



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:
**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA”**

Autora:
Kendy Jazmin Mina Intriago

Directora de Estudio de Caso:
Lic. Mariuxi Magdalena Moreira Flores, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Kendy Jazmin Mina Intriago**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Kendy Jazmin Mina Intriago

C.I: 1720754405



INFORME FAVORABLE DE LA DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La suscrita, **Lic. Mariuxi Magdalena Moreira Flores, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Kendy Jazmin Mina Intriago**, realizó el **Estudio de Caso** de grado titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto en los Arts. 52, 54, 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular.

Lic. Mariuxi Magdalena Moreira Flores, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lic. Mariuxi Magdalena Moreira Flores, MSc.**, mediante el presente cumpla en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**”, presentado por la estudiante **Kendy Jazmin Mina Intriago**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Artículo 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis del sistema COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 98% y similitud 2%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

ESTUDIO DE CASO KENDY MINA

3%
Textos sospechosos

2% Similitudes
0 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas

4% Idiomas no reconocidos (ignorado)

Nombre del documento: ESTUDIO DE CASO KENDY MINA.docx ID del documento: 8a16f4a27c1a5e75c1614a97f2c1ad97f71e303 Tamaño del documento original: 729,26 kB	Depositante: MARIUXI MAGDALENA MOREIRA FLORES Fecha de depósito: 23/10/2025 Tipo de carga: Interface fecha de fin de análisis: 23/10/2025	Número de palabras: 8653 Número de caracteres: 60.270
--	--	--

Lic. Mariuxi Magdalena Moreira Flores, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Sonia Isabel
Pacheco Correa, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Yulitza Geomara
Villamar Torres, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi guía eterna, por cada nuevo amanecer, y por la energía con la que me permitió enfrentar cada obstáculo en este proceso. Gracias por ser mi refugio, mi sostén en los momentos de incertidumbre, y por enseñarme que con fe todo es posible.

A mi hermosa mamita Loly, mi ángel eterno, que, aunque no está en presencia, vive en mí cada día. Su amor y ejemplo me han acompañado silenciosamente, impulsándome a seguir con valentía y dedicación. Sentí su abrazo en cada logro, en cada caída, y en cada paso firme que di hacia este sueño.

A mis padres, que con su entrega incondicional me han dado todo sin esperar nada a cambio. A mi papá, por su esfuerzo constante, y a mi mamá, por su ternura, paciencia y enseñanzas que me han forjado con valores firmes y amor inmenso. A mi tía Sonia, esa segunda mamá que la vida me regaló, gracias por estar siempre pendiente de mí, por sus consejos, sus detalles llenos de cariño, y por hacerme sentir acompañada incluso desde la distancia.

A mis hermanas, por ser mi soporte emocional, mis cómplices y mi refugio. En especial a mi hermana mayor, que, con su sabiduría, cariño, palabras firmes y su apoyo incondicional y su amor de hermana y madre a la vez, ha sido guía en cada decisión que tomé, recordándome que soy capaz de lograr todo con esfuerzo, entrega y amor. Y a mi directora de estudio de caso, la Licenciada Mariuxi Moreira.

También agradezco a todos quienes me han acompañado en este camino. Este logro no es solo mío, es también de ustedes.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a mi familia, pilares fundamentales en este proceso. A mis padres, mi mami y mi papi, quienes con su amor, apoyo constante y palabras de aliento me impulsaron a no rendirme y seguir siempre adelante. Agradezco a Dios por haberme dado unos padres ejemplares que han estado a mi lado en cada paso de este camino, siendo guía y fortaleza.

Con especial amor, dedico este logro a mi querida mamita Loly, quien, aunque no esté físicamente conmigo, la sentí presente en cada alegría, desafío y superación. Su recuerdo, su cariño y esa energía única que siempre me brindó desde pequeña, me acompañaron como una luz cálida en los momentos más difíciles.

A mi tía Sonia, que, con su dulzura y gestos llenos de amor, estuvo presente pe a la distancia, haciéndome sentir acompañada. Y a mis hermanas, que, con sus consejos, y apoyo me alentaron a dar lo mejor de mí en cada paso.

RESUMEN

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se define como la alteración grave y repentina de la función respiratoria, en la que los pulmones no logran mantener una adecuada oxigenación arterial, o una correcta eliminación de dióxido de carbono, lo que pone en riesgo la homeostasis y requiere inmediata. Representa una de las principales causas de urgencia y hospitalización pediátrica, especialmente en menores de cinco años, debido a su impacto en la oxigenación y perfusión tisular. Este estudio de caso se centró en los cuidados de enfermería en un lactante mayor de 1 año con nueve meses, con diagnóstico de IRA secundaria a un cuadro obstructivo bronquial severo y antecedentes de bronquiolitis, obesidad y hospitalizaciones previas. El objetivo de este estudio de caso fue aplicar de manera integral las intervenciones de enfermería en un paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda. Se utilizó una metodología basada en la valoración integral por patrones funcionales de Marjory Gordon, lo que permitió identificar alteraciones en los patrones respiratorio, nutricional-metabólico, sueño-descanso. Con base en estos hallazgos, se formularon diagnósticos de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, estructurando cuatro planes de cuidado individualizados enfocados en mejorar el intercambio gaseoso, estabilizar el patrón respiratorio, favorecer un descanso reparador, promover hábitos nutricionales saludables y fortalecer el rol de cuidado materno. Durante la evolución clínica, el paciente presentó mejoría progresiva, se estabilizó la saturación de oxígeno, se redujeron los signos de dificultad respiratoria, se mejoró la tolerancia a la vía oral y se logró la suspensión gradual del oxígeno de alto flujo. Se observó una disminución de la irritabilidad, mayor interacción con el entorno y una mejor comprensión materna sobre los cuidados domiciliarios. Este caso evidenció que la aplicación del proceso de atención de enfermería permitió identificar necesidades reales del paciente y establecer intervenciones efectivas, favoreciendo una recuperación integral.

Palabras claves: insuficiencia respiratoria aguda, intervenciones de enfermería, oxigenoterapia

ABSTRACT

Acute respiratory failure (ARF) is one of the leading causes of pediatric emergencies and hospitalizations, especially in children under five years of age, due to its impact on tissue oxygenation and perfusion. This case study focused on the nursing care of an infant older than one year and nine months, diagnosed with ARF secondary to severe bronchial obstruction and a history of bronchiolitis, obesity, and previous hospitalizations. The overall objective was to comprehensively implement nursing interventions in a pediatric patient with acute respiratory failure. A methodology based on comprehensive assessment through Marjory Gordon's functional health patterns was used, allowing for the identification of alterations in the respiratory, nutritional-metabolic, sleep-rest, and caregiver role patterns. Based on these findings, nursing diagnoses were formulated using the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, structuring four individualized care plans focused on improving gas exchange, stabilizing the respiratory pattern, promoting restorative sleep, encouraging healthy nutritional habits, and strengthening the maternal caregiving role. During the clinical evolution, the patient showed progressive improvement, oxygen saturation stabilized, signs of respiratory distress diminished, oral intake tolerance improved, and high-flow oxygen therapy was gradually discontinued. Irritability decreased, interaction with the environment increased, and the mother demonstrated a better understanding of home care. This case demonstrated that the application of the nursing care process allowed for the identification of the patient's real needs and the implementation of effective interventions, promoting comprehensive recovery.

Keywords: acute respiratory failure, nursing interventions, oxygen therapy

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	ii
INFORME FAVORABLE DEL DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos	4
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	5
3.1 Historia clínica	5
3.2 Valoración Integral de enfermería	9
3.3 Plan de cuidados de enfermería	12
3.4. Evaluación	16
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	18
5. CONCLUSIONES.....	20
6. BIBLIOGRAFÍA	21
7. ANEXOS.....	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Primer plan de cuidados de enfermería

Tabla 2: Segundo plan de cuidados de enfermería

Tabla 3: Tercer plan de cuidados de enfermería

Tabla 4: Cuarto plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Score Pulmonar

Anexo 2. Examen Radiológico Tórax

Anexo 3. Resultado de exámenes de laboratorio

Anexo 4. Resultado cuantitativo ultrasensible inmunológica

Anexo 5. Examen electrolito Sodio (Na), Potasio (K), Cloro (Cl)

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA”		
Autora:	Kendy Jazmin Mina Intriago		
Palabras claves:	insuficiencia respiratoria aguda	intervenciones de enfermería	oxigenoterapia
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	<p>La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) se define como la alteración grave y repentina de la función respiratoria, en la que los pulmones no logran mantener una adecuada oxigenación arterial, o una correcta eliminación de dióxido de carbono, lo que pone en riesgo la homeostasis y requiere inmediata. Representa una de las principales causas de urgencia y hospitalización pediátrica, especialmente en menores de cinco años, debido a su impacto en la oxigenación y perfusión tisular. Este estudio de caso se centró en los cuidados de enfermería en un lactante mayor de 1 año con nueve meses, con diagnóstico de IRA secundaria a un cuadro obstructivo bronquial severo y antecedentes de bronquiolitis, obesidad y hospitalizaciones previas. El objetivo de este estudio de caso fue aplicar de manera integral las intervenciones de enfermería en un paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda. Se utilizó una metodología basada en la valoración integral por patrones funcionales de Marjory Gordon, lo que permitió identificar alteraciones en los patrones respiratorio, nutricional-metabólico, sueño-descanso. Con base en estos hallazgos, se formularon diagnósticos de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, estructurando cuatro planes de cuidado individualizados enfocados en mejorar el intercambio gaseoso, estabilizar el patrón respiratorio, favorecer un descanso reparador, promover hábitos nutricionales saludables y fortalecer el rol de cuidado materno. Durante la evolución clínica, el paciente presentó mejoría progresiva, se estabilizó la saturación de oxígeno, se redujeron los signos de dificultad respiratoria, se mejoró la tolerancia a la vía oral y se logró la suspensión gradual del oxígeno de alto flujo. Se observó una disminución de la irritabilidad, mayor interacción con el entorno y una mejor comprensión materna sobre los cuidados domiciliarios. Este caso evidenció que la aplicación del proceso de atención de enfermería permitió identificar necesidades reales del paciente y establecer intervenciones efectivas, favoreciendo una recuperación integral.</p>		
Abstract:	<p>Acute respiratory failure (ARF) is one of the leading causes of pediatric emergencies and hospitalizations, especially in children under five years of age, due to its impact on tissue oxygenation and perfusion. This case study focused on the nursing care of an infant older than one year and nine months, diagnosed with ARF secondary to severe bronchial obstruction and a history of bronchiolitis, obesity, and previous hospitalizations. The overall objective was to comprehensively implement nursing interventions in a pediatric patient with acute respiratory failure. A methodology based on comprehensive assessment through Marjory Gordon's functional health patterns was used, allowing for the identification of alterations in the respiratory, nutritional-metabolic, sleep-rest, and caregiver role patterns. Based on these findings, nursing diagnoses were formulated using the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, structuring four individualized care plans focused on improving gas exchange, stabilizing the respiratory pattern, promoting restorative sleep, encouraging healthy nutritional habits, and strengthening the maternal caregiving role. During the clinical evolution, the patient showed progressive improvement, oxygen saturation stabilized, signs of respiratory distress diminished, oral intake tolerance improved, and high-flow oxygen therapy was gradually discontinued. Irritability decreased, interaction with the environment increased, and the mother demonstrated a better understanding of home care. This case demonstrated that the application of the nursing care process allowed for the identification of the patient's real needs and the implementation of effective interventions, promoting comprehensive recovery.</p>		
Descripción:	40 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un conjunto de enfermedades que afectan al aparato respiratorio, provocadas por diversos agentes infecciosos, cuya presentación clínica suele ser súbita y con una duración menor a dos semanas. Estas afecciones incluyen patologías comunes como rinofaringitis, bronquiolitis, influenza, y neumonía viral, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en menores de cinco años. Una de sus complicaciones más graves es la insuficiencia respiratoria aguda, una condición que compromete la oxigenación sanguínea y que requiere intervención inmediata.(1)

La insuficiencia respiratoria aguda es la incapacidad del aparato respiratorio para llevar una correcta hematosis, y consecuente perfusión tisular; por consiguiente, los elementos necesarios para el diagnóstico son hipoxemia con nivel de oxígeno en sangre por debajo de 60 milímetro de mercurio (mmHg) e hipercapnia con niveles de dióxido de carbono en sangre por encima de 50 milímetro de mercurio (mmHg). (2)

La insuficiencia respiratoria aparece cuando los pulmones no pueden oxigenar la sangre arterial adecuadamente, no pueden evitar la retención de CO₂ (Dióxido de carbono) o ambas cosas. Se trata de un proceso que puede ser agudo o crónico. (3)En pediatría, su aparición no es infrecuente y constituye una urgencia médica. Las manifestaciones clínicas incluyen dificultad respiratoria progresiva, cianosis, y alteración del sensorio.

Es una de las complicaciones que se pueden presentar en los síndromes respiratorios, no son tan infrecuentes en la etapa pediátrica y requiere un abordaje rápido para una respuesta evolutiva satisfactoria. En cuanto al diagnóstico exploración física y por el medio de imágenes radiológicas o TAC (tomografía axial computarizada) y gases arteriales. (2) Su abordaje puede incluir oxigenoterapia, ventilación mecánica y tratamiento farmacológico (broncodilatadores, antibióticos, corticoides). El reconocimiento precoz de la falla respiratoria es de vital importancia, ya que es una de las causas fundamentales del paro cardiorrespiratorio en niños,

la que, de ser tratada a tiempo, lo previene, mejorando su mortalidad inmediata y pronóstico. (3)

La característica primaria del síndrome de dificultad respiratoria aguda pediátrica es la respuesta inflamatoria excesiva a nivel pulmonar originada por un estímulo nocivo y que se desarrolla en los siete días posteriores a éste, acompañado de fallo respiratorio y edema pulmonar de origen no cardiogénico ni por sobrecarga de volumen. Además de aparición de infiltrados en las pruebas de imagen torácicas. (4)

La Organización Mundial de la Salud reconoce a las IRA como la principal causa de consulta y hospitalización pediátrica, siendo también responsables de un elevado número de muertes infantiles, especialmente en países de ingresos bajos y medios. (5) En Ecuador, las IRA representan la primera causa de morbilidad infantil (45,7% en zonas urbanas y 38,3% en zonas rurales) y la segunda causa de mortalidad (40%) en menores de cinco años. La tasa de mortalidad nacional por IRA es de 5.12 por cada 1000 habitantes. (6) Estudios en centros de salud locales han reportado que los episodios de IRA pueden repetirse de 4 a 6 veces al año en áreas urbanas y hasta 8 veces en zonas rurales, afectando considerablemente la calidad de vida infantil y la capacidad resolutoria del sistema sanitario. (7)

La insuficiencia respiratoria aguda en el contexto pediátrico representa un problema de salud pública urgente, dada su alta prevalencia, recurrencia y riesgo de complicaciones graves o muerte. Representan entre el 50% al 70% de todas las consultas en pediatría y del 30% al 60% de todas las hospitalizaciones, en los servicios de salud América Latina, en el Ecuador el 90% de las IRA son de origen viral y el resto ocasionado por *Streptococo pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* entre otras. (8) La detección precoz de los signos de fallo respiratorio en niños puede prevenir el paro cardiorrespiratorio, una de sus consecuencias más temidas. (9) A pesar de la magnitud del problema, muchos establecimientos de salud enfrentan limitaciones en cuanto al diagnóstico oportuno, infraestructura, y formación del personal sanitario.

Investigar sobre la insuficiencia respiratoria aguda en niños es fundamental para mejorar la calidad de la atención pediátrica, desarrollar intervenciones basadas en evidencia y diseñar planes de cuidado individualizados que responden a las necesidades reales del paciente.(10) Además, fortalece la educación en comunidades vulnerables, promoviendo la vacunación, el control de enfermedades respiratorias y la atención oportuna. (11)

Abordar la insuficiencia respiratoria aguda desde un enfoque integral implica fortalecer la atención primaria, garantizar la capacitación permanente del personal sanitario, establecer protocolos claros de referencia y contrarreferencia, promover la participación de las familias y comunidades en el cuidado infantil, sino también una red de apoyo que favorezca la detección temprana y la intervención oportuna.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Aplicar de manera integral las intervenciones de enfermería en un paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los patrones disfuncionales en un paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda a través de la valoración basada en la teoría de Marjory Gordon.
- Implementar planes de cuidados de enfermería funcionales en la relación a las taxonomías NANDA, NOC y NIC de acuerdo con la patología.
- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería planificadas en el paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Lactante mayor de sexo masculino, de 1 año 9 meses, acude a la unidad de salud en compañía de su mamá presentando un cuadro clínico de 8 horas de evolución por dificultad respiratoria. La madre refirió que inicialmente automedicó con nebulizaciones de Nebulasma, Fluritox y salbutamol (2 puff cada 20 minutos) sin observar mejoría, por lo que acudió inicialmente a un centro de salud, donde se le administró dexametasona intramuscular y se le indicó acudir a una unidad de mayor complejidad resolutive.

Antecedentes patológicos personales: obesidad, cuadros obstructivos bronquiales previos, y hace un mes cuadros de bronquiolitis más neumonía, requirió ingreso hospitalario por 5 días. En los antecedentes patológicos familiares se destacó que la abuela es asmática y el padre padece de alergias. Al control de los signos vitales se evidenció una frecuencia cardíaca (FC) de 171 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria (FR) de 66 respiraciones por minuto (rpm) y tensión arterial (TA) de 113/69 milímetros de mercurio (mmHg) y temperatura de 36,4°C y saturación de oxígeno al 89%. Con un peso de 16.6 kg, talla: 80cm, índice de masa corporal (IMC) 25.9.

En el examen físico reveló los siguientes hallazgos, cabeza normocéfala, sin lesiones visibles, simétrico, fontanelas cerradas adecuadamente, cara simétrica, sin alteraciones evidentes ni edemas; pupilas isocóricas y normo reactivas, sin signos de ictericia; mucosa oral hidratada, con cianosis peribucal, sin lesiones; nariz con aleteo nasal presente, sin secreciones visibles ni signos de inflamación; oídos sin secreciones visibles ni signos de inflamación; cuello sin adenopatías, estructura simétrica, sin rigidez ni dolor a la palpación; tórax simétrico, taquipnea, a la auscultación pulmonar sibilancias y estertores crepitantes en ambos campos, retracciones medias, bajas y supraesternales, uso de músculos accesorios y disociación toracoabdominal, mala entrada de aire bilateral y score pulmonar 7. (Ver anexo 1); corazón y vasos sanguíneos: ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, (171 lpm); abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin distensión ni rebote positivo; extremidades, sin signos de edema, llenado capilar normal (2

segundos), con movilidad y fuerza conservada. Sistema neurológico activo, reactivo, con puntaje de Glasgow 15/15, e irritabilidad a la manipulación, piel turgente y caliente al tacto.

Con estos antecedentes el lactante presenta insuficiencia respiratoria aguda que se abordó de la siguiente manera: se canalizó una vía periférica y se implementó medidas terapéuticas. Se inició con una carga de cloruro de sodio 0.9% 1000 ml (mililitro), pasar en 170 ml en 1 hora, luego dextrosa al 5% 1000 ml+ 12 ml de Na (sodio) + 10 ml de K (potasio) pasar a 53 ml/h, metilprednisolona 33 mg (miligramo), inmediatamente, luego 8 mg, vía intravenosa cada 6 horas, sulfato de magnesio 830 mg STAT lento, luego 500 mg vía intravenosa cada 8 horas, omeprazol 16 mg cada día, aminofilina 80 mg STAT, posterior 8 mg cada 8 horas, puff de salbutamol cada 20 minutos durante una hora, posterior cada hora por 3 horas. Debido a la persistencia del uso de músculos accesorios, se comenzó oxigenoterapia con mascarilla de reservorio a 10 l/min, logrando una saturación de 100%. Posteriormente, se optó por un dispositivo de alto flujo a 10 l/min y una FiO₂ (Fracción Inspirada de oxígeno) del 50%.

En el sistema digestivo, se mantuvo al paciente en ayuno (NPO) para evitar complicaciones. Hemodinámicamente, se encontró normoperfusión, mucosas orales húmedas y un estado de hidratación adecuado. Se administraron líquidos basales para mantener el equilibrio hídrico. En los resultados del examen radiológico de tórax; se visualizó dos posiciones, anteroposterior y lateral: infiltrados intersticiales a nivel hilar bilateral y lóbulos superiores. (Ver anexo 2) Silueta cardiaca de forma y tamaño normal. Senos costodiafragmáticos claros. En la proyección lateral se observó altura y configuración de hemidiafragma de aspecto normal. No se observa derrame pleural.

En los resultados de los exámenes de laboratorio realizados al paciente, se observó una hemoglobina de 9.0 g/dL y un hematocrito de 29.1%, volumen corpuscular medio (MCV) reducido de 63.8 fL. Leucocitos con un valor de $14.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, acompañado de un aumento significativo de los neutrófilos absolutos ($12.8 \times 10^3/\mu\text{L}$, 89.1%). Los monocitos, eosinófilos y basófilos se encuentran dentro de los valores normales. (Ver anexo 3)

El recuento de glóbulos rojos ($4.56 \times 10^6/\mu\text{L}$) y las plaquetas ($337 \times 10^3/\mu\text{L}$) se encontraron dentro de los límites normales, lo que sugirió que no hay alteraciones significativas en la producción medular. La amplitud de distribución eritrocitaria (RDW) se encuentra en 42.9%, dentro de los valores normales, lo que indica uniformidad en el tamaño de los glóbulos rojos. Sin embargo, la clínica del paciente se evaluó en conjunto con los resultados para confirmar el diagnóstico y planificar el manejo adecuado. Por cuantitativo ultrasensible inmunológica. Proteína C reactiva (PCR) 1.61. (Ver anexo 4) Biometría hemática–hematología. Leucocitos: 14.4. Examen Glucosa – Química. Glucosa: 154.97. Examen electrolito Sodio (Na) – Potasio (K) Cloro (Cl) Cloro: 106.5. Potasio: 3.89. Sodio: 139.1. (Ver anexo 5)

Lactante mayor de 1 año 9 meses, que cursó su segundo día de internación en el área de observación pediátrica de emergencia, se mantuvo con oxígeno por alto flujo 10 l/m FiO_2 al 25% en descenso gradual por mejoría de clínica respiratoria y saturaba entre 97 – 100% con buena entrada de aire bilateral, afebril, FC 99 lpm, tolerando vía oral. Con diuresis conservada: balance hídrico -516 ml, gasto urinario 5,8 ml, gasto fecal 0.8 ml. Con una dieta líquida amplia, lactancia materna con cuidados enfocados en la vigilancia del patrón respiratorio. Se encuentra infiltrado para cardíaco bilateral se indicó como tratamiento antibiótico la claritromicina 125 miligramo (mg) cada 12 horas (día 1) Se discontinuó aminofilina tras evaluación médica, debido a la mejoría respiratoria significativa y al aumento del gasto urinario observado.

Durante el tercer día de internación el lactante mayor continuó control clínico con iguales indicaciones en el área de observación pediátrica, con diagnóstico insuficiencia respiratoria aguda (superada) más neumonía de la comunidad, más estado asmático en resolución. Balance hídrico -462 ml, gasto urinario 4,4 ml, gasto fecal 0,4 ml. Lactante con evolución favorable del cuadro respiratoria, bajo soporte de oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo. Se encontró con flujo de 6 l/m y FiO_2 de 25 %, el paciente estuvo tranquilo afebril, con buena entrada de aire bilateral, sin signos de dificultad respiratoria ni alteración en la mecánica ventilatoria, no se evidenció sibilancias ni retracciones intercostales, saturando 98-99% con FC de 114 l/m, FR de 28 r/m, TA 107/60 mmHg, temperatura 36°C Score

respiratorio actual 3. Durante su estancia madre refiere que respira en mejoría, está más activo, no está irritable, se alimenta, se encuentra normotérmico.

Durante los días posteriores, se continuó con descenso progresivo del soporte de oxígeno, logrando el retiro del alto flujo, y pasando a oxigenoterapia convencional por cánula nasal 4 litros por minuto. Balance hídrico total -680 ml, con ingresos totales de 1476 ml y egresos -2156 ml, diuresis 1660 ml, gasto urinario 4,17 ml/kg/h.

Lactante mayor de 1 año, se traslada a hospitalización pediátrica, se encontró hidratado, normoperfundido, afebril, consciente y conectado con su entorno, sin datos de focalidad neurológica, sin signos de dificultad respiratoria, ocasionales accesos de tos y escasa rinorrea hialina con adecuada saturación. A la auscultación, adecuada ventilación pulmonar bilateral. Digestivamente tolera la vía oral de forma adecuada. Con signos vitales estables, temperatura 36.6 °C, TA 94/52 mmHg, FC 85 l/m, FR 23 r/m, Spo2 98% con medicación prescrita, hemodinámico Dextrosa 5% 1000 ml + 12 ml de Soletrol de sodio + 10 ml de Soletrol de potasio, intravenoso a 10 ml/h, en lo infeccioso Claritromicina 125 mg intravenosa cada 12 horas (día 4), Paracetamol 170 mg por razones necesarias, Omeprazol 16 miligramo intravenosa cada día, Metilprednisolona 8 mg intravenosa cada 8 horas, Sulfato de magnesio 500 mg intravenosa cada 12 horas, puff de Salbutamol cada 8 horas, puff Ipratropio cada 12 horas. El día anterior se suspendió el oxígeno, el cual ha tolerado adecuadamente sin presentar signos de descompensación. Recibe dieta blanda adecuada para su edad. Función renal conservada, con diuresis adecuada.

Sexto día de internación completa el esquema de antibiótico con claritromicina (5 días) último día en el área de hospitalización. Lactante en condiciones clínicas estables, el médico decide egreso hospitalario, indicándose signos de alarmas y medidas a tenerse presentes en domicilio. Se da la educación a la madre. Dieta para la edad, evitar alimentos con colorantes y conservantes, puff de salbutamol c/8 h durante 5 días, puff de ipratropio c/12 h durante 5 días, prednisona 4 mg cada día, vía oral por 3 días. Se le indicó que debe acudir a emergencia si el lactante presenta alza térmica mayor a 38°C, irritabilidad, dificultad respiratoria, dolor o distensión abdominal, vómitos más de 5 en 1 hora, deposiciones diarreicas más de 5 en 1 hora.

3.2 Valoración Integral de enfermería

Se realizó la valoración cefalocaudal, valorándose los siguientes criterios: cráneo normocéfalo, sin lesiones, simétrico, fontanelas cerradas adecuadamente, cara simétrica, ojos con pupilas isocóricas y normorreactivas, sin signos de ictericia, boca con mucosa oral hidratada, nariz con aleteo nasal presente, oídos sin secreciones visibles ni signos de inflamación, cuello sin adenopatías, estructura simétrica, sin rigidez ni dolor a la palpación, tórax simétrico, a la auscultación pulmonar sibilancias y estertores crepitantes en ambos campos, retracciones medias, bajas y supraesternales, uso de músculos accesorios disociación toracoabdominal, abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin distensión ni rebote positivo, extremidades simétricas, sin signos de edema, llenado capilar normal 2seg, con movilidad y fuerza conservada.

Se realizó la valoración integral al lactante en base al modelo de Marjory Gordon el cual permitió identificar los patrones disfuncionales. Se describe cada uno de ellos a continuación:

En el patrón percepción y manejo de la salud, el paciente fue ingresado por un cuadro clínico de dificultad respiratoria, con antecedentes de hospitalizaciones previas por bronquiolitis y neumonía, lo cual señala una vulnerabilidad respiratoria recurrente. La madre tenía conocimiento parcial sobre la gravedad de la situación y la necesidad de continuidad en el tratamiento, lo que sugirió que fue necesario reforzar la educación en cuanto a la prevención de episodios respiratorios futuros. En cuanto al esquema de vacunación se encontró completas para la edad. Se proporcionó más información acerca de cómo identificar signos de alerta temprana y la importancia de la prevención de infecciones respiratorias, para que la madre pueda manejar de manera más proactiva la salud del lactante mayor.

En el patrón nutricional-metabólico, el lactante mayor se encontró en NPO para estabilizar su respiración y evitar complicaciones digestivas. Se observó signos de hidratación adecuados gracias al manejo intravenoso, pero la obesidad previa del paciente es un factor de riesgo que fue monitoreado durante su recuperación. El peso: 16.6 kg, talla: 80 cm, IMC: 25.9. Se recomendó un plan nutricional a largo plazo que contemple la pérdida de peso controlada y un enfoque equilibrado para

que optimice la salud respiratoria. Además, tras la estabilización de la condición respiratoria, también se evaluó su tolerancia a la alimentación para asegurar que no haya problemas digestivos post-hospitalización.

Con respecto al patrón de eliminación, el lactante presentó diuresis conservada durante la hospitalización, sin evidencia de alteraciones urinarias ni gastrointestinales. Se registraron volúmenes urinarios adecuados para su edad, con un gasto urinario entre 4.19 y 5.8 ml/kg/h, dentro de los parámetros normales. La eliminación fecal fue adecuada, con deposiciones de consistencia blanda color marrón claro, con un gasto fecal entre 0.4 y 0.8, sin signos de diarrea ni estreñimiento. Se mantuvo monitoreo estricto del balance hídrico y diuresis, especialmente por la administración de líquidos intravenosa y el uso previo de fármacos como la aminofilina, la cual fue suspendida al evidenciarse un aumento en el volumen urinario. Se observó la piel íntegra, con buena coloración y turgente, caliente al tacto, sin presencia de lesiones, eritemas, edemas ni signos de deshidratación; las mucosas se encontraron húmedas. No se evidenció compromiso de la integridad cutánea durante la estancia hospitalaria.

En el patrón actividad-ejercicio, el lactante al ingreso presentó signos evidentes de dificultad respiratoria, como uso de músculos accesorios, retracciones torácicas y disociación toracoabdominal, que limitaron su capacidad de realizar movimientos espontáneos propios de su edad, como el juego activo o la exploración del entorno. Se mantuvo en reposo relativo mientras recibió oxigenoterapia de alto flujo y broncodilatadores para estabilizar su función pulmonar. Con la mejoría progresiva adecuada para su edad, mediante actividades lúdicas y ejercicios respiratorios adaptados.

En cuanto al patrón sueño-descanso, la dificultad respiratoria estuvo alterando el patrón de sueño, generando irritabilidad y descanso insuficiente. Aunque se observó una ligera mejoría con la estabilización clínica, el uso de oxigenoterapia suplementaria siguió siendo esencial para mantener una adecuada oxigenación durante el sueño. Además, se implementaron medidas complementarias como un entorno tranquilo, cómodo y contacto materno constante lo que contribuyó a mejorar la calidad del descanso y a disminuir la ansiedad del paciente.

En el patrón cognitivo-perceptivo, el paciente se encontró activo y reactivo, Con una escala de Glasgow respuesta ocular: espontánea 4, respuesta verbal balbucea 5, respuesta motora movimientos espontáneos normales 6, con un puntaje de Glasgow de 15/15, lo que indica que no hay signos de alteración neurológica. La irritabilidad observada fue normal en esos casos debido a la manipulación y el malestar respiratorio.

Referente al patrón autopercepción-autoconcepto, este patrón no aplica directamente a la edad del paciente, pero fue fundamental destacar que la dependencia del lactante en los cuidadores es un comportamiento completamente normal para su etapa de desarrollo. La interacción y el vínculo que mantuvo con su madre y su padre fueron fundamentales para su recuperación.

En el patrón rol-relaciones, el lactante mayor recibió un excelente apoyo constante significativo por parte de sus padres, quienes estaban muy involucrados en su cuidado durante toda la hospitalización. Se evidenció una relación funcional y cooperativa entre el equipo de salud y la familia nuclear, compuesta únicamente por los padres (el lactante mayor es hijo único) demostró comprensión del proceso y la aceptación del tratamiento, lo que facilitó la implementación de las intervenciones planificadas.

En el patrón sexualidad-reproducción, este no aplica en este caso debido a la edad del paciente, lo cual está correctamente indicado.

En el patrón adaptación-tolerancia al estrés, el lactante mayor se mantuvo irritable por la situación a la que se exponía, pero se destaca el apoyo y compromiso de los padres en el proceso de recuperación.

Referente al patrón de valores y creencias, no se identificaron conflictos relacionados con valores o creencias, lo que facilitó el proceso de intervención médica. La familia estuvo dispuesta a seguir las indicaciones médicas, lo que aseguró la cooperación y el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, fue importante que los profesionales de salud sigan siendo sensibles a las posibles influencias culturales o religiosas que puedan afectar el tratamiento del lactante mayor, aunque no se hayan identificado conflictos en aquel momento.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares 00032 Patrón respiratorio ineficaz m/p uso de músculos accesorios, frecuencia respiratoria aumentada, sibilancias r/c obstrucción de vías aéreas, fatiga, obesidad.	Dominio (II): Salud fisiológica Clase: Cardiopulmonar (E) 0415 Estado respiratorio	041501 Frecuencia respiratoria 041510 Uso de músculos accesorios	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en:2 Aumentar a:4 Mantener en:2 Aumentar a:4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática		Clase K: Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.		
3140 Manejo de las vías aéreas				
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener al paciente en posición semifowler. - Administrar oxigenoterapia según indicación médica. - Administrar broncodilatadores y corticoides según indicación. - Monitorizar frecuencia y esfuerzo respiratorio. - Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos. - Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda (soplar un silbato, hacer burbujas). 				
3350 Monitorización respiratoria				
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. - Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario. - Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
 Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería: Deterioro del intercambio de gases.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 3. Eliminación e Intercambio Clase 4: Función respiratoria 00030 Deterioro del intercambio de gases m/p hipoxemia (Spo2 <90%), disnea, estado de ánimo irritable, cianosis peribucal r/c patrón respiratorio ineficaz, inflamación alveolar, despeje ineficaz de las vías aéreas.	Dominio (II): Salud fisiológica Clase: Cardiopulmonar (E) 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso	040211 Saturación de oxígeno 040213 Hallazgos en la radiografía de tórax 040206 Cianosis	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en:2 Aumentar a:4 Mantener en:2 Aumentar a:4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase K: Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.			
3320 Oxigenoterapia				
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno de alto flujo. - Monitorizar saturación con pulsioxímetro de forma continua. - Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. - Vigilar el flujo de litros de oxígeno - Eliminar las secreciones fomentando la tos o succión. - Cambiar la posición del paciente para facilitar la expansión pulmonar. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3

Tercer plan de cuidados de enfermería: Insomnio.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase 1: Sueño/reposo	Dominio (I): Salud funcional Clase:	000401 Horas de sueño	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en:2 Aumentar a:4 Mantener en:2 Aumentar a:4
00095 Insomnio m/p irritabilidad, sueño interrumpido r/c obesidad, dificultad respiratoria, hospitalización ambiente ruidoso.	Mantenimiento de la energía (A)	000421 Dificultad para conciliar el sueño		
	0004 Sueño	000406 Sueño interrumpido		
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase K: Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.			
1850 Mejorar el sueño				
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer contacto materno continuo. - Monitorear signos de disconfort respiratorio nocturno. - Asegurar una posición adecuada para facilitar la oxigenación durante el descanso. - Monitorear signos de disconfort respiratorio nocturno. - Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, o cuento). - Comprobar el esquema del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas, molestias, fatiga) que interrumpen el sueño. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 4

Cuarto plan de cuidados de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 2. Nutrición Clase 1: Ingestión 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades m/p IMC elevado (25.9), antecedentes de sobrepeso, peso desproporcionado para la edad (16.6 kg a 1 año). r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.	Dominio (II): Salud fisiológica Clase: Digestión y nutrición (K) 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	100801 Tolerancia a la dieta 100812 Peso corporal estable 100819 Reconocimiento de señales de hambre y saciedad	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en:2 Aumentar a:4 Mantener en:2 Aumentar a:4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 1: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico		Clase D: Apoyo nutricional Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional		
1100 Manejo de la nutrición				
- Supervisar tolerancia a la dieta (líquida amplia y leche materna). - Educar a la madre sobre la alimentación balanceada y control de porciones para lactantes con sobrepeso. - Realizar seguimiento antropométrico y calcular IMC pediátrico. - Registrar volumen de ingesta oral diaria. - Promover hábitos saludables mediante educación nutricional.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

3.4. Evaluación

En el primer plan de cuidados, el diagnóstico de enfermería formulado fue (00032) patrón respiratorio ineficaz, relacionado con el uso de músculos accesorios, frecuencia respiratoria aumentada y sibilancias, manifestando por retracciones intercostales, disociación toracoabdominal y saturación de oxígeno menor al 90%. El objetivo terapéutico se centró en mejorar la ventilación pulmonar y la eficacia del patrón respiratorio. Durante el proceso de atención, se implementaron intervenciones como posicionamiento en semi-Fowler, administración de oxigenoterapia de alto flujo, vigilancia respiratoria continua y estimulación de la tos mediante técnicas no invasivas. A lo largo de los días, se evidenció una evolución favorable: el lactante presentó una mejor entrada de aire bilateral, desaparecieron las retracciones, se redujo la frecuencia respiratoria a 23 rpm y la saturación se estabilizó entre 98-99%. Estos resultados reflejan una clara mejoría en su función respiratoria, confirmando la efectividad de las intervenciones enfermeras aplicadas.

En el segundo plan de cuidados, se abordó el diagnóstico (0030) Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con hipoventilación alveolar y obstrucción bronquial, manifestado por hipoxemia (saturación de oxígeno 89%), cianosis y dificultad respiratoria. La meta principal fue restablecer un intercambio gaseoso adecuado y mantener una oxigenación efectiva. Se aplicaron intervenciones como oxigenoterapia de alto flujo con monitoreo de saturación, vigilancia de signos clínicos de hipoxia y cambios de posición para facilitar la expansión pulmonar. A medida que el paciente respondió al tratamiento médico y de enfermería, se observó una saturación mantenida en 98-100%, desaparición de signos de cianosis y mayor confort respiratorio, permitiendo la reducción progresiva del soporte de oxígeno hasta su suspensión definitiva. Estos logros evidencian la recuperación del intercambio gaseoso y la efectividad del plan de cuidados aplicado.

En el tercer plan de cuidados, el diagnóstico de enfermería priorizado fue (00095) Alteración del patrón del sueño, relacionado con dificultad respiratoria y uso de oxigenoterapia continua, manifestado por irritabilidad, dificultad para conciliar un sueño reparador, que contribuya al bienestar emocional y la recuperación física del paciente. Para ello, se implementaron estrategias como el control de malestar respiratorio, el mantenimiento de un entorno tranquilo, la reducción de estímulos en

la noche y el contacto materno permanente. Posteriormente, el lactante presentó una mejora significativa en su calidad del sueño: descansaba más tiempo, se redujeron las interrupciones nocturnas y la irritabilidad disminuyó notablemente durante el día. Estos cambios reflejan una evolución positiva del patrón de sueño y un impacto beneficioso de las intervenciones enfermeras.

En el cuarto plan de cuidados, se abordó el diagnóstico (00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con un aporte calórico excesivo, manifestado por índice de masa corporal (IMC) elevado (25.9) y peso desproporcionado para la edad. El objetivo fue mantener una ingesta adecuada y prevenir la progresión del sobrepeso mediante educación nutricional y control dietético. Se realizaron intervenciones como el monitoreo de la tolerancia a la dieta, el registro de volúmenes ingeridos, la valoración antropométrica y la orientación a la madre sobre alimentación saludable y señales de hambre y saciedad. Durante la hospitalización, el lactante toleró adecuadamente la dieta blanda líquida y la lactancia, sin presentar ganancia de peso excesiva, y su madre mostró mayor comprensión sobre el control de porciones y la importancia de establecer hábitos saludables. Estos resultados evidencian el éxito del plan de cuidados nutricionales en el contexto de una atención integral y preventiva.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La insuficiencia respiratoria aguda en pediatría constituye una emergencia clínica que compromete de forma inmediata el intercambio gaseoso, y puede desencadenar complicaciones severas si no se actúa con prontitud. En este estudio de caso, el lactante mayor presentó una evolución clínica característica de un cuadro obstructivo respiratorio grave, secundario a una neumonía comunitaria, en un contexto de antecedentes de bronquiolitis y obesidad. La presencia de hipoxemia, uso de músculos accesorios, sibilancias y score respiratorio elevado reflejaron una alteración significativa en la ventilación alveolar, hallazgos que concuerdan con lo descrito por autores como González y Rey (12), quienes señalan que los episodios respiratorios agudos severos en lactantes con antecedentes obstructivos son factores predisponentes a insuficiencia respiratoria aguda (IRA) con necesidad de soporte avanzado.

Según el estudio de Zurita (13), la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años a nivel mundial, así como uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica. Desde la perspectiva del cuidado de enfermería, la intervención fue clave en el monitoreo constante de signos vitales, control de balance hídrico, la administración segura de medicamentos y el soporte emocional familiar. A través de la valoración integral basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron alteraciones relevantes en el patrón respiratorio, el patrón sueño-descanso, el patrón nutricional-metabólico (relacionado con la obesidad) y la necesidad de educación a los cuidadores.

Tal como exponen Zurita y Vásquez (14), el sueño reparador actúa como un factor inmunomodulador esencial, y su alteración prolongada puede dificultar la resolución de procesos infecciosos. Por ello, las intervenciones de enfermería se enfocaron en minimizar los estímulos nocturnos, favorecer el contacto materno y mantener un entorno tranquilo, logrando con ello la mejora progresiva del patrón de sueño del lactante. La aplicación de diagnósticos NANDA, junto con objetivos NOC e intervenciones NIC, permitió elaborar planes de cuidados personalizados, adaptados a las necesidades individuales del paciente.

Por otro lado, Aragadobay (15), resalta que las intervenciones de enfermería en insuficiencia respiratoria aguda (IRA) no solo impactan en la evolución clínica, sino también en la prevención de recaídas mediante la educación continua a las familias. En este caso, se proporcionó información sobre signos de alarma, técnicas de higiene respiratoria y cuidados en el hogar, fortaleciendo las competencias de los cuidadores para el manejo domiciliario.

La intervención precoz con oxigenoterapia de alto flujo, el uso de broncodilatadores, corticoides y la administración de líquidos intravenosos representaron el pilar fundamental para la estabilización clínica del paciente. El monitoreo permanente de parámetros respiratorios y la evaluación sistemática permitieron detectar oportunamente la respuesta terapéutica y reducir progresivamente la necesidad de soporte ventilatorio. En este sentido, Barrezueta (16) demuestra que el uso escalonado de oxigenoterapia de alto flujo en pacientes pediátricos con dificultad respiratoria reduce la tasa de intubación y mejora la recuperación clínica. En lo referente a la labor de enfermería, estudios como el de Villar (17) confirma que una intervención integral, basada en la monitorización continua, la educación familiar, control de síntomas y la valoración del patrón respiratorio contribuye significativamente a mejorar los desenlaces clínicos ya reducir la duración de hospitalización. Estas intervenciones fueron fundamentales en el seguimiento de este paciente, permitiendo una transición segura hacia el alta domiciliaria.

En síntesis, el presente estudio de caso resalta la relevancia de un abordaje integral y oportuno y multidisciplinario en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda en lactantes, donde la valoración exhaustiva del paciente mediante el enfoque de los patrones funcionales de Marjory Gordon permitió una intervención de enfermería precisa y personalizada, centrada en el control de los síntomas, la estabilización respiratoria y la prevención de complicaciones. El soporte respiratorio progresivo, el tratamiento farmacológico adecuado y el acompañamiento continuo al paciente y su entorno familiar fueron determinante para la evolución clínica favorable. Este caso reafirma el rol esencial de la enfermería en la detección precoz del deterioro clínico y en la toma de decisiones oportunas, garantizando cuidados seguros y humanizados que favorecen la recuperación del paciente pediátrico en estado crítico.

5. CONCLUSIONES

Se identificaron alteraciones prioritarias en el estado de salud del paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda, a través de la valoración integral basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Los principales patrones disfuncionales fueron patrón respiratorio ineficaz, caracterizado por dificultad respiratoria, hipoxemia y uso de músculos accesorios; patrón sueño–descanso, afectado por irritabilidad y descanso insuficiente; y patrón nutricional–metabólico, alterado por obesidad y riesgo nutricional asociado. Asimismo, se reconocieron factores de riesgo adicionales como el estrés hospitalario y la vulnerabilidad respiratoria recurrente. Estos hallazgos permitieron fundamentar los diagnósticos de enfermería y orientar las intervenciones prioritarias.

Se implementaron planes de cuidados de enfermería estructurados conforme a las taxonomías NANDA, NOC y NIC, considerando dominios, clases, códigos e indicadores específicos para cada necesidad identificada. Estos planes incluyeron intervenciones como el monitoreo continuo de signos vitales, la administración segura de oxigenoterapia, técnicas para mejorar el patrón respiratorio, estrategias para favorecer el descanso, y la educación dirigida a la madre sobre el manejo domiciliario y la prevención de complicaciones. Los objetivos se enfocaron en mejorar la oxigenación, estabilizar la frecuencia respiratoria, promover un sueño reparador y fomentar hábitos alimentarios saludables.

Se evaluó la efectividad de las intervenciones observándose una evolución clínica favorable: disminución de la frecuencia respiratoria, desaparición de las retracciones, saturación de oxígeno mantenida en rangos normales, mejoría en el patrón de sueño y participación activa de la madre en los cuidados. La integración del seguimiento sistemático, la reevaluación continua y la educación familiar permitió mejorar la recuperación del paciente y prevenir posibles recurrencias, confirmando la pertinencia del proceso de atención de enfermería implementado.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Zamorano W A V, Méndez R MP. BRONQUIOLITIS AGUDA: TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. *Neumología Pediátrica*. 2020;15(1).
2. Chung Engracia SN, Cornejo Briones CN, López Toledo MG, Moreno Castro FI. Insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. *RECIMUNDO*. 2022 Jun 9;6(3):166–74.
3. Lucía García Hernández A, Noelia García Hernández M, Guevara H. PLAN DE CUIDADOS PEDIÁTRICO INDIVIDUALIZADO EN LACTANTE CON PROCESO RESPIRATORIO AGUDO INDIVIDUALIZED PEDIATRIC CARE PLAN FOR AN INFANT WITH ACUTE RESPIRATORY PROCESS [Internet]. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1322>
4. Ros B, Mendoza Pinzón M. 04 Falla respiratoria en pediatría Respiratory Failure in pediatrics [Internet]. 2021. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-4029-4261>
5. Callejas de Valero D, Pilay Chávez D, Moreira Vice R, Urdaneta JS, Robles Robles D. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Hospital Dr. Verdi Cevallos. *QhaliKay Revista de Ciencias de la Salud* ISSN: 2588-0608. 2022 Jun 28;6(2).
6. Victor Coronel Ortiz A, Secretario General M, Milton Marcos González Santos L, Decano La Facultad De Ciencias Sociales Y De La Salud M DE, Alicia Cercado Mancero L, La Carrera De Enfermería D DE, et al. TRIBUNAL DE GRADO. 2021.
7. Lalangui MJA, Rodríguez SAD, Guerrero MÁ, Villa EVC, Villamarín MPB, Pila KMP. Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*. 2021;20(1).

8. Barahona Coloma GE, Lituma Moreira MV, Campoverde Pino C de F, Fabre Melgar EF. Síndrome Distress Respiratorio Agudo en Pediatría. Dominio de las Ciencias, ISSN-e 2477-8818, Vol 7, N° Extra 3, 2021 (Ejemplar dedicado a: MAYO ESPECIAL 2021), págs 844-854. 2021;7(3).
9. Vázquez López. B, Zabala Vega. H, Vázquez Gutiérrez. GL, Guerra Frutos. C, de la Rosa Santana. J, Vázquez López. B, et al. Caracterización clínico epidemiológica de lactantes con bronquiolitis aguda grave. Multimed. 2020;24(3).
10. Vista de Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias. _ Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM.
11. Fernández Yolanda, Melé María. Protocolos de Urgencias Pediátricas. Asociación Española de Pediatría. 2020;3 edición(1): https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.
12. Francisco González L, Calvo Rey C, Centro de Salud Gregorio Marañón Alcorcón P, González FL, Rey CC. Infecciones respiratorias virales. Available from: www.aeped.es/protocolos/
13. Zurita Cespedes BI, Inturias Imaca B, Laura Vargas D. Frecuencia De Infecciones Respiratorias Agudas En Menores De 5 Años, Centro De Salud Rio Blanco, 2017. Revista Científica Ciencia Medica. 2020 Dec 31;23(2):201–6.
14. Johanna Zurita-Desiderio MI, Alejandrina Vásquez-Morán III B, Mariana Díaz-Soledispa MI. Ciencias de la Salud Artículo de Investigación. 2022;8:52–65. Available from: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
15. Aragadobay Y, Priscila E, Andrade M, Omar R. Manejo prehospitalario de la insuficiencia respiratoria aguda en pediatría: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/29174>
16. Barrezueta B, Concepción Tutor L, de Dios G. TRABAJO FIN DE MÁSTER Título EFICACIA DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA

NASAL PARA EL TRATAMIENTO DE NEONATOS CON BRONQUIOLITIS MODERADA-GRAVE. 2022.

17. Villar Álvarez F, Jareño J, Rodolfo E, Walther ÁS. Manual de procedimientos de diagnóstico y control PATOLOGÍA RESPIRATORIA: <https://www.n.org/wp-content/uploads/manual-procedimientos-baja.pdf>

7. ANEXOS

Anexo 1. Score Pulmonar

Grado	Score Pulmonar	Saturación de oxígeno por pulsioximetría
Leve	0-3	>94%
Moderada	4-6	91-94%
Grave	7-9	<91%

Anexo2. Examen Radiológico Toráx





Anexo 3. Resultado de exámenes de laboratorio

Item	Valor obtenido	Rango normal
Leucocito (WBC)	14.4	5.3 - 15 10 ³ /pL
Hemoglobina (HGB)	9.0	10.5 - 13.5 g/dL
Hematocrito (HCT)	29.1	36 - 44 %
Volumen corp. medio (MCV)	63.8	72.4 - 83.1 pm ³
Conc. media hemog. (MCH)	19.7	23.2 – 28.1 pg
Conc. corp.media (MCHC) de hemo	30.9	28 - 36 g/dL
Diámetro glob. medio (RDW)	42.9	36.4 - 46.3 μm ³
Volumen Medio Plaquetario (MPV)	7.8	9 - 10.9 μm ³
Monocitos	0.3	0.3 - 1.2 10 ³ / μL
Eosinófilos	0.0	0 – 0.4 10 ³ / μL
Linfocitos	1.2	1.3 – 4.6 10 ³ / μL
Neutrofilos	12.8	2.1 - 8.9 10 ³ / μL
Basofilos	0.0	0.01 - 0.08 10 ³ / μL
Plaquetas	337	204 - 465 10 ³ / μL
Recuento de globulos rojos	4.56	4 - 5 10 ⁶ / μL
Basófilos %	0.2	0 - 1.2 %

Anexo 4. Resultado cuantitativo ultrasensible inmunológica

Item	Valor obtenido	Valor referencial
Proteína C reactiva (PCR)	1.61	0 – 0.4 mg/Dl

Anexo 5. Examen electrolito Sodio (Na), Potasio (K), Cloro (Cl)

Item	Valor obtenido	Valor referencial
Cloro	106.5	99 – 110 mmol/L
Potasio	3.89	3.5 – 5.3 mmol/
Sodio	139.1	137 – 147 mmol/L