

**UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



TÍTULO
**VARIABLES RELACIONADAS A DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN NIÑOS
CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
IQUITOS 2015**

AUTORA
BACH. ENF. MERCEDES NATIVIDAD VALLES FLORES

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

ASESORA
LIC. ENF. NANCY JHANETH MONTEZA ROJAS

**SAN JUAN - IQUITOS
PERÚ**

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a las personas más importantes en mi vida y que son de mucha inspiración.

A Dios

todo poderoso por mostrarme su verdadero amor, paz y misericordia por guiarme y enseñarme el camino a seguir.

A mis padres

Emilse e Isabel, los cuales me han enseñado el valor y la perseverancia para conseguir lo que uno se propone, por su amor incondicional y confianza depositada en mí.

A mis estimados hermanos

Rebeca, Joel y David los cuales han sido el motivo y motor para esforzarme y dar lo mejor de mí.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo reconocimiento a las personas que hicieron posible esta investigación, todos y cada uno de ustedes que contribuyeron con sus conocimientos para el enriquecimiento de este estudio de investigación.

Primeramente, agradezco a Dios el dueño y Señor de mi vida, por darme sabiduría e inteligencia para desarrollar este importante proyecto de tesis, para mi título profesional.

A mis padres Emilse e Isabel por su constante amor, paciencia, apoyo y fortaleza durante el proyecto.

A mi asesora Lic. Enf. Nancy Jhaneth Monteza Rojas por el apoyo y guía durante el desarrollo del proyecto de tesis. Al Dr. Valdemar Rodríguez por guiarme y asesórame en los resultados estadísticos. Al jurado calificador por sus revisiones y correcciones a la Dra. Maritza Villanueva, Dra. Luz Noriega Chevez y Lic. Enf. Teresa Montalván Llerena.

Al comité de Bioética y la unidad estadística del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” por brindarme las facilidades para realizar dicha investigación.

A todas aquellas personas que colaboraron indirecta o directamente en el desarrollo y culminación de este estudio de investigación.



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 06 días del mes de junio de 2017, siendo las 7:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 094-2017-UCP-FCS, de fecha 16 de Febrero del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

**FACULTAD DE
CIENCIAS
DE LA SALUD**

- ✓ Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites Presidente
- ✓ Dra. Luz Angélica Noriega Chevez Miembro
- ✓ Enf. Teresa Montalván Llerena Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: **"VARIABLES RELACIONADAS A DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS 2015"**, de la Bachiller en Enfermería MERCEDES NATIVIDAD VALLES FLORES, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma SACIS FACTORIA

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	4	4	4	4
B) Investigación Bibliográfica	4	4	4	4
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	4	4	4	4
D) Calidad de respuestas	3	3	3	3
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	3
CALIFICACIÓN FINAL	18	18	18	18

RESULTADO:

APROBADO POR: EXCELENCIA

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): Dieciocho

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


Dra. Luz Angélica Noriega Chevez
Miembro


Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
Presidente


Enf. Teresa Montalván Llerena
Miembro

La Universidad vive en Ti

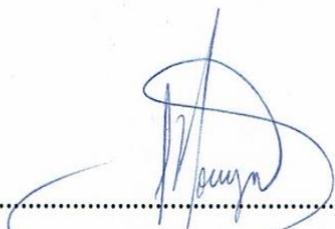
Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

SUSTENTACION DE TESIS



.....
Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites

Presidente



.....
Dra. Luz Angélica Noriega Chevez

Miembro



.....
Lic. Enf. Teresa Montalván Llerena

Miembro



.....
Lic. Enf. Nancy Jhaneth Monteza Rojas

Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	01
1.1. Antecedentes del estudio	01
1.2. Problema de Investigación	06
1.3. Objetivos	09
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL	10
2.1. Marco Teórico	10
2.2. Marco Conceptual.	27
CAPÍTULO III. MÉTODO	29
3.1. Hipótesis	29
3.2. Tipo de Investigación	29
3.3. Población y Muestra	30
3.4. Técnica	33
3.5. Instrumentos de Recolección de Datos	33
3.6. Ética	33
3.7. Procesamiento, análisis e interpretación de la información	34
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	35
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los niños menores de cinco años con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia área de observación del Hospital Iquitos, 2015.	35
Tabla 2. Características clínicas de los niños menores de cinco años con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia área de observación del Hospital Iquitos, 2015.	36
Gráfico 1. Diagnósticos de enfermería de los niños con síndrome de distres respiratorio atendidos en observación emergencias del Hospital Iquitos, 2015.	38
Tabla 3. Diagnósticos de enfermería y características definatorias, del niño con síndrome de distres respiratorio atendido en observación emergencias del Hospital Iquitos, 2015.	39
Tabla 4. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas entre los diagnósticos de enfermería	43

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo, correlacional. Con el objetivo de determinar las variables relacionadas a diagnósticos de enfermería en niños y niñas menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendidos en el Hospital Iquitos 2015. La población estuvo conformada por 250 historias clínicas, lo cuales la muestra seleccionada fue mediante el método probabilístico-aleatorio, extrayendo así las 152 historias clínicas. De los hallazgos más importantes se encontró las siguiente: lactantes menores con el 61,8%, el sexo masculino con 53,9%, el distrito de San Juan Bautista con 35,5% fue el más concurrido. El diagnóstico médico prevalente fue bronquiolitis con el 40,1%, en cuanto a las funciones vitales los resultados arrojaron: taquicardia con el 50,0%, taquipnea 32,9%, hipertermia 5,9%, saturación de oxígeno <90% fue 33,6%, en los ruidos y movimientos respiratorios roncus con 57,9% fue el más prevalente. Los diagnósticos de enfermería más frecuentes presentado en los niños con síndrome de distres respiratorio fue limpieza ineficaz de las vías aéreas con 57,9%, seguido de deterioro del intercambio gaseoso 21,7% y deterioro de la respiración 10,5%, Las variables clínicas que mostraron relación significativa con los diagnósticos de enfermería fueron: taquicardia, saturación de oxígeno <90% y roncus, siendo estas variables candidatas a determinar la presencia de más de un diagnóstico de enfermería.

Palabras Claves: Diagnósticos de enfermería, Síndrome de distres respiratorio, niños menores de cinco años.

ABSTRACT

There was realized a study of not experimental, descriptive, retrospective type, correlational. With the aim to determine the variables related to diagnoses of infirmity in children and 5-year-old minor girls to syndrome of distress respiratory attended in the Hospital Iquitos 2015. The population was shaped by 250 clinical histories, which the selected sample was by means of the probabilistic-random method, extracting this way 152 clinical histories. Of the most important findings one found them following: minor breast-fed babies with 61,8 %, the masculine sex with 53,9 %, the district of San Juan Baptizer with 35,5 % was the most crowded. The medical diagnosis prevalent was bronchiolitis with 40,1 %, As for the vital functions the results threw: tachycardia with 50,0 %, tachypnea 32,9 %, hyperthermia 5,9 %, saturation of oxygen <90 % was 33,6 %, in the noises and respiratory movements roncus with 57,9 % was more prevalent. The most frequent diagnoses of infirmity presented in the children with syndrome of distress respiratory it was an ineffective cleanliness of the airways with 57,9 %, followed by deterioration of the gaseous exchange 21,7 % and deterioration of the breathing 10,5 %, The clinical variables that showed significant relation with the diagnoses of infirmity were: tachycardia, saturation of oxygen <90 % and roncus, being these variables candidates to determining the presence of more than one diagnosis of infirmity.

Key words: Nursing diagnoses, Respiratory distress syndrome, children under five years.

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

En este apartado, se presenta una revisión bibliográfica de estudios previos sobre las variables en estudio:

Vargas y Escobar (Paraguay, 2015) realizaron un estudio de perfil clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias en menores de 5 años. La muestra estuvo conformada por 150 historias clínicas de niños con edades comprendidas entre 0 y 60 meses. La metodología fue observacional, descriptivo de corte transversal con muestreo no probabilístico, se estudiaron variables sociodemográficas tales como: sexo, edad y zona de procedencia, y variables clínico epidemiológicas como: tipo de afección/es, signos y síntomas, complicaciones, tratamiento, condición al alta, internaciones previas y días de internamiento. Las edades de los niños internados presentaron una media de 8,5 meses, lo mismo se vio al analizar por grupo de edad, en donde los niños más afectados correspondieron a los de 0 a 11 meses. En los resultados el 60% de hombres y 55,3% provenían de la zona urbana. Los síntomas más frecuentes fueron tos (75%) y fiebre (70%), El diagnóstico más frecuente fue neumonía en el 33% de los casos y en el 56% de los casos la condición al alta fue tratamiento ambulatorio¹.

Valón, Saint, Herrero et al. (Cuba, 2013) realizaron un estudio descriptivo y transversal de 40 pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil Norte “Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira” de Santiago de Cuba, de enero a marzo del 2012, a fin de caracterizarles según algunas variables de interés. Entre los principales resultados de la serie predominaron el grupo etario de 0-11 meses (37,5 %), preponderó el sexo masculino, con 28 varones, para (70,0 %). los niños nacidos con peso menor de 2500 g (52,5 %), los afectados que no tuvieron lactancia materna, quienes presentaron el mayor número de complicaciones (71,4%),

principalmente las respiratorias (42,6 %); la presencia de fumadores en el hogar como importante factor de riesgo (77,5 %), la neumonía bacteriana como causa del síndrome (42,5 %) y los pacientes malnutridos por defecto (67,5 %)².

Acosta, Duran y Tauler (Ecuador, 2012) realizaron un estudio con el tema prevalencia de bronconeumonía. En el servicio de pediatría del Hospital Provincial General José María Velasco Ibarra en el periodo comprendido enero a septiembre del 2012, con un universo de 250 pacientes tomando como muestra 200 de dichos pacientes de forma selectiva. La metodología utilizada fue prospectivo, descriptivo. Las características tomadas fueron edad, sexo, investigaciones realizadas, conducta terapéutica y diagnóstico de enfermería; se plasmó en una encuesta confeccionada para este fin obteniendo una prevalencia en las edades de 1 a 4 años con diferencias en el sexo femenino. Aplicando el proceso de atención de enfermería al total de pacientes analizados se obtuvieron los siguientes diagnósticos: limpieza ineficaz de las vías aéreas el 100% de los casos, 195 presentaron hipertermia para un 97,5%, seguido de la alteración de la nutrición por defecto 110 para un 55%, alteración del mantenimiento de la salud con un 50%³.

Coto y Guzmán (Costa Rica, 2012) realizaron una investigación con el objetivo determinar el comportamiento de las neumonías en la Región Central Sur Costa Rica en el periodo del 2006-2010. Como definición de caso se utilizaron todos los eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVE). Dicha investigación correspondió a un estudio descriptivo en el cual se analizaron frecuencias, porcentajes, tasas de incidencias y chi cuadrado de tendencia. Las variables que se tomaron en cuenta en el estudio fueron: edad, sexo, periodo de estudio y unidad notificadora. Entre los resultados se evidencia; la mayor tasa de incidencia por sexo, lo alcanzó el grupo femenino en el año 2010 con 70,38 por cada 100.000 habitantes, seguido del sexo masculino en el mismo periodo con 67,28 por cada 100.000 habitantes, la mayor tasa de incidencia por grupo de edad la presentaron los menores de 5 años con una tasa de incidencia de 66,76 por cada 100.000 habitantes, seguido por el grupo de edad de 80 a 89 años con una tasa de incidencia de 44,59 por cada 100.000 habitantes⁴.

Aquino, Fonseca, Lourenço, et al (Brasil, 2011) desarrollaron un estudio sobre los diagnósticos de enfermería más frecuentes, según la taxonomía II de la NANDA – I características definidoras, factores relacionados y de riesgo, en pacientes con disturbios respiratorios. La muestra estuvo conformada por treinta y cuatro pacientes de un hospital universitario de la ciudad de Sao Paulo. El estudio fue descriptivo transversal. Los diagnósticos de enfermería fueron elaborados por la investigadora y sometido a la validación consensual de tres especialistas. Los resultados fueron descritos basados en la frecuencia absoluta y porcentual. El cual obtuvieron e identificaron 35 diagnósticos, 22 características definidoras, 13 factores relacionados y 10 factores de riesgo de enfermería y se concluyó que los diagnósticos de enfermería en una población, contribuyen para organizar la base del conocimiento de enfermería y prever los cuidados de enfermería necesarios a una población específica⁵.

Chagas, Lima, Oliveira et al. (Brasil, 2011) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar los diagnósticos de enfermería presentes en niños con signos y síntomas respiratorios en un hospital privado del municipio de Quixadá–CE, Brasil. La investigación fue descriptiva, tipo transversal realizada con 30 niños internados en el hospital del departamento de pediatría. Los datos fueron recolectados entre marzo y abril de 2009. En los resultados se obtuvieron 13 diagnósticos de enfermería, se identificaron 41 características definidoras, 23 factores relacionados y 19 factores de riesgo. El diagnóstico de enfermería más frecuente fue limpieza ineficaz de las vías aéreas (96,7%), seguido por patrón respiratorio ineficaz (80%) y el riesgo de infección (63,3%)⁶.

Miranda, Ramírez, Candela et al. (Perú, 2011) en la investigación pretendieron determinar las características clínicas y demográficas de la neumonía por el virus de influenza A subtipo H1N1/2009 pandémico, conocido también como gripe porcina en un hospital de referencia de Perú, su diseño de estudio fue serie de casos. Revisaron las historias clínicas entre los meses de junio a septiembre 2009. Dentro de ese periodo el universo fue de 432 pacientes con diagnóstico de infección respiratoria aguda. Todos los casos tuvieron confirmación virológica. Se obtuvieron 192 casos de neumonía, de los cuales 74 casos

presentaron neumonía por el virus de Influenza AH1N1/2009 pandémico (NVIp), dentro de ese grupo 50 tuvieron el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad viral (NACv) y 24 con neumonía nosocomial viral (NNv) de los cuales 16 requirieron ventilación mecánica. Fallecieron 12, todos ellos con antecedentes de comorbilidad. Los casos NNv presentaron asociación estadística con mortalidad. En los casos NACv, los menores de 6 años representaron 72 %. La mediana de tiempo de enfermedad fue de 5 días. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos, rinorrea. Recibieron oseltamivir el 82 %. En la radiografía de tórax el 48 % de los casos presentó infiltrado en parches y el 44 % infiltrado intersticial en la radiografía de tórax. La proteína C reactiva (PCR) mayor a 10mg/L tuvo una asociación significativa con insuficiencia respiratoria ($p < 0,05$)⁷.

Debido a pocas y escasas investigaciones, de acuerdo al tema se accedió y se amplió los años de estudios:

Monteiro, Silva y Lopes, (Brasil, 2006) realizaron un estudio transversal desarrollado con 78 niños con hasta cinco años de edad, y diagnóstico de infección respiratoria aguda ingresadas en un hospital pediátrico de la periferia de una gran ciudad, con el objetivo de identificar los diagnósticos enfermeros presentados por estos niños. El número de diagnósticos enfermeros, características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo identificados y las demás variables numéricas fueron analizados con base en sus medidas de tendencia central y dispersión. Fueron identificados un total de 26 diagnósticos enfermeros, 43 factores relacionados, 14 factores de riesgo y 67 características definitorias diferentes. En media, fueron encontrados 5,32 diagnósticos enfermeros; 4,10 factores relacionados; 2,03 factores de riesgo y 7,33 características definitorias. Los diagnósticos enfermeros con mayor proporción fueron: patrón respiratorio ineficaz 100%, riesgo de crecimiento desproporcionado 48,7%, protección inefectiva 38,5% y deterioro de la mucosa oral 34,6%. Se concluye que niños con infecciones respiratorias agudas presentan un cuadro diagnóstico complejo incluyendo respuestas humanas de múltiples dominios⁸.

Mejía (Costa Rica, 2005) realizó un diseño descriptivo y analítico, con el objetivo de establecer la incidencia y prevalencia de los problemas respiratorios en niños menores de 5 años, internados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Upala, en el año 2002. La selección fue aleatoria y sistemática. Variables: 1. Continuas ordinales: número de ingresos, tipo de diagnóstico y tipo de tratamiento. 2. Continuas nominales: sexo, procedencia, estancia, peso y edad. En los resultados el 82% de los menores son de sexo masculino. La mitad (50%) pertenecían al grupo de edad de 0 y 1 año. El 82% de los diagnósticos fue la bronconeumonía. Promedio de estancia hospitalaria entre 2 y 5 días, en un 56% casos. De este último porcentaje, el 77% fue alimentado con leche materna en setiembre, hubo 5 casos, en abril con 4 y en junio con 3. Características de los padres. El 59% tenía la educación primaria incompleta; empleo inestable, el 64% y padres en unión libre, el 64. y un 50% residía en área marginal y rural dispersa⁹.

Ferraría, Pireza, Alicia, et al (Uruguay, 2002) indagaron un estudio el cual tuvo como objetivo mejorar la calidad de la atención hospitalaria de los niños con infecciones respiratorias agudas bajas, aumentar los conocimientos sobre esa patología y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos asistenciales, por medio de una estrategia que se denominó Plan de Invierno. La estrategia se basó en la utilización de protocolos de diagnóstico y tratamiento, internación por cuidados progresivos y por enfermedad, adecuación de los recursos asistenciales y creación de un sistema de registro permanente, informatizado. Durante la aplicación del Plan de invierno (19/V-19/IX/99) ingresaron 3.317 niños; 1.347 (40.61%) presentaban infecciones respiratorias agudas bajas. Se capturaron 1.096 (81%), de los cuales 71% eran menores de un año. Predominaron las infecciones respiratorias virales (68%). La saturación de oxígeno se registró en 657 niños (60%); 352 (53.6%) tenían saturación menor al 95%. Al ingreso presentaron polipnea 929 (85,6%), tirajes 884 (82.1%) y derrame pleural 48 (5%). El uso de la medicación se ajustó a lo recomendado en un elevado porcentaje: no recibieron antibióticos 73% del bronquiolitis ni 72% de las neumonías virales, y 96% de las neumonías bacterianas los recibieron según pauta; se redujo el uso de broncodilatadores y de corticoides¹⁰.

1.2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

Según la Organización Mundial de La Salud (OMS), los problemas respiratorios se encuentran entre las primeras cinco causas de mortalidad de menores de cinco años lo cual es de mucha preocupación sanitaria, a nivel mundial. La UNICEF plantea que más de un 70 % de las muertes infantiles, casi 11 millones de niños que mueren todos los años, se deben a seis causas principales y entre ellas se encuentra las afecciones respiratorias. Estas muertes se producen sobre todo en los países subdesarrollados. Las afecciones respiratorias representan el 20% de las muertes infantiles en los países en desarrollo. Datos procedentes de 42 países indican que sólo la mitad de los niños que padecen estas infecciones se pone en manos del personal de servicios sanitarios¹¹. Estas afecciones suponen una de las causas más frecuentes, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de Atención Primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios¹².

La función respiratoria básica es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido carbono; lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio. Una falla en este proceso fundamental para la vida, es, en diferentes grados de intensidad, causa muy frecuente de solicitud de atenciones de salud, tanto pre hospitalario como hospitalaria¹³.

El Síndrome de Distres Respiratorio (SDRA) es un síndrome clínico común, grave, caracterizada por lesión pulmonar aguda, que afecta a pacientes clínicos como a quirúrgicos, adultos o niños¹⁴.

En el Perú, se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de los establecimientos de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a problemas respiratorios agudos, por cuanto constituyen la primera causa de muerte en todas las etapas de vida¹⁵. La región oriental (selva) y en la costa norte del país, se concentran las tasas de incidencia más elevadas de IRA¹⁶.

En la ciudad de Iquitos departamento de Loreto, se encuentra el Hospital Iquitos César Garayar García (CGG), establecimiento de salud de nivel de complejidad II – 2 de alta rotación que atiende al 65% del total de la demanda de servicios de salud de la ciudad de Iquitos y de toda la región, para ello, cuenta entre otros con un departamento de emergencias y cuidados críticos donde se brinda atención médica y se efectúa la evaluación, tratamiento especializado a los pacientes en la especialidad respectiva las 24 horas al día y cuenta con los ambientes de: UCI, trauma shock, observación y tóxico¹⁷, así que el año 2015, fueron atendidos aproximadamente un total de 3,548 niños con problemas respiratorios, de los cuales 413 niños ingresaron a observación presentado síndrome de distres respiratorio¹⁸.

Este contexto, permite analizar que el estado de salud normal en los primeros años de vida es fundamental para el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños, sin embargo, los resultados de problemas respiratorios en niños a nivel mundial, nacional y regional siguen siendo significativos, cuyo pronóstico es negativo para el mantenimiento de la salud de los niños; motivo por el cual propongo la necesidad de realizar esta investigación sobre las características sociodemográficas (edad, sexo, peso y procedencia), características clínicas (diagnóstico médico, estado general, funciones vitales, movimientos y ruidos respiratorios) y su relación con los diagnósticos de enfermería identificando en los niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio, con la finalidad de plantear recomendaciones a todas las áreas y actividades relacionadas con la promoción, prevención y recuperación de las enfermedades respiratorias en el niño y lograr un impacto cuantificable en los factores de riesgo, pues a pesar de las investigaciones realizadas siguen siendo escasos los estudios nacional y regional, la problemática continúa en la que hay que seguir investigando. Por lo tanto, se decide realizar el presente estudio en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”.

1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las variables relacionadas a los diagnósticos de enfermería en niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencia área de observación del Hospital Iquitos, 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características relacionadas a los diagnósticos de enfermería en niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencia área de observación del Hospital Iquitos 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los niños menores de 5 años atendidos en emergencia área de observación: edad, sexo, peso y procedencia.
- Describir las características clínicas de los niños menores de 5 años atendidos en emergencia área de observación: diagnóstico médico, estado general, funciones vitales, movimientos y ruidos respiratorios.
- Formular los diagnósticos de enfermería en los niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencia área de observación.
- Relacionar las características sociodemográficas y clínicas con los diagnósticos de enfermería en los niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendido en emergencia área de observación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA RESPIRATORIO

El proceso de la respiración presenta dos etapas o fases bien definidas, como son la oxigenación y la ventilación. Se entiende por oxigenación el proceso por el cual el organismo tiene la capacidad de internalizar el oxígeno de la atmósfera para ser entregado a los tejidos. Por otro lado, la ventilación se refiere a la capacidad que tiene un organismo de desalojar, eliminar el dióxido de carbono como producto del catabolismo celular. Por lo tanto, la respiración es un equilibrio entre la utilización del oxígeno y la eliminación del dióxido de carbono¹⁹.

La función del aparato respiratorio es proporcionar un aporte correcto de oxígeno (O₂) a los tejidos, así como la eliminación de las sustancias tóxicas (dióxido de carbono CO₂) producidas a nivel celular. Para ello es necesario que funcionen correctamente diversos órganos y aparatos, y que exista entre ellos una adecuada coordinación centros nerviosos, encargados de controlar la ventilación pulmonar, pared torácica, con su musculatura y elementos óseos, de los que depende una adecuada ventilación alveolar. Sistema bronquial y alveolar, por donde discurren los gases inhalados y expelidos. Membrana alveolo-capilar, en donde difunden los gases y el aparato circulatorio y elementos sanguíneos encargados de transportar los gases desde el alveolo²⁰.

2.1.2. SÍNDROME DISTRES RESPIRATORIO

Definiciones de Síndrome. Es un conjunto de signos y síntomas que configuran una enfermedad²¹. También se considera como el conjunto de síntomas o elementos observables a simple vista o a través de los estudios apropiados que dan entidad a una enfermedad o condición de salud. El síndrome representa el concurso o la presencia de todos aquellos síntomas que son típicos de una enfermedad o complicación de salud²².

El síndrome del distres respiratorio agudo (SDRA) fue definida por la conferencia americano - europea con el propósito de consensuar unos criterios heterogéneos en 1994, en función de parámetros clínicos, radiológicos y gasométricos. La lesión pulmonar aguda (LPA) definida por un cociente $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inferior a 300 mm Hg y en el SDRA, por debajo de los 200 mm Hg. En el año 2011, se reunieron en Berlín expertos y redefinieron la clasificación («Berlín definition»), mejorando la estratificación y la predicción de mortalidad del síndrome, pero sin llegar a solucionar otros factores, como el papel de la presión positiva al final de la espiración (PEEP), la fisiopatología o la etiología del proceso. Desaparece el término LPA y se clasifican según el valor de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, para una PEEP establecida, como SDRA leve, moderado o grave ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 200-300 con $\text{PEEP} \geq 5$; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ con $\text{PEEP} \geq 5$, y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100$ con $\text{PEEP} \geq 10$, respectivamente)²³.

El síndrome de distres respiratorio agudo es un tipo de daño pulmonar inflamatorio agudo y difuso que tiene como consecuencia el incremento de la permeabilidad vascular pulmonar y la disminución del tejido pulmonar aireado. La presentación clínica incluye hipoxemia, alteraciones radiológicas bilaterales, incremento del espacio muerto fisiológico y una disminución de la distensibilidad pulmonar. El síndrome de distres respiratorio agudo se suele acompañar de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, produciendo un aumento del gasto cardíaco que aumenta la perfusión de las zonas no ventiladas, al tiempo que reclutas capilares previamente colapsados, con lo que empeora el efecto shunt y la hipoxemia. A medida que el síndrome de distres respiratorio agudo

prograsa, se producen fenómenos vasculares que afectan de forma diferente al intercambio gaseoso²⁴.

El niño con dificultad respiratoria de forma temprana presentará:

- Taquipnea.
- Taquicardia.
- Uso y reclutamiento secuencial de músculos accesorios.
- Ruidos respiratorios audibles y/o auscultables.
- Cambios de comportamiento defensivos.

La taquipnea, siendo el signo más sensible y específico de dificultad respiratoria, es generalmente el síntoma inicial en los procesos que generan dificultad respiratoria. El sistema respiratorio aumentará la frecuencia respiratoria para cubrir las demandas de oxígeno exigidas por el proceso y/o la eliminación de dióxido de carbono. La presencia de una frecuencia respiratoria igual o mayor a 60 respiraciones por minuto a cualquier edad es un signo de alarma y nos indica la presencia por sí sola de una dificultad respiratoria severa, que por fatiga progresará rápidamente a la insuficiencia respiratoria. La evaluación de un paciente taquicárdico obliga a descartar siempre una causa subyacente antes de definir esta como de alteración cardíaca propiamente dicha. La taquicardia compensadora tiene como objetivo también suplir las demandas de oxígeno y la necesidad de una mejor perfusión. Por lo anterior, la taquicardia se constituye en un mecanismo compensador de inicio temprano.

El uso y reclutamiento secuencial de los músculos accesorios nos permite ir identificando de una manera más objetiva los grados de dificultad respiratoria, es así como las manifestaciones clínicas dadas por la presencia de retracciones subcostales hasta uso de músculos supraclaviculares nos marcarán la progresión de una dificultad leve hasta una severa, respectivamente. De este modo, podemos interpretar las retracciones subcostales únicas como signo de dificultad respiratoria leve; las retracciones subcostales con tirajes intercostales inframamilares se pueden catalogar como signo de dificultad respiratoria

moderada; y, finalmente, la presencia de retracciones subcostales, tirajes intercostales infra y supramamilares se deben interpretar como signos de dificultad respiratoria severa.

Los ruidos respiratorios audibles, es decir, sin necesidad de auscultación con el fonendoscopio, generalmente son manifestaciones de obstrucción de la vía aérea superior, como el estridor y el ronquido, y hacen parte más de signos de dificultad respiratoria que de una insuficiencia. La auscultación de cualquier ruido, sibilancias, estertores, gorgoteo, a nivel de los campos pulmonares nos evidencia una excursión respiratoria, inspiración y espiración. La no auscultación de ruidos respiratorios acompañada de uso de musculatura accesoria debe interpretarse como signo de dificultad respiratoria grave, que progresará a una insuficiencia respiratoria desencadenada por marcada hipoxemia e hipercapnia, más que por fatiga muscular. Los cambios de comportamiento defensivos se interpretan como signos de dificultad respiratoria, el niño adoptará la posición en la que mejor logre respirar y no debe obligarse a adoptar otras posturas, evitando al máximo colocar en decúbito supino, ya que esta posición aumenta la dificultad respiratoria y la angustia del niño al sentirse fácilmente vulnerable. El tono muscular activo y la postura defensiva son mecanismos de compensación y protección. Como podemos analizar, existen mecanismos tempranos que denotan compensación; de progresar en magnitud y tiempo estos mecanismos, el organismo comenzará a agotarse y entrará en la fase inicial de la insuficiencia respiratoria, y, en pocos minutos o segundos, la falla cardiopulmonar se hará evidente y, en segundos, se presentará el paro cardíaco²⁵.

Diagnósticos Diferencial:

- Asma Bronquial: Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, caracterizada por Inflamación, hiperactividad bronquial que lleva a episodios recurrentes de sibilancias y broncoespasmo, se manifiesta por tos, disnea, opresión torácica, sibilancias, asociado a limitación variable del flujo aéreo que a menudo es reversible espontáneamente o con tratamiento. En suma, se debe considerar asma si cualquiera de los siguientes signos o síntomas está presentes: tos, sibilancias,

disnea o pecho apretado recurrentes, los síntomas ocurren o empeoran en la noche, despertando al paciente, cambios de temperatura, infecciones respiratorias virales, tensión emocional, antecedentes de eczema, rinitis alérgica o historia familiar de asma o atopía²⁶.

- Bronquitis Aguda: Es la infección o inflamación del tracto respiratorio bajo, acompañada de tos con o sin expectoración. El cuadro clínico predominante de la bronquitis aguda es tos, generalmente por tres semanas o menos, con o sin expectoración, dolor torácico leve, sibilancias, fiebre no alta y de corta duración, escalofríos (poco común) e irritación de garganta. La expectoración purulenta no necesariamente significa infección bacteriana, sino que es más bien indicativa de reacción inflamatoria. En el examen físico se observa taquicardia, puede o no haber frecuencia respiratoria aumentada con o sin signos de dificultad respiratoria, inyección conjuntival y faringe congestiva. En la auscultación pulmonar pueden encontrarse sibilancias y roncus, pero ningún signo de consolidación pulmonar ni de derrame pleural²⁷.
- Bronquiolitis: Es una enfermedad infecciosa de la vía respiratoria inferior que afecta fundamentalmente niños menores de 2 años. No hay un consenso sobre el concepto de bronquiolitis, especialmente en lo referente a la edad de los sujetos afectados ni a la exigencia de ser o no ser el primer episodio. El concepto más extendido es el propuesto por McConnochie, según el cual la bronquiolitis queda definida como “el primer episodio agudo de sibilancias, precedido por un cuadro respiratorio de origen viral que afecta a niños menores de 2 años y preferentemente en el primer año de edad”²⁸.
- Bronconeumonía: El término bronconeumonía es introducido en 1837 por Seiffert, expresando la idea de infiltrados pulmonares de origen broncogénico o bronquiologénico. Se ha relacionado con neumonía multifocal (o lobulillar), ahora

frecuentemente llamada de focos múltiples que, infiere por otro lado la existencia de varios focos diseminados en oposición a la neumonía lobar o unifocal²⁹.

- Neumonía: Es la infección del parénquima pulmonar, causada por la agresión de microorganismos, particularmente virus y bacterias. Es difícil establecer el diagnóstico microbiológico en niños debido a las limitaciones técnicas. La mayoría de las neumonías son de origen viral (70%) con pocos episodios graves; en cambio las neumonías bacterianas son menos frecuentes, pero producen complicaciones fatales con más frecuencia. El diagnóstico de la infección respiratoria aguda se basa en dos indicadores de severidad: La frecuencia respiratoria y se considera polipnea en: Menores de 2 meses > 60/min. 2 meses a 1 año > 50/min. > De 1 año > 40/min. Datos estos con una sensibilidad del 74% y especificidad del 67%. Retracciones subcostales: Se encuentra en una tercera parte de los pacientes con neumonía. Otros síntomas tos, fiebre (ocasionalmente es el único síntoma), quejido, dolor torácico. También pueden existir manifestaciones extra pulmonares como íleo metabólico y dolor abdominal³⁰.
- Síndrome de Obstrucción Bronquial Aguda (SOBA): Se caracteriza por presentar sibilancias, taquipnea y tiraje. La sibilancia es un signo inespecífico originado en las vías aéreas intra torácicas producido por el paso del flujo turbulento a través de vías aéreas estrechas. Las características anatómicas y funcionales del aparato respiratorio en los niños pequeños favorecen la producción de sibilancias. Dentro de estas condiciones que predisponen a los niños pequeños a sibilar se cuentan: menor calibre de la vía aérea, menor consistencia del cartílago bronquial, menor circulación colateral, mayor frecuencia de hiperreactividad bronquial inespecífica, entre otros. La taquipnea constituye un mecanismo de compensación ante la falta de oxígeno del organismo. Por otra parte, entendemos por tiraje a la retracción de la pared torácica debido a una disminución de la elasticidad pulmonar (pulmón más rígido)³¹.

2.1.3. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN NIÑOS ENFERMOS

La atención de la salud ha de responder de modo dinámico, a la realidad social, política, económica, científica y tecnológica, como así también a los dilemas éticos que ella plantea, de tal manera que mejore la calidad de la prestación del cuidado. La visión de Enfermería definida en los lineamientos de la organización mundial de la salud y organización panamericana de salud (OMS-OPS) expresa: “Los servicios de Enfermería son un componente de los sistemas de salud esencial para el desarrollo de la sociedad. Contribuyen eficazmente al logro de las mejores condiciones de vida de los individuos, las familias y las comunidades mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención a toda la población. Su reto es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la formación, la práctica y la investigación.”

Alrededor del cuidado se desarrolló la disciplina con sus conocimientos, habilidades y principios ético-legales. Cuidar es un acto de vida, dirigido a mantener la vida, permitir la continuidad y la reproducción. Cuando una persona se cuida, se constituye en un acto individual, basado en la autonomía. Cuando el cuidado se da a otro que, temporal o definitivamente no puede auto cuidarse, se constituye en un acto de reciprocidad. El cuidado, en tanto acto relacional de ayuda, a través del juicio crítico, posibilita que las personas desarrollen su bienestar, mejoren o mantengan su salud, puedan sobrellevar problemas de salud y lograr la mejor calidad de vida posible, sea cual fuere su situación hasta la muerte.

Cuidar es una ciencia y un arte, exige conocimientos y actitudes especiales y los cuidados son acciones intencionadas y fundadas en ese cuerpo de saberes. Al hablar de Enfermería como arte, se reconoce la capacidad de creatividad en el cuidado, ya que el mismo es único e irrepetible, pues las personas son seres humanos diferentes, con subjetividades propias³².

Para ofrecer cuidados de calidad al niño y su familia, además de los conocimientos propios de enfermería el profesional requiere tener conocimientos y habilidades específicos, ya que incluso ante enfermedades similares a las de los adultos el paciente pediátrico responde de forma bastante distinta, ante esta realidad es necesario tener en cuenta la edad, nivel de desarrollo y las alteraciones de salud más frecuentes en esta etapa de la vida. También hay que tener presente que el niño, sano o enfermo es un individuo en pleno desarrollo físico, emocional e intelectual, aspecto que la enfermera debe favorecer en el hospital como en el hogar³³.

El cuidado de enfermería en los niños con síndromes de dificultad respiratorios tiene como objetivo desarrollar intervenciones que son relevantes para ese período de cuidados de emergencias y futura hospitalización, asegurando también el apoyo de la familia y prevención de las complicaciones del proceso de la enfermedad. Se debe tener en cuenta que la hospitalización, además de la enfermedad, genera una gran tensión en el niño, ya que es en un entorno diferente, ser sometido a procedimientos relacionados con su terapia. Por lo tanto, el personal de enfermería debe promover su asistencia en la situación clínica del niño, teniendo en cuenta el bienestar psicológico de la misma³⁴.

Los profesionales de la salud, encargados de la atención pediátrica, deben adoptar diariamente múltiples y complejas decisiones asistenciales que conllevan la capacidad de identificar la alternativa más adecuada mediante la valoración de las implicaciones en términos de resultados clínicos, idoneidad, riesgos, costos e impacto social e individual de las diferentes opciones asistenciales disponibles para los problemas específicos que se atienden, la complejidad de este proceso de decisión se ve agravada por el incremento de las posibilidades y opciones asistenciales que surgen del avance del conocimiento científico, la imposibilidad de asimilar toda la información científica disponible y la racionalización de los recursos sanitarios, unido a la variabilidad de los estilos de práctica clínica³⁵. Es por ello que enfermería se centra en los cuidados de manera científica y metodológica, una de ellas son los diagnósticos de enfermería, con el propósito de dar una atención cada vez mejor y de calidad humanista.

2.1.4. DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Son muchas las definiciones que podemos encontrar en los diferentes textos, intentando dar una respuesta concreta sobre que es un diagnóstico enfermero, pero todas ellas están basadas en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar independientemente³⁶.

Es un Juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable.

NANDA, aprobado en la novena conferencia, 1990.

Los diagnósticos son problemas que entran dentro de la competencia de enfermería; son respuestas humanas que el profesional de enfermería puede tratar de forma totalmente independiente. En este sentido el profesional de enfermería, es el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud.

Componentes de un diagnóstico:

Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar. Lo cual nos permitirá identificar y formular los diagnósticos de enfermería.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable. Estos solo se enuncian en los diagnósticos enfermeros de riesgo.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales, tienen factores relacionados³⁷.

Clasificación de los diagnósticos enfermeros:

Diagnósticos de promoción de la salud: Un diagnóstico de promoción de la salud es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias.

Diagnóstico enfermero de salud o de bienestar: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como en todos los diagnósticos, se identifican resultados sensibles a la intervención enfermera e intervenciones enfermeras que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

Estos diagnósticos de enfermería se manejan sobretodo en la comunidad y en los puestos de salud, por lo tanto, no lo manejaremos en este estudio, ya que los casos presentados tienen alguna alteración en su estado de salud.

Diagnostico real: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas³⁸.

Los diagnósticos reales identificado en el niño con síndrome de distres respiratorio:

1. **Limpieza ineficaz de las vías aéreas:** Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.
2. **Deterioro del intercambio gaseoso:** Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar-capilar.
3. **Deterioro de la respiración:** Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.
4. **Patrón respiratorio ineficaz:** La expiración o inspiración no proporciona una ventilación adecuada
5. **Hipertermia:** Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

Diagnósticos según la NANDA 2015 2017.

Diagnóstico de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad³⁵.

Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual parecida³⁹. El diagnóstico de riesgo identificado en el niño con síndrome de distres respiratorio:

- 6. Riesgo de intolerancia a la actividad:** Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica- psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Diagnósticos según la NANDA 2015 2017.

2.1.5. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO QUE INGRESA A EMERGENCIA UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Cuando se realiza el triaje de un paciente en el área de urgencias, cualquier paciente con distres respiratorio debe ser priorizado frente a otro. Esta idea debe estar clara en la mente de todo el personal que componga el servicio de emergencias (ABC), ya que la transición de una insuficiencia respiratoria a un fallo respiratorio puede ocurrir en minutos, tiempo en el cual se debe ser capaz de estabilizar al paciente⁴⁰. Si se logra estabilizar al paciente este será dado de alta de emergencias y será atendido por consultorio, sin embargo, aquellos pacientes que no son estabilizados en el momento pasaran a cuidados específicos y a un periodo de observación.

Una vez el paciente en observación, se tendrán en cuenta las siguientes características:

a. Clasificación pediátrica: en la actualidad, la clasificación en etapas puede hacerse desde diferentes puntos de vista y estos se multiplican de manera extraordinaria, por ejemplo, desde la perspectiva de la alimentación, desarrollo psicomotor y de la personalidad, de la enseñanza, etc. En un intento de unir en lo posible todas estas clasificaciones, se considera la edad pediátrica en los siguientes periodos:

- **Periodo neonatal:** Comprende desde el nacimiento hasta cumplido el primer mes de vida.
- **Periodo de lactancia:**
Lactante menor: comprende desde el 1^{er} mes de vida hasta los 12 meses de edad.

Lactante mayor/primera infancia: comprende desde el 1 año hasta los 3 años de edad.

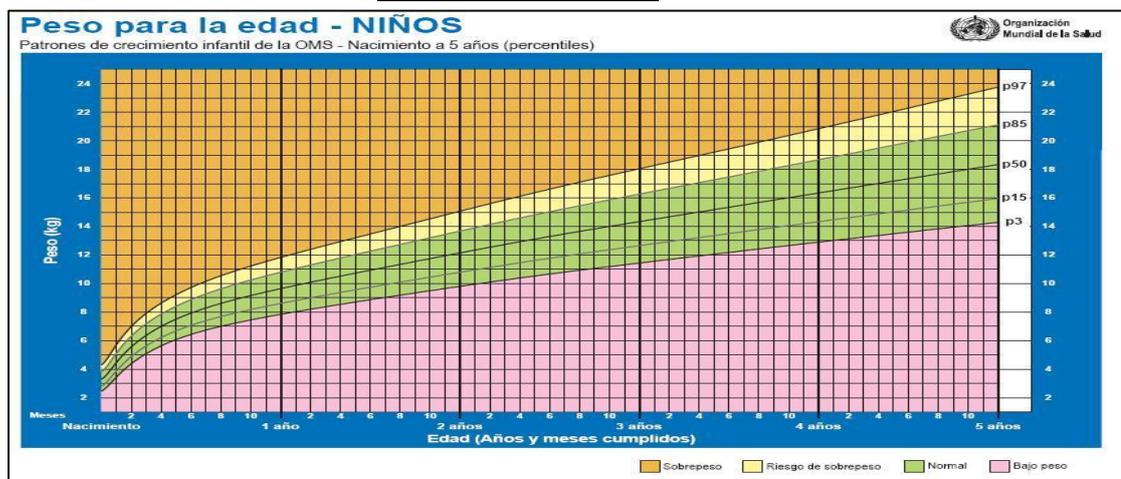
- **Periodo de preescolar:** comprende de los 3 hasta los 6 años.
- **Infancia media:** Comprende de los 6 a los 12 años
- **Final de la infancia. Pubertad y adolescencia:** comprende de los 12 a 20 años de edad⁴¹.

b. Sexo: La palabra sexo hace referencia a la descripción de la diferencia biológica entre hombres y mujeres y no determina necesariamente los comportamientos. La palabra género designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones poder/subordinación en que estas interrelaciones se presentan. El análisis de género es utilizado para diferenciar: características biológicas, dado por los genes y no puede cambiarse⁴².

c. Peso: Es la fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa⁴³. El peso corporal es la masa o cantidad de peso de un individuo, expresado en unidades de kilogramos o libras⁴⁴.

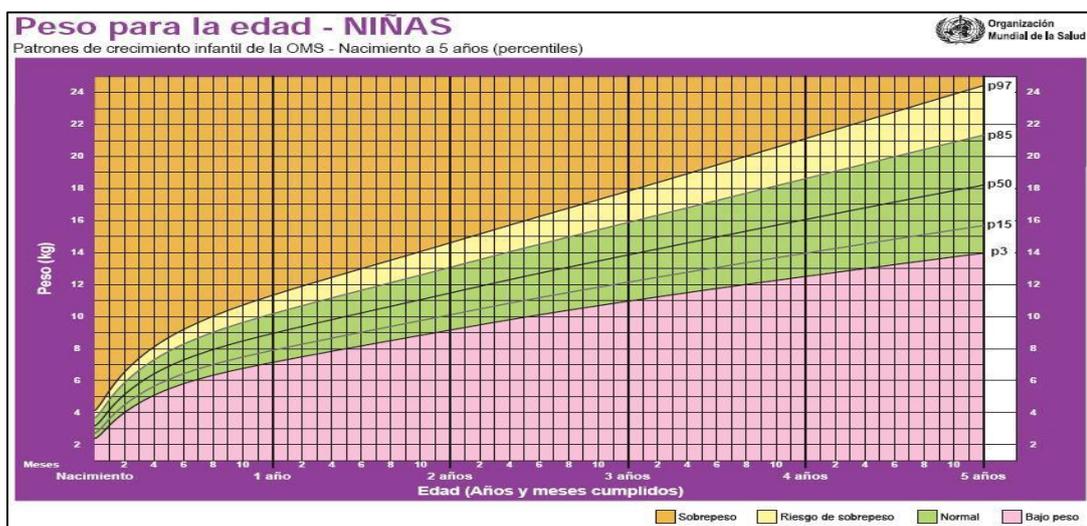
La clasificación del peso para la edad según la OMS: Bajo peso, peso normal, riesgo de sobrepeso y obesidad.

Tabla Peso: Masculino



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Tabla Peso: Femenino



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

d. Procedencia: Del latín procedens, origen, principio de donde nace o se deriva algo⁴⁵. El departamento de Loreto su capital la ciudad de Iquitos cuenta con cuatro distritos: San Juan Bautista, Iquitos, Belén, Punchana y sus alrededores. Siendo los pobladores de dichos lugares quienes asisten al Hospital Iquitos “Cesar Garayar García, que es uno de los centros de mayor importancia en el sector salud.

e. Estado general: Es la observación general del paciente. La observación es el primer proceso que se debe aplicar antes de iniciar la historia clínica. La observación empieza desde el momento que la enfermera ve al paciente por primera vez, ya que a través de esta se puede obtener muchas informaciones sin hablar con el paciente porque cada gesto, cualquier detalle es significativo⁴⁶. Y se clasifican de la siguiente manera en buen estado general, regular estado general y mal estado general.

f. Funciones vitales: los signos vitales llamados también cardinales, constituyen indicadores de la condición del individuo; varían de una persona a otra y en el transcurso del día; sin embargo, de ellos se han determinado valores considerados normales, de las funciones vitales tenemos:

1. Temperatura: Es un signo vital que representa el equilibrio entre el calor producido por el organismo y el calor perdido a través de diferentes mecanismos fisiológicos.

Valores normales de temperatura:

Edad	Grados centígrados (°C)
Recién nacido	36,5 – 37,5
Lactante menor	36,5 – 37,5
Lactante mayor	36,0 – 37,2
Preescolar	36,0 – 37,2

Fuente: Cincinnati Childrens Hospital Medical Center

Alteraciones de la temperatura:

- Hipertermia: La temperatura puede ser resultados de procesos infecciosos, deshidratación, intoxicación y otras causas patológicas.
 - Hipotermia: es la baja temperatura, puede ser resultado de exposiciones prolongadas al frío, congelación, ayuno, depresión circulatoria.
 - Febrícula: Temperatura hasta 38°C.
2. Frecuencia cardíaca: Es el latido o vibración de una arteria al pasar por ésta una onda de sangre bombeada en cada contracción ventricular.

Valores normales de la frecuencia cardíaca en niños:

Edad	Puso por minuto
Recién nacido	80 – 160
Lactante menor	80 – 160
Lactante mayor	80 – 150
Preescolares	70 – 110

Fuente: Cincinnati Childrens Hospital Medical Center

Variaciones del Pulso

- Taquicardia: Frecuencia de pulso rápido, por encima de los valores normales.
- Bradicardia: Frecuencia de pulso baja, por debajo de los valores normales.
- Pulso filiforme: Pulso débil y rápido.

3. Frecuencia Respiratoria: Consiste en el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y las células del organismo. En cada respiración se producen dos fases: Inspiración, que es el intercambio de oxígeno y la espiración, que consiste en la eliminación de anhídrido carbónico.

Valores Normales de la Frecuencia Respiratoria en el niño:

Edad	Respiraciones por minuto
Recién nacido	30 – 80
Lactante menor	30 – 60
Lactante mayor	24 – 40
Preescolar	22 – 34

Fuente: Cincinnati Childrens Hospital Medical Center

Alteraciones de la Respiración

- Bradipnea: Respiraciones lentas y regulares. Frecuencia de respiración lento, por lento de los valores normales.
 - Taquipnea o Polipnea: Aumento del número de respiraciones. Frecuencia de respiración rápido, por encima de los valores normales.
 - Apnea: Ausencia de respiración.
 - Eupnea: Respiración normal en frecuencia y ritmo.
 - Disnea: Dificultad para respirar; se presentan respiraciones profundas y muy frecuentes.
4. Movimientos y ruidos respiratorios: Al realizar la auscultación, los ruidos respiratorios se originan en las vías respiratorias grandes, donde la velocidad y la turbulencia inducen vibraciones en las paredes de las vías respiratorias. Estas vibraciones se transmiten a través del tejido pulmonar y la pared torácica en la superficie, en donde pueden oírse con la ayuda de un estetoscopio. En la auscultación pulmonar constituye una herramienta clínica indispensable que permite relacionar los ruidos respiratorios con las diferentes características fisiológicas de cada enfermedad⁴⁷. El tiraje es un signo clínico de una patología del sistema respiratorio. Hablamos de tiraje cuando los tejidos de la caja torácica se desplazan anormalmente hacia el interior de la caja durante la

inspiración. Este signo indica que existe una disnea o dificultad para respirar más o menos intensa. En función de los casos, la zona del tiraje puede localizarse en diferentes sitios. Intercostal, subcostal⁴⁸.

Clasificación y nomenclatura de los ruidos respiratorios

Ruido respiratorio	Mecanismo	Origen	Acústica	Relevancia
<u>sonidos básicos</u> a. <i>Sonidos pulmonares</i> b. <i>Sonidos traqueales</i>	Flujo turbulento vértices.	Vía aérea central, (expiración), lobar y segmentaria (inspiración).	Frecuencia <100 a >1000 Hz.	Ventilación regional Calibre de la vía aérea.
	Flujo turbulento, resonancia en la vía aérea.	Laringe, tráquea y vía aérea superior.	Frecuencia <100 a 3000 Hz.	Configuración de la vía aérea.
<u>sonidos adventicios</u> c. <i>Sibilantes</i> d. <i>Roncus</i> e. <i>Crepitantes</i>	Oscilación vía aérea	Vía aérea central e inferior.	Sinusoidal 100 a >1000 Hz. Duración > 80 ms	Obstrucción de la vía aérea Limitación del flujo aérea.
	Movimiento de fluido, vibración pared vía aérea.	Vía aérea principal	Sinusoidal <300Hz. Duración > 100 ms	Secreciones, obstrucción bronquial.
	Apertura de la vía aérea pequeña y movimientos de las secreciones aérea.	Vía aérea central e inferior.	Ondas explosivas < 20 ms	Apertura y cierre de la vía aérea, secreciones.

Fuente: Modificada de Pasterkamp H, et al. *Am J Respir Crit Care* 1997.

2.2. **MARCO CONCEPTUAL:** está constituido por las variables que caracterizan a los niños con síndrome de distres respiratorio, consta de los siguientes indicadores:

2.2.1. **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

a. **Características sociodemográficas**

Edad: Número de años cumplidos en el momento del estudio.

Sexo: Distinción de géneros: Femenino, masculino.

Peso: La fuerza ejercida por la Tierra para atraer a los cuerpos y la magnitud de esa fuerza. Es la masa (la cantidad de materia que está presente en un cuerpo). Se mide en kilogramos.

Procedencia: El origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede.

b. **Características clínicas**

Estado General del paciente: Condición en la que ingresa el paciente.

Diagnostico médico: Son las patologías respiratorias que se asocian a signos y síntomas del síndrome respiratorio.

Funciones vitales: Son indicadores de la condición del individuo; varían de una persona a otra y en el transcurso del día; las funciones vitales son: temperatura, pulso o frecuencia cardiaca, respiración o la frecuencia respiratoria, Incluida oximetría. Los signos vitales son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud.

Movimiento y ruidos respiratorios: En los movimientos respiratorios normales la inspiración es más corta que la espiración. El sonido normal o murmullo vesicular es más intenso y de tono más elevado. En las alteraciones de la salud para el movimiento o sonido respiratorio se usa la auscultación y observación para detectar cualquier anomalía.

2.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Diagnósticos de enfermería: Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud. Los diagnósticos enfermeros se dividen en: diagnósticos reales y potenciales conocido también como de riesgo.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Deterioro de la respiración
- Patrón respiratorio ineficaz
- Hipertermia
- Riesgo de intolerancia a la actividad

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. HIPÓTESIS

Existe relación entre algunas variables clínicas con los diagnósticos de enfermería en los niños menores de cinco años con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia área de observación del hospital Iquitos, 2015.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se empleó el método cuantitativo, porque se recogió datos a través de los instrumentos semiestructurados y luego se procedió los datos a través de procedimientos estadísticos para determinar la relación entre las variables asociadas a los diagnósticos de enfermería en niños con síndrome de distres respiratorio atendido en emergencia área de observación del Hospital Iquitos 2015, permitiéndonos hacer predicciones de probabilidades y generalizaciones.

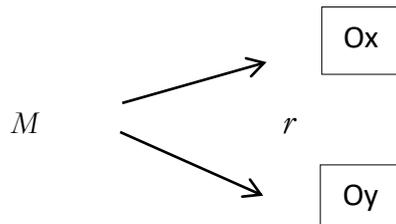
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: De acuerdo al problema y a los objetivos planteados, se aplicó el diseño:

No experimental: Porque fue una investigación sistemática, no empírica, donde las variables independientes fueron observadas tal y como ocurran o se encuentren en su contexto natural, sin intervenir o manipular en su comportamiento.

Descriptivo: por que permitio describir y documentar el comportamiento de las variables en estudio y su relacion con los diagnosticos de enfermeria

Retrospectivo: Porque los datos del estudio ya se desarrollaron antes de su recolección es decir los sucesos acontecieron en el periodo del año 2015, y la recolección de los datos se realizó en los meses de octubre y noviembre del año 2016.

Diagrama:



Especificaciones:

M: Muestra

O: Observaciones

xy: Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r: Indica la asociación entre las variables de estudio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Constituida por 250 historias clínicas de los (as) niños (as) menores 5 años de edad con síndrome de distres respiratorio que ingresaron al departamento de emergencia área de observación del Hospital Iquitos 2015.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 250 de historias clínicas de los (as) niños (as) menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio, que ingresaron a emergencia área de observación del Hospital Iquitos, 2015. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el método probabilístico y la fórmula de proporciones para poblaciones finitas, con un nivel de confianza 95%, error 5%, según se detalla a continuación:

Formula:

$$n = \frac{NZ^2 (pe) \cdot (qe)}{E^2 N + Z^2 pe \cdot Qe}$$

**Dónde:**

n = Muestra

N= Población

Z²= 1.96 (95% de confiabilidad)

pe = Probabilidad de ser elegido (0.50)

qe = Probabilidad de no ser elegido (0.50)

E = Error absoluto (0.05)

Aplicando la formula tenemos:

$$n = \frac{NZ^2 (pe) \cdot (qe)}{E^2 N + Z^2 pe \cdot qe}$$

Reemplazando los datos:

$$n = \frac{250 \times 1.96^2 (0.50) (0.50)}{0.05^2 \times 250 + 1.96^2 (0.50) (0.50)} = 152$$

Tamaño de la muestra: **n**152 Historias
Clínicas.

Tipo de Muestreo: Se empleó el muestreo probabilístico simple al azar, donde las 250 historias clínicas seleccionadas de los (as) niños (as) menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio, que ingresaron a emergencia área de observación del Hospital de Iquitos 2015, tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos.

Selección de la Muestra: La muestra fue seleccionada mediante el método probabilístico, haciendo 250 balotas para extraer de ellas en forma aleatoria a las 152 historias clínicas de los niños menores de 5 años con síndrome de Distres respiratorio, que ingresaron a emergencia área de observación del Hospital de Iquitos 2015.

- **Criterios de Inclusión**

- Niños de 29 días a 5 años de edad
- Pacientes con síndrome distres respiratorio.

- **Criterios de Exclusión**

- Niños menores de 28 días
- Historias clínicas incompletas o extraviadas

3.4. TÉCNICA:

En el presente estudio se utilizó la técnica de revisión documentaria que según Hurtado (2008)⁴⁹, consiste en recurrir a información escrita, ya sea bajo la toma de datos que pueden haber sido producto de mediciones hechas por otros o como texto que en sí mismo constituyen los eventos del estudio de esta manera se consultó y se transcribió de las historias clínicas de los pacientes en estudio al instrumento de recolección de datos, con el fin de obtener las variables relacionadas a diagnósticos de enfermería en niños menores de cinco años con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia área de observación del Hospital Iquitos 2015.

3.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se empleó en el presente estudio fue un cuestionario semiestructurado, elaborado por la investigadora cuyo contenido presento las características sociodemográficas, características clínicas y los diagnósticos de enfermería que se presentan con regularidad en los niños con síndrome de distres respiratorio. (Ver anexo 3).

Validez: Para medir la validez del instrumento se empleó el juicio de expertos, con un total de 3 enfermeras expertas en el tema. (Ver anexo 4).

Confiabilidad: Se realizó mediante la técnica de la prueba piloto, para lo cual se tuvo que trabajar con 10% de la muestra en estudio.

3.6. ÉTICA:

Se solicitó autorización al comité de ética en investigación del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” para la selección de la muestra y ejecución del estudio a través de la carrera profesional de enfermería de la Universidad Científica del Perú.

Se presentó el proyecto de tesis ante el comité de Ética en Investigación del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, para llevar a cabo la aplicación del instrumento, coordinar las actividades pendientes (fechas, horario de recolección de datos, designación de un ambiente) y recepcionar los documentos requeridos (registros, estadísticas y autorización).

Con la autorización se procedió a la recolección de la información que se realizó en el turno de la mañana y tarde durante seis semanas. La recolección de los datos estuvo bajo la responsabilidad única y exclusiva de la investigadora quien recogió información usando fuentes secundarias (historia clínica) de los pacientes con niños con síndromes de distres respiratorio atendidos en emergencia del hospital apoyo Iquitos 2015.

La recolección de los datos se realizó en el periodo de octubre a noviembre del 2016 a través de la revisión de historias clínicas de acuerdo a la muestra. Esta recolección de datos se realizó en el área de archivo estadística del Hospital Iquitos.

Luego los instrumentos de recolección de datos procedieron a ser destruidos para mantener la seguridad, integridad y protección del paciente.

3.7. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El procesamiento de los datos recolectados, fueron codificados y procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 23.0. Plan de tabulación comprendió el análisis univariado para presentar a cada una de las variables estudiadas, y el análisis bivariado para presentar la relación que se establezcan entre las variables independientes y dependientes. Dando como resultado una matriz de datos, que nos permitio diseñar las tablas y gráficos.

El análisis e interpretación de la información de estudio se realizó de la siguiente manera:

Estadística Descriptiva: Se calculó las frecuencias absolutas y relativas en tablas y gráficos; análisis univariado, se emplearon medidas estadísticas como frecuencia porcentajes por la variable cuantitativa.

Estadísticas Inferencial: Se aplicó el análisis de correlación bivariada r de Pearson para determinar cómo se relacionan las variables de estudio considerando un nivel de significancia de 0.05% y un nivel de confianza del 95%. Para dar validez a las hipótesis planteadas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de niños con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia. Hospital Iquitos, 2015.

Características sociodemográficas	n	%
Edad		
Lactante menor	94	61,8
Lactante mayor	46	30,3
Pre escolar	12	7,9
Sexo		
Masculino	82	53,9
Femenino	70	46,1
Peso		
Bajo peso	36	23,7
Normal	85	55,9
Sobre peso	18	11,8
Obesidad	13	8,6
Procedencia		
San Juan	54	35,5
Iquitos	46	30,3
Belén	25	16,4
Punchana	6	3,9
Otros	21	13,8
Total	152	100,0

Fuente: Matriz de datos de la investigación

En la tabla 1, se observa que los niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencia, área de observación del hospital Iquitos del año 2015, según la edad tenemos: el mayor porcentaje estuvo constituido por los lactantes menores con el 61,8%, el porcentaje medio lactantes mayores con el 30,3% y el porcentaje bajo en edad pre-escolar con 7,9%; de acuerdo al género 53,9% pertenecieron al sexo masculino porcentaje que supero al sexo femenino con 46,1%; por otra parte en la clasificación de peso: el 55,9% estuvo dentro de lo normal, mientras que el 23,7% en bajo peso, 11,8% en sobre peso y 8,6% obesos; en cuanto a la procedencia: 35,5% pertenecieron al distrito de San Juan, el 30,3% al distrito de Iquitos, el 16,4% al distrito de Belén, y el menos concurrido 3,9% fue el distrito de Punchana.

4.2. Características clínicas

Tabla 2. Características clínicas de niños con síndrome de distrés respiratorio, atendidos en emergencia. Hospital Iquitos, 2015.

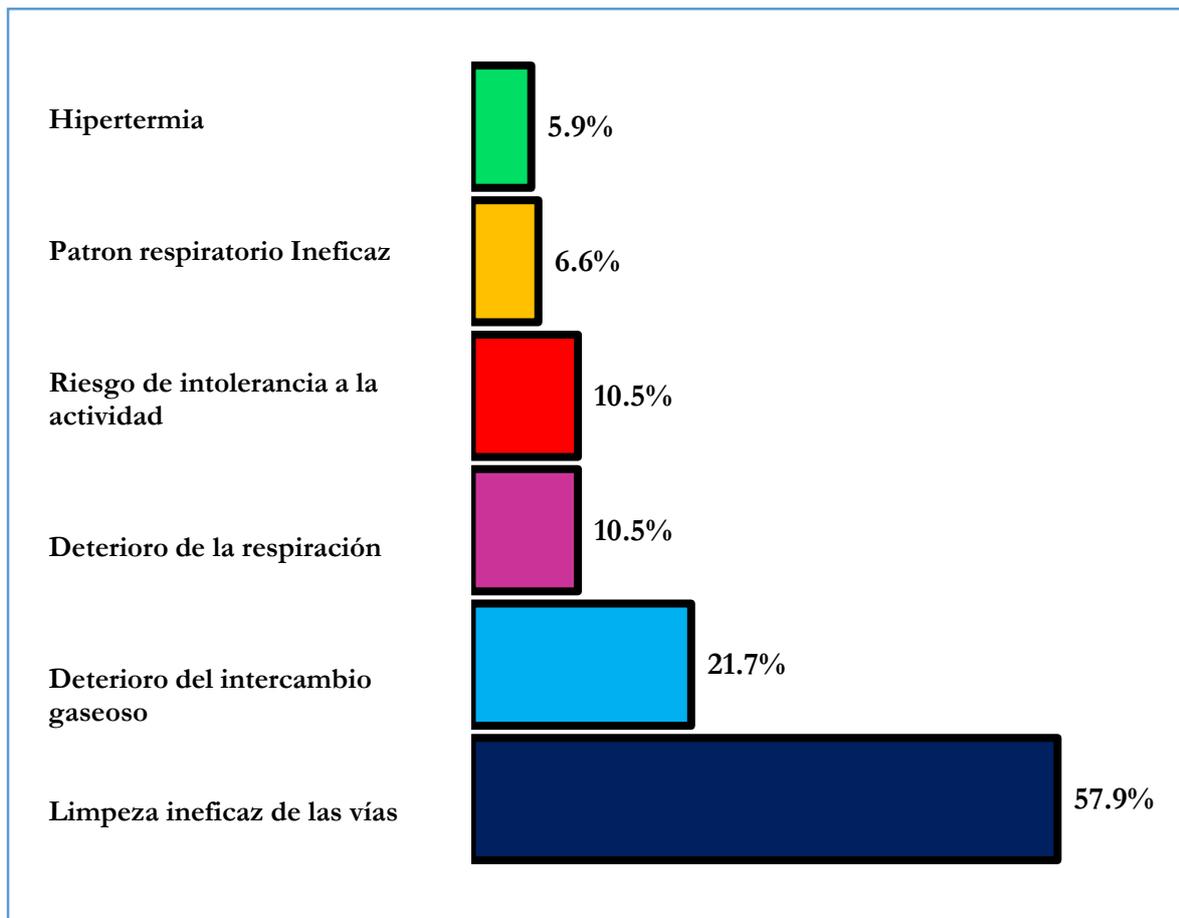
Características Clínicas	n	%
Frecuencia Cardíaca		
Bradycardia	4	2,6
Normal	72	47,4
Taquicardia	76	50,0
Frecuencia Respiratoria		
Bradipnea	13	8,6
Normal	89	58,6
Taquipnea	50	32,9
Saturación de Oxígeno		
> 90%	73 101	48 66,4
< 90%	79 51	52 33,6
Temperatura		
Normal	122	80,3
Febrícula	21	13,8
Hipertermia	9	5,9
Ruidos Respiratorios		
Tirajes	43	28,3
Roncus	88	57,9
Crepitantes	35	23,0
Sibilantes	63	41,4
Estado General		
Regular estado	118	77,6
Mal estado	34	22,4
Diagnóstico Médico		
Bronquiolitis	61	40,1
SOBA	36	23,7
Neumonía	20	13,2
Bronconeumonía	18	11,8
Asma bronquial	10	6,6
Bronquitis Aguda	7	4,6
Total	152	100,0

Fuente: Matriz de datos de la investigación

En la tabla 2, se observa que los niños menores de cinco años atendidos en emergencia, área de observación del Hospital Iquitos en el año 2015, se identifica lo siguiente: en las funciones vitales encontramos que frecuencia cardíaca presento: taquicardia con 50,0%, normal 47,4% y bradicardia 2,6%; en frecuencia respiratoria el 32,9% presento taquipnea, 58,6% normal y 8,6% bradipnea; en la temperatura 80,3% estuvo dentro de los valores normales, 13,8% con febrícula y 5,9% con hipertermia; en la saturación de oxígeno el 66,4% presento saturación >90%, mientras que 33,6% presento saturación <90%, en cuanto a los movimientos y ruidos respiratorios: el 28,3% presento tirajes, 23% crepitantes, 41,4% sibilantes y 57,9% roncus; de acuerdo con el estado general: 77,6% ingreso en estado regular mientras que 22,4% en mal estado, por último en el diagnóstico médico: 40,1% presento bronquiolitis, 23,7% síndrome de obstrucción bronquial aguda, 13,2% neumonía, 11,8% bronconeumonía, 6,6% asma bronquial y 4,6% bronquitis aguda.

4.3. Diagnósticos de Enfermería

Gráfico 1. Diagnósticos de enfermería de los niños con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencia unidad de observación del Hospital Iquitos, 2015.



Fuente: Matriz de datos de la investigación

En el gráfico 1, se observan los diagnósticos de enfermería formulado, en los niños menores de 5 años de edad con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia área de observación del hospital Iquitos del año 2015: limpieza ineficaz de las vías aéreas 57,9%, deterioro del intercambio gaseoso 21,7%, deterioro de la respiración 10,5%, riesgo de intolerancia a la actividad 10,5%, patrón respiratorio ineficaz 6,6% y por ultimo hipertermia 5,9%.

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería y características definitorias del niño con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencia. Hospital Iquitos, 2015.

Diagnósticos de enfermería	n	%	Diagnósticos de enfermería	n	%
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	88	57,9	Deterioro de la respiración	16	10,5
Sonidos respiratorios adventicios	88	57,9	Aumento de la FC	17	11,2
Tos inefectiva	88	57,9	Aumento de la tasa metabólica	12	7,9
Agitación	44	28,9	Disnea	6	3,9
Disnea	29	19,1	Uso creciente de los músculos accesorios	9	5,9
Cambios en la frecuencia respiratoria	27	17,8	Deterioro del intercambio gaseoso	32	21,1
Cianosis	11	7,2	Agitación	24	15,8
Patrón respiratorio ineficaz	10	6,6	Aleteo nasal	12	7,9
Taquipnea	6	3,9	Disnea	20	13,2
Bradipnea	3	2,0	Hipoxia	32	21,1
Disnea	2	1,3	Taquicardia	23	15,1
Uso de los músculos accesorios para respirar	1	0,7	Respiración anormal	15	9,9
Alteración de los movimientos torácicos	2	1,3	Uso creciente de los músculos accesorios	12	7,9
Riesgo de intolerancia a la actividad	16	10,5	Cianosis	8	5,3
Problemas respiratorios	10	6,6	Hipertermia	9	5,9
Problemas circulatorios	6	3,9	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal	11	7,2
			Taquicardia	8	5,3

Fuente: Matriz de datos de la investigación

En la tabla 3, se aprecia las características definitorias las cuales contribuyeron a la identificación de los diagnósticos de enfermería en los niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio, atendidos en emergencia área de observación.

El 57,9% de los niños presentaron el diagnóstico de enfermería *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* las características definitorias fueron los sonidos respiratorios adventicios y tos inefectiva (57,9%), agitación (28,9%), disnea (19,1%), cambios en la frecuencia respiratoria (17,8%) y cianosis (7,2%).

El 21,1% correspondió al diagnóstico de enfermería *deterioro del intercambio gaseoso* con las siguientes características definitorias: agitación (15,8%), aleteo nasal (7,9%), disnea (13,2%), hipoxia (21,1%), taquicardia (15,1%), respiración anormal (9,9%), uso creciente de los músculos accesorios (7,9%) y cianosis (5,3%).

El 10,5% del diagnóstico de enfermería que obtuvieron los pacientes fue *deterioro de la respiración* presentando las siguientes características definitorias: aumento de la frecuencia cardíaca (11,2%), aumento de la tasa metabólica (7,9%), disnea (3,9%) y uso creciente de los músculos accesorios (5,9%).

También el 10,5% de los niños obtuvo el diagnóstico de enfermería *riesgo de intolerancia a la actividad* presentando las siguientes características definitorias problemas respiratorios (6,6%) y problemas circulatorios (3,9 %).

El 6,6 de los pacientes en estudio presento *patrón respiratorio ineficaz* teniendo como características definitorias: taquipnea (3,9%), bradipnea (2,0), disnea (1,3%), uso de los músculos accesorios para respirar (0,7%) y alteración de los movimientos torácicos (1,3%).

Por último, el 5,9% de los niños presento el diagnóstico de enfermería *hipertermia*, características definitorias fueron aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal (7,2%) y taquicardia (5,3%).

4.4. Características sociodemográficas y clínicas versus Diagnósticos de enfermería

Con la finalidad de determinar la relación entre algunas características demográficas, clínicas con los diagnósticos de enfermería, se aplicó el análisis de correlación bivariada R de Pearson; este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre las variables.

En la matriz de correlación se aprecia las variables que tienen relación con los diagnósticos de enfermería (tabla 4).

Las variables o características que presentaron más diagnósticos de enfermería fueron taquicardia, saturación de oxígeno $<90\%$, crepitantes y roncus. Lo que significa que si los niños ingresan con cualquiera de estas características tendrán la posibilidad de obtener varios diagnósticos de enfermería a la vez.

Taquicardia mostro relación directa con los siguientes diagnósticos de enfermería: limpieza ineficaz de las vías aéreas ($r= 0,162^*$), deterioro del intercambio gaseoso ($r= 0,214^{**}$), deterioro de respiración ($r= 0,329^{**}$), patrón respiratorio ineficaz ($r= 0,180^*$) e hipertermia ($r= 0,190^*$). Es decir que los niños que ingresen con taquicardia tienen mayor probabilidad de presentar los diagnósticos de enfermería antes mencionados.

Taquipnea presento relación de forma directa con deterioro del intercambio gaseoso ($r= 0,187^*$). Lo que indica que a mayor taquipnea más será la posibilidad de presentar este diagnóstico de enfermería. Mientras que riesgo de intolerancia a la actividad ($r= -0,209^{**}$) mostro relación inversa lo que significa que menor taquipnea menor será la posibilidad de presentar este diagnóstico.

La temperatura también mostro relación directa con los diagnósticos de enfermería: deterioro de la respiración ($r= 0,238^{**}$) e hipertermia ($r= 0,760^{**}$); lo que indica que, a mayor aumento de temperatura, mayor probabilidad de presentar los diagnósticos de enfermería antes mencionados.

La saturación de oxígeno <90% mostró relación positiva con el diagnóstico de enfermería deterioro del intercambio gaseoso ($r=0,707^{**}$) y patrón respiratorio ineficaz ($r= 0,189^*$). Es decir, que a mayor saturación de oxígeno <90% mayor será la probabilidad o riesgo de presentar dichos diagnósticos. Por el contrario, riesgo de intolerancia a la actividad ($r= -0,188^*$) mostro relación negativa lo que significa que a mejor saturación de oxígeno menor posibilidad de presentar los diagnósticos antes mencionado.

Así mismo se observó que crepitantes también mostro relación directa con limpieza ineficaz de las vías aéreas ($r= 0,325^{**}$), riesgo de intolerancia a la actividad ($r= 0,186^*$) e hipertermia ($r= 0,194^*$) lo que significa que los niños que ingresen con crepitantes tendrán mayor probabilidad de tener estos diagnósticos.

En cuanto a roncus mostro relación positiva con los siguientes diagnósticos de enfermería: deterioro del intercambio gaseoso ($r= 0,327^{**}$), deterioro de respiración ($r= 0,402^{**}$), riesgo de intolerancia a la actividad ($r= 0,388^{**}$) y patrón respiratorio ineficaz ($r= 0,257^{**}$). Esto expresa, que a mayor roncus en el niño con síndrome de distres respiratorio mayor probabilidad de presentar dichos diagnósticos.

Tabla 4. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas entre los diagnósticos de enfermería

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Edad	-																			
2. Sexo	,099	-																		
3. Peso	-,132	-,201	-																	
4. Procedencia	-,062	,115	-,020	-																
5. Dx. Médico	,096	,070	-,197	-,037	-															
6. Mal estado General	,008	,011	,004	,078	-,060	-														
7. Taquicardia	-,022	-,124	,104	-,184	,041	,141	-													
8. Taquipnea	,432**	-,001	-,052	,007	,123	,046	,210	-												
9. Fiebre	,048	-,012	-,175	-,085	,144	,131	,288	,138	-											
10. Saturación de O ₂ <90%	-,098	-,042	,072	,088	-,093	,354	,148	,131	-,019	-										
11. Tirajes	-,041	-,141	-,057	-,162	-,046	,048	,017	,160*	-,047	,018	-									
12. Crepitantes	,046	-,098	,040	-,042	-,048	,044	,097	-,040	,094	,108	-,170*	-								
13. Sibilantes	,134	,226	-,035	,018	,053	,051	,039	,122	-,075	-,032	-,179*	-,090	-							
14. Roncus	-,095	,039	,006	,151	,077	-,150	-,162	-,054	-,049	-,156	-,115	-,325	-,102	-						
15. Limpieza Ineficaz de las de las vías aéreas	-,095	,039	,006	,151	,077	-,150	<u>,162*</u>	-,054	-,049	-,156	-,115	,325**	-,102	1,000**	-					
16. Deterioro del Intercambio gaseoso	-,055	-,038	,082	-,071	-,179	,292**	,214**	<u>,187*</u>	-,037	,707**	,059	,129	,032	,327**	-,327**	-				
17. Deterioro de respiración	,089	-,016	,133	-,140	,152	,022	,329**	,076	,238**	-,062	,070	,118	,074	,402**	-,402**	-,181*	-			
18. Riesgo de intolerancia a la actividad	,003	-,040	-,100	-,041	-,022	-,072	-,125	-,209**	-,153	<u>-,188*</u>	-,012	<u>,186*</u>	-,042	,388**	-,388**	-,121	-,113	-		
19. Patrón respiratorio ineficaz	,141	,021	-,112	-,059	,071	-,079	<u>,180*</u>	,070	-,025	<u>,189*</u>	,069	-,019	,057	,257**	-,257**	-,140	-,091	-,088	-	
20. Hipertermia	-,006	-,008	-,049	-,036	,054	-,001	<u>,190*</u>	,085	,760**	-,001	-,096	<u>,194*</u>	-,032	,068	-,068	,003	,186*	-,083	-,067	-

Subrayado p<0,05.; negrita p<0,01

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Enfermería, como disciplina, profundiza sus conocimientos de forma constante, al relacionar los principios teóricos con la práctica profesional; se tiene un incremento del conocimiento y mejora de los servicios, lo cual es fundamental para la profesionalización de la enfermería mediante la validación de hallazgos, el establecimiento de bases conceptuales más adaptadas a la práctica y delimitación de las áreas de responsabilidad particulares de la profesión⁵⁰.

Los hallazgos de este estudio identifican y describen aquellas variables o características que se presentaron en el grupo de estudio, su manifestación e intensidad. Así mismo demuestran la relación entre algunas características clínicas y los diagnósticos de enfermería ($p < 0,05$).

La prueba *R Pearson* demostró que existe asociación estadística significativa entre taquicardia, saturación de oxígeno $< 90\%$, crepitantes y roncus con los diagnósticos de enfermería identificados ($p < 0,05$) ($p < 0,01$).

Es necesario especificar algunas características sociodemográficas y clínicas de los sujetos de estudio: en la edad el grupo prevalente correspondió a lactantes menores con el 61,8%, este hallazgo es similar al estudio informado por Valón et al. (Cuba, 2013) donde el grupo más afectado correspondió a los lactantes menores (37,5%) también al estudio de Mejía (Costa Rica, 2005) donde el 50% pertenecían al grupo de lactantes menores.

El sexo masculino 53,9% fue el que predominó en el presente estudio, el hallazgo tiene similitud al estudio de Mejía (Costa Rica, 2005) donde (82,0%) de los menores fueron del sexo masculino. También al estudio de Valon et al. (Cuba, 2013) donde los varones prevalecieron con el (70,0 %) así mismo al estudio de Vargas y Escobar (Paraguay, 2015) donde (60%) fueron varones respectivamente.

Estos hallazgos indican que, los lactantes menores (niños > 1 año) y sexo masculino son los de mayor prevalencia en presentar síndrome de distres respiratorio.

En cuanto al peso se observó que el 55,9% presento peso normal lo que indicaría un buen índice de masa corporal (IMC), este hallazgo es similar a estudios de Ferraría et al. (Uruguay, 2002) donde la mayoría de los niños (82%), gozaba de buen estado nutricional. Según CEMSA boletín de noticias, los niños menores de cinco años desarrollan resfríos o problemas respiratorios de 3 a 8 cada al año. Lo que nos quiere decir que el estado nutricional del niño no repercute en cuanto a los problemas respiratorios, pues los niños son más susceptibles a estas enfermedades ya que su sistema inmunológico está en proceso de desarrollo, también se agrega a los cambios climáticos que existe en nuestra región de Loreto.

El 77,6% de los niños con síndrome de distres respiratorio agudo, ingresaron en regular estado general mientras que el 22,4% ingreso en mal estado general. No se encontró antecedentes para comparar con los resultados, por lo tanto, se deduce que la mayoría de los niños que ingresan en regular estado con este síndrome tienen mejor posibilidad de recuperarse en un menor tiempo a comparación de los que ingresan en mal estado general.

En las funciones vitales del estudio los resultados alterados fueron; taquicardia el 50,0%, taquipnea 32,9% e hipertermia para un 5,9%. En cuanto a la frecuencia respiratoria en el estudio Ferraría et al. (Uruguay, 2002) se encontró taquipnea 85,6%, el cual no tiene similitud al presente estudio donde taquipnea presento 32,9%, para las demás variables no se encontró antecedentes para comparar, sin embargo, en la literatura muestra que los signos vitales son la manifestación externa de funciones vitales básicas tales como la respiración, la circulación y el metabolismo, sus variaciones expresan cambios que ocurren en el organismo, algunos de índole fisiológico y otros de tipo patológico⁵¹.

El diagnóstico de enfermería más frecuente del presente estudio fue limpieza ineficaz de las vías aéreas con 57,9%, este resultado no presenta similitud al estudio Acosta, et al. (Ecuador, 2012), donde el diagnóstico de enfermería más frecuente fue limpieza ineficaz de las vías aéreas en 100%. De igual manera al estudio de Chagas et al. (Brasil 2011) donde el diagnóstico de enfermería prevalente fue limpieza ineficaz de las vías aéreas con el 96,7%. Los antecedentes presentan un porcentaje mayor ya que las muestras de estudio fueron desarrolladas en servicios

de hospitalización y UCI de pediatría. Sin embargo los diagnósticos de enfermería prevalentes en los 3 estudios fue limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Al analizar el coeficiente de correlación de Pearson, el estudio reveló la relación existente entre las características clínicas y los diagnósticos de enfermería ($p < 0,05$) ($p < 0,01$). Los factores que explicarían la asociación entre variables clínicas y los diagnósticos de enfermería serían los problemas respiratorios como es en el caso de este estudio, el síndrome de distres respiratorio que van a producir estos signos y síntomas como la taquicardia, saturación de oxígeno $< 90\%$, crepitantes y roncus. Lo que indica que si los niños ingresan con cualquiera de estas características podrán presentar varios diagnósticos de enfermería a la vez.

La dirección de la relación indica que los niños que ingresaron al servicio de emergencia, área de observación, presentaron taquicardia, taquipnea, saturación de oxígeno $< 90\%$, crepitantes y roncus, los mismos que son los síntomas causados por el síndrome de distres respiratorio, que fisiopatológicamente es la pérdida de la función tensoactiva que produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional, que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido (cuesta distenderlo) y tiende fácil y rápidamente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio. Este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse, lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso. Se produce cianosis por hipoxemia secundaria a las alteraciones de la ventilación perfusión y se retiene CO_2 por hipoventilación alveolar. Todo ello produce acidosis mixta, que aumenta las resistencias vasculares pulmonares y favorece la aparición de un cortocircuito derecha izquierda a nivel del ductus y del foramen, aumentando la hipoxemia. En el pulmón aparecen micro-atelectasias difusas, edema, congestión vascular y lesión del epitelio respiratorio, más evidente en los bronquiolos terminales, con aspecto hepaticado y poco aireado. El edema alveolar, rico en proteínas, inactiva el surfactante precisando elevadas presiones para la apertura de los alvéolos colapsados, que son superiores a 25-30 cm de H_2O para los alvéolos de menor radio⁵².

Llama la atención que *taquicardia* presento relación con 5 diagnósticos de enfermería: limpieza ineficaz de las vías aéreas ($r=0,162^*$), deterioro del intercambio gaseoso ($r=0,214^{**}$), deterioro de respiración ($r=0,329^{**}$), patrón respiratorio ineficaz ($r=0,180^*$) e hipertermia ($r=0,190^*$). *Saturación de oxígeno <90%* tuvo relación con 3 diagnósticos de enfermería: deterioro del intercambio gaseoso ($r=0,707^{**}$), patrón respiratorio ineficaz ($r=0,189^*$) y riesgo de intolerancia a la actividad ($r=-0,188^*$). *Crepitantes* también presento relación con 3 diagnósticos de enfermería: limpieza ineficaz de las vías aéreas ($r=0,325^{**}$), riesgo de intolerancia a la actividad ($r=0,186^*$) e hipertermia ($r=0,194^*$). *Roncus* mostro relación con 4 diagnósticos de enfermería: deterioro del intercambio gaseoso ($r=0,327^{**}$), deterioro de respiración ($r=0,402^{**}$), riesgo de intolerancia a la actividad ($r=0,388^{**}$) y patrón respiratorio ineficaz ($r=0,257^{**}$). Estas cuatro variables fueron los que obtuvieron más de un diagnóstico de enfermería.

Estos hallazgos de relación son de mucha importancia y beneficiosa para la profesión de enfermería, ya que, al momento de realizar la valoración al paciente, se tendrá en cuenta las variables que obtuvieron más de un diagnóstico de enfermería, la NANDA Internacional (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) sustenta que cada diagnostico tiene sus respectivas intervenciones, de acuerdo a la necesidad del paciente. Lo cual permitirá y facilitará al enfermero actuar y realizar las intervenciones de manera oportuna y en el menor tiempo posible para la recuperación y satisfacción del paciente y su familia.

Con respecto a estas asociaciones bivariada no se encontró estudios anteriores para analizar. Por lo tanto, servirá como base teórica para comprobar y aportar a otros futuros estudios.

CONCLUSIONES

- El estudio posibilita identificar el perfil demográfico y clínico de los niños evaluados: lactantes menores 61,8%, sexo masculino 53,9%, procedencia distrito de San Juan Bautista con el 35,5%, fueron los más vulnerables en presentar síndrome de distres respiratorio y el 55,9% presento un peso normal.
- El diagnóstico médico que prevaleció fue bronquiolitis con el 40,1% presente en 61 de ellos. Entre las funciones vitales los resultados alterados en mayor proporción fueron los siguientes: taquicardia con el 50,0%, taquipnea 32,9%, hipertermia 5,3%, saturación de oxígeno <90% fue 33,6%, ruidos y movimientos respiratorios fue roncus57,9% fue el más prevalente.
- Los diagnósticos de enfermería más frecuente presentado en los niños con síndrome de distres respiratorio fue limpieza ineficaz de las vías aéreascon57,9%, deterioro del intercambio gaseoso 21,7% y deterioro de la respiración 10,5%,
- No se encontró relación Entre las variables sociodemográficas y los diagnósticos de enfermería, entre ellas.
- Las variables clínicas que mostraron relación con los diagnósticos de enfermería fueron: taquicardia, saturación de oxígeno <90% y roncus, siendo las características candidatas a determinar la presencia de más de un diagnóstico de enfermería.

RECOMENDACIONES

- Incentivar a la realización de estudios que abarquen los cuidados de enfermería con metodología prospectiva con la finalidad de obtener una mayor validez en el campo de enfermería.

- Construir y validar registro de enfermería en el área de observación utilizando los diagnósticos de enfermería identificados en este estudio, ya que de esta manera se dará un buen cuidado humanizado, científico y empírico al usuario, además que enriquece y fortalece nuestros conocimientos y habilidades.

- Las variables y relaciones identificadas en el presente estudio deben tomarse en cuenta para la planificación de estrategias preventivas y de recuperación, orientadas a reducir el síndrome de distres respiratorio que a corto, mediano y largo plazo pueden complicarse y así presentar cualquier patología de índole respiratoria en nuestra población pediátrica.

- Los profesionales de la salud deben ser más minuciosos al momento de llenar y completar las historias clínicas en su competencia, para mejorar e interpretar en cuanto a recogida y llenado de datos para las futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Vargas Velásquez, J.M.A. Escobar Salinas J.S. Perfil clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias en menores de 5 años internados en un hospital de Paraguay. Enero 2012 a diciembre 2013. CIMEL 2015; 20(2):63-66. Disponible en: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiitvjs7oPSAhXixFQKHSHeBcEQFggfMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.cimel.felsocem.net%2Findex.php%2FCIMEL%2Farticle%2Fdownload%2F581%2F335&usg=AFQjCNFN_SbjSTIrzDkqeSZQ2yara9eZ3Q&bvm=bv.146496531,d.cGw
- ² Valón RAO, Saint FMR, Herrero AH et al. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Cuba 2013. MEDISAN 2013; 17(7):1097. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700009
- ³ Acosta Y. Duran R. Tauler P.C. Prevalencia de bronconeumonía, servicio pediatría. hospital José María Velasco Ibarra. Enero - septiembre 2012. tena. napo. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012. Ecuador. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/1891/701>
- ⁴ Coto Zamora, PM y Guzmán Saborío G. Análisis de vigilancia de neumonías en la Región Central Sur, Costa Rica, periodo 2006 - 2010. Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 23-25. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art4.pdf>
- ⁵ Aquino RD, Fonseca SM, Lourenço EPL, Leite AL, Bettencourt ARC. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. Acta Paul Enferm. 2011; 24(2): 192-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/06.pdf>
- ⁶ Chagas KLM, Lima LHO, Oliveira EAR, Luz GOA. Diagnósticos de enfermagem em crianças com sinais e sintomas respiratórios: um estudo descritivo. Rev Rene, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):302-8. Disponible en: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/157/68>
- ⁷ Miranda CE, Ramírez C, Candela HG, Díaz J. ET AL. Niños hospitalizados con neumonía por influenza ah1n1/2009 pandémico en un hospital de referencia de Perú. Rev Perú Med Exp. Salud Pública. 2011; 28(4):610-16. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpmesp/v28n4/a06v28n4.pdf>

⁸ Monteiro FPM.; Silva VM.; Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças com infecção respiratória aguda. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 213 - 221 2006. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a06.htm.

⁹ Silvia Mejía-Martínez. Prevalencia e incidencia de infecciones respiratorias en niños menores de 5 años, ingresados en el servicio de pediatría del Hospital de Upala, Año 2002. Enfermería en costa rica, mayo 2005, vol.26 (1). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v26n1/2.pdf>

¹⁰ Ferraria AM, Pireza MC, Ferreira A, Rubioa I, Montanoa A, Lojo R, Palomino G y otros*. Estrategia de atención de niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas bajas. Rev Saúde Pública 2002;36(2):292-300 Disponible en: <file:///C:/Users/PC-17/Downloads/25339-29067-1-PB.pdf>

¹¹ Unicef.org [Internet]. Objetivo de desarrollo del milenio. Reducir la mortalidad infantil, citado 3 enero 2016. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>

¹² C. Calvo Rey, M.L. García, I. Casas Flecha, P. Pérez Breña. Infecciones respiratorias virales. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>

¹³ Gutiérrez Muñoz, Fernando R. Insuficiencia respiratoria aguda. Artículo de revisión. Acta Med Per 27(4) 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4.pdf>

¹⁴ Galhardo FPL. Martinez JAB. Síndrome do desconforto respiratório agudo. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 248-256, abr. dez. 2003. / Caballero López A. Libro de terapia intensiva, 2da edición. Editorial Ciencias Médicas. 2003; 34 y 40:1594-1598. Disponible en: <http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/10sindromedesconfortorespiratorioagudo.pdf>

¹⁵ Ministerio de salud del Perú. Portal. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/iras/index.html>

¹⁶ Ordóñez L. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías en el Perú hasta el SE 17 – 2017; 26 (17): 535-536. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/17.pdf>

¹⁷ Reglamento de organización y funciones del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”. Oficina de Planeamiento Estratégico marzo – 2015.

¹⁸ Fuente: Unidad de Estadística e Informática del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”. Iquitos – 2016.

¹⁹ Galindo López, Jaime. Insuficiencia respiratoria en pediatría, un estado clínico. CCAP. 2015.11 (4): 5, 6. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38478797/IR_PED_EXPO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487288025&Signature=K7JxlysmsYW98qjun0QznyyOuX4%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DIPED_EXPO.pdf

²⁰ Galindo López, Jaime. Insuficiencia respiratoria en pediatría, un estado clínico. CCAP. 2015.11 (4): 5, 6. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38478797/IR_PED_EXPO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487288025&Signature=K7JxlysmsYW98qjun0QznyyOuX4%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DIPED_EXPO.pdf

²¹ Diccionario Espasa de Medicina. Síndrome. Diccionario virtual.

²² Tu diccionario hecho fácil. Definición ABC. Síndrome. Disponible en: www.definicionabc.com/salud/sindrome.php

²³ Guía técnica. Síndrome de dificultad respiratoria en pediatría (ARDS), CÓDIGO CIE-10: J80.

²⁴ N. de Luis Cabezón et al. Síndrome de distrés respiratorio agudo: revisión a propósito de la definición de Berlín. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2014; 61(6):319 - 327. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935614000747>

²⁵ Galindo López, Jaime. Insuficiencia respiratoria en pediatría, un estado clínico. CCAP. 2015. 11 (4): 10, 11. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38478797/IR_PED_EXPO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487288025&Signature=K7JxlysmsYW98qjun0QznyyOuX4%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DIR_PED_EXPO.pdf

²⁶ Baehr M. Cruz M. Asma bronquial. REV. MED. CLIN. CONDES - 2007; 18(2) 75 – 79. Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_18_2/2-asma_bronquial.pdf

- ²⁷ Contreras Rubén. Bronquitis aguda. Capítulo XIX Contreras Rubén, MD. Bogotá- Colombia. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/PEDIATRIA/Bronquitis%20aguda.pdf
- ²⁸ Sardón, J. Korta y E.G. Pérez-Yarza. RESPIRATORIO. Bronquiolitis. An Pediatr Contin. 2007; 5(6):332. Disponible en: http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=80000283&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=156&accion=L&origen=apcontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v5n6a283pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf
- ²⁹ Cortés Borrego, Pablo. Bronconeumonía: ¿A qué se refieren los pediatras cuando la diagnostican? Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Volumen 14 - número 3. Julio - septiembre 2001 Págs. 141-144. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2001/in013a.pdf>
- ³⁰ Rincón Castillo. Urgencias Hospital de Yopal. Neumonía Pediatría. Disponible en http://www.creosltda.com/attachments/s-NEUMONIA_PEDIATRIA_TDA.pdf
- ³¹ Laura Beatriz Moreno. Síndrome bronquial obstructivo agudo. Docente de la Cátedra de Clínica Pediátrica. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Abril 2005. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Sindrome%20bronquial%20obstructivo.%20Revision.%20Laura%20Beatriz%20Moreno%202005%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Sindrome%20bronquial%20obstructivo.%20Revision.%20Laura%20Beatriz%20Moreno%202005%20(2).pdf)
- ³² Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud y Ambiente. Enfermería. Desarrollo en comisión. Comisión Interministerial. Convenio 296/02. Disponible en: <http://www.me.gov.ar/curriform/publica/enfermeria.pdf>
- ³³ Ruiz. G.M.D. Martínez B.M.R. Gonzales C.P. Enfermería Pediátrica. 2012 Pág. 201,202
- ³⁴ Alcântara, A.P. Guedes, A. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem a uma pré-escolar acometida por pneumonia: um estudo de caso clínico. Apresentação em pôster. 2012.
- ³⁵ Ministerio de Salud de el Salvador. Guías Clínicas de Pediatría. San Salvador, febrero de 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19170es/s19170es.pdf>

- ³⁶ Hablemos de enfermería. Diagnósticos de enfermería. Definición y formulación. Disponible en <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.pe/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-definicion-y-formulacion.html>
- ³⁷ Dochterman, JM, Bulechek G. Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, MO: Mosby; 2004.
- ³⁸ León Román. C.A. Diagnósticos de enfermería de la NANDA. 2009-2011.Pag.1 Disponible en: <http://biblioteca.iesit.edu.mx/biblioteca/L00961.PDF>
- ³⁹ Bravo, Peña Mery. Guía metodológica del PAE aplicación de teorías de enfermería. 3º Edición. 2012.
- ⁴⁰ Bosch Lozano, Lluís. Manejo Urgencias Respiratorias. Servei d'emergències i cures intensives, Fundació Hospital Clínic Veterinari. AVEPA-COVIB Ibiza 2013. 1. Disponible en: http://www.avepa.org/pdf/Vocalias/Manejo_Urgencias_Respiratorias_Ibiza2013.pdf
- ⁴¹ Ruiz. G.M.D. Martínez B.M.R. Gonzales C.P. Enfermería Pediátrica. 2012. Pág. 201,202
- ⁴² La construcción social del género y su relación con la salud. sociología de la salud. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_5.htm
- ⁴³ Diccionario de lengua española. Edición del tricentenario. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Sndl9iL>
- ⁴⁴ Biblioteca virtual em saúde. Descritores em ciências da saúde. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgibin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Peso%20Corporal&show_tree_number=T
- ⁴⁵ Diccionario de lengua española. Edición del tricentenario. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=UEfuBID->
- ⁴⁶ Semiología de hoy. Jueves 13 de febrero 2013. Disponible en: http://dramargarettesqutesa.blogspot.pe/2013/02/normal-0-21-false-false-false-fr-xnone_7.html

⁴⁷ MJ. Torregrosa Bertet, E. de Frutos Gallego. Semiología Respiratoria. Barcelona. España. FAPap Monogra. 2015: 1:7,12. Disponible en: http://monograficos.fapap.es/adjuntos/monografico1respiratorio/respiratorio_02_semiologia-respiratoria.pdf

⁴⁸ CCM. Benchmark goup. Salud. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/21563-tiraje-signo-clinico-definicion>

⁴⁹ TECNICA; Hurtado (2008). Disponible en: http://www.medic.ula.ve/tsues/TECNICAS_E_INSTRUMENTOS.pdf

⁵⁰ Valverde MMI, Mendoza- CNA, Peralta RIC. Enfermería pediátrica. México. 2013.

⁵¹ Dario Cobo. Paola Daza. Signos Vitales en Pediatría. Revista Gastrohnutp. Año 2011. Volumen 13 Número 1 Suplemento 1: S58-S70 Disponible en: <http://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a11v13n1s1/a11v13n1s1art6.pdf>

⁵² J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler. Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	PREGUNTA												
Características sociodemográficas del niño	Constituye la variable independiente, conjunto de atributos que caracterizan al niño con Síndrome de Distres Respiratorio.	Historia clínica	Identificación del paciente dentro del centro hospitalario.	Discreta	N° H. Clínica:.....												
		Edad	Número de años cumplidos en el momento de estudio, según Ruiz. G.M.D. et al. Enfermería Pediátrica. 2012. Pág. 201,202. - Lactante menor: desde el 1er mes de vida hasta los 12 meses de edad. - Lactante mayor: comprende desde el 1 año hasta los 3 años de edad. - Periodo de preescolar: comprende de los 3 hasta los 6 años.	Continua	¿Cuántos años tiene el niño (a)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Lactante menor</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Lactante mayor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Preescolar</td> <td></td> </tr> </table>	Lactante menor		Lactante mayor		Preescolar							
		Lactante menor															
		Lactante mayor															
		Preescolar															
Sexo	Femenino y Masculino	Nominal	Sexo: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>														
Peso	Es la masa (la cantidad de materia que está presente en un cuerpo).	Continua	<input type="text"/> kg. Kilogramos														
Procedencia	Lugar, o persona de que procede alguien o algo.	Nominal	S.J.B <input type="checkbox"/> Iquitos <input type="checkbox"/> Belén <input type="checkbox"/> Punchana <input type="checkbox"/> Otro:														
Características clínicas	Constituye la variable independiente, son las cualidades que facilitan la información de una determinada patología de un paciente con Síndrome de Distres Respiratorio.	Diagnostico medico relacionado a síndromes de distres respiratorio.	Diagnósticos médicos que se asocian al SDRA	Discreta	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Asma Bronquial</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Bronquitis Aguda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bronquiolitis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neumonía</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bronconeumonía</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOBA</td> <td></td> </tr> </table>	Asma Bronquial		Bronquitis Aguda		Bronquiolitis		Neumonía		Bronconeumonía		SOBA	
		Asma Bronquial															
Bronquitis Aguda																	
Bronquiolitis																	
Neumonía																	
Bronconeumonía																	
SOBA																	
Estado general	Condición en la que ingresa el paciente.	Nominal	REG : <input type="checkbox"/> MEG : <input type="checkbox"/>														

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	PREGUNTA								
Características clínicas	Constituye la variable independiente, son las cualidades que facilitan la información de una determinada patología de un paciente con Síndrome de Distres Respiratorio.	Funciones vitales	Temperatura, el pulso, la respiración y presión arterial. Son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud.	Continua	<table border="1"> <tr> <td>SaO₂ %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FC</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T°</td> <td></td> </tr> </table>	SaO ₂ %		FR		FC		T°	
		SaO ₂ %											
FR													
FC													
T°													
Ruidos y movimientos respiratorios	Los ruidos respiratorios se originan en las vías respiratorias grandes, donde la velocidad y la turbulencia inducen vibraciones en las paredes de las vías respiratorias. El tiraje es un signo clínico de una patología del sistema respiratorio.	Nominal	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">Tórax</td> <td>Tirajes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Crepitantes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sibilantes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Roncus</td> <td></td> </tr> </table>	Tórax	Tirajes		Crepitantes		Sibilantes		Roncus		
Tórax	Tirajes												
	Crepitantes												
	Sibilantes												
	Roncus												
Diagnósticos de enfermería	En el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.	Diagnostico Real	Se denomina así cuando el problema ya está presente y se basa en la presencia de datos relevantes y significativos que definen el diagnostico.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza ineficaz de las vías aéreas - Deterioro del intercambio gaseoso - Deterioro de la respiración - Patrón respiratorio ineficaz - Hipertermia 								
		Diagnostico Potencial	Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual parecida.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de intolerancia a la actividad 								

ANEXO N° 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGIA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son las variables relacionadas a los diagnósticos de enfermería en niños con síndrome de distres respiratorio atendidos en el Hospital Iquitos 2015?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar las variables relacionadas a los diagnósticos de enfermería en niños con síndrome de distres respiratorio atendidos en el Hospital Iquitos 2015.</p>	<p>Existe relación entre algunas variables clínicas y los diagnósticos de enfermería en niños con síndrome de distres respiratorio.</p>	<p>Variables Independientes (X)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características sociodemográficas - Características clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Peso - Procedencia - Diagnóstico médico - Estado general - Funciones vitales - Ruidos respiratorios 	<p>Tipo de investigación Método cuantitativo</p> <p>Diseño de investigación No experimental, retrospectivo, descriptiva, correlacional</p> <p>Población: constituida por 250 historias clínicas de niños y niñas menores de 5 años de edad atendidos en emergencias observación del Hospital Iquitos 2015.</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas del niño atendido en emergencias del hospital Iquitos 2015?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas del niño atendido en emergencias del hospital Iquitos 2015?</p> <p>¿Cuáles los diagnósticos de enfermería de los niños menores de 5 años atendidos en emergencias del hospital Iquitos 2015?</p> <p>¿Cómo se relacionan las variables sociodemográficas y clínicas con los diagnósticos de enfermería en el niño con Síndrome de distres respiratorio atendido en emergencia del Hospital Iquitos 2015?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las características demográficas del niño atendido en emergencias del hospital Iquitos 2015: edad, sexo, peso y procedencia. - Identificar las características clínicas del niño atendido en emergencias del hospital Iquitos 2015: diagnóstico médico relacionado a síndrome de distres respiratorio, estado general, funciones vitales, movientes y ruidos respiratorios - Formular los diagnósticos de enfermería en los niños menores de 5 años con síndrome de distres respiratorio atendidos en emergencias área de observación del Hospital Iquitos 2015. - Relacionar las variables identificadas con los diagnósticos de enfermería en los niños con síndrome de distres respiratorio atendido en emergencias área de observación del Hospital Iquitos 2015. 		<p>Variable Dependiente (Y)</p> <p>Diagnósticos de Enfermería en niños con Síndrome de distres respiratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza ineficaz de las vías aéreas - Deterioro del intercambio gaseoso - Deterioro de la respiración - Patrón respiratorio ineficaz - Hipertermia - Riesgo de intolerancia a la actividad 	<p>Muestra: Conformada por 152 pacientes.</p> <p>Técnica: registro documentado de las historias clínicas.</p> <p>Instrumento: Cuestionario con las características sociodemográficas, características clínicas y Diagnósticos de Enfermería.</p>

2. CARACTERÍSTICAS CLINICAS

n6. Diagnóstico médico relacionado a síndrome de distres respiratório:

Asma Bronquial	
Bronquitis Aguda	
Bronquiolitis	
Neumonía	
Bronconeumonía	
SOBA	

n7. Estado general

MEG REG

n8. Funciones Vitales

SaO2 %	
FR	
FC	
T°	

n9. Examen Auxiliar

Tórax	Tirajes	
	Crepitantes	
	Sibilantes	
	Roncus	

3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEIRA

DOMINIO	CLASE	n10. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			NOC (OBJETIVOS)
11: Seguridad/ Protección	2: Lesión física	1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)			Permeabilidad de las vías respiratorias
		r/c espasmo de las vías aéreas			INDICADORES
		r/c mucosidad excesiva; retención de secreciones; secreciones en los bronquios; exudado alveolar.			Frecuencia respiratoria
		Características definitorias	Agitación	Disnea	Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias
	Cambios en la frecuencia respiratoria	Sonidos respiratorios adventicios	Facilidad respiratoria		
	Cianosis	Tos inefectiva			
3: Función Respiratoria	4: Función respiratoria	2. Deterioro del intercambio gaseoso (00030)			Intercambio gaseoso
		r/c desequilibrio en la ventilación - perfusión			Ventilación Perfusión
		r/c cambios de la membrana alveolar			INDICADORES
		Características definitorias	Aleteo nasal	Hipoxia	Estado mental
			Agitación	Taquicardia	Ausencia de cianosis
Cianosis	Respiración anormal		Ausencia de somnolencia		
Disnea	Uso creciente de los músculos acces.		Equilibrio ventilo -perfusión		
4: Actividad/ Reposo	4: respuesta cardiovascular/ pulmonares	3. Patrón respiratorio ineficaz (00032)			Permeabilidad de las vías aéreas, ventilación
		r/c fatiga de los músculos respiratorias		r/c hiperventilación	INDICADORES
		Características definitorias	Alteración de los movimientos torácicos	Taquipnea	Frecuencia respiratoria
			Bradipnea	Uso de los músculos accesorios para respirar	Ausencia de disnea de esfuerzo
Disnea			Ruidos respiratorios a la auscultación		
4: Actividad/ Reposo	4: respuesta cardiovascular/ pulmonares	4. Deterioro de la respiración (00033)			Mejorar ventilación espontanea
		r/c fatiga de los músculos respiratorios.		r/c factores metabólicos	INDICADORES
		Características definitorias	Aumento de la frecuencia cardíaca	Disnea	Saturación de O2, Cianosis
			Aumento de la tasa metabólica	Uso creciente de los músculos accesorios	Frecuencia respiratoria
4: Actividad/ Reposo	4: respuesta cardiovascular/ pulmonares	5. Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)			Conservación de la energía.
		r/c Presencia de problemas respiratorios		r/c Presencia de problemas circulatorios	INDICADORES
		Factores de riesgo	Problemas circulatorios	Problemas respiratorios	FC en respuesta a la actividad, respiración
11: Seguridad/ Protección	6: Termorregulación	6. Hipertermia (00007)			Termorregulación, signos vitales
		r/c Aumento de la tasa metabólica			INDICADORES
		Características definitorias	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal		Temperatura cutánea aumentada
Taquicardia			Temperatura corporal		

ANEXO N° 4
VALIDEZ DE CONTENIDO

Ítems	Evaluador 1		Evaluador 2		Evaluador 3		Evaluador 4		Evaluador 5	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1. H. Clínica	x		x		x		x		x	
2. Edad	x		x		x		x		x	
3. Sexo	x		x		x		x		x	
4. Peso	x		x		x			x	x	
5. Procedencia	x			x	x		x		x	
6. Diagnóstico médico r/a SDR	x		x		x		x		x	
7. Estado general	x		x		x		x		x	
8. Funciones vitales	x		x		x		x		x	
9. Ruidos respiratorios	x		x		x		x		x	
10. Diagnósticos de enfermería	x		x		x		x			x
Total	10	0	9	1	10	0	9	1	9	1
Aciertos: 47 Desacuerdo: 3										

A: $\frac{47}{\quad}$

D: 3

IC: $\frac{A}{AD} : \frac{47}{47 + 3} : \boxed{0.94}$

↓
Índice de concordancia

ANEXO N° 5

AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS


HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA N° 015-CEI-HICGG-2016

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia" certifica que el Proyecto de Investigación, señalado a continuación fue APROBADO, siendo catalogado como un ESTUDIO CON RIESGO MINIMO, se detalla a continuación los siguientes datos del Proyecto de Tesis:

Título del Proyecto : VARIABLES RELACIONADAS A DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN NIÑOS CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS 2015.

Consentimiento Informado: Versión 10 – 05 octubre 2016

Código de Inscripción : 015-ID-COMITÉ DE ETICA – 2016

Modalidad de Investigación : Extra Institucional

Investigador (s) : Egres. Bach. en Enferm, Mercedes N. VALLES FLORES
(Enrolamiento y recolección de datos – H.C.)

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier modificación, enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. Los Investigadores alcanzarán un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (seis meses calendario) hasta el 05 de febrero del 2017. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 05 de octubre del 2016


GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
M.I. BRUNO G. SORIANO MALDONADO
PRESIDENTE
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

E:mail:comiteehicgg@hotmail.com

MEMORANDO(M) N° 366 -2016-GRI-DRS-L-HICGG/30.17.01.

PARA:

- ❖ M.C. Carlos Calampa del Aguila
Jefe del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos
- ❖ M.C. Edwin Villacorta Vigo
Jefe del Dpto. de Pediatría
- ❖ M.C. Reyles Rios Reátegui
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia
- ❖ Sr. Robert Eduardo Pérez Macedo
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO: BRINDAR FACILIDADES

FECHA: Iquitos, 05 de octubre del 2016

Mediante el presente comunico a usted que, de acuerdo a la Constancia de N° 015-CEI-HICGG-2016, que aprueba el Comité de Etica en Investigación del HICGG, y así mismo solicitar brindar las facilidades a los tesisistas Egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería de la UCP, a: **Mercedes Natividad VALLES FLORES**

quien realiza la aplicación de Instrumento de Tesis por lo que solicitan su ingreso a los Departamentos y Oficina indicado, a fin de la obtención de información, para el desarrollo del proyecto tesis. Por lo que agradeceré brindar las facilidades.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR CAYARI GARCIA"

MC. CARLOS ALBERTO ESCOBAL GONZALES
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M. N° 630488

C.c.:

- Interesado
- OGDRRHH
- UDRRHH
- Archivo

CACG/MRF/DRECC/GPM/mgh.