargo, al paciente no se aplicó una prueba diagnóstica.

3.4.1.2 Etiología

Según Arcos y Sanaguano (2002, citado por Díaz y Castillo 2020) afirman que el agente etiológico del virus causante del SARS-COV-2.

Es una cepa perteneciente a la familia de los Coronaviridae se puede clasificar en 2 grupos según su ecoepidemiología en coronavirus humanos o de la comunidad considerados los responsables del 10% al 30% de los resfriados leves, y los coronavirus zoonoticos aquellos causantes de enfermedades graves en las vías respiratorias y conocidos como los causantes de las epidemias. Los virus zoonoticos se subdividen en los Alpha, Beta, Gamma y Deltacoronavirus: siendo el Betacoronavirus genéticamente similar al del murciélago, mismo que podría ser el agente causal de la enfermedad provocada en el ser humano ya sea en forma directa o a través de un hospedador, aunque por el momento no hay estudios que lo confirmen. (p.20)

Se desconoce la etiología del covid-19 en el paciente objeto de estudio ya que no está reflejado en la historia clínica. Sin embargo, según criterio de la investigadora, asume que es causado por la cepa coronavirus zoonoticos porque es el agente causar de las enfermedades graves en las vías respiratorias.

3.4.1.3 Fisiopatología

Según Alves et al (2020) describen que el covid-19 es una infección viral producida por el SARS-CoV-2, que afecta principalmente las vías respiratorias bajas, en los casos severos podría producir una respuesta inflamatoria sistémica masiva y fenómenos trombocitos en diferentes órganos.

El SARS-CoV-2 contiene alrededor de 30.000 bases de RNA. Utiliza la proteína de espiga (S) densamente glucosilada para entrar a las células huésped y se une a con gran afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), dicha enzima esta expresada en las células alveolares tipo II. El RNA del virus ingresa a las células del tracto respiratorio superior e inferior, y es traducido a proteínas virales. El covid-19 resulta de dos procesos fisiopatológicos interrelacionados

- a) ***Efecto citopático directo:*** resultante de la infección viral, que predomina en las primeras etapas de la enfermedad.
- b) ***Respuesta inflamatoria no regulada del huésped:*** que predomina en las últimas etapas.

La superposición de estos dos procesos fisiopatológicos se traduce fenotípicamente en una evolución en 3 etapas de la enfermedad:

Estadio I (fase temprana): es el resultado de la replicación viral que condiciona el efecto citopático directo y la activación de la respuesta inmune innata, y se caracteriza por la estabilidad clínica con síntomas leves (p. ej., tos, fiebre, astenia, dolor de cabeza, mialgia) asociados con linfopenia y elevación de d-dímeros y LDH;

Estadio II (fase pulmonar): resulta de la activación de la respuesta inmune adaptativa que resulta en una reducción de la viremia, pero inicia una cascada inflamatoria capaz de causar daño tisular, y se caracteriza por un empeoramiento de la afección respiratoria (con disnea) que puede condicionar la insuficiencia respiratoria aguda asociada con empeoramiento de linfopenia y elevación moderada de PCR y transaminasas;

Estadio III (fase hiperinflamatoria): caracterizado por insuficiencia multiorgánica fulminante con empeoramiento frecuente del compromiso pulmonar, resultado de una respuesta inmune no regulada que condiciona un síndrome de tormenta de citoquinas. Este síndrome, que recuerda a la linfocitosis hemofagocítica secundarias, es potencialmente identificado por HScore.

Se ha visto que las citocinas proinflamatorias y quimiocinas incluyendo el factor de necrosis tumoral (TNF α), interleucina 1 β (IL-1 β), IL-6, factor estimulante de colonias de granulocitos, proteína 10 inducida por el interferón gamma y la proteína-1 quimioatrayente de los macrófagos están significativamente elevadas en los pacientes con COVID-19 . Como en la influenza grave, la tormenta de citocinas juega un rol importante en la inmunopatología del COVID-19. Es importante identificar la fuente primaria de la tormenta de citocinas en respuesta a la infección por SARS-CoV-2 y los mecanismos virológicos detrás de esto.

Si por efecto dañino directo del virus en los tejidos, la tormenta de citocinas o ambas contribuyen a la disfunción orgánica múltiple, el uso de anticuerpos monoclonales contra el receptor de la IL-6 (tocilizumab, sarilumab) o de corticoides se han propuesto para aliviar la respuesta inflamatoria. Sin embargo, la IL-6 juega un papel importante en iniciar la respuesta contra la infección viral al promover la depuración viral por parte de los neutrófilos. Si bien el papel de la inflamación en COVID-19 es obvio, no está claro si la modulación de la respuesta inflamatoria con medicamentos podría traer beneficios.

La respuesta inmune desregulada tiene una etapa de inmunosupresión que sigue a la fase proinflamatoria. Se caracteriza por un agotamiento funcional de linfocitos periféricos, sobre todo los linfocitos T CD4 y CD8, lo que se ha asociado a un alto riesgo de desarrollar una infección bacteriana secundaria. El mecanismo tras la misma no se ha dilucidado; estudios pasados en el SARS-CoV encontraron partículas virales en los linfocitos T aislados de sangre periférica, bazo, ganglios linfáticos y tejido linfoide de varios órganos, por lo que una hipótesis razonable es que además de la muerte de los linfocitos inducida por el ligando Fas, el SARS-CoV-2 podría directamente infectar los linfocitos, con lo que debilitaría la respuesta antiviral.

De acuerdo con la paciente objeto de esta investigación, se desconoce el mecanismo fisiopatológico del Covid-19. Sin embargo, según criterio de la investigadora, asume que el mecanismo fisiopatológico puede deberse a efecto

citopático directo: resultante de la infección viral, que predomina en las primeras etapas de la enfermedad donde se puede observar en el párrafo mencionado anteriormente que habla del estadio I, (la fase temprana).

3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas

Para Breton y Tordecilla (2021 pg.1) describen las manifestaciones clínicas por Covid-19 presentan un amplio rango de gravedad, incluyendo desde portación asintomática hasta enfermedad severa con falla respiratoria aguda, coagulación intravascular diseminada (CID), sepsis y falla multiorgánica (FMO). Los síntomas más comunes son:

- Fiebre
- Tos seca
- Dificultad respiratoria
- Dolor en el pecho.
- Fatiga o cansancio.
- Dolor en las articulaciones.
- Dificultad para dormir, problemas de memoria o de concentración.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Pérdida del gusto u olfato.
- Mareos al estar de pie.
- Dolor de cabeza.
- Dolor muscular.
- Palpitaciones

En el caso del lactante objeto de estudio de esta investigación, la madre refiere que el lactante presentó, fiebre no mayor a las 38.5, Tos , dificultad para dormir, cansancio, y dolor muscular.

3.4.1.5 Complicaciones

Jiménez et al (2022 p.125) definen las complicaciones por COVID-19, se manifiestan durante la fase aguda de la infección y la importancia de su identificación radica en que pueden derivarse a secuelas a mediano o largo plazo que disminuyan la calidad de vida, dado que se presentan principalmente en personas con edad avanzada, fumadores, pacientes con cáncer, inmunodeficiencias y pacientes con problemas de comorbilidad cardiometabólica como obesidad, sobrepeso, hipertensión y diabetes.

El cuadro clínico puede presentar una o más complicaciones como lo son síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis, choque séptico, trombo embolismo y/o alteraciones de la coagulación, falla multiorgánica, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, miocarditis, accidente cerebrovascular

Daños a nivel neurológico y psicológico, tal como delirio, psicosis, ansiedad, depresión, etcétera. Asimismo, aunque las complicaciones respiratorias se manifiestan al corto y mediano plazo, también se asocian con alguna encefalopatía, accidente cerebrovascular, meningoencefalitis, anosmia, disgeusia, entre otros.

Los individuos con cuadros clínicos de COVID-19 más graves, presentan neumonía severa y requieren ingreso a las unidades de terapia intensiva para tener acceso a soporte con oxígeno suplementario, debido a la insuficiencia respiratoria y SDRA.

Dentro de las complicaciones antes mencionadas, el paciente objeto de estudio presentó un Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) post Covid-19 este virus del covid-19 afecta las vías respiratorias más pequeñas que son bronquiolos lo cual llevo al lactante a una Bronquiolitis, siendo este el Diagnóstico por el cual fue ingresado a Cuidados intensivos pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega.

3.4.2.1 Bronquiolitis

3.4.2.2 Definición. Para Fernández y Calzón (2020, p.2) la bronquiolitis aguda (BA) se define como el primer episodio de dificultad respiratoria bronquial distal en un lactante/niño menor de 2 años, precedido de síntomas catarrales.

Sim embargo la American Academia of Pediátricas (2022) describe que la bronquiolitis hace que los pequeños tubos para respirar de los pulmones (bronquiólos) se hinchen. Esto bloquea el flujo de aire a través de los pulmones, haciendo que sea difícil respirar. Ocurre con mayor frecuencia en los bebés porque sus vías respiratorias son más pequeñas y se obstruyen con más facilidad que en niños mayores (párr.2)

Para Gómez, et al (2023) describen la clasificación histológica consta de 3 distintas clases de bronquiolitis: el celular, la constrictiva y la neumonía proliferativa organizada

Bronquiolitis celular: se caracteriza patológicamente por la infiltración celular de forma crónica o aguda en la pared peribronquiolar, y está asociada clínicamente con bronquiolitis infecciosa, neumonitis por hipersensibilidad, asma, bronquiectasias y bronquitis crónica. Se encuentra dividida en cuatro subtipos

1. *Bronquiolitis folicular:* se caracteriza patológicamente por hiperplasia linfoide con germinales secundarios, y está asociada clínicamente con patologías del colágeno, hipersensibilidad, inmunodeficiencia, patología linfoproliferativa y pan bronquiolitis difusa.
2. *Bronquiolitis linfocítica:* se caracteriza patológicamente por infiltración linfocítica en paredes bronquiolares, y está asociada clínicamente a neumonía intersticial.
3. *Bronquiolitis respiratoria:* se caracteriza patológicamente por macrófagos pigmentados en la luz bronquiolar, y está asociada clínicamente patología intersticial en los pulmones.

4. *Pan bronquiolitis difusa*: se caracteriza patológicamente porque se inflaman crónicamente los macrófagos espumosos en las paredes bronquiolares, y está asociada clínicamente con sinusitis crónica.

Bronquiolitis proliferativa: se caracteriza patológicamente por masas polipoideas de tejido conectivo intraluminales, y está asociada clínicamente con neumonías organizadas.

Bronquiolitis constrictiva: se caracteriza patológicamente por obliteración de la luz bronquiolar por fibrosis submucosa y peribronquiolar, y está asociada clínicamente a patologías del colágeno, post infecciones e idiopática (p.3)

En el caso del paciente objeto de estudio se desconoce el Subtipo de bronquiolitis que pudo presentar, pudiéndose presumir que presento una Bronquiolitis respiratoria, que esta asociada clínicamente a una patología intersticial en los pulmones lo cual lo llevo a la reclusión en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar.

3.4.2.3 Etiología

Según Moreno, et al (2019) consideran “la etiología como el motor de búsqueda para entender las causas de las enfermedades, se encuentra que estas se explican en términos de causa y efectos y no como un conjunto de interrelaciones multifactoriales que intervienen en la génesis de la enfermedad.” (Párr. 8)

En conformidad a esta idea, en este apartado se trata de argumentar aquellos factores incidentes en la aparición de las enfermedades, explicando las razones por las cuales aparecen las mismas e influyen marcadamente en las condiciones de salud. En esta ocasión se aporta información inherente a la etiología de la Bronquiolitis.

Para García, et al (2017) el virus respiratorio sincitial (VRS) es el virus detectado con más frecuencia en los niños con bronquiolitis, seguido por rinovirus, boca virus (HBoV), adenovirus, meta pneumovirus (hMPV), y con menos frecuencia para influenza y virus de la gripe.

- ***Virus respiratorio sincitial*** : Es el agente etiológico más frecuente, causando aproximadamente el 70-80% del bronquiolitis. Pertenece a la familia *Paramyxoviridae*, del género *Pneumovirus*. Se han identificado dos grupos principales de VRS, el grupo A y el B, con diversos linajes dentro de ambos grupos. Su circulación es típicamente estacional, con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero. Las infecciones por VRS afectan al 75% de los lactantes en su primer año de vida, con un pico de máxima incidencia entre los 2 y los 3 meses de edad. Aproximadamente el 2-3% de los niños con una primo infección por VRS en los primeros 12 meses de vida requiere hospitalización y el 2-6% de ellos ingreso en Cuidados Intensivos.
- ***Rinovirus*** : clásicamente asociado con el catarro común en adultos y niños, es reconocido en la actualidad como el segundo virus más frecuente en la bronquiolitis del lactante. Los rinovirus humanos constituyen un género incluido en una gran familia denominada Picornaviridae, que es la fuente más común de infecciones virales humanas.
- ***Metapneumovirus humano***: El hMPV tiene una distribución estacional, detectándose la mayoría de los casos en los últimos meses de invierno y en los primeros de la primavera. Al igual que ocurre con el VRS, prácticamente no se detecta hMPV en niños sanos sin síntomas respiratorios. Con respecto a la edad, el hMPV afecta predominantemente a lactantes menores de 12 meses de edad, aunque con una media de edad significativamente mayor que VRS.
- ***Boca virus humano*** : Se trata de un virus ADN, perteneciente a la familia Parvoviridae, subfamilia Parvovirinae, género Bocavirus. Los niños de entre 6 meses y 2 años son los de mayor riesgo de sufrir infecciones por este virus, pero la edad media de los niños hospitalizados por bronquiolitis por HBoV se sitúa alrededor de los 9 meses, claramente superior a la del VRS o el hMPV. (p.1)

En el caso del paciente objeto de esta investigación se desconoce la etiología de la de Bronquiolitis, sin embargo según criterios de la investigadora se puede

deducir que la Bronquiolitis es causada por el virus respiratorio sincitial, porque es el agente etiológico más frecuente que causa la Bronquiolitis en lactantes menores de 12 meses.

3.4.2.4 Fisiopatología

El Instituto Europeo de Química, Física y Biología (2021) define la fisiopatología “es una rama de la medicina que estudia los mecanismos por los cuales se originan las distintas enfermedades. También se podría describir por ser la parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad” (parr.3).

Guerrero, (2016, p.2) describe la Fisiopatología por etapas las cuales son: **la Primera etapa e infección:** Inflamación de la vía aérea inferior como respuesta a una infección viral. Se da inoculación del virus por medio de las conjuntivas y fosas nasales del niño, que llegan a las vías respiratorias superiores. A nivel intracelular a través de canales infectan las células adyacentes e esto permite llegar con rapidez al tracto respiratorio inferior, alcanzando el máximo de carga viral al cabo de pocas horas.

Segunda etapa de infección: Activación inicial de una respuesta innata pero posteriormente la respuesta adaptativa se hace presente, una vez infectado el tracto respiratorio inferior; con reclutamiento celular a ese nivel se traduce en inflamación, daño epitelial (edema de la pared) e hipersecreción. La inflamación es predominantemente a nivel de los bronquiolos respiratorios. Como efecto secundario de estos cambios celulares se produce bronca constricción acompañada de acumulación de moco y detritos celulares.

En el caso del paciente objeto de estudio de esta investigación la fisiopatología de la bronquiolitis, se deduce por medio de la investigadora que está asociada todas las etapas anteriormente mencionadas.

3.4.2.5 Manifestaciones clínicas

Sanitas (2023, parr.5) explica que “las manifestaciones clínicas o cuadros clínicos son la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad la realidad, que presenta el enfermo” .

Para Guerrero (2016, p.3) las manifestaciones clínicas de la bronquiolitis en el lactante son inespecíficas, sin embargo, se han establecido los signos y síntomas más frecuentes.

- Primera etapa: tos, coriza, congestión nasal, fiebre baja
- Segunda etapa: taquipnea, sibilancias, crepitaciones, rechazo al alimento, dificultad respiratoria (taquipnea, retracciones intercostales, aleteo nasal, uso de musculatura accesoria, tirajes).
- Signos de gravedad: cianosis (hipoxemia), tórax en tonel (aumento del diámetro anteroposterior del tórax) e hipersónico, historia de apnea, letargia.

En el caso del paciente objeto de estudio presento, Tos persistente, Rinorrea hialina acuosa, rechazo al alimento, aleteo nasal, Dificulta respiratoria, taquipnea, por lo cual fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega.

3.4.2.6 Complicaciones

El Instituto Nacional del Cáncer (2022) define las complicaciones como un problema médico que ocurre durante una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede ser causada por la enfermedad, el procedimiento o el tratamiento.

Mayo clinic (2024) describe que las posibles complicaciones del bronquiolitis incluyan las siguientes:

- Poco oxígeno en el cuerpo.
- Pausas en la respiración, que es más probable que ocurran en bebés prematuros y de menos de 2 meses.

- No poder beber líquidos suficientes. Esto puede provocar deshidratación, cuando se pierde demasiado líquido corporal.
- No poder recibir la cantidad necesaria de oxígeno. Esto se conoce como insuficiencia respiratoria.

En el caso del paciente objeto de estudio presentó todas las complicaciones anteriormente mencionadas.

3.4.2.7 Tratamiento

Según la clínica universidad de navarra (s.f) describe que el término tratamiento en Medicina se refiere al conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente. (Parr.1).

3.4.2.8 Tratamiento Nutricional.

Según Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud (2011) menciona que no existe evidencia sobre si el fraccionamiento de la alimentación, el espesamiento de las tomas, la alimentación por sonda o dejar a dieta absoluta e hidratar por vía endovenosa mejora la clínica o la evolución de los pacientes con bronquiolitis aguda. A partir de la opinión de expertos (SNS) recomiendan, que los pacientes con bronquiolitis aguda tienen riesgo de deshidratarse (por la dificultad para la ingesta secundaria al trabajo respiratorio). Se recomienda, por lo tanto, valorar este aspecto e hidratar al paciente si lo requiere. También se recomienda fraccionar las tomas pequeñas cantidades pero más frecuentes (p.53).

En el caso del paciente objeto de estudio de ésta investigación, se mantuvo en una dieta absoluta, debido a la condición de sedación, y solo recibió hidratación parenteral para mantener las condiciones óptimas de volemia en el cuerpo.

3.4.2.10 Tratamiento terapéutico

Para Pérez et al (2021) un tratamiento terapéutico, tiene como objetivo máximo la curación del paciente. Puede incluir la provisión de fármacos y la indicación de diversas acciones (reposo, un cierto tipo de alimentación, ejercicios físicos) para lograr que la enfermedad se revierta en su totalidad. (Parr.5)

En este caso el tratamiento terapéutico comprende diferentes aspectos que van desde el tratamiento farmacológicos hasta un tratamiento de sostén, que nos permite mejorar las condiciones clínicas del paciente

3.4.2.10.1 Tratamiento de sostén o soporte

La Clínica Universidad de Navarra (2023). describe el tratamiento de sostén, también conocido como tratamiento de soporte, es un enfoque fundamental en el cuidado de los pacientes en el campo de la medicina que se dirige a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, en lugar de curar una enfermedad o afección subyacente. A continuación, se describe el tratamiento de soporte los cuales son:

- ***Posición de la cabeza:*** a 30° con ligera extensión y lateralización de la misma. Mantener la temperatura corporal normal.
- ***Mantenimiento de la hidratación y nutrición:***
 - Mantenimiento de una adecuada hidratación y nutrición, fraccionando las tomas, si se dificultad para la ingesta.
 - Si es posible, mantener la vía oral.
 - Si la FR es de 60 o más, colocar sonda nasogástrica y alimentar fraccionado o por enteral continua de acuerdo a la capacidad gástrica.
 - Si la FR es mayor a 70 por minuto o de 60 o menos con mala mecánica, abundantes secreciones nasales, aleteo y tiraje, ayunar con fluidoterapia intravenosa (vía parenteral), ya que puede favorecer la aspiración de los alimentos. Mantener SNG abierta, especialmente si el paciente requiere dispositivos de oxígeno de alto flujo (máscara o máscara con reservorio

- **Desobstrucción nasal:** mantener permeable la vía aérea alta. Se puede usar solución fisiológica para aspirar las secreciones (no invasiva) antes de las tomas, de saturar, del tratamiento inhalado, de valorar la gravedad del paciente y cuando se objetiven signos de obstrucción de la vía respiratoria alta (ruidos de secreciones). Se debe desalentar el uso de vapor debido a que ocasiona frecuentes quemaduras en la piel y las mucosas, aumentando la obstrucción de la vía aérea superior.
- **Oxigenoterapia:** esta se lleva a cabo con el objetivo de corregir la hipoxia, para lo cual se suministra oxígeno a través de mascarillas faciales o gafas nasales, esto con el propósito de reducir el esfuerzo del paciente para respirar y que las concentraciones de oxígeno sean las idóneas La oxígeno-terapia se suministra de las siguientes formas:
Bajo flujo: en este caso, es un sistema de suministro de oxígeno, donde el oxígeno administrado se mezcla con aire que el paciente inhala de la atmósfera; por lo tanto, la fracción inspiratoria va a
flujo: es un sistema de suministro de oxígeno el cual está caracterizado por aportar todo el oxígeno que el paciente requiere a una densidad constante indistintamente de su patrón ventilatorio. En estudios recientes, se demostró que su utilización mejora las escalas clínicas, las frecuencias tanto cardiaca como respiratorias, lo cual reduce el requerimiento de intubaciones y unidades de cuidados intensivos (UCI)
- **Ventilación con presión positiva:** este se utiliza si inminente se presentara un fallo respiratorio

En el caso del paciente objeto de estudio de esta investigación, al ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátrico se le aplicó un tratamiento de sostén lo cual consistió en Oxigenoterapia de alto flujo a través de 7 litros por minuto. Poco tiempo después se procuró a ventilación mecánica modo IPPV bajo los siguientes parámetros FiO₂: 0,80 VT:0,50 F: 30 T_{insp}: 0,70 PEEP :4

3.4.2.10.2 Tratamiento farmacológico

Según el Instituto nacional del Cáncer (2022) define el tratamiento farmacológico como cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.

Sin embargo, para Saseta, et al (2017, p.3) describe que no existe un tratamiento farmacológico para la bronquiolitis cuya efectividad se haya demostrado, el tratamiento es de sostén. En muchos casos, la estrategia terapéutica empleada carece de evidencia y no consigue alterar el curso natural de la enfermedad.

Por otro lado, Díaz, et al (2020) comenta que hasta el momento no hay un tratamiento farmacológico específico aprobado para la bronquiolitis los pacientes con cuadros leves deben ser manejados sintomáticamente y aislados en su casa. Los casos graves son aislados en los centros de atención pediátrica, y el tratamiento es enfocado principalmente al alivio de los síntomas generales, la oxigenoterapia y, en los casos críticos, al soporte respiratorio, con o sin ventilación mecánica. También, se viene utilizando interferón beta (IFN- β) corticoides, broncodilatadores, antibióticos entre otros. A Continuación, se describe el tratamiento Farmacológico.

- **Broncodilatadores:** en bronquiolitis moderada y severa, realizar un tratamiento inicial de prueba y evaluar la respuesta del paciente, y solo continuar si existe respuesta clínica favorable (nivel de evidencia B). Se estima que solo del 20 a 30% de los niños con bronquiolitis responde a este tratamiento. Administrar con nebulización en los pacientes con máscara (de media a una gota/kilo) y en aerosol en los pacientes con cánula nasal (dos a tres disparos). Por su relativo bajo costo y su baja toxicidad, se recomienda el uso de salbutamol (albuterol). Usar aerocámara en pacientes con un peso superior a cinco kilos. Los pacientes con un peso menor a este pueden presentar dificultad para generar una presión negativa suficiente como para abrir las válvulas de las aerocámaras, por lo que en ellos se recomienda el uso de espaciadores.

- **Solución salina hipertónica (SSH) 3%:** utilizar siempre junto a un broncodilatador, cada 6 horas, reduce la estancia hospitalaria, por lo que se recomienda su uso (nivel de evidencia A). No utilizar en pacientes ambulatorios, dado que el efecto adverso más común es la obstrucción bronquial. La nebulización con SSH (3%) puede disminuir el edema de la mucosa y facilitar la expulsión de tapones de moco. Induce un flujo osmótico de agua dentro de la capa mucosa, rompiendo enlaces iónicos, rehidratando las secreciones, reduciendo su elasticidad y viscosidad y mejorando su expulsión. También estimula el movimiento mucociliar por la liberación de prostaglandina
- **Antibióticos:** no están indicados de inicio (nivel de evidencia A). Podrán utilizarse cuando:
 - Se sospeche sobreinfección bacteriana o ante la sospecha de otra infección asociada, sobre todo en menores de 3 meses
 - Si el paciente presenta fiebre luego de 3 a 5 días de estar internado, aumenta los requerimientos de oxígeno o empeora su estado clínico.
 - En menores de 3 meses con fiebre alta y mal estado general, antes de medicar tomar urocultivo. Cuando se confirma una infección bacteriana en niños con bronquiolitis, luego de la sobreinfección bacteriana pulmonar, tener presente la infección urinaria. También puede asociarse a otitis media aguda; el VSR puede causarla, no siendo posible diferenciarla de una bacteriana y su medicación con antibióticos es habitual. Utilizar ampicilina-sulbactam en menores de 6 meses con bronquiolitis con sobreinfección bacteriana y en mayores de 6 meses con esquema completo de vacunación ampicilina. No usar de rutina claritromicina, salvo en bronquiolitis de forma apnéica o sospecha de infección por Bordetella Pertussis. En menores de 1 mes usar azitromicina durante 5 días.
- **Adrenalina nebulizada:** existe evidencia de que mejora la puntuación clínica y la oxigenación en menores de 6 meses. Su uso deberá ser individualizado y

monitorizado en pacientes graves. La duración de la acción es de 15 a 30 minutos, por lo que deben realizarse nebulizaciones frecuentes. Sus efectos adversos incluyen palidez peribucal, que cede luego de finalizar la nebulización, taquicardia y aumento de la presión arterial sistólica, por lo que solo debe ser utilizada en sala de emergencias o de internación bajo supervisión médica. El tratamiento oscila entre dosis única y dosis repetidas cada 1 a 4 horas.

Dosis: 0,5 mg/kg/dosis. Podrán utilizarse de una a tres ampollas en 3 a 5 ml de solución fisiológica (ampolla 1 mg/ml).

La nebulización con adrenalina debe hacerse con flujo bajo de O2, tiene mejor llegada.

De acuerdo con la historia clínica, el tratamiento aplicado en la Unidad de cuidados intensivos Pediátrico para el paciente objeto de esta investigación está descrito en el cuadro presentado a continuación.

Cuadro 1

Tratamiento farmacológico del paciente

Nombre del Medicamento	Dosis	Vía de administración	Indicaciones
Omeprazol	10mg	E.V	O.D
Aminofelina	250mg	E.V	C/12h
Furosemida	3.5 mg	E.V	C/6h
Vancomicina	105mg	E.V	C/6h
Meropenem	140mg	E.V	C/8h
Flucanazol	49mg	E.V	C/8h
Solumedrol	7mg	E.V	C/6h
Dipirona	0.2ml	E.V	SOS Fiebre
Sulfato de Magnesio 12%	1.7ml	E.V	C/8h
Budesomida	2 puff	Inhalador	C/8h
Salbutamol	2 puff	Inhalador	C/8h
Midalozan	100mg	E.V	24h BIC
HP Solución Dextrosa al 0.45% KCL al 7.5 %	368ml 5 ml	E.V	C/8h

Fuente: Historia clínica del paciente (2024).

En el siguiente apartado se muestran las fichas farmacológicas para el antes mencionado tratamiento farmacológico del paciente objeto de estudio.

3.4.3 Fichas Farmacológicas

Según Mejías et al (2017) las fichas farmacológicas son los objetivos escrito sobre un producto farmacéutico para proporcionar claramente información del fármaco y, por lo tanto, ayudar a mejorar su cumplimiento, así como la de proporcionar información, directa o indirectamente, sobre la forma de utilizar el medicamento de forma segura y eficaz. (p.4)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 2

Ficha Farmacológica del Omeprazol

Acción Farmacológica	Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H ⁺ al lumen gástrico.
Vía de Administración y Dosis	V.O.: 20 mg 1 vez/día. Perfusión I.V.: 40 mg 1 vez/día en un periodo de 20-30 min.
Modo de Administración	Debe administrarse preferentemente por las mañanas.
Indicaciones	Úlceras duodenales y gástricas, erradicación de H. pylori en úlcera péptica, úlcera gástrica y duodenal asociadas a AINES, esofagitis por reflujo, ERGE sintomática, síndrome de Zollinger-Ellison
Interacciones	Reduce absorción de: ketoconazol, itraconazol, posaconazol, erlotinib. Aumenta exposición sistémica de la warfarina y otros antagonistas de la vit. K, cilostazol, diazepam, fenitoína. Inhibe metabolismo hepático de: triazolam, flurazepam y disulfiram. Aumenta concentración sérica de: tacrolimus, metotrexato, saquinavir. Concentración sérica aumentada por: voriconazol, claritromicina. Aumenta biodisponibilidad de: digoxina.
Advertencias y precauciones	Puede aumentar el riesgo de infección gastrointestinal (Salmonella y Campylobacter). No recomendada asociación con: clopidogrel, atazanavir. Reduce absorción de vit. B12. Riesgo de hipomagnesemia en tto. prolongado y en concomitancia con digoxina y fármacos que puedan reducir el nivel plasmático de Mg (ej. Diuréticos). A dosis altas y en tto. prolongado, aumenta el riesgo de fractura de cadera, muñeca y columna. No tomar como medicación preventiva. Riesgo de lupus eritematoso cutáneo subagudo.
Reacciones Adversas	Cefalea, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia, náuseas/vómitos y pólipos gástricos benignos.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a omeprazol, benzimidazoles. Concomitancia con nelfinavir.

Fuente: Vademécum (2016).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 3

Ficha Farmacológica del Aminofilina

Acción Farmacológica	Libera in vivo teofilina, la cual es la forma activa. La teofilina relaja directamente los músculos lisos de los bronquios y de los vasos sanguíneos pulmonares, aliviando el broncospasmo y aumentando las velocidades de flujo y la capacidad vital.
Vía de Administración y Dosis	Administración IV lenta o venoclisis. Ads y niños: dosis de carga: 5-6 mg/kg, en un periodo de 20-30 min; si después se quiere administrar dosis de mantenimiento: niños 6 meses-9 años: 1 mg/kg/h. Después de 12 h, si es necesario continuar con el tto. valorar una ligera reducción de dosis; ads.: 500 mg/kg/h. Después de 12 h, si es necesario continuar con el tto. valorar una ligera reducción de dosis.
Modo de Administración	Debe administrarse preferentemente por las mañanas.
Indicaciones	Asma bronquial. Relajante del músculo liso bronquial. Bronquitis. Enfisema. Alivia la disnea en el tratamiento de EPOC. Se utiliza también en el tto de ICC, angor pectoris y como diurético, así como en el bloqueo auriculoventricular, postinfarto.
Interacciones	El empleo simultáneo de corticosteroides, aminofilina y cloruro de sodio puede ocasionar hipernatremia. Los siguientes medicamentos pueden llegar a causar interacción con la aminofilina: alopurinol, anestésicos orgánicos (especialmente halotano), fenobarbital, carbamazepina, fenitoína, primidona, rifampicina, ?-bloqueadores adrenérgicos sistémicos, timolol oftálmico, broncodilatadores adrenérgicos, cimetidina, eritromicina, troleandomicina, estimulantes del SNC, estrógenos, litio, probenecid, cafeína.
Advertencias y precauciones	Los pacientes que no toleran las xantinas o las etildiaminas pudieran tampoco tolerar aminofilina; en pacientes con I.H. y en ancianos se deberá considerar una reducción de la dosis; se debe tener cuidado cuando se administra en pacientes con antecedentes de úlcera péptica, hipertiroidismo, HTA, arritmias, ICC, disfunción hepática. No se administre si la sol. No es transparente, si contiene partículas en suspensión o sedimentos.
Reacciones Adversas	Dolor en el pecho; hipotensión, palpitaciones; mareos, cefalea, escalofríos e inquietud; fiebre; taquipnea; También puede aparecer dolor, eritema e inflamación en el sitio de aplic.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a la aminofilina o sus componentes (teofilina o etildiamina); niños <6 meses; derivados de las xantinas; administración a intervalos menores a 6 h; excitación psicomotriz; ICC grave; lesión miocárdica aguda; hipertrofia prostática; contraindicación relativa en: enf. Fibroquística de la mama, cor pulmonale, hipoxemia grave y enf. hepática.

Fuente: Vademécum (2015)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 4

Ficha Farmacológica de la Furosemida

Acción Farmacológica	Diurético de asa. Bloquea el sistema de transporte Na + K + Cl - en la rama ascendente del asa de Henle, aumentando la excreción de Na, K, Ca y Mg.
Vía de Administración y Dosis	Vía Oral, IV, IM. ADULTOS Vía oral: - Edema o hipertensión: dosis inicial 20, 40 u 80 mg/24h, mantenimiento 20-40 mg/24h, preferentemente por las mañanas para interrumpir lo menos posible el descanso nocturno. En caso de edema resistente puede aumentarse hasta 80 mg/día. Vía parenteral: - Edema o crisis hipertensivas: 20-40 mg en dosis única administrados como inyección en bolus y aumentar posteriormente según respuesta. - Edema agudo de pulmón: 40 mg en dosis única administrados como inyección en bolus, y otra dosis posteriormente cuando el estado clínico lo requiera. - Oliguria: 250 mg/día (uso hospitalario). Los viales de furosemida pueden administrarse mediante vía intravenosa o intramuscular. La administración intravenosa se puede realizar mediante: - Inyección en bolus de forma lenta, cada 20 mg en uno o dos minutos. - Infusión. En el caso de que se deban administrar grandes dosis de furosemida. La administración intramuscular se llevará a cabo cuando no se puedan emplear la oral o la intravenosa, no siendo aconsejable para tratar situaciones de urgencia
Modo de Administración	- Vía oral. Administrar con el estómago vacío. Los comprimidos deben ser tragados sin masticar y con cantidades suficientes de líquido. - Vía IV: inyectar o infundirse lentamente, a velocidad no superior a 4 mg por minuto. Vía IM: se utilizará cuando la administración oral o intravenosa no sean posibles. No se recomienda esta vía en situaciones agudas de edema pulmonar.
Indicaciones	- Oral: edema asociado a ICC, cirrosis hepática (ascitis), y enfermedad renal, incluyendo síndrome nefrótico (tiene prioridad el tratamiento de la enfermedad. básica). Edemas subsiguientes a quemaduras. HTA leve y moderada. - Inyectable: edema asociado a ICC, cirrosis hepática (ascitis), y enfermedad renal, incluyendo síndrome nefrótico, Edema de pulmón, Como medida coadyuvante en el edema cerebral. Edemas subsiguientes a quemaduras.
Interacciones	Efecto disminuido por: sucralfato, AINE, salicilatos, fenitoína; probenecid, metotrexato y otros fármacos con secreción tubular renal significativa. Potencia ototoxicidad de: aminoglucósidos, cisplatino y otros fármacos ototóxicos. Potencia nefrotoxicidad de: antibióticos nefrotóxicos, cisplatino. Disminuye efecto de: antidiabéticos, simpaticomiméticos con efecto hipertensor. Aumenta efecto de: relajantes musculares tipo curare, teofilina, antihipertensores, Riesgo de hipocaliemia con: corticosteroides, carbenoxolona, regaliz, laxantes. Riesgo elevado de artritis gotosa 2 aria a hiperuricemia con: ciclosporina A. Disminución de excreción renal de uratos por: ciclofosfamida. Disminución de función renal con: altas dosis de

	cefalosporinas. Mayor riesgo de nefropatía con: radiocontraste sin hidratación.
Advertencias y precauciones	Ancianos. Monitorización en pacientes con: obstrucción parcial de la micción, hipotensión, estenosis significativa de arterias coronarias y de vasos sanguíneos irrigan al cerebro, diabetes mellitus latente o manifiesta, gota, síndrome hepatorenal, hipoproteinemia, niños prematuros (desarrollo de nefrocalcinosis/nefrolitiasis). Controlar niveles séricos de sodio, potasio y creatinina durante el tratamiento sobre todo en pacientes que presenten un alto riesgo de desarrollar desequilibrio electrolítico o en casos de pérdida adicional de fluidos significativa (p. ej. debida a vómitos, diarrea o sudoración intensa). Corregir la deshidratación, hipovolemia así como cualquier alteración significativa electrolítica y del equilibrio ácido-base.
Reacciones Adversas	Alteraciones electrolíticas (incluyendo las sintomáticas), deshidratación e hipovolemia, nivel de creatinina en sangre elevada y nivel de triglicéridos en sangre elevado; aumento del volumen de orina; hipotensión incluyendo hipotensión ortostática (perfus. IV); encefalopatía hepática en pacientes con insuficiencia hepatocelular; hemoconcentración.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a furosemida o sulfonamidas. Hipovolemia o deshidratación. I.R. anúrica que no responda a furosemida. Hipopotasemia grave. Hiponatremia grave. Estado precomatoso y comatoso asociado a encefalopatía hepática. Lactancia.

Fuente: Vademécum (2022).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 5

Ficha Farmacológica de la Vancomicina

Acción Farmacológica	Bactericida que inhibe la biosíntesis de la pared celular bacteriana, interfiere en la síntesis de ARN y daña la membrana celular bacteriana.
Vía de Administración y Dosis	Perfusión IV (en mín. 60 min). Adultos y adolescentes > 12 años: 1 g/12 h o 500 mg/6 h o 30-40 mg/kg/día en 2-4 dosis. Niños 1 mes-12 años: 10 mg/kg c/6 h. Recién nacidos (a término): 0-7 días de edad: inicial 15 mg/kg seguido de 10 mg/kg c/12 h; de 7 a 30 días de edad: inicial 15 mg/kg seguido de 10 mg/kg c/8 h.
Modo de Administración	Administrar únicamente como perfusión IV lenta (no más de 10 mg/min durante al menos 60 min) que esté suficientemente diluida (al menos 100 ml para 500 mg o al menos 200 ml para 1.000 mg). En el caso de pacientes que precisen restringir el volumen de líquido perfundido, se puede administrar una solución de 500 mg/50 ml o 1.000 mg/100 ml.
Indicaciones	Infecciones graves causadas por bacterias gram+ sensibles a la vancomicina que no pueden tratarse, no responden o son resistentes a otros antibióticos, como penicilinas o cefalosporinas: endocarditis, infecciones óseas, neumonía, infecciones de tejidos blandos.
Interacciones	Concomitancia con fármacos oto o nefrotóxicos; concomitancia con anestésicos; evitar extravasación en infusión. IV.; hipersensibilidad a teicoplanina.
Advertencias y precauciones	Perfundir en un periodo no < 60 min; ancianos, alteración renal, pérdida auditiva previa, realizar hemograma periódico en tto. prolongado o en concomitancia con fármacos nefrotóxicos u ototóxicos; monitorizar función renal y la capacidad auditiva; se ha asociado a eritema y reacción anafilactoide en niños; riesgo de colitis pseudomembranosa y crecimiento de microorganismos no susceptibles;
Reacciones Adversas	Hipotensión, disnea, estridor, exantema e inflamación de las mucosas, prurito, urticaria; I.R. manifiesta principalmente por aumento de creatinina sérica; flebitis y rubefacción de la parte superior del cuerpo y cara.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad.

Fuente: Vademécum (2016).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 6

Ficha Farmacológica del Meropenem

Acción Farmacológica	Bactericida. Inhibe síntesis de pared celular bacteriana en bacterias Gram+ y Gram-, ligándose a proteínas de unión a penicilina.
Vía de Administración y Dosis	Perfus. IV durante 15-30 min (o bolus IV de 5 min para dosis ≤ 1 g en ads., adolescentes y niños con p.c. > 50 kg o para dosis 20 mg/kg en niños 3 meses-11 años con p.c. ≤ 50 kg). Dosis recomendadas: - Neumonía grave (incluyendo la adquirida en el hospital y asociada a ventilación), infección complicada del tracto urinario, complicada intra-abdominal, complicada de piel y tejidos blandos. Ads., adolescentes y niños con p.c. > 50 kg: 500 mg o 1 g/8 h; niños 3 meses-11 años con p.c. ≤ 50 kg: 10 o 20 mg/kg/8 h. - Infección intra- y post-parto. Ads. y adolescentes: 500 mg o 1 g/8 h. - Infección broncopulmonar en fibrosis quística y meningitis bacteriana aguda. Ads., adolescentes y niños con p.c. > 50 kg: 2 g/8 h; niños 3 meses-11 años y p.c. ≤ 50 kg: 40 mg/kg/8 h. - Tto. de pacientes con neutropenia febril que se sospecha por infección bacteriana. Ads., adolescentes y niños con p.c. > 50 kg: 1 g/8 h; niños 3 meses-11 años y p.c. ≤ 50 kg: 20 mg/kg/8 h. Infecciones por Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp. o infecciones muy graves pueden requerir hasta 2 g/8 h en ads. y adolescentes, y hasta 40 mg/kg/8 h en niños. Niños < 3 meses: seguridad/eficacia no establecidas, datos limitados sugieren 20 mg/kg/8 h.
Modo de Administración	Administrar por perfusión IV durante 15 a 30 minutos o mediante bolus IV de 5 min para dosis de hasta 20 mg/kg.
Indicaciones	Administrar por perfusión IV durante 15 a 30 minutos o mediante bolus IV de 5 min para dosis de hasta 20 mg/kg. Infección intra- y post-parto. Infección broncopulmonar en fibrosis quística y meningitis bacteriana. Tto. de pacientes con neutropenia febril que se sospecha por infección bacteriana. Infecciones por Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp. o infecciones muy graves.
Interacciones	Excreción renal inhibida por: probenecid. Aumenta efecto anticoagulante de: anticoagulantes orales (monitorizar INR). Riesgo de incompatibilidad y formación de precipitados con: ciprofloxacino.
Advertencias y precauciones	Antecedente de hipersensibilidad a carbapenémicos y β -lactámicos, suspender en caso de reacción alérgica grave; I.R., ajustar dosis con $\text{Clcr} < 51$ ml/min; I.H., monitorizar; riesgo de: colitis asociada a antibióticos, colitis pseudomembranosa, convulsiones y de toxicidad hepática; evitar concomitancia con ác. valproico/valproato de sodio/valpromida o medicamentos que inhiban el peristaltismo; niños < 3 meses.
Reacciones Adversas	Trombocitemia; cefalea; diarrea, vómitos, náuseas, dolor abdominal; aumento de transaminasas, fosfatasa alcalina sanguínea y deshidrogenasa láctica sanguínea, rash, prurito; en lugar iny.: inflamación, dolor.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a carbapenémicos e hipersensibilidad grave a β -lactámicos.

Fuente: Vademécum (2017)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 7

Ficha Farmacológica de la Fluconazol

Acción Farmacológica	Antifúngico. Inhibe la síntesis fúngica de esteroides. Antimicótico.
Vía de Administración y Dosis	Oral/infus. IV: tto. de la meningitis criptocócica. Ads.: 400 mg el 1 ^{er} día, seguido de 200-400 mg, 6-8 días (en casos graves aumentar a 800 mg/día). Niños de 28 días a 11 años: 6-12 mg/kg/día; máx. 400 mg/día. Recaídas de meningitis criptocócica en pacientes con alto riesgo de recidivas. Ads: 200 mg/día. Niños de 28 días a 11 años: 6 mg/kg/día; máx. 400 mg/día. Candidiasis invasiva. Ads.: 800 mg el 1 ^{er} día, seguido de 400 mg, 2 sem. Niños de 28 días a 11 años: 6-12 mg/kg/día; máx. 400 mg/día. Oral:- Candidiasis vaginal aguda y recurrente, balanitis por Candida. Ads.: 150 mg, dosis única.
Indicaciones	Meningitis criptocócica.- Coccidioidomicosis.- Candidiasis invasiva.- Candidiasis de las mucosas incluyendo las candidiasis orofaríngea y esofágica, candiduria y candidiasis mucocutánea crónica. - Candidiasis oral atrófica crónica (asociada al uso de prótesis dentales) cuando la higiene dental o el tto. tópico sean insuficientes.- Recaídas de meningitis criptocócica en pacientes con alto riesgo de recidivas. - Recaídas de Candidiasis orofaríngea y esofágica en pacientes con infección por VIH quienes tienen gran riesgo de experimentar recaídas. Candidiasis vaginal aguda o recurrente cuando la terapia local no sea adecuada.
Interacciones	Riesgo de prolongación del intervalo QT con: amiodarona, Concentración disminuida por: rifampicina. Concentración aumentada por: hidroclorotiazida. Prolonga efecto de: sulfonilureas (mayor vigilancia de glucemia y ajustar dosis), alfentanilo Aumenta niveles de: amitriptilina y nortriptilina, benzodiacepinas de acción corta, carbamazepina, antagonistas de canales Ca (monitorizar efectos adversos), celecoxib (reducir dosis a ½), AINE (vigilar efectos adversos y síntomas de toxicidad), fenitoína, tacrolimus oral (riesgo de nefrotoxicidad, alcaloides de la vinca, zidovudina Prolongación tiempo de protrombina con: anticoagulantes tipo cumarínico o indandiona, ajustar dosis y monitorizar. Riesgo de elevación de niveles séricos de bilirrubina y creatinina con: ciclofosfamida.
Advertencias y precauciones	No recomendado en Tinea capitis, criptococosis en otros lugares ni en otras formas de micosis endémicas (paracoccidioidomicosis, esporotricosis linfocutánea e histoplasmosis); I.R./I.H.; vigilar PFH en caso de alteración, se ha asociado con hepatotoxicidad, suspender si aparecen signos/síntomas; riesgo de reacción cutánea exfoliativa, si aparece exantema en infección fúngica superficial, suspender administración; en infección fúngica invasiva o sistémica, controlar, e interrumpir en caso de lesión bullosa o eritema multiforme; pacientes con riesgo de prolongación QT (alteración anatómica del corazón, anomalía electrolítica, medicación concomitante);
Reacciones Adversas	Cefalea; dolor abdominal, vómitos, diarrea, náuseas; aumento de ALT, AST y fosfatasa alcalina; erupción
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a compuestos azólicos; concomitancia con fármacos que prolongan intervalo QT y metabolizados por el CYP3A4: cisaprida, astemizol, pimozida,

quinidina, eritromicina y terfenadina si dosis múltiples fluconazol $\geq$ 400 mg.

Fuente: Vademécum (2017)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 8

Ficha Farmacológica de Metilprednisolona (solumedrol)

Acción Farmacológica	Interacciona con unos receptores citoplasmáticos intracelulares específicos. Una vez formado el complejo receptor-glucocorticoide, éste penetra en el núcleo, donde interactúa con secuencias específicas de ADN, que estimulan o reprimen la transcripción génica de ARNm específicos que codifican la síntesis de determinadas proteínas en los órganos diana que, en última instancia, son las auténticas responsables de la acción del corticoide.
Vía de Administración y Dosis	Oral. En general, inicial ads.: 12-80 mg/día, niños: 0,8-1,5 mg/kg, máx. 80 mg/día; mantenimiento ads.: 4-8 mg, máx. 16 mg/día; niños: 2-4 mg, máx. 8 mg/día. Tto. sustitución: 4-8 mg/día, EPOC y reacciones alérgicas: inicial: 16-40 mg/día, mantenimiento: 4-8 mg/día. Trastorno pulmonar intersticial: inicial: 24-40 mg/día, mantenimiento: 4-12 mg/día. Fiebre reumática aguda: hasta 1 mg/kg, 1 sem. Colitis y enf. Crohn: inicial: 40-80 mg/día, reducir gradualmente. Enf. autoinmune: inicial: 40-160 mg/día, reducción gradual a dosis mantenimiento. Enf. hemática y cutánea: inicial: 80-160 mg/día, - Parenteral. En general, ads.: IV, IM: 20-40 mg/día, niños: 8-16 mg/día. En casos graves, si en 30 min no se alcanza efecto suficiente, puede repetir iny. hasta máx. 80 mg.
Modo de Administración	Vía oral: los comprimidos serán ingeridos sin masticar, durante o inmediatamente después de una comida. Se recomienda tomar la dosis total diaria por la mañana.
Indicaciones	Tto. de sustitución en insuf. adrenal. A dosis farmacológicas por su acción antiinflamatoria e inmunosupresora está indicada en: asma persistente severa, EPOC, , enf. reumáticas como artritis reumatoide, artritis gotosa aguda, lupus eritematoso sistémico, polimiositis, colitis ulcerosa, enf. de Crohn, enf. hepáticas como la hepatitis crónica activa de origen autoinmune, síndrome nefrótico, anemia hemolítica adquirida Parenteral: en estados graves de asma, shock anafiláctico, intoxicaciones accidentales por venenos de insectos y serpiente, edema cerebral.
Interacciones	. Efecto disminuido por: barbitúricos, fenitoína, primidona, rifampicina, carbamazepina, rifabutina. Aumenta riesgo de hemorragia gastrointestinal con: AINE, salicilatos, alcohol. Reduce efecto de: antidiabéticos orales, derivados cumarínicos. Aumento de hipopotasemia con riesgo de toxicidad con: amfotericina B, diuréticos. Reducción del efecto de: anticoagulantes orales Vigilar signos de toxicidad de: ciclosporina. Efecto potenciado y/o toxicidad por: diltiazem, estrógenos
Advertencias y precauciones	Colitis ulcerosa con riesgo de perforación, abscesos o inflamaciones purulentas, diverticulitis, anastomosis intestinales recientes, hipertensión grave e insuf. cardíaca, I.R., hipotiroidismo, cirrosis hepática, diabetes (ajustar antidiabético), situación de estrés (aumentar dosis), niños (sólo en

	casos de urgencia), miastenia gravis, osteoporosis, ancianos, trastornos tromboembólicos; puede enmascarar signos de una infección o producir nuevas por disminuir la respuesta inmune; en infección grave, utilizar en combinación con tto. causal correspondiente
Reacciones Adversas	Obesidad troncal, cara de luna llena, aumento de glucemia, aumento de peso, diabetes por esteroides, cambios en las fracciones de lípidos séricos, lipomatosis, trastornos de la secreción de hormonas sexuales como amenorrea o hirsutismo; retención de sodio y acumulación de agua en los tejidos, aumento de la excreción de potasio, hipopotasemia, aumento de la congestión pulmonar e hipertensión en pacientes con insuf. cardíaca, vasculitis, aumento de la presión intracraneal con papiledema (pseudotumor cerebral); atrofia cutánea, estrías, acné, equimosis, petequias; enlentecimiento de la cicatrización de las heridas, leucocitosis; osteoporosis por esteroides, en casos graves con riesgo de fracturas; hepatitis, enzimas hepáticas aumentadas, colestasis y daño hepático hepatocelular que incluye insuficiencia hepática aguda.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al principio activo o a otros glucocorticoides; no debe ser administrado en los siguientes casos: úlceras gástricas o duodenales (riesgo de empeoramiento); desmineralización ósea grave (osteoporosis) (riesgo de empeoramiento).

Fuente: Vademécum (2017).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 9

Ficha Farmacológica del Tematizól Sódico

Acción Farmacológica	Pirazolona analgésica no ácida, no narcótica, con efectos analgésicos, antipiréticos y espasmolíticos.
Vía de Administración y Dosis	V.O.: 3 ó 4 veces/día (cada 6 a 8 horas) Niños: 10-12mg/kg/dosis. Adultos: 0,5-1g/dosis. Vía I.M.: máx. 3 veces/día. Niños: ½ amp. Adultos: 1 amp.
Modo de Administración	Gotas, inyectable, tabletas y jarabe. Las gotas orales en solución se administran con un poco de agua.
Indicaciones	Dolor (posoperatorio o postraumático, tipo cólico o de origen tumoral) y fiebre graves y resistentes.
Interacciones	Disminuye nivel plasmático de: ciclosporina. Efecto sinérgico con: alcohol.
Advertencias y precauciones	En caso de agranulocitosis o neutropenia interrumpir tto. Mayor riesgo de reacciones anafilácticas: pacientes con asma bronquial, especialmente con rinosinusitis poliposa; urticaria crónica; intolerancia al alcohol y a colorantes y/o conservantes. Riesgo de hipotensión en pacientes con: hipotensión, hipovolemia, deshidratación, inestabilidad o insuficiencia circulatoria, fiebre alta, enf. cardíaca coronaria o estenosis de vasos sanguíneos cerebrales.
Reacciones Adversas	Reacciones anafilácticas leves: síntomas cutáneos y mucosas, disnea, síntomas gastrointestinales; y severas: urticaria, angioedema, broncoespasmo, arritmias cardíacas, hipotensión, shock circulatorio. Color rojo en orina.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad o agranulocitosis previa a pirazolonas; función de la médula ósea deteriorada o trastornos sistema hematopoyético; broncoespasmo o reacciones anafilácticas (p. ej. urticaria, rinitis, angioedema) por analgésicos; porfiria aguda intermitente; deficiencia congénita de G6PDH; niños < 3 meses o peso < 5 kg.

Fuente: Guía Spilva de las Especialidades Farmacéuticas (2004) y Vademécum (2019)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 10

Ficha Farmacológica del sulfato de Magnesio al 12%

Acción Farmacológica	el magnesio, catión principalmente intracelular, disminuye la excitabilidad neuronal y la transmisión neuromuscular. Interviene en numerosas reacciones enzimáticas. Es un elemento constitutivo; la mitad del magnesio del organismo se encuentra en los huesos.
Vía de Administración y Dosis	Iny. IV. Ads:- Tto. curativo de la torsade de pointes: bolo IV de 8 mmol de catión Mg + infus. continua de 0,012-0,08 mmol de catión Mg/min (3-20 mg/min de sulfato de Mg).- Tto. de la hipopotasemia aguda asociada a una hipomagnesemia: infus. IV de 24-32 mmol de catión Mg/día (6-8 g/día de sulfato de Mg).- Aportes de magnesio durante el reequilibrio electrolítico y la nutrición parenteral: infus. IV de 6-8 mmol/día de catión Mg (1,5 g-2 g/día de sulfato de Mg).- Tto. preventivo y curativo de la crisis de eclampsia: infus. IV de 16 mmol de catión Mg (4 g de sulfato de Mg) durante 20-30 min; si persiste, administrar otra infus. de 16 mmol. Dosis máx. acumulada: 32 mmol de catión Mg durante la 1 ^{era} hora (8 g de sulfato de Mg). Después, infus. continua de 8-12 mmol de catión Mg/h (2-3 g/h de sulfato de Mg) durante las 24 h posteriores a la última crisis. Niños: 0,1-0,3 mmol/kg de catión Mg/día (25-75 mg/kg/día de sulfato de Mg)
Indicaciones	Tto. curativo de la torsade de pointes. Tto. de la hipopotasemia aguda asociada a una hipomagnesemia Aportes de magnesio durante el reequilibrio electrolítico y la nutrición parenteral Tto. preventivo y curativo de la crisis de eclampsia.
Interacciones	Prolongación del bloqueo neuromuscular y riesgo de depresión respiratoria con: barbitúricos, opiáceos e hipnóticos.- Precaución con: glucósidos digitálicos.
Advertencias y precauciones	Administrar a velocidad máx. 150 mg/min de sulfato de Mg (0,6 mmol/min de catión de Mg); controlar función renal, tensión arterial y magnesemia; reducir posología en I.R. leve-moderada; no administrar con sales de Ca; utilizar en situaciones de emergencia (no deficiencia de Mg leve-moderada) y suspender el tto. si aparece hipotensión, bradicardia, concentraciones séricas > 2,5 nmol/L o si desaparece el reflejo rotuliano (reflejo tendinoso profundo); miastenia gravis o síndrome de Eaton- Lamber
Reacciones Adversas	Pérdida de reflejos; hipotensión, rubor; sensación de calor, hipotermia y dolor en el punto de iny.; depresión respiratoria debido al bloqueo neuromuscular.

Contraindicaciones	Hipersensibilidad; I.R. grave (Clcr < 30 ml/min.); no se recomienda en asociación con derivados de la quinidina; taquicardia; insuf. cardíaca; lesión miocárdica; infarto; I.H.
---------------------------	---

Fuente: Vademécum (2015).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 11

Ficha Farmacológica de la Budesonida

Acción Farmacológica	Antiinflamatorio local, inhibe la liberación de mediadores inflamatorios y la respuesta inmune mediada por citoquinas.
Vía de Administración y Dosis	Vía inhalatoria:- Suspensión para nebulizador: al inicio de tto. con glucocorticoides, períodos de asma grave, reducción o interrupción de glucocorticoides orales. Ads., ancianos y niños > 12 años: 0,5-2 mg/día, máx. 4 mg/día; niños > 6 meses: 0,25-1 mg/día, máx. 2 mg/día. Mantenimiento, ads., ancianos y niños > 12 años: 0,5-4 mg/día; niños > 6 meses: 0,25-2 mg/día. Administrar 1 ó 2 veces/día, considerar 1 vez/día en asma estable leve-moderado con mantenimiento 0,25-1 mg/día. Seudo crup en lactantes y niños: 2 mg/día o en 2 dosis separadas 30 min. Si no hay mejoría, se puede repetir la dosificación cada 12 h, máx. cada 36 h. - Suspensión para inhalación. Ads. y ancianos: 200-1.600 mcg/día. Niños > 7 años: 200-800 mcg/día. Niños 2-7 años: 200-400 mcg/día. Dosis diarias divididas en 2-4 administraciones. - Sol. para inhalación: 200 mcg 2 veces/día. En período de asma grave hasta 1.600 mcg/día. Pacientes bien controlados: 200 mcg/día.
Indicaciones	Tto. de mantenimiento para la inflamación subyacente de vías respiratorias en asma bronquial y EPOC. Tto. de pseudo crup muy grave (laringitis subglótica) en el que está indicada la hospitalización
Interacciones	Metabolismo incrementado y exposición sistémica reducida por: inductores potentes de CYP3A4 (p. ejemplo rifampicina), se desconoce si afecta a exposición pulmonar. El test de estimulación con ACTH para el diagnóstico de insuf. pituitaria puede mostrar falsos positivos (valores inferiores).
Advertencias y precauciones	Control y cuidado especial con tuberculosis pulmonar, e infección vírica, fúngica o de otro tipo en vías respiratorias. Bronquiectasias y neumoconiosis. I.H. grave, monitorizar función eje hipotálamico pituitario adrenocortical. Vigilar posible alteración de función suprarrenal en el cambio de corticoide oral a inhalado, en sujetos que precisaron tto. emergencia con corticoide parenteral a altas dosis, o en tto. inhalado a dosis altas durante largos períodos; posible necesidad de tto. adicional con corticoide oral
Reacciones Adversas	Iritación leve de garganta y de mucosa oral, disfonía, dificultad para tragar, candidiasis orofaríngea, ronquera, tos; visión borrosa

Contraindiciones	Hipersensibilidad; niños < 6 años; tuberculosis pulmonar activa
-------------------------	---

Fuente: Vademécum (2015).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 12

Ficha Farmacológica del Salbutamol

Acción Farmacológica	Agonista selectivo β_2 -adrenérgico del músculo liso bronquial, proporciona broncodilatación de corta duración en obstrucción reversible de vías respiratorias. Con poca o ninguna acción sobre receptores β_1 -adrenérgicos del músculo cardíaco.
Vía de Administración y Dosis	Oral, ads. y niños >> 12 años: 2-4 mg/6-8 h u 8 mg/12 h; niños 6-12 años: 2 mg/6-8 h; niños 2-6 años: 1-2 mg/6-8 h. Parenteral, ads., SC/IM: 8 mcg/kg (cada 4 h si es preciso); IV muy lenta: 4 mcg/kg (repetir si es necesario). No excluye la necesidad de una terapia corticoidea.
Indicaciones	Prevención y tto. sintomático del broncoespasmo en asma bronquial y en otros procesos asociados a obstrucción reversible de vías respiratorias. Alivio del broncoespasmo severo y tto. del "status asmaticus".
Interacciones	No administrar con: β -bloqueantes no selectivos (propranolol). Interacciona con: hidrocarburos anestésicos por inhalación, antidepresivos tricíclicos, maprotilina, antihipertensivos y glucósidos digitálicos. Vía parenteral: no administrar en la misma jeringa o infus. que otros fármacos
Advertencias y precauciones	Tirotoxicosis. Enf. cardíaca subyacente grave (por ej. isquemia cardíaca, arritmia o insuf. cardíaca grave), vigilar síntomas de empeoramiento. Riesgo de acidosis láctica en administración IV, principalmente en exacerbación aguda del asma, controlar lactato sérico; de cetoacidosis en caso de diabetes mayor riesgo de hipopotasemia grave en tto. del asma agudo grave. esteroides, diuréticos y por hipoxia, controlar K sérico
Reacciones Adversas	Temblor, cefalea, taquicardia, palpitaciones, calambres musculares
Contraindicaciones	Hipersensibilidad

Fuente: Vademécum (2016)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 13

Ficha Farmacológica del Midazolam

Acción Farmacológica	Incrementa la actividad del GABA al facilitar su unión con el receptor GABAérgico
Vía de Administración y Dosis	IV: ads. < 60 años: inicial: 2-2,5 mg; dosis de ajuste: 1 mg; total: 3,5-7,5 mg. Ads. ≥ 60 años/debilitados o con enf. crónicas: inicial: 0,5-1 mg; ajuste: 0,5-1 mg; total: < 3,5 mg. Niños de 6 meses a 5 años: inicial: 0,05-0,1 mg/kg; total: < 6 mg. Niños de 6-12 años: inicial: 0,025-0,05 mg/kg; total: < 10 mg. Rectal: niños > 6 meses: 0,3-0,5 mg/kg. IM: niños 1-15 años: 0,05-0,15 mg/kg. Sedación en UCI: IV: ads.: inicial: 0,03-0,3 mg/kg en incrementos de 1-2,5 mg; mantenimiento: 0,03-0,2 mg/kg/h. Recién nacidos < 32 sem de edad gestacional: 0,03 mg/kg/h. Recién nacidos > 32 sem. y hasta 6 meses: 0,06 mg/kg/h. Niños > 6 meses: inicial 0,05-0,2 mg/kg/h; mantenimiento: 0,06-0,12 mg/kg/h. Solución para infusión: diluir 15 mg en 100-1.000 ml de ClNa 0,9% o glucosa 5% y 10% o levulosa 5% o solución de Ringer y de Hartmann, las soluciones más concentradas pueden precipitar. Niños con peso < a 15 kg no utilizar concentraciones de midazolam > 1 mg/ml.
Indicaciones	Sedación consciente antes y durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos con o sin anestesia local- Premedicación de la anestesia Sedación en UCI
Interacciones	acción y toxicidad potenciada por: verapamilo, diltiazem, posaconazol, eritromicina, claritromicina, roxitromicina, atorvastatina, nefazodona. Acción potenciada por: antipsicóticos, hipnóticos, ansiolíticos/sedantes, antidepresivos, analgésicos narcóticos, antiepilépticos, anestésicos, antihistamínicos sedantes, antihipertensivos de acción central. Disminución de concentración mínima alveolar de anestésicos inhalados (vía IV).
Advertencias y precauciones	Niños, ancianos, insuf. respiratoria crónica, I.H., I.R., alteración de la función cardíaca, miastenia gravis. Riesgo de inducir amnesia anterógrada, reacciones psiquiátricas y paradójicas (más frecuentes en niños y ancianos). Después de un uso continuado hay riesgo de tolerancia, dependencia (física y psíquica). La interrupción brusca tras un uso continuado provoca síndrome de abstinencia. No usar en ansiedad asociada a depresión ni como tto. Precaución extrema en recién nacidos y lactantes prematuros, riesgo de apnea.
Reacciones Adversas	Sedación, somnolencia, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria; náuseas y vómitos.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a benzodiazepinas, miastenia gravis, insuf. respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño, niños (oral), I.H. grave, tto. concomitante (oral) con ketoconazol, itraconazol, voriconazol, inhibidores de la proteasa del VIH incluyendo las formulaciones de inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, para sedación consciente de pacientes con insuf. respiratoria grave o depresión respiratoria aguda.

Fuente: Vademécum (2016).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 14

Ficha Farmacológica del sulfato de Magnesio al 12%

Acción Farmacológica	La glucosa disminuye el catabolismo proteico, por lo que ahorra proteínas de manera que el balance nitrogenado se mantiene con menos cantidad de proteínas. La administrarse de glucosa suprime la cetosis (en la Diabetes Mellitus se requiere insulina). Es casi la única fuente de energía que usa el SNC. Estas sol. contienen además sodio cuando es el principal componente catiónico del líquido extracelular, manteniendo en parte la presión osmótica de los líquidos corporales. Asimismo, interviene en la excitación y permeabilidad celular.
Vía de Administración y Dosis	i.v.:cloruro de sodio/glucosa solución inyectable, mediante venoclis. ads. y niños: la dosis varía de acuerdo al estado hidroeletrolítico, edad, p.c., condiciones cardiovasculares y renales y al padecimiento de cada paciente en particular. Solución 2.5 meq/lt., el potasio deberá ser administrado a una velocidad que no exceda los 10 meq/h usando la concentración de 20 meq/l. la concentración de 40 meq de potasio por litro puede ser indicada en pacientes con deficiencias más severas de potasio. la dosis total para 24 h. por lo general no deberá exceder de 200 meq de potasio
Indicaciones	cloruro de sodio/glucosa solución inyectable: deshidratación isotónica que requieren aporte calórico y electrolítico, acidosis moderada, hipovolemia. combinación rubin calcagno: en pacientes pediátricos con desequilibrio hidroeléctrico por diarrea y vómitos, con mayor aporte energético que la combinación habitual. solución 1x1 solución 2,5/0,45 g: deshidratación, ttto. preventivo de la deshidratación, vehículo para aporte terapéutico. en los estados posoperatorios, en trastornos gastrointestinales o en caso de vómitos persistentes como la hiperemesis gravídica; en la etapa posingestión de bebidas alcohólicas, en quemaduras.
Advertencias y precauciones	cloruro de sodio/glucosa solución inyectable: i.r. (0 ml/min - 80 ml/min), recién nacido menor de 1 mes (0 - 1 mes); interacciones con insulina, que disminuye los niveles séricos de glucosa. combinación rubin calcagno: no se administre en pacientes con hiperglucemia o diabéticos conocidos; se debe restringir el uso en pacientes con edema, con o sin hiponatremia; en i.c. y/o i.r. y en el edema pulmonar.solución 1x1 solución 2,5/0,45 g: administrar por infus. i.v. lenta; respetar las condiciones de utilización del medicamento; vigilancia clínica durante el ttto.; vigilancia de la fosfatemia, glicosuria, glucemia, potasemia, balance lipídico e ionograma plasmático durante el ttto
Reacciones Adversas	cloruro de sodio/glucosa solución inyectable: icc; trastorno hidroeletrolítico; poliuria. trombosis venosa o flebitis en el sitio de inyec., extravasación e hipervolemia

Contraindicaciones	cloruro de sodio/glucosa solución inyectable: acidosis hiperclorémica; ascitis cirrótica; coma hiperosmolar; diabetes descompensada; edema cirrótico; edema pulmonar; hipercloremia; hiperglucemia; hiperlactatemia; hipernatremia; hta; hipertensión intracraneal (con edema cerebral); icc; i.r. aguda; intolerancia a la glucosa; retención de sodio; retención hídrica; traumatismo craneal.
---------------------------	--

Fuente: Vademécum (2015).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 15

Ficha Farmacológica del Cloruro de Potasio al 7.5% (KCL)

Acción Farmacológica	Reposición hidroelectrolítica y alimentación parenteral.
Vía de Administración y Dosis	Perfus. IV previa dilución homogénea (velocidad de perfus. 10 mmol/h, máx. 20 mmol/h). Dosis individualizada en función de grado de hipopotasemia y situación clínica. Dosis normal: 0,8-2 mmol de K/kg de p.c. Dosis máx.: 2-3 mmol/kg/día (200 mmol/día). 1 g ClK = 13,4 mmol o 524 mg de K.
Indicaciones	Tto. de los déficits de potasio (tratamientos prolongados con diuréticos depletores de potasio, intoxicación por digitálicos, baja entrada de potasio en la dieta, vómitos y diarrea, alcalosis metabólica, terapia de corticosteroides, excreción renal elevada por acidosis y hemodiálisis).
Interacciones	Acción potenciada por: amilorida, espironolactona, triamtereno, canreonato de potasio, eplerenona. Riesgo de hiperpotasemia grave con: IECA, AINE, ciclosporina, tacrolímús, sales potásicas de penicilina. Precaución con: quinidina, tiazidas, glucocorticoides, mineralocorticoides, digoxina, resinas de intercambio iónico.
Advertencias y precauciones	Administrar lentamente (10 mmol/h); realizar controles frecuentes del ECG y monitorización de electrolitos; control del ionograma sérico del paciente, programando dosis individualizada según sus necesidades
Reacciones Adversas	Sedación, somnolencia, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria; náuseas y vómitos.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad; insuf. adrenal; hipercaliemia; I.R.; tto. con digitálicos, con bloqueo cardíaco severo o completo; oliguria postoperatoria; shock con reacciones hemolíticas y/o deshidratación; acidosis metabólica; tto. concomitante con diuréticos ahorradores de potasio.

Fuente: Vademécum (2016)

3.5 Atención de Enfermería: Marco teórico y metodológico.

Cisneros (2005) describe “ las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado” (p.2)

Cisneros también explica que los modelos en general presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan solo una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Son representaciones de la realidad de la práctica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la relación entre los factores físicos, psicológicas que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados.

Estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería.

El Proceso Enfermero en vista de desarrollarse como ciencia y como profesión debe ir respaldado por una teoría, que le dé sentido y una metodología que, además, le de orden lógico, secuencia, continuidad y sistematicidad para así tener una práctica útil y de calidad. La enfermería, como ciencia humana práctica, cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y también como fundamento para la aplicación del proceso científico. Más de una decena de teóricas

coinciden en que la teoría brinda autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina.

A continuación, se desarrollarán los aspectos teóricos de las teorizantes Ramona Mercer, Marjory Gordon y Elisabeth Kubler Ross. Sus teorías son utilizadas como modelo teórico de referencia para la aplicación del proceso enfermero a lactante menor de 4 meses de edad con diagnóstico médico Bronquiolitis, ubicado en la unidad de cuidados intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega

3.5.1 Ramona Mercer

3.5.1.1 Aspectos Biográficos

Según Jiménez (2018, parr.1) Ramona T. Mercer comenzó su carrera de enfermería en el año de 1950, en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Recibió el premio L; L. Hill por su excelencia en sus estudios. En 1962 se licencio en enfermería en la universidad de Nuevo México (Albuquerque), en 1964 obtuvo la licenciatura en enfermería materno-infantil en la universidad de Emory y completo su doctorado en la universidad de Pittsburgh en 1973. Luego se trasladó a california y fue profesora asistente del departamento de enfermería del cuidado de la salud familiar de la universidad de california.

Para sus estudios mecer selecciono tanto las variables maternas, como las infantiles. Observó que un gran número de factores pueden tener influencia directa o indirecta sobre el rol materno lo que hizo su trabajo aún más complejo. Los factores maternos de Mercer incluyen condiciones como la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el auto concepto, las actitudes entre otros.

3.5.1.2 Fundamentos Teóricos

Camacho (2023, p.3) explica, que Ramona Mercer, con su teoría Adopción del Rol Maternal (ARM), propone la necesidad de que los profesionales de la Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y

otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal. Se centró en la salud de la madre y trató de valorar sus problemas y cada etapa antes de ser madre como (alteraciones de su personalidad) modificando trabajos de otros autores. Se enfocó no sólo en madres sino también en el entorno familiar, antes, durante y después del parto.

La enfermera debe promover la adopción del rol materno en el control prenatal incluyendo no sólo a la madre sino también al padre, este abordaje permite un cuidado integral "holístico" de la mujer durante la etapa de gestación, parto y posparto, requiriendo acciones no sólo de tipo institucional sino también domiciliario.

En esta etapa la enfermera debe contribuir a fortalecer la autoestima y el auto concepto de los padres, la relación padre-madre y promover la flexibilidad en los roles. Durante el parto además de continuar con las acciones anteriores la enfermera debe liderar cambios en la atención del parto, que promuevan la vinculación del neonato con la madre y el padre, esto sin duda repercutirá positivamente en la salud física y mental del neonato y también del grupo familiar. Esta teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital, que requiere un desarrollo continuo.

Ramona Mercer observó que existe cuatro estadios que pueden tener influencia directa o indirecta sobre el rol materno cuales se describen a continuación.

La adopción del rol sigue cuatro estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

- ❖ **Anticipación:** Empieza en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.
- ❖ **Formal:** Empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación.
- ❖ **Informal:** Empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.

❖ **Personal:** La mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza, armonía y competencia de modo que alcanza el rol maternal.

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño e influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar. Mercer seleccionó variantes maternas como infantiles. Los factores maternos en la investigación incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, la separación precoz del niño, las características de la personalidad, las actitudes de crianza, salud y el auto concepto. Incluyó las variantes del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Mercer (1995) y Ferketich también observaron la importancia del rol paterno.

Mercer ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea, unión paterno filial y competencia paternal. A continuación, se definen las variantes que se emplean para la identificación de problemas:

- **Adopción del rol materno:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.
- **Identidad materna:** Tener una visión interiorizada de sí misma como madre.
- **Percepción de la experiencia del nacimiento:** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.
- **Autoestima:** Es la percepción del individuo, como las otras personas lo ven y la auto aceptación de estas percepciones.
- **Auto concepto:** Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

- **Flexibilidad:** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
- **Actitudes respeto a la crianza:** Actitudes y creencias maternas sobre la crianza
- **Estado de salud:** Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.
- **Ansiedad:** Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.
- **Depresión:** Padecer una serie de síntomas depresivos y en particular, el componente afectivo del estado depresivo.
- **Tensión debida al rol:** El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.
- **Gratificación-satisfacción:** La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.
- **Unión:** Un elemento del rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.
- **Temperamento del niño:** Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.
- **Estado de salud del niño:** Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.
- **Características del niño:** Temperamento, apariencia y estado de salud.
- **Señales de los lactantes:** Conductas que provocan una respuesta de la madre.

- **Familia:** Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.
- **Funcionamiento de la familia:** La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.
- **Padre o compañero:** Proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.
- **Estrés:** Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.
- **Apoyo social:** Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan hay cuatro áreas de apoyo:
 - *Apoyo emocional:* Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
 - *Apoyo informativo:* “Ayuda al individuo a solucionar problemas por si solos ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación” .
 - *Apoyo físico:* Tipo directo de ayuda.
 - *Apoyo de valoración:* Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás.
- **Relación madre- padre:** Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

3.5.2 Margory Gordon.

3.5.2.1. Aspectos Biográficos

Para Rodríguez (2023, parr.1) Margory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, nació el 10 de noviembre de 1931 y falleció el 29 de abril de 2015. Creó una técnica de valoración para enfermería conocida como los patrones

funcionales de Gordon. Esta guía servía para ayudar a los enfermeros a hacer un reconocimiento completo de sus pacientes de forma más completa.

Gordon fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), una asociación cuya principal misión era estandarizar el diagnóstico en el campo de la enfermería. También formó parte de la Academia Americana de Enfermería y recibió el título de “leyenda viviente” por parte de la misma asociación en 2009.

Además de esto, Marjory Gordon también fue profesora emérita en el Boston College, donde impartía clases de enfermería. En esa misma universidad fue donde obtuvo su doctorado, tras haberse graduado en la Universidad de Nueva York.

3.5.2.2 Fundamento Teórico

Vásquez (2022, parr.3) comenta la utilización de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, en el ámbito de la enfermería, se presentan como una herramienta esencial para llevar a cabo una valoración completa y detallada del paciente.

Este proceso, sistemático y crucial, proporciona la base necesaria para obtener información relevante y realizar una interpretación precisa de los datos recopilados. La valoración en enfermería desempeña un papel fundamental al permitir comprender la respuesta de individuos y familias ante procesos vitales o problemas de salud, tanto reales como potenciales. Estos datos, analizados mediante el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon, contribuyen significativamente al diagnóstico de enfermería.

Con un enfoque centrado en 11 Patrones Funcionales de Salud, Marjory Gordon creó un sistema que cumple con todos los requisitos necesarios para llevar a cabo una valoración enfermera eficaz. La versatilidad de estos patrones permite su aplicación independientemente del modelo enfermero utilizado, facilitando así diagnósticos enfermeros más preciso.

Este enfoque también destaca por su contribución a la elaboración de planes de cuidado personalizados y eficaces, ya que la metodología propuesta por Marjory

Gordon, se convierte en una herramienta invaluable para identificar problemas de salud en pacientes de diversas edades y situaciones.

Teoría online (s.f) describe que Margory Gordon Distinguió once patrones funcionales de conducta en sus trabajos, los cuales son:

1. **Patrón de salud percibida:** Este patrón se refiere a la percepción del paciente sobre su propia salud.
2. **Patrón nutricional-metabólico:** Este patrón se refiere a la ingesta de alimentos y líquidos del paciente, su metabolismo y los factores que pueden influir en ellos.
3. **Patrón eliminación:** Este patrón se refiere a la eliminación de desechos del cuerpo, como la orina y las heces.
4. **Patrón de actividad-ejercicio:** Este patrón se refiere a la actividad física del paciente y su capacidad para llevar a cabo actividades diarias.
5. **Patrón de sueño-descanso:** Este patrón se refiere al sueño y el descanso del paciente.
6. **Patrón cognitivo-perceptual:** Este patrón se refiere a la capacidad del paciente para pensar, aprender y comprender su entorno.
7. **Patrón de autopercepción-autoconcepto:** Este patrón se refiere a la percepción del paciente sobre sí mismo y su autoestima.
8. **Patrón de roles-relaciones:** Este patrón se refiere a las relaciones del paciente con su familia, amigos y otros miembros de la comunidad.
9. **Patrón sexual-reproductivo:** Este patrón se refiere a la sexualidad y la reproducción del paciente.
10. **Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés:** Este patrón se refiere a la capacidad del paciente para manejar el estrés y las situaciones difíciles.
11. **Patrón de valores-creencias:** Este patrón se refiere a las creencias y valores del paciente y cómo afectan su salud y su vida diaria.

3.5.3 Elizabeth Kubler Ross

3.5.3.1 Aspecto Biográfico

Según el Blog SlideShare (2014) Elizabeth Nació en Zúrich, el 8 de julio de 1926 y Falleció en Arizona, el 24 de agosto de 2004 fue una psiquiatra suiza-estadounidense, de las mayores expertas mundiales en la muerte, personas moribundas y los cuidados paliativos. Se licenció en medicina en la Universidad de Zúrich en 1957 y en 1958, se mudó a Nueva York, donde continuó sus investigaciones.

Empezó como residente con pacientes a punto de morir y más tarde fue dando conferencias sobre el tratamiento de moribundos. Se graduó en psiquiatría en la Universidad de Colorado y recibió 23 doctorados honoríficos.

Elisabeth ayudó a muchos familiares a manejar su pérdida, a saber, cómo enfrentarse a la muerte de un ser querido, les explicó cómo apoyar a la persona en agonía, lo que debía hacerse en esos difíciles momentos y lo que debía evitarse. Bajo tutela se crearon fundaciones y movimientos ciudadanos que reclamaban el derecho a una muerte digna. Y comenzaron a publicarse libros, gracias a los cuales miles de familias recibieron consuelo.

Autora de “On Death and Dying” , (Sobre la muerte y el morir) donde expone su conocido modelo de Kübler-Ross por primera vez. En esa y otras doce obras, sentó las bases de los modernos cuidados paliativos, cuyo objetivo es que el enfermo afronte la muerte con serenidad y hasta con alegría. Comúnmente conocido como las 5 etapas del duelo describe, un proceso por el cual la gente lidia con el lamento y la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica.

3.5.3.2 Fundamento Teórico

Según Iñon (2022, parr.3) describe el duelo como el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas y que consiste principalmente en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales.

Por definición la pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, aunque la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional o de la propia naturaleza de la pérdida.

Los modelos psicológicos que describen este proceso se han centrado fundamentalmente en el duelo que se desarrolla como consecuencia de la muerte de una persona cercana o de la inminencia del propio fallecimiento; entre estos, el más importante es el de Elisabeth Kübler-Ross.

Según Miaja y Moral (2013, p.2) las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o las personas que desarrolla este duelo pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes.

Kübler-Ross señaló que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitaban por cinco (5) fases durante el duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban. A continuación se describe las 5 etapas de duelo las cuales son :

1. Negación.

La negación de la pérdida es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de ésta, con frecuencia aparejada a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo. “No lo puedo creer” . “ Todavía no caigo”

2. Ira.

El fin de la negación va asociado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Dicha frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira con la situación, que es vivida como injusta.

Durante la etapa de ira la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor, como puede ser otra persona o incluso uno mismo. El proceso de duelo implica la superación de la frustración y del enfado, que se relacionan con intentos psicológicos naturales pero inútiles de que nuestro estado emocional y nuestro contexto se mantengan iguales que antes de la pérdida.

3. Negación.

La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna manera posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.

4. Depresión

En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación.

El hecho de perder a un ser querido, de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido para nosotros, al menos durante un tiempo. No obstante, la fase de aceptación supone la normalización de estos sentimientos de tristeza tan naturales.

5. Aceptación

Después de las fases de negación, ira, negociación y depresión llega la aceptación de la pérdida y la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana.

La fase de aceptación se relaciona con la inevitabilidad de la pérdida, y por tanto del proceso de duelo. En los casos en que el duelo es debido a una enfermedad terminal suelen darse reflexiones con respecto a la propia vida, vista en retrospectiva una vez se acerca el final.

El nuevo nacimiento Ross nos habla que se trata del inicio de otra existencia, el paso de un nuevo estado de conciencia en el que también se experimenta, se ve, se oye, se comprende y se ríe, y que existe la posibilidad de continuar el crecimiento espiritual. Gracias a ella sabemos que una luz brilla al final del camino y que a medida que nos aproximemos a esa luz blanca, de una claridad absoluta, nos sentimos llenos del amor más grande e incondicional que podamos imaginar.

3.6 Relación y Aplicación de las Teorizantes con el Estudio de Caso

La teoría descrita por Ramona Mercer, la Adopción del rol Maternal es un modelo teórico que se adapta perfectamente al estudio del presente caso clínico. Este está orientado en la aplicación de un proceso enfermero dirigido a lactante menor masculino de 4 meses de edad con un Diagnostico de Bronquiolititis ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega. Debido al ingreso del lactante por su estado de salud, ocurre una interrupción en la adaptación del rol materno por la separación precoz de la madre y el lactante.

Esta teoría está inspirada especialmente para la atención del binomio madre-hijo, cabe destacar que no solamente se enfoca en el niño, sino también en la madre por lo tanto aborda una atención integral ya que se tiene en cuenta el entorno familiar como elementos importantes que permitirán o no una buena adopción del rol maternal.

Por otro lado, será utilizada el enfoque de Marjory Gordon para valorar al paciente y obtener los datos subjetivos atreves de la madre, basados en la aplicación del test de los 11 patrones funcionales de la salud, para tener una visión más amplia de su salud física, emocional, social y espiritual a partir del cual se definen alteraciones, debilidades, fortalezas que facilitan la planificación de acciones de enfermería personalizadas. Además, proporciona un marco comprensivo y estructurado para la valoración y el cuidado del paciente, permitiendo una visión holística de su estado de salud. Estos 11 patrones están dirigidos a contribuir a la

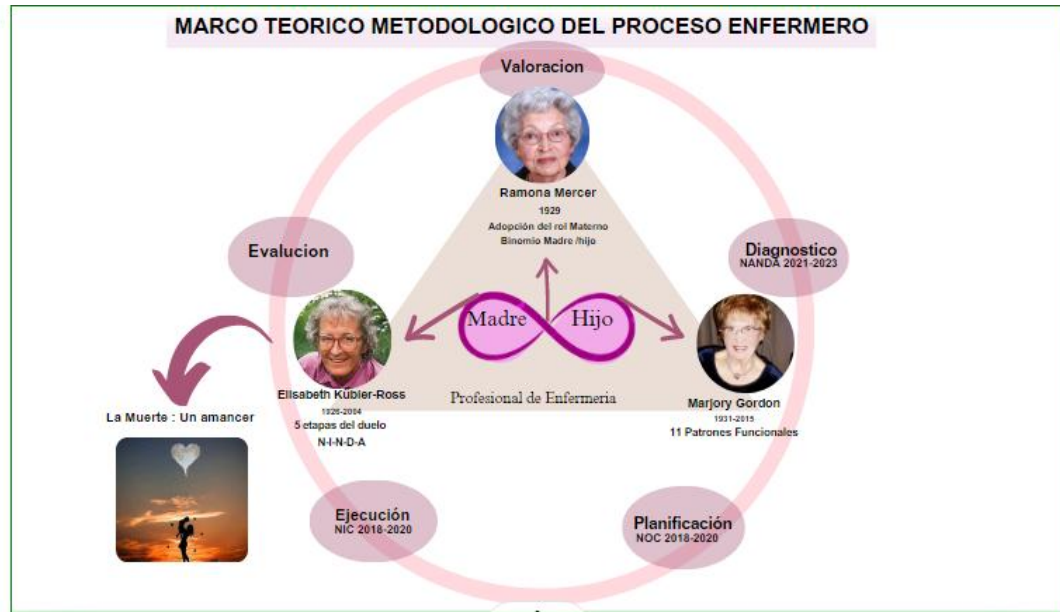
salud, a la calidad de vida y al potencial humano, los cuales, además, repercutirán en la elaboración de un plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente

Finalizando con la Teoría de Elizabeth Kubler Ross, esta teoría consideran que la meta de enfermería es brindar apoyo emocional a la madre y su familia, de manera Significativa que ayudara en la aceptación de la muerte de un ser querido. Lo antes mencionado hace relación con el caso objeto de estudio porque permite conocer e indagar acerca de la presencia de sentimientos asociados a las cinco (5) etapas del duelo Negación, ira, Negociación, depresión y aceptación. Esta teoría está enfocada en la madre del paciente objeto de estudio. Esta teoría expuesta nos permite ayudar afrontar las etapas del duelo a través de la aplicación del proceso enfermero para la aceptación del duelo de la madre y el lactante con el nuevo nacimiento.

A través del recorrido por los tres modelo teórico seleccionados observamos el papel importante que tiene el personal de enfermería, en situaciones que afectan al lactante y la relación con su madre, en el caso de esta investigación se basara en la separación de la madre y su hijo al ser ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del hospital Dr. Luis Ortega ya que se rompe el binomio madre e hijo encaminada por la teoría de Ramona Mercer, donde el personal de enfermería se encarga de cumplir el rol materno. Del mismo modo también se ven alterados los 11 patrones funcionales aplicados al lactante. Y finalizando con las 5 etapas del duelo aplicadas a la madre tras pérdida de un ser anhelado y por ultimo una obra escrita por Kubler Ross que habla del nuevo nacimiento aplicado al lactante tras su fallecimiento. (ver Figura 6)

Figura 6

Esquematzación de la conjugación teórica y Metodológica



CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Este capítulo contempla contenidos específicos vinculados con el caso clínico escogido, posterior a la recogida de información genuina en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega, incluyendo sus objetivos e historia de enfermería entre otros puntos concordantes con la temática. En consecuencia, se busca explicar detalladamente lo concerniente a cada fase del proceso enfermero, las cuales son: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación de los resultados, dicho proceso será condensado en los cuadros analíticos y planes de cuidados dirigidos al paciente y la madre del lactante objeto de estudio de esta investigación.

4.1 Título

Proceso Enfermero a paciente lactante menor masculino con Diagnóstico médico Bronquiolitis, Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega.

4.2 Resumen de caso

Se trata de lactante menor de 4 Meses de edad nacido el 15 de diciembre de 2023 natural y procedente de la localidad de Porlamar, Municipio Mariño del estado Nueva Esparta. Con antecedentes perinatales, Obtenido por cesaría segmentaria a las 37 semanas de gestación, ingresa a UTIN por presentar síndrome de aspiración meconial, sepsis neonatal por *Klebsiella pneumoniae*, y embarazo no controlado, durante los 16 días requirió tratamiento con colistina y meropenem egresa a su residencia el 27 de diciembre.

Tras ocurrir todo este tiempo a los 3 meses de vida, la madre refiere haber presentado, congestión nasal, mucha tos y fiebre, pero no le prestó atención a los síntomas. El 25 de marzo de 2024 siguió presentando rinorrea hialina anterior acuosa tos humedad persistente, por seguir presentando sintomatología acude el día 08 de abril del 2024 a consultorio de su comunidad, donde indican lavados nasales y nebulización con esteroide (Beducort).

La cual no mejora y se asocia con una franca dificultad respiratoria, por tal motivo acude el día 16 de abril, de 2024 a emergencia pediátrica de este centro de salud donde es evaluado por el médico de guardia evidenciando una escala Wood de 4 puntos por lo cual se decide su ingreso. Se mantiene en emergencia pediátrica. El día 18 de abril, se le cuantifican los signos vitales con una F.C.: 200ppm, F.R.:70rpm, SaO₂: 76%. Debido a la dificultad respiratoria y a una escala de Wood de 8pst es trasladado a UCIP. Donde se procuró a ventilación mecánica modo (Ippv), se procede al manejo de la vía aérea, con tubo endotraqueal de 3.5fr con balón, fijado a la comisura labial bajo los parámetros FiO₂: 0,80 VT:0,50 F: 30 Tinsp: 0,70 Peep :4

Luego se procede a colocar un acceso venoso central en vena femoral del miembro inferior izquierdo con un catéter trilúmen, una sonda de Levin N°06 por vía nasogástrica (NSG), y una sonda de Foley N°5 conectada a bolsa recolectora de orina. Se mantiene en dieta absoluta. Hidratación parenteral. Posterior a eso, se le ordena la realización de diversas pruebas diagnósticas: Química sanguínea, Hematología completa, Gases arteriales, serología, prueba SARS-COV-2, perfil covid-19, Uroanálisis, Urocultivo y un Hemocultivo.

Al obtener los resultados se completó el diagnóstico, siendo:

1-Bronquiolitis

2-Síndrome de Respuesta Inflamatoria sistémica (SIRS) post Covid-19

Por persistir sintomatología y con los antecedentes que venía presentando el paciente, muere el 27 de abril del 2024 a las 9:15am.

4.3 Objetivos

Hernández y Duana (2020) describen “el objetivo de una investigación corresponde a la aspiración o el propósito que se desea alcanzar y en él se exponen de manera clara y precisa los resultados que se quieren obtener” (p.3). En atención a esta definición, son los fines que buscan alcanzar mediante el desarrollo pleno de las actividades investigativas, respondiendo a las interrogantes de la investigación. En el caso concreto de esta investigación, fueron formulados los siguientes objetivos.

4.3.1 Objetivo General

Aplicar Proceso Enfermero a paciente lactante menor masculino de 4 meses de nacido con Diagnóstico Médico Bronquiolitis. Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar Municipio Mariño Estado Nueva Esparta el año 2024

4.3.2 Objetivos Específicos

1. Valorar al paciente y familia objetivamente a través del examen físico por sistemas y subjetivamente mediante los conceptos de Ramona Mercer, los Patrones funcionales de Marjory Gordon y las cinco (5) etapas del duelo de Elisabeth Kübler Ross para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería.
2. Enunciar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA (2021-2023) utilizando como referencia los conceptos de Ramona Mercer, los Patrones funcionales de Marjory Gordon, y las cinco (5) etapas del duelo de Elisabeth Kübler Ross para la formulación de las intervenciones.
3. Identificar los resultados de enfermería esperados mediante la Clasificación NOC (2018) que permita la evaluación de la evolución del paciente y la familia,
4. Planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los conceptos, los patrones funcionales y las cinco (5) etapas del duelo, mediante la Clasificación de Resultados NOC (2018) para la atención del paciente y la familia.
5. Ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los conceptos, los patrones funcionales y las cinco (5) etapas del duelo, mediante la taxonomía NIC (2018) que permita la atención del paciente y la familia.
6. Evaluar la evolución del paciente y familia de acuerdo con los criterios de resultados esperados de la Clasificación NOC (2018).

4.4 Historia de Enfermería

La historia clínica es un documento imprescindible para guardar toda información relativa de salud de un paciente y los servicios prestado al mismo, durante las consultas e intervenciones médicas. (Marques, 2022, parr.3)

4.4.1 Anamnesis

Consiste en la recogida de datos clínicos que orientan, en primera instancia, a la evaluación del paciente. Nos informa acerca de posibles dificultades funcionales, da indicios sobre las posibles causas y orienta sobre las estrategias de intervención a seguir. (González 2014, parr.2)

Datos personales

Nombre y Apellido: D.N

Fecha de nacimiento: 15-12-2023

Edad: 4 meses

Lugar de nacimiento: Hospital Dr. Luis Ortega.

Dirección: Calle Venezuela, Municipio Mariño , casa sin Numero.

Numero de historia: # 377706

Peso: 7 kg

Religión: Católico

Nacionalidad: Venezolano

Fecha de ingreso: 16-04-24

Motivo de ingreso: Dificulta Respiratoria

Diagnostico final: Infección respiratoria baja, Bronquiolitis

Grupo Sanguíneo: A+

Antecedentes familiares:

Madre: viva, 19 años aparentemente sana.

Padre: vivo, 28 años aparentemente sano

Hermanos vivos: 4 hermanos aparentemente sano.

Antecedentes Obstétricos:

Producto de madre de 18 años de edad de segunda gesta (IIG). Embarazo mal controlado (3 controles) complicado con infección vaginal en el II trimestre del embarazo, tratado con clotrimazol vía vaginal, obteniendo por cesaría segmentaria a las 37 semanas de gestación.

Antecedentes personales:

Respiro y lloro al nacer P: 3754 Kg, T: 44cm, expulso meconio en las primeras 24 horas, caída del cordón umbilical a los 7 días, ameritando hospitalización en UTIN Y UCIN por Sepsis por *Klebsiella pneumoniae* durante 16 días que requirió tratamiento con Colistina y Meropenem, no recibió Hemoderivado.

Alimentación:

Lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses de edad cuando introduce agua y compotas de manzanas, Actualmente lactancia materna Mixta.

Desarrollo:

Sostuvo la cabeza a los 3 meses, reflejos primitivos presentes

Hábitos: siestas cada 4 horas interrumpidas, sueño nocturno 9 horas, no chupa dedos.

Inmunización: Esquema de vacunación incompleto, madre no tiene la tarjeta de vacunación

4.4.2 Valoración del paciente

Cruz al et (2018) definen la valoración clínica “es un proceso planificado, sistemático y continuo, que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona” (parr,1)

4.4.2 .1 Valoración Objetiva

Frecuencia Cardíaca (F/C): 175 Pulsaciones por minuto (ppm)

Frecuencia Respiratoria (F/R): 70 Respiraciones por minuto (rpm)

Tensión Arterial (T/A): 126/103 (111) Milímetro de mercurio (mmHg)

Temperatura Corporal: 37,5 Grados centígrados (°C)

Saturación de Oxígeno: 76 por ciento (%)

4.4.2.2 Examen Físico Por Sistema

Sistema Neurológico: Lactante mayor masculino de 4 meses de nacido. Consciente, hipoactivo, afebril. Normacefálico, cabello castaño oscuro no se parpan tumoraciones, ni reblandamiento, Circunferencia cefálica: 40cm

Sistema Respiratorio: Fosas nasales permeables con salida de secreción hialina. Tabique dentro de los límites normales. Tórax simétrico normo expansible. Durante el examen físico se observó ruidos respiratorios presente en ambos campos pulmonares, se ocultan sibilantes universales y presencia de tiraje intercostal con una F/R de 70 rpm. Se observan signos de dificultad respiratoria y signos de cianosis, motivo por el cual, recibe oxígeno (O₂), a través de mascarilla alto flujo a 7 litros por minuto y tiempo después se procuró a ventilación mecánica modo IPPV.

Sistema Cardiovascular: Ruidos cardíacos normales, sin soplo. Con una F/C, de 157 ppm. Pulsos presentes, con una T/A de 126/103 M (111) mmHg.

Sistema Digestivo: Labios simétrico, mucosa oral húmeda, dentadura de acuerdo a su edad. Lengua de forma, color y tamaño normal. Sin lesiones bucales. Orofaringe sin alteraciones. Abdomen globoso, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, con ruidos hidroaéreos presentes. Con sonda nasogástrica Número (6). El paciente se encuentra en dieta absoluta, observándose presencia de Hidratación parenteral (Hp) para 24 horas.

Sistema Genitourinario: Genitales acorde a su edad. Sin presencia de tumoraciones. Se evidencia presencia de sonda Foley, conectada a bolsa recolectora de orina, con disminución de diuresis. Esfínter anal normo configurado, premiable.

Sistema Hemolinfopoyético: No se palpan adenomegalias.

Sistema Osteomioarticular: Huesos simétricos sin deformaciones óseas, no dolorosos a la palpación, sin fractura (Fx). Músculos simétricos de contornos regulares, no dolorosos al momento de la palpación. Articulaciones con movilidad. No deambula por su edad, pero de igual manera, se observa limitación de sus miembros inferiores por edema ya tenía un acceso venoso central en el miembro inferior izquierdo. Luego se le cateterizó un acceso venoso central subclavio izquierdo. Uñas cortas y limpias.

4.4.2.3 Valoración subjetiva

La valoración subjetiva es básicamente, la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basado en el punto de vista del sujeto, y por tanto influidos por los intereses y deseos particulares del mismo. (Cedeño 2015, parr.1)

4.4.2.4 Valoración Subjetiva de Ramona Mercer.

Adopción del rol maternal: Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.

Madre refiere: *“Me siento insatisfecha ya que no le puedo dar a mi bebé el cuidado que necesita en estos momentos, también tengo 1 niño en casa que tengo que atender y se me ha hecho muy difícil trasladarme de forma frecuente porque a veces no tengo quien me los cuide”* .

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a que la madre no puede darle el cuidado necesario al lactante por sobrecarga de roles, el cual se le ha hecho difícil trasladarse al Hospital Dr, Luis ortega.

Identidad materna: Tener una visión interiorizada de sí misma como madre.

Madre refiere: *“Yo me veo como una madre dedicada a sus hijos, aunque no soy perfecta trato de dar lo mejor de mí, para que ellos crezcan bien. A pesar de que fui madre a una temprana edad y que no ha sido fácil, no me arrepiento de ninguno de mis hijos”* .

Análisis: Este concepto no se encuentra afectado debido a que la madre tiene una correcta apreciación sobre su identidad materna, identificando las ventajas y desventajas que han surgido en la adopción del rol materno.

Percepción de la experiencia del nacimiento: La percepción de la mujer durante el proceso de parto y el nacimiento.

Madre refiere: *“El proceso de la cesaría fue rápido solo estaba nerviosa, lo complicado fue cuando mi bebe nació, que me dijeron que no me lo podían dar y se lo llevaron a UTIN, eso me asustó y tenía mucho miedo porque no sabía lo que*

estaba pasando poco tiempo después los médicos me dijeron que había aspirado sus heces y tenía una sepsis neonatal ” .

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a que no se cumplieron las expectativas deseadas por la madre al momento del nacimiento.

Separación precoz: Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebé prematuro.

Madre refiere: *“Debido a que mi bebé estaba en malas condiciones no pude cargarlo ni tocarlo en el momento que nació, y ahora después de 4 meses volvió enfermarse, sin poder tenerlo en mis brazos de nuevo, esos fueron uno de los peores momentos de vida.*

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a la enfermedad del lactante, lo cual fue ingresado a cuidados intensivos. causando la interrupción inmediata del vínculo madre e hijo.

Autoestima: Percepción del individuo de cómo las otras personas lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.

Madre refiere: *“La gente me critica que soy tan joven y que ya tengo 2 hijos, pero no me importa lo digan. Soy feliz con mis hijos, no me arrepiento de tenerlos y sé que mi último bebé va a salir adelante ” .*

Análisis: en este concepto no se encuentra afectado, debido a que la autoestima en la madre no se vio alterada por las críticas de las demás personas, con respecto a su maternidad. Aceptando estas percepciones y evitando que les afecten emocionalmente.

Autoconcepto: Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

Madre refiere: *“Sé que no soy la madre perfecta, pero trato de dar siempre lo mejor de mí para que mis hijos estén bien. En estos momentos me culpo un poco, por no haber tenido un buen control ginecológico en el embarazo y no haber llevado a mi*

bebe a tiempo al hospital por esa tos, pero quiero dar lo mejor de mí para que mi bebé esté bien ” .

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a la presencia de sentimientos de culpa en la madre, por no haber tenido un buen control ginecológico embarazo y no haber llevado al lactante a tiempo al hospital. Ocasionando a su vez que se sienta responsable por el estado de salud del lactante.

Flexibilidad: La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo. Las madres mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.

Madre refiere: *“Trato de dividir mi tiempo para atender a mi otro hijo que está en casa, siempre estoy pendiente de venir a ver a mi bebé y traerle las cosas que necesita, pero casi no paso mucho tiempo aquí, debido que las enfermeras están pendientes de su cuidado, yo no hago nada, pero me gustaría participar más en el cuidado de mi bebé” .*

Análisis: este concepto se ve afectado, debido a que la madre se encuentra insatisfecha debido a que no participa en los cuidados básicos del lactante. El cual fue provocado por la separación de su delicado estado de salud.

Estado de salud: Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia y susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.

Madre refiere: *“El proceso de recuperación después de la cesaría fue lento, debido a la herida y al dolor, tenía miedo de perder los puntos de la cesaría, Pero gracias a Dios seguí el tratamiento para la recuperación y junto con mi esposo, él me ha ayudado a llevar esta situación ” .*

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido que la madre estaba preocupada por su recuperación tras la cesaría,

Ansiedad: Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.

Madre refiere: *“He tenido mucha ansiedad, tristeza y miedo, por esta situación que está presentando mi bebe, ya que está muy delicado y conectado a equipos. Solo pensar en que puedo perderlo siento que muero ”* .

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a la presencia de tristeza, angustia y miedo que embarga a la madre, por el uso de equipos invasivos en el lactante y su delicado estado de salud.

Depresión: padecer de una serie de síntomas depresivos y en particular , el componente afectivo del estado depresivo

Madre refiere: *no dejo de llorar, no quiero ni comer me siento muy triste y débil solo al imaginar estar sin mi hijo*

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido que la madre se encuentra en estado depresivo por el estado de salud de su hijo.

Tensión debida al rol: El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.

Madre refiere: *“No es fácil ser madre de dos niños, pequeños y que uno de ellos esté luchando por su vida, es difícil explicar con palabras lo que estoy sintiendo. También tengo que atender a mi otro hijo y los hijos de mi pareja cuando van la casa, que todavía son pequeños y necesitan de mí, a veces siento que no me alcanza el tiempo que no puedo con tanta presión porque siento que si atiendo a uno descuido al otro ”*

Análisis: este concepto se encuentra afectado debido a la sobrecarga de tensión por el rol, ya que la madre relata que no es fácil atender a su hijo y los hijos de su pareja al mismo tiempo. El cual le genera presión y sensación de descuido hacia sus hijos.

Gratificación: Es la satisfacción, alegría, recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.

Madre refiere: *“Me voy a sentir satisfecha y feliz cuando esté con mi bebe en casa y fuera de peligro, para poder darle los cuidados y atención como madre ”* .

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido al proceso patológico que está enfrentando el neonato, que impidió a la madre cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.

Unión: Un elemento del rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.

Madre refiere: *“A pesar de que mi esposo tiene que trabajar y no ha podido ir frecuentemente a ver al bebé, siempre está pendiente de él y me apoya en todo lo que puede”*.

Análisis: Este concepto no se ve afectado por que hay un buen vínculo afectivo de apoyo entre los padres del lactante, para un mejor afrontamiento y resolución de problemas.

Temperamento del niño: Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.

Madre refiere: *“Mi hijo es un niño muy tranquilo, solo que cuando tiene sueño se pone muy inquieto y pelea con el sueño y llora, a veces no sé si llora porque tiene hambre o porque tiene sueño, es un problema para quedarse dormido”*.

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado debido a que la madre entiende las señales que trasmite su hijo y puede interpretar lo que quiere.

Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.

Madre refiere: *“Ni siquiera puedo cargar a mi hijo ni abrazarlo está completamente dormido todo el día a veces le hablo, pero siento que no me escucha”*.

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a la patología que presenta el niño, el cual produce la separación entre la madre y el lactante e interfieren en la correcta vinculación de los lazos afectivos.

Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud.

Madre refiere: *“Cuando entré a la terapia intensiva, vi a mi bebé muy hinchado y estaba frio, su carita se veía diferente, No sé por qué estaba así, cuando entro al hospital su cuerpo estaba normal ”*

Análisis: Este concepto se encuentra afectado debido a la apariencia del niño por se encuentra afectada por su estado de salud y la patología que presenta, creando en la madre preocupación.

Familia: Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.

Madre refiere: *“Gracias a Dios mi familia me ha apoyado mucho en este proceso y ha sido una gran ayuda en el cuidado de mi otro niño ”*.

Análisis: Este concepto no se ve afectado por que la madre refiere que cuenta con apoyo de su familia, el cual ha sido un pilar fundamental en este proceso.

Funcionamiento de la familia: La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.

Madre refiere: *“Mi esposo trabaja la mayor parte del tiempo, mientras yo estoy en mi casa atendiendo a mi hijo, y los hijos de mi esposo cuando se quedan con él. que todavía son pequeños, y mi suegra se queda a veces con mi niño, mientras que yo voy a visitar al bebé”*.

Análisis: Este concepto no se encuentra afectado, debido al apoyo de la familia hacia la madre del lactante y una correcta organización de las actividades, para el cumplimiento de estos roles.

Relación madre- padre: Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

Madre refiere: *“El padre de mis hijos ha sido un pilar fundamental en mi vida, está pendiente de los niños, me ayuda con las tareas del hogar y entre los dos siempre tomamos las decisiones juntos ”*.

Análisis: Este concepto no se encuentra afectado, porque hay una buena relación entre los padres del lactante. Como también, una buena comunicación para la resolución de problemas y toma de decisiones en conjunto.

Estrés: Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

Madre refiere: *“De forma positiva confió en que mi bebe se va a recuperar de todo esto y va a salir sano, de forma negativa me siento culpable ya que pude haber evitado complicaciones si lo fuera traído a tiempo.”*

Análisis: Este concepto se encuentra afectado, debido a que la madre se siente culpable por las condiciones de salud que presentó el lactante, pero también reconoce las cosas positivas ya que confía en que su bebe se va a recuperar.

Apoyo social: Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan.

Madre refiere: *“Mi mama, mi suegra y mi hermana son las que más me ayudan a cuidar de los niños mientras vengo a ver al bebé”.*

Análisis: Este concepto no se encuentra afectado, debido a que la madre expresa y agradece el apoyo que ha recibido, por parte de su familia (esposo, madre, hermana y suegra) para el logro de los objetivos y del rol materno

4.4.2.5 Patrones Funcionales De Salud, Según Marjory Gordon

Patrón I: Percepción y control de la salud.

Este primer patrón busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar. Las preguntas tratan de indagar sobre la salud general del paciente, como, por ejemplo, las veces que ha estado enfermo durante los últimos años.

Madre Refiere: *La madre refiere, no tener conocimiento sobre la enfermedad de su hijo. De igual manera, refiere que, al momento de la visita, ella nota que su hijo no*

puede respirar bien, dice sentirse culpable por no llevar a su hijo a tiempo al hospital

Datos objetivos: Paciente lactante menor con antecedentes neonatales: Embarazo mal controlado (3 controles) complicado con infección vaginal, obteniendo por cesaría segmentaria a las 37 semanas de gestación. Enfermedad Previa: Sepsis por *Klebsiella pneumoniae*, no intervenciones quirúrgicas, vacunas incompletas, Madre niega presencia de alergia. Menciona desconocimiento de la enfermedad Actual.

Análisis: Este patrón se encuentra alterado, debido a la madre no tiene el conocimiento sobre la enfermedad de su hijo.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. Por ello, algunas preguntas típicas son lo que come y bebe en un día, si ha perdido o ganado peso recientemente o si sigue alguna dieta específica. También podría preguntársele sobre el uso de suplementos o vitaminas, o sobre si ha tenido algún problema con el apetito recientemente.

Madre refería: *Que su hijo, no puede alimentarse, ya que el médico le ha indicado dieta absoluta.*

Datos objetivo: Se observa piel pálida, cavidad bucal normal, mucosas oral humedad; apetito disminuido, sin tolerar lactancia materna por la dificultad para deglutir ante la presencia de secreciones y tos, estado nutricional normal (Peso 7.kg, talla 62,5cm); Abdomen: globoso, no doloroso a la palpación superficial ni profunda; Luego quedo recibiendo dieta enteral por sonda nasogástrica.

Análisis: Este patrón esta alterado ya que el lactante menor, no puede tener una Nutrición adecuada. “La madre Refiere no poder darle pecho, como el solía comer ”

Patrón III: Eliminación.

El tercer patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino. Gracias al uso de este patrón el enfermero puede descubrir la calidad, la cantidad y la regularidad de las deposiciones del paciente.

Datos Objetivos: *Personal de enfermería refiere: que el paciente presenta disminución de la diuresis, durante el turno. Evacua de forma normal ya se le realiza cambio de pañal entre una (1) y dos (2) veces al día.*

Análisis: este patrón se encuentra alterado, ya que se muestra una disminución de la diuresis, “Madre refiere que cada vez que va a ver a su bebe, observa que la bolsa recolectora esta con poquita orina “

Patrón IV: Actividad — Ejercicio.

Este patrón se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Actividad Respiración:

Madre refiere: *“Y ahora lo pasaron a este lado, con ese tubo por la boca, me duele ver a mi hijo conectado a esa máquina, solo le pido Adiós que lo pueda ayudar a respirar”*

Datos objetivos: En vista de las condiciones del paciente con una escala de Wood de 8 puntos dificultad respiratoria tiraje intercostal y signos de cianosis, debido a estos síntomas se procuró a ventilación mecánica modo (Ippv), con tubo endotraqueal de 3.5fr con balón, fijado a la comisura labial bajo los parámetros FiO2: 0,80 VT:0,50 F: 30 Tinsp: 0,70 Peep :4. Con Ruidos respiratorios presentes simétricos, sibilantes bilaterales con una F.R.:70rpm, SaO2: 76%.

Análisis: Este patrón esta alterado, porque el paciente está conectado a ventilación mecánica y no puede respirar por su propia voluntad.

Actividad Circulatoria:

Madre refiere: No tener conocimiento sobre la tensión arteria de su hijo. Dice:

“No sé qué Significa ese poco de número que están en ese monitor tampoco se porque mi hijo se ve así esta como muy hinchado “

Datos objetivos: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no impresiona soplo

FC: 175 ppm TAS: 94mmhg TAD:40mmhg TAM: 60mmhg, con un llenado capilar: < 3seg, con presencia de edematiazacion.

Análisis: este patrón no se encuentra alterado ya que los valores de la Tensión Arterial y la Frecuencia Cardiaca se encuentran dentro de los parámetros normales en un lactante menor.

Actividad capacidad de autocuidado:

Madre refiere: ” *Mi bebe no se mueve, ni abre los ojitos eso me tiene muy preocupada”*

Datos objetivos: Lactante, dependiente en el autocuidado, hipo activo; movilidad de miembros y fuerza muscular conservada; tono muscular disminuido.

Análisis: Este patrón esta alterado debido a que el lactante no tiene movilidad motora y depende completamente de la enfermera y su mama.

Patrón V: Descanso — Sueño.

El quinto patrón se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente. ¿Tiene suficiente energía después de levantarse? ¿Suele tener problemas para dormir, o se despierta excesivamente pronto? ¿Duerme las horas necesarias?

Madre refiere: *“mi hijo en la casa dormía toda su noche y su siesta, después que comenzó la tos, no la dejaba dormir muy bien, sobre todo en las noches que se levantaba tosiendo mucho, pero ahora que lo veo dormido todo el día, los médicos dicen que tienen que sedarlo”*

Datos Objetivos: La madre informa que el lactante no conciliaba el sueño, debido a la tos y rinorrea hialina que se presentaba con más frecuencia en las noches, en su estancia intrahospitalaria se encuentra en estado cognitivo que no responde a ningún estímulo.

Análisis: este patrón no está alterado, porque el lactante está bajo efectos de sedación y no responde a ningún estímulo.

Patrón VI: Perceptivo — cognitivo

Este patrón trata de identificar la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria.

Madre refiere: “Mi bebe solo duerme, él no me escucha cuando le hablo, me parte el corazón, quisiera que se despertara y al menos escucharlo.”

Datos objetivos: el lactante se mantiene bajo sedación con midazolam por eso no responde a ningún estímulo.

Análisis: este patrón esta alterado, debido al estado de sedación del paciente no puede percibir ningún sentido.

Patrón VII: Autopercepción — Autoconcepto.

Este patrón involucra la forma en que una persona se ve a sí misma y cómo se valora. Una autopercepción positiva y un auto concepto saludable pueden influir en la autoestima y el bienestar emocional.

Madre refiere: “quiero *que se sane mi hijo, quizás si yo lo fuera traído a tiempo el no estuviera así*”

Datos objetivos: el personal de enfermería refiere, ver a la mama muy preocupada, debido al factor económico, de no contar con los recursos monetario para poder brindarle todo lo que necesita para su recuperación.

Análisis: este patrón se encuentra alterado, debido a que la madre siente culpable por la enfermedad de su hijo.

Patrón VIII: Relaciones — Rol.

Las relaciones interpersonales son una de las partes más importantes de la vida de las personas. Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones del paciente con las personas de su entorno.

Madre refiere: *“mi hijo le sonreía a todo el mundo, y todas las personas le mostraban afecto, sus hermanitos siempre jugaban con él, están esperando que salga del hospital, porque no lo pueden venir a ver aquí”*

Datos objetivos: las enfermeras refieren que cuando él bebe ingreso a emergencia pediátrica era un morenito tierno y simpático.

Análisis: Este patrón no está alterado, el lactante es empático con las personas que los rodean

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Aquí trata sobre la expresión de la sexualidad y la capacidad reproductiva de una persona. Comprender y mantener una sexualidad saludable es esencial para el bienestar emocional y físico.

Análisis: este patrón no aplica, porque es un lactante.

Patrón X: Adaptación — Tolerancia a la Situación y al Estrés.

Este patrón se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos.

Madre refiere: *“al principio mi bebe se desesperaba porque no podía respirar, yo veía que se angustiaba, ahora solo respira por esa máquina, quiero que mi hijo se despierte para irnos a casa “*

Análisis: este patrón esta alterado, porque al principio por la dificultad respiratoria, se exaltaba y desesperaba por no poder respirar adecuadamente eso lo llevaba a un cuadro de estrés, tanto para el lactante como para la madre de ver su hijo en ese estado y no poder ayudarlo.

Patrón XI: Valores y Creencias.

Este último patrón se relaciona con los valores, creencias y principios que guían la vida de una persona. Identificar y vivir de acuerdo con los propios valores y creencias puede proporcionar un sentido de propósito y significado.

Madre refiere: “mi hijo es muy pequeño para saber de religiones, pero yo sé que Dios existe y solo me aferro a su misericordia”

Análisis: Este último patrón no se encuentra alterado, ya que la madre dice ser católica y creen en Dios.

4.4.2.6 Valoración subjetiva a través de las cinco (5) etapas del duelo y el nuevo nacimiento de Elisabeth Kübler-Ross.

Negación: En esta etapa, las personas tienden a negar la realidad de la pérdida. Pueden sentirse abrumadas por una sensación de incredulidad o shock. Es una forma de amortiguar la intensidad de la noticia. Simplemente, no puede llegar a entender que la persona no va a volver a cruzar esa puerta nunca más, todavía está asimilando el suceso. Cuando estamos en la etapa de la negación, al principio podemos quedarnos paralizados o refugiarnos en la insensibilidad.

Madre refiere: *“Los médicos me dijeron que mi hijo estaba delicado, pero yo estoy tranquila porque sé que mi bebe se va a levantar de esa cama en donde esta dormido, sus hermanitos lo esperan, lo único que me importa y quiero en estos momentos es estar enfocada en que se recupere rápido para ir a casa ”*

Análisis: Esta etapa del duelo se encuentra alterada en un mayor grado, ya que la madre está reflejando la negación hacia el estado crítico que se encuentra el lactante, desconectándose del entorno ocasionando el aislamiento, para solo enfocarse en que su hijo va a estar bien.

Ira: Cuando la negación ya no puede mantenerse, las personas a menudo experimentan ira. Pueden sentirse enojadas con la persona fallecida, con ellos mismos o con el mundo en general. Esta ira puede manifestarse de diferentes maneras, desde irritabilidad hasta rabia, es posible que uno también esté enfadado consigo mismo por no haberlo podido evitar, es una etapa necesaria del proceso curativo. Es estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecerse infinita. Cuanto más auténticamente la sientas, antes comenzará a disiparse y antes te curarás.

Madre refiere: *“Yo al principio no lo quería aceptar, pero ya sé que mi bebe esta grave y se puede morir, me da mucha rabia porque no tengo dinero para ayudarlo, porque me está pasando esto a mí que he hecho de malo. no sé porque Dios permite que esto suceda”*

Análisis: Esta etapa de duelo se encuentra alterada ya que la madre está consciente de la enfermedad que presenta el lactante y siente enojo por lo está viviendo, se cuestiona su fe en Dios preguntándose porque le está pasando eso.

Negociación: En esta etapa, las personas tratan de negociar con lo inevitable. Pueden hacer promesas o intentar encontrar maneras de cambiar la situación. Esto es a menudo un intento de recuperar un sentido de control en una situación que parece incontrolable. Cuando atravesamos la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. Lamentablemente, la mente siempre llega a la misma conclusión...: la trágica realidad es que el ser querido se ha ido realmente.

Madre refiere: *“si yo lo fuera traído a mi bebe a tiempo al hospital esto no le estuviera pasando mi familia dice que es mi culpa”*

Análisis: Esta etapa del duelo se encuentra alterada porque está el sentimiento de culpa presente en la madre y teme ser juzgada por no acudir a tiempo al médico.

Depresión: la tristeza profunda y la apatía son comunes en esta etapa. Las personas pueden sentirse abrumadas por la tristeza y la pérdida. Es importante destacar que la depresión en este contexto no se refiere necesariamente a una enfermedad mental, sino a una respuesta emocional normal a la pérdida, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. Cuando somos conscientes de que nos encontramos en una depresión o muchos amigos nos dicen que nos ven deprimidos, es posible que nuestra primera respuesta sea resistirnos y buscar una salida.

Madre refiere: *“He tenido comentarios en lo me siento cansada, sin fuerzas, débil y muy triste. No he recibido noticias buenas de mi bebe, siento que a veces pierdo las esperanza, a veces no quiero ni comer. No quiero que mi bebe siga sufriendo. Y tengo que ser fuerte por mi otro hijo. Siento que ya no puedo más, y es muy duro todo esto, aunque me haga la fuerte, no sé cómo expresar lo que siento. ”*

Análisis : esta etapa se encuentra alterada en mayor grado, la madre se siente depresiva, con una profunda tristeza porque tiene miedo de perder a su hijo.

Aceptación: En última instancia, la mayoría de las personas llegan a un punto en el que pueden aceptar la realidad de la pérdida. Esto no significa que estén necesariamente felices o contentas con la situación, pero han llegado a un punto en el que pueden enfrentarla y continuar con sus vidas, La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse.

Madre refiere:” *No veré nunca más la sonrisa de mi bebe, pero ahora se que mi hijo está en un lugar mejor, donde ya no abra más dolor ”*

Análisis: A pesar del duelo y dolor que puede sentir la madre por la pérdida de su hijo, esta etapa se encuentra alterada en mayor grado debido a que asumió con fuerzas el fallecimiento de su hijo y decidido seguir adelante para recuperarse y dedicarle todo lo mejor a su otro hijo.

LA MUERTE: UN AMANECER

Morir es trasladarse a una casa más bella, se trata sencillamente de abandonar el cuerpo físico como la mariposa abandona su capullo de seda. Las experiencias científicas de la doctora Elisabeth Kübler-Ross, permiten confirmar que la muerte es un pasaje hacia otra forma de vida. Nos hace comprender que la experiencia de la muerte es casi idéntica a la del nacimiento, puesto que se trata del inicio de otra existencia, el paso de un nuevo estado de conciencia en el que se continúa experimentando y riendo y en el que se tiene la posibilidad de continuar el crecimiento espiritual. Gracias a ella sabemos que la luz brilla al final del túnel que a medida que nos acerquemos a esa luz, mas blanca de una claridad absoluta, nos

sentimos lleno del amor más grande, indescriptible e incondicional que podamos imaginar

Madre refiere: *“No veré nunca más la sonrisa de mi bebe, pero ahora sé que mi hijo está en un lugar mejor, donde ya no abra más dolor ”*

Análisis: La experiencia de la muerte es casi idéntica a la del nacimiento. Es un nacimiento a otra existencia que puede ser probada de manera muy sencilla. Durante dos mil años se ha invitado a la gente a «creer» en las cosas del más allá. En el momento de la muerte hay tres etapas. La muerte física del hombre es idéntica al abandono del capullo de seda por la mariposa. La observación que hacemos es que el capullo de seda y su larva pueden compararse con el cuerpo humano. Un cuerpo humano transitorio. De todos modos, no son idénticos a vosotros. Son, digámoslo así, como una casa ocupada de modo provisional.

Morir significa, simplemente, mudarse a una casa más bella, hablando simbólicamente, se sobreentiende. Desde el momento en que el capullo de seda se deteriora irreversiblemente, ya sea como consecuencia de un suicidio, de homicidio, infarto o enfermedades crónicas (no importa la forma), va a liberar a la mariposa, es decir, a nuestra alma. En esta segunda etapa, cuando nuestra mariposa (siempre en lenguaje simbólico) ha abandonado su cuerpo, se evidencia importantes acontecimientos que son útiles conocer anticipadamente para no sentirnos jamás atemorizados frente a la muerte.

En la segunda etapa se está equipada de energía psíquica, así como en la primera está equipada de energía física. En esta última se tiene la necesidad de un cerebro que funcione, es decir de una conciencia despierta para poder comunicar con los demás. Desde el momento en que este cerebro este capullo de seda tarde o temprano presente daños importantes, la conciencia dejará de estar alerta, apagándose.

Desde el instante en que ésta falte, cuando el capullo de seda esté deteriorado al extremo de que ya no se pueda respirar y que las pulsaciones cardíacas y ondas cerebrales no admitan más mediciones, la mariposa se encontrará fuera del capullo

que la contenía. Esto no significa que ya se esté muerto, sino que el capullo de seda ha dejado de cumplir sus funciones. Al liberarse de ese capullo de seda, se llega a la segunda etapa, la de la energía psíquica. La energía física y la energía psíquica son las dos únicas energías que al hombre le es posible manipular.

El mayor regalo que Dios haya hecho a los hombres es el del libre albedrío. Y de todos los seres vivientes el único que goza de este libre albedrío es el hombre, por tanto, la posibilidad de elegir la forma de utilizar esas energías, sea de modo positivo o negativo. Desde el momento en que una mariposa es liberada, es decir, desde que el alma abandona el cuerpo, enseguida se advierte que estás dotados de capacidad para ver todo lo que ocurre en el lugar de la muerte. Mucha gente abandona su cuerpo en el transcurso de una intervención quirúrgica y observa, efectivamente, dicha intervención.

Todos los médicos y enfermeras deben tener conciencia de este hecho. Eso quiere decir que en la proximidad de una persona inconsciente no se debe hablar más que de cosas que esta persona pueda escuchar, sea cual fuere su estado. Es triste lo que a veces se dice en presencia de enfermos inconscientes, cuando éstos pueden oírlo todo. También es necesario que sepamos que, si se acerca al lecho de nuestros padre o madre verlos morir, aunque estén ya en coma profundo, oyen todo lo que les dices, y en ningún caso es tarde para expresar «lo siento», «te amo», alguna otra cosa que quieras decirles. Nunca es demasiado tarde para pronunciar estas palabras, aunque sea después de la muerte, ya que las personas fallecidas siguen oyendo. Incluso en ese mismo momento podrás arreglar «asuntos pendientes», aunque éstos se remonten a diez o veinte años atrás. Podrás liberarte de la culpabilidad para poder volver a vivir contigo mismos.

Muchos preguntan: ¿Por qué niños tan buenos deben morir? La respuesta es sencillamente que esos niños han aprendido en poco tiempo lo que debían aprender. Y según las personas se tratará de cosas diferentes, pero hay algo que cada uno debe aprender antes de poder volver al lugar de donde vino, y es el amor incondicional.

Cuando lo aprendes y lo practicas, habrás aprobado el más importante de los exámenes. Es decir, ya se está frente a la tercera etapa del nuevo nacimiento.

4.4.3 Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado

Labora (s.f) define que un cuadro analítico es el enfoque efectivo en la presentación de información es a través del uso de cuadros analíticos, estos nos permiten organizar y comparar datos de manera clara y concisa. Según lo referido, se trata de un esquema grafico donde se pueden ubicar datos importantes sobre la situación en estudio, teniendo esa base real para analizar convenientemente la patología y sus síntomas y a partir de allí, tomar decisiones de impacto positivo.

Tapias (2019) describe que el plan de cuidados de enfermería es un “instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Tiene como objetivo alinear a todos los involucrados en el cuidado de una persona dependiente para enfocar todos los esfuerzos hacia un objetivo común” (parr.4). En este sentido, representan el sustento de la planificación que facilita el cumplimiento del trabajo enfermero de acuerdo con las necesidades atendidas, buscando efectuar cuidados específicos formulados con antelación. A continuación, se presentan los Cuadros Analíticos y Planes de Cuidados elaborados para atender las necesidades del paciente objeto de estudio y los familiares.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER

Cuadro 16

Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio Y el Factor disfuncional Estado de salud del niño

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnóstico de Enfermería
M.G Madre refiere: “Y ahora lo pasaron a este lado, con ese tubo por la boca, me duele ver a mi hijo conectado a esa máquina, solo le pido Adiós que lo pueda ayudar a respirar R.M Madre refiere: “ Ni siquiera puedo cargar a mi hijo ni abrazarlo está completamente dormido todo el día a veces le hablo, pero siento que no me escucha”	una escala de Wood de 8 dificultad para respirar, tirajes intercostal y signos de cianosis. ventilación mecánica modo (Ippv), con tubo endotraqueal de 3.5fr con balón, fijado a la comisura labial bajo los parámetros FiO2: 0,80 VT:0,50 F: 30 Tinsp: 0,70 Peep :4. Ruidos respiratorios presentes simétricos, sibilantes bilaterales con una F.R.:70rpm, SaO2: 76%.	Dificulta Respiratoria	Patrón N° IV Actividad y ejercicio	00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con el acúmulo de secreciones y manifestado por la dificultad para respirar con normalidad.
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Oxigenación	Factor disfuncional Estado de Salud del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza NANDA 2021-2023

Cuadro 17

Planes de cuidados sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio y el factor disfuncional Estado de salud del niño

Diagnostico Real : 00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c el acúmulo de secreciones m/p la dificultad para respirar con normalidad.				
Dominio 4: Actividad/Reposo			Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG. Patrón IV Actividad y ejercicio: Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes y la capacidad del individuo para adaptarse a cambios en su nivel de actividad física R.M factor disfuncional Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación	(0403) Estado respiratorio: ventilación Dominio 2 (2) Salud fisiológica Clase E Cardio pulmonar	Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (p. ej., fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de drogas, acidosis respiratoria refractaria). - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. - Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados. - Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico del paciente. - Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica	(3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	Se logró permeabilizar la vía área eliminando las secreciones y aportando una buena ventilación mecánica favoreciendo la respiración del lactante
			Dominio 2 Fisiológico Complejo. Clase k Control Respiratorio	
			(3350) Monitorización respiratoria	
		-Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados. Sistema de Enfermería - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.	Dominio 2: Fisiológico Complejo. Clase K: Control Respiratorio	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER**

Cuadro 18

Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio Y el Factor disfuncional Estado de salud del niño

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
M.G Madre refiere: “Y ahora lo pasaron a este lado, con ese tubo por la boca, me duele ver a mi hijo conectado a esa máquina, solo le pido Adiós que lo pueda ayudar a respirar R.M Madre refiere: “ Ni siquiera puedo cargar a mi hijo ni abrazarlo está completamente dormido todo el día a veces le hablo, pero siento que no me escucha”	una escala de Wood de 8 dificultad para respirar, tirajes intercostal y signos de cianosis ventilación mecánica modo (Ippv), con tubo endotraqueal de 3.5fr con balón, fijado a la comisura labial bajo los parámetros FiO2: 0,80 VT:0,50 F: 30 Tinsp: 0,70 Peep :4. Ruidos respiratorios presentes simétricos, sibilantes bilaterales con una F.R.:70rpm, SaO2: 76%.	Dificulta Respiratoria	Patrón N° IV Actividad y ejercicio	(00031) limpieza ineficaz de las vías áreas r/c acumulación de moco en las vías aéreas m/ p disneas (SaO2:76%)
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Respirar normalmente	Factor disfuncional Estado de Salud del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 19

Planes de cuidados sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio y el factor disfuncional Estado de salud del niño

Diagnostico Real : (00031) limpieza ineficaz de las vías áreas r/c acumulación de moco en las vías aéreas m/ p disnea (SaO2:76%)				
Dominio 11: seguridad/protección			Clase 2: lesión física	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG. Patrón IV Actividad y ejercicio: Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes y la capacidad del individuo para adaptarse a cambios en su nivel de actividad física R.M factor disfuncional Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación(	(0410) estado respiratorio: permeabilidad de la vías áreas Dominio 2 (2) Salud fisiológica Clase E Cardio pulmonar	-Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal -Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración -Proporcionar sedación según corresponda -Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal -Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal -Detener la Aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, aumento de las extrasístoles o desaturación. -Controlar y observar el calor, cantidad y consistencia de las secreciones.	(3160) Aspiración de las secreciones	Se logró la reducción de un 99% de la acumulación de moco en las vías áreas y el tubo endotraqueal. Favoreciendo así un correcto intercambio gaseoso con una saturación de oxígeno en 99%.
		Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados. - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.	Dominio 2 Fisiológico Complejo. Clase k Control Respiratorio	
			(3350) Monitorización respiratoria	
			Dominio 2: Fisiológico Complejo. Clase K: Control Respiratorio	

Fuente: guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER**

Cuadro 20

Cuadro Analítico sobre el Patrón Percepción de la salud y Factor disfuncional, Características del niño

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
M.G:Madre Refiere: no tener conocimiento sobre la enfermedad de su hijo. De igual manera, refiere que, al momento de la visita, ella nota que su hijo no puede respirar bien. Siente preocupación por no llevar su hijo a tiempo al médico. R.M:Madre refiere: Cuando entré a la terapia intensiva, vi a mi bebé muy hinchado estaba frio, su carita se veía diferente, No sé por qué estaba así, cuando entro al hospital su cuerpo estaba normal	Antecedentes neonatales: -Embarazo mal controlado -vacunas incompletas -Desconocimiento de la enfermedad Actual.	-Falta de conocimiento -Descuido	Patrón N° I Percepción y control de la salud	(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c acudir de manera tardía al médico manifestado verbalmente por la madre
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Promoción de la salud	Factor disfuncional Características del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 21

Planes de cuidado sobre el Patrón Percepción de la salud y Factor disfuncional, Características del niño

Diagnostico Real : (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c acudir de manera tardía al médico manifestado verbalmente por la madre				
Dominio 1: : Promoción de la salud			Clase 2: Gestión de la Salud	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón I Percepción y control de la salud: Este primer patrón busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar. Las preguntas tratan de indagar sobre la salud general del paciente, como, por ejemplo, las veces que ha estado enfermo durante los últimos años. R.M Factor disfuncional Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud.	(1602) Conducta de fomento de salud (1902) Control de riesgos	- Establecer una relación de confianza. - Seleccionar métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente. - Ofrecer charlas educativas fomentando información acerca de medidas farmacológicas y preventivas para la salud, como la importancia de acudir al médico. - Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. - Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica. - Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda. - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. - Incluir a la familia si es adecuado.	(5606) Enseñanza: individual	Se logro un mejor desempeño en la educación del rol materno con la finalidad de que la madre tomara conciencia sobre la salud de su hijo y sobre todo saber actuar a tiempo si surge una posible enfermedad
	Dominio (4) Conocimiento y conducta de la salud		Domino 3 Conductual	
	Clase (Q) Conducta de salud (T)Control de riesgos		Clase (E) Educación de los pacientes	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER

Cuadro 22

Cuadro analítico sobre el patrón II nutrición metabólico y Factor disfuncional Estado de salud del niño

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
M.G: Madre refería: Que su hijo, no puede alimentarse, ya que el médico le ha indicado dieta absoluta. R.M Madre refiere: Ni siquiera puedo cargar a mi hijo ni abrazarlo está completamente dormido todo el día a veces le hablo, pero siento que no me escucha	-Apetito disminuido -Sin tolerar lactancia materna por la dificultad para deglutir ante la presencia de secreciones y tos - Recibiendo hidracina parenteral	Dieta absoluta	Patrón N° II Nutrición metabólico	(00107) dinámica de alimentación ineficaz del lactante Relacionado con, dificultad respiratoria, Manifestado por, dieta absoluta
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Alimentarse	Factor disfuncional Estado de salud del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 23

Planes de cuidado sobre el Patrón II nutrición metabólico y Factor disfuncional Estado de salud del niño

Diagnostico Real : (00271) Dinámica de alimentación ineficaz del lactante Relacionado con dificultad respiratoria, Manifestado por dieta absoluta				
Dominio 2: Nutrición			Clase1 : Ingestión	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón II nutrición metabólico : Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. R.M Factor disfuncional Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación	(0602) Hidratación	-Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos - Mantener un acceso I.V. permeable -Mantener una solución intravenosa que contenga Electrolitos a un flujo constante -Suministrar líquidos según preinscripción, si es adecuado - Observar si se produce perdidas de líquidos ricos en electrolitos (succión nasogástrica, diarrea drenaje e heridas Diaforesis) -Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos (gasometría Arterial orina)	(2000) Manejo de electrolitos	Durante la ejecución de la acción se logró, mantener los Niveles de Electrolitos en el lactante Favoreciendo la Hidratación Parenteral ,durante los (9) días ingresado la Unidad de cuidados intensivos Pediátrico
	Dominio (2) Salud Fisiológica		Dominio (2) Fisiológico complejo	
	Clase (G) Líquidos y electrolitos		Clase (G) Control de electrolito y Acido Básico	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER**

Cuadro 24

Cuadro analítico del patrón III Eliminación y factor disfuncional Característica del niño

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnóstico de Enfermería
M.G: Personal de enfermería refiere: que el paciente presenta disminución de la diuresis, durante el turno. Evacua de forma normal ya se le realiza cambio de pañal entre una (1) y dos (2) veces al día. Madre refiere: cada vez que va a ver a su bebe, observa que la bolsa recolectora esta con poquita orina “ R.M Madre refiere: “Cuando entré a la terapia intensiva, vi a mi bebé muy hinchado y estaba frio, su carita se veía diferente, No sé por qué estaba así, cuando entro al hospital su cuerpo estaba normal “	Se evidencia presencia de sonda Foley, conectada a bolsa recolectora de orina, con disminución de diuresis. Esfínter anal normo configurado, premiable	Ausencia de orina	Patrón N° III Eliminación	(00016), Deterioro de la Eliminación Urinaria Relacionado con, ausencia de diuresis, Manifestado por, la presencia de edemas
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Eliminar	Factor disfuncional Característica del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 25

Planes de cuidado sobre el Patrón III Nutricional y el Factor disfuncional característica del niño

Diagnostico Real : (00016) Deterioro de la Eliminación Urinaria Relacionado con, ausencia de diuresis, Manifestado por, la presencia de edemas				
Dominio 3: eliminación e intercambio			Clase 1: Función urinaria	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón III Eliminación: El tercer patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino. Gracias al uso de este patrón el enfermero puede descubrir la calidad, la cantidad y la regularidad de las deposiciones del paciente. R.M Factor disfuncional Característica del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud.	(00503) Eliminación Urinaria	- Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. - Administrar diuréticos ,como método de ayuda. - Restringir los líquidos, si procede	(0590) Manejo de la eliminación urinaria	Se logró, durante la ejecución de las actividades, el paciente orinara, en un lapso de tiempo establecido de 24 horas.
	Dominio (2) Salud Fisiológica		Dominio (1) Fisiológico Básico	
	Clase (F) Eliminación		Clase (B) Control de eliminación	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER

Cuadro 26

Cuadro analítico del Factor disfuncional Separación Precoz y el Patrón VIII Rol- Relaciones

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
R.M Madre refiere: “Debido a que mi bebé estaba en malas condiciones no pude cargarlo ni tocarlo en el momento que nació, y ahora después de 4 meses volvió enfermarse, sin poder tenerlo en mis brazos de nuevo, esos fueron uno de los peores momentos de vida. M.G Madre refiere: “ mi hijo le sonreía a todo el mundo, y todas las personas le mostraban afecto.	Interrupción del vínculo madre e hijo para ofrecer atención médica de emergencia	Interrupción del vinculo materno	Patrón N° VIII Relaciones-Rol	(0058) Riesgo del deterioro de la vinculación relacionado con la separación de la madre y el hijo manifestado por la enfermedad actual
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Comunicación	Factor disfuncional Separación precoz	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada (NANDA 2021-2023)

Cuadro 27

Planes de cuidado sobre el Factor Disfuncional separación precoz y el patrón VIII Rol-relaciones

Diagnostico de riesgo : (0058) Riesgo del deterioro de la vinculación relacionado con la separación de la madre y el hijo manifestado por la enfermedad actual				
Dominio 7 : Rol-Relaciones			Clase1 2: Relaciones Familiares	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
R.M Factor disfuncional separación precoz: : Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebe prematuro. MG Patrón VII Rol-Relaciones : Las relaciones interpersonales son una de las partes más importantes de la vida de las personas. Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones del paciente con las personas de su entorno.	(1500) Lazos afectivos padres-hijo	-Fomentar una cercanía física frecuente entre el lactante hospitalizado y los progenitores. -Instruir a los progenitores sobre los cuidados del RN. -Explicar el equipo usado para monitorizar al lactante hospitalizado. Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades.	6710- Fomentar el apego.	Se logró fomentar los lazos afectivos entre el Lactante y su madre aumentando así el vínculo parental
	Dominio (3) Salud psicosocial		Dominio (5) Familia	
	Clase (P) Interacción Social		Clase (Z) Cuidado de la crianza de una nuevo bebe	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER**

Cuadro 28

Cuadro analítico del patrón N° IV actividad-Ejercicio y Factor disfuncional Estado de salud del niño y Características del niño

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
R.M Madre refiere: “ Y ahora lo pasaron a este lado, con ese tubo por la boca, me duele ver a mi hijo conectado a esa máquina, solo le pido Adiós que lo pueda ayudar a respirar M.G Madre refiere : “Cuando entré a la terapia intensiva, vi a mi bebé muy hinchado y estaba frio, su carita se veía diferente	Paciente intubado con tubo endotraqueal N°3,5 conectado a Ventilación Mecánica Modo IPPV. Se evidencia acceso venoso central en vena subclavia Izquierda con un catéter trilúmen. Se observa sonda de Levin N° 06 por vía nasogástrica (NSG). Se mantiene con sonda de Foley N°05 conectada a bolsa recolectora de orina	Infección	Patrón N° IV actividad y Ejercicio	(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (intubación endotraqueal, catéter venoso central, sonda nasogástrica y sonda vesical)
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Higiene adecuada	Factor disfuncional Estado de salud del niño Características del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada (NANDA 2021-2023)

Cuadro 29

Planes de cuidado sobre de la actividad-Ejercicio y Factor disfuncional Estado de salud del niño y Características del niño

Diagnostico de riesgo : (00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivo (intubación endotraqueal, catéter venoso central, sonda nasogástrica y sonda vesical)				
Dominio 2 : Seguridad-Protección			Clase 1 : infección	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón IV: Actividad Ejercicio: Se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidiana R.M Factor disfuncional Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación. Factor disfuncional Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud	(1924) Control del riesgo:proceso infeccioso	-Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. - Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo - Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. - Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.	(6610) Identificación de riesgos	Se realizo todos los procedimientos bajos los métodos de asepsia y antisepsia. Disminuyendo los posibles Factores de riesgo que puedan causar Infecciones que el lactante.
	Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud.		Dominio (4) Seguridad Clave (B) Control de Riesgo	
	Clase (T) Control de Riesgo	- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. - Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas -Obtener muestras de cultivo si es necesario - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.	(6550) Protección contra las infecciones Dominio (4) Seguridad Clave (B) Control de Riesgo	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER

Cuadro 30

Cuadro analítico sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional Características del niño

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
M.G Madre Refiere :Mi bebe no se mueve, ni abre los ojitos eso me tiene muy preocupada	Lactante sin movilidad Motora debido a la sedación	Deterioro de la movilidad	Patrón N° IV Actividad y ejercicio	(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la movilidad física.
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Controlar la aparición de lesiones por presión	Factor disfuncional Características del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 31

Planes de cuidado sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional Características del niño

Diagnostico de riesgo : (00047) Riesgo de la integridad cutánea r/c disminución de la movilidad física				
Dominio 11 : Seguridad –protección			Clase 2: Lesión física	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón IV: Actividad Ejercicio: Se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidiana R.M Factor disfuncional Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud	(0208) Movilidad	- Colocar sobre un colchón o cama terapéuticos adecuados. - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición según corresponda. - Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. - Colocar la posición terapéutica específica. - Colocar en una posición que alivie la disnea. - Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda. - Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. - Vigilar el estado de la piel	(0840) Cambio de posición	Se logro prevenir las úlceras por presión en el lactante, favoreciendo la movilidad física para evitar escaras
	Dominio (1) Salud Funcional		Dominio (1) Fisiológico básico Clase (C) Control de movilidad	
	Clase (C) Movilidad		(0740) Cuidados en el paciente encamado Dominio (1) Fisiológico básico Clase () Control de movilidad	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER

Cuadro 32

Cuadro analítico sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional Características del niño

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
M.G Madre Refiere :Mi bebe no se mueve, ni abre los ojitos eso me tiene muy preocupada	Lactante sin movilidad Motora debido a la sedación	Deterioro de la movilidad	Patrón N° IV Actividad y ejercicio	. (00286) Riesgo de lesión por presión en niños r/c disminución de la movilidad física y presión sobre prominencias óseas
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Cambios posturales e irrigación de la pie	Factor disfuncional Características del niño	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 33

Planes de cuidado sobre Patrón N° IV Actividad y ejercicio y el Factor disfuncional Características del niño

Diagnóstico de riesgo: . (00286) Riesgo de lesión por presión en niños r/c disminución de la movilidad física y presión sobre prominencias óseas				
Dominio 11 : Seguridad –protección			Clase 2: Lesión física	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón IV: Actividad Ejercicio: Se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidianas R.M Factor disfuncional Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda. Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas	(3540) Prevención de úlceras por presión	Se logro prevenir las lesiones por presión en el niño, cambiándolo frecuentemente de posición y manteniendo la piel hidratada , limpia y seca
	Dominio (2) Salud fisiológica	- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.	Dominio (2) Fisiológico complejo Clase (L) Control de Piel/heridas	
		- Colocar en posición de alineación corporal correcta. - Girar al paciente en bloque. - Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, cada 2 horas	(0840) Cambio de Posición	
	Clase (L) Integridad Tisular	- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. - Observar si hay zonas de decoloración, hematomas, erupciones, abrasiones y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. - Observar si hay zonas de presión y fricción	Dominio (1) Fisiológico básico Clave (C) Control de movilidad	
			(3590) Vigilancia de la piel	
			Dominio (2) Fisiológico complejo Clase (L) Control de Piel/heridas	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMER**

Cuadro 34

Cuadro analítico sobre Patrón N° ° X Adaptación Tolerancia a la Situación y al Estrés , Factor disfuncional –Depresión y la etapas de duelo Aceptación y depresión

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Patrón de Margory alterado	Diagnostico de Enfermería
R.M Madre refiere: no dejo de llorar, no quiero ni comer me siento muy triste y débil solo al imaginar estar sin mi hijo K.R Madre refiere: No veré nunca más la sonrisa de mi bebe, pero ahora sé que mi hijo está en un lugar mejor, donde ya no abra más dolor	Fallecimiento del lactante	Perdida de un ser querido	Patrón N° X : Adaptación Tolerancia a la Situación y al Estrés	(00301) Duelo inadaptado r/c fallecimiento del lactante m/p tristeza y dolor por la madre
		Necesidad	Teoría del Rol materno Mercer	
		Apoyo emocional y aceptación de la situación	Factor disfuncional Depresión	
			Etapas del Duelo kublerr.Ros Depresión Aceptación	

Fuente: Entrevista y examen físico realizado al paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandariza (NANDA 2021-2023)

Cuadro 35

Planes de cuidado sobre Patrón N° X Adaptación Tolerancia a la Situación y al Estrés , Factor disfuncional –Depresión y la etapas de duelo Aceptación y depresión

Diagnostico real: (00301) Duelo inadaptado r/c fallecimiento del lactante m/p tristeza y dolor por la madre				
Dominio 9 : Afrontamiento/tolerancia al estrés			Clase 2 : Respuesta de afrontamiento	
Enunciado Teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterios de Evaluación
MG Patrón X: Adaptación Tolerancia a la Situación y al Estrés:Se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones, vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos. R-M Factor disfuncional Depresión: padece una serie de síntomas y en particular el componente afectivo del estado de salud K-R Depresión: al no encontrarle la salida al dolor, angustia enojo y frustración repentinamente se toman en una profunda tristeza Aceptación: las personas llegan a un punto en el que pueden aceptar la realidad de la pérdida. Esto no significa que estén necesariamente felices, pero han llegado a un punto en el que pueden enfrentarla y continuar con sus vidas, La curación se refleja en recordar, recomponerse y reorganizarse	(1302) Afrontamiento de problema	- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. -Ayudar al familiar que exprese los sentimientos de ansiedad , ira o tristeza - Abrazar o tocar al familiar para proporcionarle apoyo. -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional	(5270) Apoyo emocional	Se le brindo apoyo emocional, a la madre permitiéndole expresar sus emociones ,mostrándole empatía sobre la situación abrazándola estando ahí para ella, ofreciéndole palabras sinceras de apoyo y consuelo.
	Dominio (3) Salud psicosocial Clase (N) Adaptación psicosocial		Dominio(3) Conductual Clase:(R) Ayuda para el afrontamiento	
	(1304) Resolución de la aflicción	- Identificar la pérdida. - Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. - Escuchar las expresiones de duelo. - Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales. - Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo	(5290) Facilitar el Duelo	
	Dominio:(3) Salud psicosocial. Clase: (N) Adaptación psicosocial		Dominio(3) Conductual Clase:(R) Ayuda para el afrontamiento	

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018)

CAPÍTULO V

EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO DR. DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

El continuo desempeño dentro del ámbito hospitalario, conlleva a desarrollar vivencias beneficiosas mientras se aprenden nuevas formas de garantizar un servicio eficiente, colaborando e introduciendo mecanismos importantes de reacción ante los desafíos encontrados durante la realización de los Cursos Especiales de Grado de Enfermería. En tal sentido, este capítulo busca explicar la experiencia profesional durante el Proceso Enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega.

5.1 Proceso Enfermero

Castillo y Rojas (2016, parr.10) indican el proceso enfermero (PE) representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, este ha evolucionado a una tercera generación, cuyo enfoque recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada; actualmente se consideran así a las taxonomías de la *North American Nursing, Diagnosis Association International* (NANDA-I), la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la *Nursing Interventions Classification* (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente.

Según Reina (2010) describe el proceso de enfermería como “el sistema de la práctica de Enfermería, proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud (P.2) De acuerdo con esta información, el proceso enfermero constituye uno de los más

importantes sustentos metodológicos para los profesionales de la salud. Es decir, que es el modelo fundamental sobre cómo los enfermeros y enfermeras deben cuidar a los pacientes

5.1.2 Objetivos:

Según Martorell (2019) describe los objetivos empleado por la enfermera se caracteriza por tener una finalidad que se dirige a un objetivo; es sistemático porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo; es dinámico porque responde a cambios continuos del paciente y su entorno. Además, es interactivo porque se basa en las relaciones recíprocas entre el paciente, la familia y el equipo de salud y; flexible porque se adecúa a cada paciente, familia o comunidad. (p.2)

A su vez Parra et al (2017) definen el objetivo principal del PE es construir una base teórica que mediante acciones organizadas cubra de forma individualizada las necesidades de la persona, familia y comunidad, En definitiva, el PE vincula el conocimiento científico de la teoría con su aplicación práctica, por tanto, se trata de alcanzar la mayor calidad en los cuidados a través de intervenciones reflexivas, sistematizadas y científicas y considerarse como un modelo de desempeño profesional de la enfermera (Parr.20)

5.1.3 Principios: Según el Consejo Nacional de Enfermeras (2021) los cuatro (4) principios fundamentales del Proceso Enfermero son:

- Promover la salud.
- Prevenir la enfermedad
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

5.1.4 Fases del proceso de atención de enfermería

Según Hernández (2002) describe que el proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución-intervención evaluación. A continuación, se describe las etapas del proceso enfermero.

Primera etapa: valoración

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

- Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
- Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
- Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
- Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- *Datos subjetivos:* no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- *Datos objetivos:* se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- *Datos históricos-antecedentes:* aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- *Datos actuales:* son datos sobre el problema de salud actual. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera

adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ✓ *Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”*: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.
- ✓ *Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”*: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ✓ *Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”*: la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud. (pág. 3)

Segunda etapa: diagnóstico De enfermería

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. (pág.3).

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características, puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible:

- El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.

- El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.
- El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

1. Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.
2. Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.
3. Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.
4. Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas/vómitos persistentes y aumento del índice metabólico.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase "relacionado con", la cual se indica r/c. Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Tercera etapa: planeación

Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.
- Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definidos de forma realista y mensurable, congruentes con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.

4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales (p.4)

Cuarta etapa: ejecución

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
- Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.

2. Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.

3. Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

Quinta etapa: evaluación

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados. (p.5)

La evolución consta de tres partes:

- La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
- Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
- La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

5.1. 5 Funciones de Enfermería

Según García et al (2019) define las funciones de Enfermería como el rol que debe desempeñar el personal, “es aquel que implica el desarrollo de todas sus funciones, la asistencial ampliamente desarrollada, la de gestión, docencia e investigación. Para ello, necesita contar con un soporte básico que permita y facilite el logro de estos objetivos”. (p.6). Se destaca la importancia de estas funciones al contribuir al óptimo desempeño de los servicios de salud dentro del campo de la enfermería. Además, se señala que permiten a los profesionales de enfermería desarrollarse en áreas que les resulten más adecuadas o de su preferencia, lo que resalta la versatilidad de esta profesión.

En el proceso de pasantías realizado en el marco de la VIII Cohorte de los Cursos Especiales de Grado se aplicó el proceso enfermero a paciente a lactante masculino de 4 meses de nacido con diagnóstico médico de Bronquiolitis ubicado en la unidad de cuidados intensivos Pediátrico del Hospital Dr. Luis Ortega, cumpliendo con las funciones que contemplan este proceso de enfermería a nivel asistencial, docente, administrativo e investigativo, aplicando actividades enmarcadas a la resolución de los problemas detectados y brindando cuidados de enfermería los cuales rigen nuestra profesión.

Es relevante mencionar que las actividades planificadas se organizaron de manera sistemática en un formato práctico conocido como Diagrama de Gantt, que según Pérez 2021 describe como “una herramienta de gestión que sirve para planificar y programar tareas a lo largo de un período determinado, permitiendo realizar el seguimiento y control del progreso de cada una de las etapas de un proyecto.” (Parr,1).

Para la elaboración del diagrama de Gantt se utilizaron columnas en el extremo derecho en donde se identifican los meses, mientras que en el extremo izquierdo las columnas indican las actividades ejecutadas (asistenciales, administrativas, docentes e investigativas), las cuales son identificadas por color azul en las celdas correspondientes.

A continuación, se presenta el cronograma para la realización de las pasantías y la atención del caso clínico, para luego desarrollar de manera individual las actividades y tareas de enfermería que se llevaron a cabo para la atención del paciente objeto de esta investigación. (Ver cuadro 38)

Cuadro 38

Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de Pasantías en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital Luis Ortega de Porlamar

Funciones	Meses	Abril				Mayo				Julio				Junio			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Asistenciales																	
Docentes																	
Administrativas																	
Investigadora																	

5.1.5.1 Descripción de actividades y tareas asistenciales:

Según Solano (2007) define la enfermera asistencial como “aquella profesional responsable de brindar atención directa e integral a los pacientes, para lo cual deberá estar preparada con los conocimientos, habilidades y actitudes logrados en un proceso de formación teórica y práctica, que la ha posesionado de características determinadas y desarrolladas a partir de su propia persona”. (p.33).

Dentro de las funciones de enfermería son:

- Posee dominio sobre los conocimientos propios de la enfermería y de las ciencias afines, para poder brindar atención integral al paciente hospitalizado mediante la utilización del proceso de atención de enfermería.
- Tiene habilidad y destreza en la ejecución de los diversos procedimientos de enfermería.
- Es capaz de prevenir efectos secundarios del tratamiento.
- Resguarda la seguridad de los pacientes e interviene en complicaciones.
- Es capaz de comunicarse efectivamente y coordinar con los demás integrantes del equipo de salud el cuidado del paciente hospitalizado.
- Es capaz de brindar el apoyo en la docencia y la capacitación continua del personal a su cargo.
- Mantiene un interés constante en estar actualizado en los avances científicos de la profesión y mostrar interés y capacidad para la investigación.
- Conoce y aplica los conceptos éticos de la profesión en el ejercicio de la misma, y es capaz de actuar con actitudes éticas siempre.
- Es capaz de brindar educación al paciente y familia con aspectos de prevención y recuperación de la salud.
- Es capaz de solucionar situaciones de crisis.

Durante las pasantías se realizaron actividades Asistenciales dentro de la unidad de cuidados intensivos pediátrico al paciente objeto de estudio de esta investigación las cuales son las siguientes :

- ✓ Asepsia, antisepsia y bioseguridad.
- ✓ Cuantificación y registro de signos vitales.
- ✓ Aseo e higiene.
- ✓ Preparación y administración de medicamentos.
- ✓ Aspiración por tubo endotraqueal.
- ✓ Cambios posturales.
- ✓ Extracción de muestras para el Laboratorio.
- ✓ Curas de heridas

5.1.5.2 Descripción de Actividades y Tareas Docentes

Según González (2013) describe la enfermería docente “como una ciencia que tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla.” (p.43)

Es un área en donde enfermería se desenvuelve a través de la promoción, prevención y educación de la persona, familia y comunidad. Las actividades necesarias para cumplir la función docente son:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la del personal de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.
- Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.
- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.
- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.

- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de personal de enfermería.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes

Por consiguiente, durante las pasantías en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, se llevaron a cabo diversas actividades docentes donde destacan:

- ✓ Brindar educación sanitaria.
- ✓ Apoyo emocional

5.1.5.2 Descripción de Actividades y Tareas Administrativas

La enfermera administrativa suelen ser enfermeras registradas que desempeñan funciones colaborativas de liderazgo. Trabajan con otros profesionales, como administradores de hospitales y directores ejecutivos promueven la prestación eficiente de atención médica y mantienen el cumplimiento normativo. Unitek College (2024 parr.11) las funciones de la enfermera Administrativa se describen de la siguiente manera :

- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos.
- Administrar unidades y/o servicios de salud, en los distintos niveles de atención.
- Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitarias.

- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Dirigir, controlar y/o realizar la entrega y recibo de los servicios.

Dentro de las actividades realizadas durante el tiempo de pasantías en la Unidad de cuidados intensivos pediátrico del hospital Luis Ortega se ejecutaron actividades Administrativas las cuales son:

- ✓ Pedido de suministros.
- ✓ Pedido de farmacia.
- ✓ Reporte de enfermería

5.1.5.3 Descripción de Actividades y Tareas Investigativas

La Nueva Serenidad (s.f) describe la enfermera investigadora tiene la misión de cuidar la salud de los pacientes y, por otro lado, la de la Investigación, que a través de los fundamentos científicos les aporta el conocimiento con rigor para lograr los mejores resultados.

Según Gonzales, (2013, p.39) las funciones de la enfermera investigativa son las siguientes:

- Realizar actividades operativas tendientes a obtener información para implementar el diagnóstico de salud del servicio.
- Promover, efectuar y participar en la realización de estudios de investigación de la salud y de la atención de enfermería.
- Promover con el personal de enfermería la búsqueda de estrategias para mejorar la calidad de la atención de enfermería.
- Participar en la realización de estudios epidemiológicos o de cualquier índole relacionada con salud en la comunidad.
- Elaborar diagnóstico de enfermería del distrito.

- Realizar controles de foco cuando la situación lo requiera, participando en control de brotes
- Investigar y analizar las necesidades de atención de enfermería y los recursos disponibles del distrito.

Durante la realización de las pasantías en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico, al talento humano y a la madre del paciente objeto de estudio de esta investigación se ejecutaron actividades investigativas, donde se destacan:

- ✓ Entrevista al personal de enfermería.
- ✓ Entrevista al personal médico.
- ✓ Revisión de la historia clínica del paciente.
- ✓ Entrevista a los familiares.

5.2 Retos, Desafíos y Perspectivas del Personal de Enfermería en el Contexto Actual

De acuerdo con Bembibre (2010) un reto hace referencia a un “desafío o una actividad física o intelectual que una persona debe realizar sobreponiéndose a diferentes tipo de dificultades, porque precisamente está revestida de dificultades y complejidades. (parr.1). Unos de los principales retos que enfrenta el profesional de enfermería actualmente es la falta de suministros médicos, Medicamentos y equipos adecuados. Esta situación dificulta enormemente la prestación de atención de calidad y pone en riesgo la salud tanto del personal como de los pacientes. Además, las condiciones laborales precarias, como los bajos salarios y las largas jornadas de trabajo, contribuyen a una crisis laboral donde el mas afectado es el profesional de enfermería

Por su parte Navarro (2014) describe un desafío como un “reto que nos imponemos a nosotros mismos, que conlleva esfuerzo, lucha y tenacidad que nos lleva a lograr el éxito” (Parr.4). Un desafío de importante preocupación en el ámbito hospitalario es la seguridad en el entorno laboral. La inseguridad y la exposición a situaciones de violencia que enfrenta el personal de enfermería fuera y adentro de las

instalaciones del Hospital, son una preocupación constante para el personal de enfermería, lo que afecta su bienestar físico y emocional que pueden comprometer la calidad de la atención que brindan.

Por otro lado la Real Academia Española (2001) describe la perspectiva como el “punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto” (parr.4). Desde el punto de vista de los profesionales de enfermería se sienten con la capacidad de mejorar en las practicas del cuidado, con la esperanza y el optimismo de buscar soluciones y sobre llevar la situación socioeconómica que esta presentando la salud publica actualmente. Además, están asumiendo un papel mas participativo en defender sus derechos laborales, para lograrlo esto, es fundamental trabajar en equipo para superar los obstáculos y asi poder aprovechar las oportunidades que se presenten en el camino y poder brindarle una salud justa y eficiente a la comunidad

5.2.1 Opinión de un Profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del hospital Dr. Luis Ortega

Nombre. B.R

Cargo que Ejerce. Enfermera II

Formación Académica. Licenciada en Enfermería, egresado de la Universidad De Oriente (U.D.O)

Tiempo de Servicio. Actualmente cuatro (4) años de servicio.

Experiencia Profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico

“Todo lo que he aprendido aquí, en observación y en trauma Shock me ha formado como enfermera porque todos pasamos por ser nuevos al comienzo pero a medida del tiempo uno va adquiriendo mas experiencia y mas seguridad, gracias a eso me siento satisfecha de poder brindar mi conocimientos y mi experiencia a las personas que me necesitan”

Limitaciones y Dificultades que Enfrenta en la Unidad de Cuidados

Intensivos pediátrico *“Por los momentos no he tenido ningún tipo de limitaciones me creo capaz de solucionar lo que pueda aparte tengo a mis*

compañeros juntos hemos podido solventar cada situación difícil”.

Mayor Fortaleza Profesionalmente Hablando. *“Mi mayor fortaleza es mi amor por Dios, la voluntad y el compromiso con los pacientes”.*

Retos, Desafíos y Perspectivas de la Profesión. *“Para mí todo tiempo es desafío porque la profesión de enfermería es impredecible, todos los días te consigues con algo distinto y hay que afrontarlo porque es nuestro deber como profesional.*

Sugerencia a las Nuevas Generaciones. *“Mis recomendaciones a las nuevas generaciones es que aprendan lo bueno no lo malo, ninguno de nosotros somos perfectos como profesionales pero siempre les digo que trabajen con humildad, paciencia, dedicación, que trabajen con empatía y que traten a todos los pacientes por igual que ya es duro estar acostados en esa cama, para que de paso los traten mal, que hagan las cosas con amor”*

5.2.2 Opinión del Participante del Curso Especial de Grado

En mi opinión basada en las experiencias durante las pasantías, dentro del hospital Dr. Luis Ortega, para nadie es un secreto las condiciones de trabajo, el nivel socio-económicos, los desafíos y sacrificios por el cual el profesional de enfermería deben de superar con el fin de poder equilibrar las condiciones diaria de trabajo en cada área. Además, se suma la falta de motivación que presentan los profesionales por no tener la mano los recursos, materiales, y sobre todo la estabilidad salarial que se necesita en estos tiempos de crisis es difícil continuar ejerciendo la profesión bajo estas circunstancias y sin embargo el personal de enfermería se mantiene en pie de lucha a pesar de tantas adversidades.

Conclusión

La experiencia vivida durante todo este tiempo permitió entender el Proceso de Atención de Enfermería como una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del enfermero; el profesional interactuó con la madre del paciente, siendo de gran ayuda para el cumplimiento de los procedimientos científicos que deben realizarse, para así, conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el paciente. Cabe resaltar que, para la aplicación de este proceso, fue necesario mantener un elevado grado de interacción con la madre del paciente, como se hizo en este caso de investigación.

Por consiguiente, la pasante aplicó favorablemente el proceso enfermero al paciente lactante menor con diagnóstico médico Bronquiolitis en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico del Hospital Dr. Luis ortega, del mismo modo, durante el periodo de pasantías fueron ampliados y desarrollados los conocimientos de la investigadora sobre los pacientes con este tipo de patologías.

Se adquirieron habilidades, técnicas y destrezas para el cumplimiento de procedimientos de enfermería y además, se contribuyó a disminuir los niveles de angustia y tristeza de la madre del paciente, brindándole apoyo, así como también suplir todas las necesidades principales propias de la patología del lactante, como el patrón respiratorio. Es importante destacar que los planes de cuidado se orientan por las pautas de la NANDA (2018-2020), NIC (2018) y NOC (2018), para poder ayudar así a la estabilidad requerida por la paciente, mediante un desempeño idóneo, por lo cual se brindó la atención que ameritaba el paciente.

Asimismo, se trabajó con los modelos teóricos de Ramona Mercer (Teoría del Rol Materno), Marjory Gordon (Los 11 Patrones Funcionales de la Salud) y Elizabeth Kubler Ross (Las Etapas del Duelo) contenidos útiles al momento de aplicar los

cuidados y atenciones de enfermería al paciente objeto de estudio de esta investigación. Finalmente, podemos decir que el Proceso Enfermero es de suma importancia para ofrecer una atención de calidad ante toda condición de salud.

Recomendaciones

A la madre:

- Utilizar recursos de apoyo para aprender a convivir con la pérdida.
- Cuidar de sí misma física y emocionalmente, ya que el duelo es un proceso agotador y es esencial que se cuide para estar bien para su familia
- Exteriorizar emociones y sentimientos al hablar de recuerdos positivos del ser querido que ha fallecido, como una forma de celebrar su vida.

Al Personal de Enfermería:

- Asumir responsablemente cada etapa del proceso enfermero en conjunto con el equipo de salud, para contribuir a la conservación de la vida.
- Tener más empatía y apoyar de manera constante a los familiares con el propósito de incrementar su lado emocional y prepararlo para cualquier desenlace fatal.
- Investigar utilizando diversos medios acerca de la Bronquiolitis sus causas, consecuencias, cuidados y atenciones, o otras enfermedades a objeto de fortalecer su formación.
- Ser más unidos como compañeros y equipo de salud.

A la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del hospital Dr. Luis Ortega :

- Gestionar los equipos e insumos que hacen falta para tener mejores alternativas en el cuidado y atención de pacientes en estado crítico.

- Incorporar mayor cantidad de talento humano especializado en la atención de pacientes críticos
- Mantener siempre una comunicación asertiva, clara y precisa dentro del espacio de trabajo y así comprender mejor las competencias de cada miembro del equipo de salud.

Al Hospital Dr. Luis Ortega:

- Mejorar el área destinada para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, ya que actualmente no se cuenta con ese espacio.
- Solicitar ante los entes competentes la dotación de medicamentos e insumos para las distintas áreas, indispensables en la atención y cuidado de los pacientes hospitalizados.
- Incorporar nuevos profesionales de la salud para mejorar la atención brindada a los pacientes en todas las áreas.

A la comunidad.

- Brindar apoyo emocional a todas aquellas personas que pierden a sus seres queridos.
- Fomentar el autocuidado, preocuparse por su salud y sobre todo la de los niños mantener estilos de vida saludables, y si padecen de alguna enfermedad educarse y orientarse en cumplir con disciplina el tratamiento y de esta manera evitar posibles complicaciones.

A la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta.

- Ofrecer varias opciones para los Cursos Especiales de Grado de Enfermería, con el fin de seguir formando profesionales en diferentes áreas.
- Incorporar más tutores metodológicos con el fin de brindar el apoyo

correspondiente con cada estudiante.

- Firmar convenios con otras instituciones con el fin de desarrollar post-grados de otros conocimientos y mayores competencias en áreas específica.

Referencia Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics (15 de febrero 2022) Re: *Bronquiolitis en bebés: lo que los padres deben de saber* <https://www.healthychildren.org/Spanish/heissues/conditions/chest-lungs/Paginas/Bronchiolitis.aspx>
- Aguilar , M. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Scielo*,31,(3).https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- Agra Tuñas, Pérez Varela F, Bello Rama E (2018). *Cuidados intensivos pediátricos: calidad percibida por los progenitores*. Metas Enfermería: https://www.researchgate.net/publication/334966661_Cuidados_intensivos_pediaticos_calidad_percibida_por_los_progenitores
- Breton L y Tordecilla R. (2021). Manifestaciones clínicas Covid-19. *Revista Hospital Clínica Universidad de Chile*; 32: 129-38 <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/2044.pdf>
- Balcazar Fabricio E. (2003). *Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación*. Universidad Nacional de San Luis: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>
- Bendezu F, y Caccha J. (2022) *Proceso de atención de enfermería aplicado paciente lactante menor con diagnóstico bronquiolitis del servicio de pediatría de un hospital de Lima*. [Trabajo de grado, Universidad de lima Perú] https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_d4ebe319590889699f3a2338f0247f6b

- Beltrán B. (2022). Re: *Proceso del cuidado enfermero aplicado a lactante con Bronquiolitis* : file:///C:/Users/RAFAEL/Downloads/Articulo16_Beltran.pdf.
- Bembibre, C. (15 julio, 2010). Re: *Definición de Reto*. Significado.com. <https://significado.com/reto/>
- Camacho (20 de febrero 2023). Re: *Ramona Mercer y su teoría “Adopción del Rol materno*.:[https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-desarrolloprofesi-olnal/licenciatura-en-enfermeria/2-ramona-mercer-y-su-teorio-de-la-adopcion-del-rol materno/49818761](https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-desarrolloprofesi-olnal/licenciatura-en-enfermeria/2-ramona-mercer-y-su-teorio-de-la-adopcion-del-rol-materno/49818761)
- Castillo A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Revista Enfermería Universitaria*.13-(3)<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-enfermero-tercera-generacion-S1665706316000270>.
- Constitución de la República Bolivariana (1999). Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela, N°36.860 <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/botones/constitucionnacional-20191205135853.PDF>
- Carreño L. (2024) *Proceso enfermero a sexagenaria con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la unidad de cuidados intensivos* Dr. pablo agreda del hospital Dr. Luis ortega de Porlamar. [Tesis de Grado Universidad de Oriente].
- Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008). <https://licdojesusurbina.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/codigo-deontologico.pdf>

Calero Hilario, B., Cárdenas Ruiz, M. J. ., Mandujano Lázaro, M., Monzón Cuentas, A., & Rojas Trujillo, J. E. . (2022). Proceso de cuidado enfermero en una niña menor de 2 años con bronquitis aguda. *Investigación E Innovación: Revista Científica De Enfermería*.

<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1535/1773>

Diccionario panhispánico del español jurídico, (2023). *Que es un establecimiento*.

<https://dpej.rae.es/lema/establecimiento>

Delgado I. y Pérez A. (2010). Re: *Infecciones respiratorias agudas y su frecuencia reportada por la misión médica en Nueva Esparta, Venezuela*.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt101d.pdf>

Guerrero, S. (Junio 2016). Bronquiolitis. *Revista Médica Sinergia* ISSN 2215-4523

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7070347.pdf>

Gomez, L . (Nov. 2022). *Definición de Propósito*. Significado.com. Desde

<https://significado.com/proposito/>

García F, y De la Cruz R. (16 de Abril 2018) *Actualización en la etiopatogenia de la Bronquiolitis aguda* (268):125-1

<https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2018/abr18268j.pdf>

Hernández J. (2023) Proceso Enfermero aplicado a recién nacido ubicado en unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Dr., Luis Ortega, con diagnóstico médico Prematuridad y Síndrome de Dificultad respiratoria enfocada en la teoría de Ramona Mercer. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, Venezuela]. Archivo digital

Investigación de campo .(2023). En: *Significados.com*. Disponible en: [ht](https://www.significados.com/investigacion-de-campo/)

[tps://www.significados.com/investigacion-de-campo/](https://www.significados.com/investigacion-de-campo/)

Jiménez S, Montaña C, y Estrada D. (2022). Complicaciones y secuelas de COVID-

19 en adultos. *Revista Publicación semestral, Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 122-129
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frepository.uaeh.edu.mx%2Frevistas%2Findex.php%2FICSA%2Farticle%2Fdownload%2F8963%2F9703%2F>

La página Médicos Venezolanos Online (9 de septiembre 2020) Re: *Bronquiolitis En Tiempos De Covid-19*. Obtenido mediante el Archivo
<https://medicosvenezolanosonline.com/bronquiolitis-en-tiempos-de-covid-19/>

Ley del ejercicio profesional de enfermería. (2005). Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N°38.263
<https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-del-ejercicio-profesional-de-la-enfermeria.pdf>

Ley orgánica de protección niñas, niños y adolescentes (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°38.263
https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_ley_org_prot_ninos_adolcpdf

Ley Orgánica de Salud, (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°36.59
<https://www.refworld.org/legal/legislation/natlegbod/1998/es/102533>

Miaja, A y Moral G. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por kübler-ross mediante las redes semánticas naturales. *Revista*

109-130 <https://core.ac.uk/download/pdf/38820309.pdf>

Martínez M. (2014). Reseña Histórica. *Revista Calameo*.
<https://www.calameo.com/books/00037194651ce36db7596>

Mangas citado por Catillo (16 diciembre 2020) Re: *definición de Misión Visión Spain Business School* <https://blog.spainbs.com/2020/12/930/definicion-de-vision-y-mision>

Mejías R, y Delgado T. (octubre 2017). Re : *Las fichas técnicas como sistema de*

Información farmacológica. https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/20182024/medicamentos/FICHAS%20TECNICAS/BOLETINES%20USO%20RACIONAL%20MEDICAMENTOS/2017/boletin_3_2017.pdf

Martínez J. (2022) Proceso Enfermero a paciente lactante mayor masculino con diagnóstico de Sepsis con punto de partida enteral, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega” [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

Navarro, J. (julio, 2014). *Definición de Desafío* *Significado.com* . Desde <https://significado.com/desafio-2/>

Editorial, Etecé. (1 de junio 2024). Re: *Concepto de Objetivos específico*
 Disponible en: <https://concepto.de/objetivos-especificos/>.

OPS/OMS (2022) Re: *Enfermería . Organización Panamericana de la Salud*
<https://www.paho.org/es/temas/enfermeria#:~:text=La%20enfermería%20abarc%20el%20cuidado,atención%20centrada%20en%20la%20persona>

Publicado por Julián Pérez Porto y María Merino. Actualizado el 2 de julio de 2021. *Terapéutico - Qué es, definición y concepto*. Disponible en

<https://definicion.de/terapeutico/>

Palacios E, (2014) la importancia de la misión y visión en un establecimiento de salud. *Revista* *Scribd*

<https://es.scribd.com/document/272594985/La-importancia-de-La-Mision-y-Vision-en-Un-Establecimiento-de-Salud>

Reina G., Nadia Carolina (2010) El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado *Revista Científica Redalyc* 18-23

<http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PAE.pdf>

Rodríguez-Duarte KJ, Cruz-Ortiz M, y Pérez-Rodríguez MC. (2020). Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*

:134-43 <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2020/eim202g.pdf>

Rocha y Rodríguez (2013) “Bronquiolititis Y Uso De Nebulización Con Salbutamol, Solución Salina 3%, O Ambas”. Obtenido mediante el archivo

<http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/8588/1/Tesis%20EE2013%20Ar32%20E2.%20INFORMACI%C3%93N%20QUE%20TIENEN%20LAS%20MADRES%20SOBRE%20LAS%20MEDIDAS%20DE%20PREVENCI%C3%93N%20DE%20LA%20BRONQUIOLITIS%20EN%20NI%C3%91OS%20ME.pdf>

Sierra citado Tamayo y cerda (13 abril 2018). Re: *Cómo formular los objetivos de una investigación cualitativa*. Publicado por el Blog Invamer

<https://www.invamer.com.co/es/articulo/Como-formular-los-objetivos-de-una>

-

[investigacion](#)

Thompson I. (2006) Mision y Vision. *Revista Promonegocios.net*

<https://www.promonegocios.net/empresa/mision-vision-empresa.html>

Teoría online (s.f) Re: *Descubre la Teoría y Modelo de Marjory Gordon: Guía*

- Completa*. Obtenido mediante la pagina :<https://teoriaonline.com/marjory-gordon-teoria-y-modelo/>
- Urdaneta G. (2021). Re: *Qué es localización geográfica caracas.com*
<https://caracas.com.ve/blog/que-es-localizacion-geografica/>
- Vademécum. (20 diciembre 2016). Re: *Omeprazol* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-omeprazol-a02bc01>
- Vademécum. (1 enero 2015). Re: *Aminofilina* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-aminofilina-r03da05-us>
- Vademécum. (23 Sep 2022). *Furosemida* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-furosemida-c03ca01>
- Vademécum. (20 junio 2016). *Vancomicina* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-vancomicina-J01XA01>
- Vademécum. (22 nov 2017). *Meropenem* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-meropenem-j01dh02>
- Vademécum. (24 abril 2017). *Fluconazol* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-fluconazol-j02ac01>
- Vademécum. (28 julio 2017). *Metilprednisolona* obtenido por Vademécum
<https://www.vademecum.es/principios-activos-metilprednisolona-h02ab04>
- Vademécum (2019) *Metamizol Sódico*. Guía Spilva de las Especialidades (2004)
<https://www.vademecum.es/colombia/medicamento/19002837/dipirona-sodica-genfar->
<https://es.slideshare.net/slideshow/metamizol-sdico/31865856>
- Vademécum. (1 enero 2015). *Sulfato de Magnesio* obtenido por Vademécum

<https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77006671/sulfato-de-magnesiio-al-behrens-solucion-inyectable-12-2#>

Vademécum. (23 abril 2015). *Budesonida* obtenido por Vademécum

<https://www.vademecum.es/principios-activos-budesonida+inhalatoria-r03ba02#>

Vademécum. (19 enero 2016). *Salbutamol* obtenido por Vademécum

<https://www.vademecum.es/principios-activos-salbutamol-r03cc02>

Vademécum. (29 enero 2016). *Midazolam* obtenido por Vademécum

<https://www.vademecum.es/principios-activos-midazolam-n05cd08-es>

Vademécum. (16 junio 2016). *KCL al 7.5%* obtenido por Vademécum

<https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77002260/cloruro-de-potasio-behrens-solucion-inyectable-7-45-usp-100-ml>

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso.

Título	Proceso enfermero a paciente lactante menor masculino con diagnostico medico bronquiolitis, hospitalizado en la unidad de cuidado intensivos pediátrico del hospital Dr.Luis Ortega
Subtítulo	

Autor (es):

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e- mail
Patiño Rivas Annerys Alejandra	ORCID:
	e-mail Annerysr7@gmail.com

Palabras o frases claves

bronquiolitis
Sar-covid.19
cuidados intensivos
proceso enfermero

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso.

Área	Subárea
Ciencias de la Salud	Enfermería

Resumen (abstract):

La Bronquiolitis de acuerdo con Cansino (2012) es una infección respiratoria que afecta a la vía aérea pequeña y, principalmente, a los bronquiolos, originando edema, moco y obstrucción. Es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en la lactante producida por el virus respiratorio sincitial (VRS). El presente trabajo tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente lactante menor masculino con diagnostico medico Bronquiolitis, Hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátrico del hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. La investigación se abordó bajo un enfoque cuali-cuantitativo, donde se unifican el método investigación acción-participante y el estudio de caso clínico. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero se encuentra sustentado bajo una conjugación de las teorías de Ramona Mercer, Marjory Gordon y Elizabeth Kubler Ross, esto permitió realizar la valoración subjetiva mediante entrevistas a la madre, la obtención de datos objetivos por medio del examen físico del paciente así detectar los problemas de salud y procediendo a llevar a cabo los diagnostico de enfermería y planes de cuidado, siguiendo los lineamientos de la Taxonomía NANDA (2021-2023) NIC (2018) y NOC (2018). Se concluye que la experiencia desarrollada permitió abordar las necesidades y problemas de salud del paciente así mismo el vínculo afectivo entre la madre y el hijo, además de disminuir los niveles de angustia y tristeza, de la madre por la pérdida de su hijo

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso.

Contribuidores:

Apellidos y Nombre	ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL				
Sulbarán Carlos	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	sulbarancarlos55@gmail.com			
Narváez Yulitza	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	yulitzajose@hotmail.com			
Lárez Julioscar	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL				

Fecha de discusión y aprobación:

AÑO	MES	DÍA
2024	08	07

LENGUAJE. SPA

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso.

Archivo (s):

Nombre del Archivo	Tipo MIME
NNECTG_PRAA2024	*.doc
NNECTG_PRAA2024	*.pdf

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I
J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x
y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

Alcance

Espacial: inespacial

Temporal: inetemporal

Título o grado asociado con el trabajo:

Licenciado en Enfermería

Nivel asociado con el trabajo:

Licenciatura

Área de Estudio:

Ciencias de la Salud

Institución:

Universidad de Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CURELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-034-2009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"


ANNERYS ALEJANDRA PATIÑO RIVAS

AUTORA


LCDO. CARLOS SULBARÁN
JURADO


LCDA. YULITZA NARVÁEZ
JURADO


MSc. YSABEL
VELÁZQUEZ
JURADO


LCDA. JULIOSCAR LAREZ
JURADO

POR LA COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO