



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO:

BRONCONEUMONÍA

ELABORADO POR:

PINCAY CHANCAY NEYDA IVETTE


TUTOR:

LCDA. MIRIAN DEL ROCIO SANTOS ÁLVAREZ MG.

AÑO LECTIVO:

2018-2019 (1)

MANTA

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-01-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO.	REVISIÓN: 1 Página 2 de 60

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de **40** horas presenciales, bajo la modalidad de Examen complejo, cuyo tema del Estudio de caso es “**BRONCONEUMONIA**”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a la señorita **NEYDA IVETTE PINCAY CHANCAY** estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2018-2019, quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 08 de Agosto de 2018.

Lo certifico,

LCDA. MIRIAN DEL ROSARIO SANTOS ÁLVAREZ
TUTOR. DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

APROBACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN

TÍTULO:

“BRONCONEUMONÍA”

TRABAJO FINAL DE TITULACION

Sometido a consideración del tribunal de seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

Lcda. Alexandra Hernández.
SECRETARIA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
LO CERTIFICA

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Examen Complexivo para la titulación de Licenciada en Enfermería

Tema:

Bronconeumonía

Autor:

Neyda Ivette Pincay Chancay

Tutor:

Lcda. Mirian Del Roció Santos Álvarez Mg.

Aprobación del Estudio de Caso:

Calificación del Trabajo Escrito:

Calificación de la defensa:

Nota Final:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	2
APROBACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.....	3
1. INTRDUCCION	7
2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	9
3. OBJETIVOS	10
3.1.- Objetivos generales	10
3.2.- Objetivos específicos	10
4. MARCO REFERENCIAL	11
4.1. Bases conceptuales relacionadas con la bronconeumonía.....	11
4.1.1. Etiología de la bronconeumonía	12
4.1.1.1. Tipos de bronconeumonías	12
4.1.2. Cuadro clínico de la bronconeumonía	14
4.1.3. Diagnóstico de la bronconeumonía.....	15
4.1.4. Tratamiento	15
5. METODOLOGÍA	16
6. VALORACION DE ENFERMERIA	20
6.1. Datos de identificación del paciente	20
6.2. Antecedentes personales y familiares	20
6.3. Examen físico de la usuaria	20
6.4. Explicación científica sobre los problemas observados	22
6.5. DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS MEDICAMENTOS	23
6.5.1. Meropenem	23
6.5.2. Fluticasona	24
6.5.3. Hidrocortisona.....	25
6.5.4. Claritromicina.....	27
6.5.5 Salbutamol.....	28
6.5.6 Amikacina	30
6.6 VALORACIÓN POR LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON ..	31
6.7 PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADOS, NANDA NIC NOC	33
7. CONCLUSIÓN	43
8. RECOMENDACIÓN	44
9. ANEXOS	45
9.1 Anexo 1. Formulario/ hoja de control de signos vitales y actividades de enfermería:	45
9.2 Anexo 2: Exámenes de laboratorios	46

9.3	Anexo 3 Hoja de evolución: control de la escala de downes	47
9.4	Anexo 4 evidencias de tutorías presenciales	48
9.5	Anexo 5: Administración de medicamento y permeabilidad de la vía periférica.	50
9.6	ANEXO 6 CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES PARA PROCESO TITULACIÓN- EXAMEN COMPLEXIVO.....	51
	ANEXO 7: Protocolo mínimo de presentación del producto del examen complejo.	53
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59

1. INTRODUCCION

La bronconeumonía es la inflamación de la parte baja de las vías respiratorias (bronquiolos finos y sacos alveolares de los pulmones) debido a una infección que, generalmente, es producida por microbios (virus y bacterias). Ésta es la causa principal de morbilidad y mortalidad de toda la población convirtiéndose en uno de los más graves problemas de salud a nivel mundial, y la primera causa de muerte infantil.

La bronconeumonía es una causa importante de morbimortalidad, de ingreso a las unidades de emergencias de los diferentes centros hospitalarios, siendo el 80% en niños menores de 2 años de edad. (Borrego, 2001, pág. 142)

La insuficiencia respiratoria aguda representa una de las primeras causas de atención médica a nivel mundial. Estadísticas disponibles indican que entre 30% a 60% de las consultas de niños enfermos se deben a ello y de 30% a 40% son hospitalizados. La neumonía y la bronconeumonía son los principales motivos de ingresos hospitalarios.

No obstante la mayoría de ellos son manejados en la atención primaria de salud. En la población menor de un año de edad las enfermedades infecciosas son las que afectan mayoritariamente la salud en esta etapa de vida. (Reyes Clemente & Suárez Lindao, 2013)

Se estima que alrededor de 4,5 000 000 de niños entre 1 y 4 años de edad mueren por bronconeumonía. Esta situación es más aguda en países subdesarrollados, donde prevalecen factores de riesgo como: el bajo peso al nacer, la mala nutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización; los cuales pueden incrementar la mortalidad.

Las tasas de mortalidad infantil y mortalidad en la niñez constituyen los principales indicadores del nivel de desarrollo económico y social alcanzado por un país. (Dr. Batista Moliner & Dr. Feal Cañizares, 1988)

La bronconeumonía fue la enfermedad más frecuente, y se ubica en el sexto lugar de las doce principales causas de morbilidad con 28.973 casos. Y en el 2009 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) revela que el Ecuador es el quinto país de Sudamérica con una tasa de muertes en niños de hasta 28 días de nacidos, fallecen por cada

1 000 nacidos vivos, o sea el 1.1% de defunciones, debido a la poca atención que se proporciona a los pacientes con bronconeumonía. (Villacís & Carrillo, 2012, pág. 10)

Los factores predisponentes o de riesgo, pueden agruparse de acuerdo con la relación con el huésped, el medioambiente que lo rodea y el agente infeccioso. En la mayoría de los niños enfermos por IRA puede encontrarse más de un factor de riesgo, pero los de índole socioeconómico son el denominador común para el bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta de inmunizaciones y las condiciones ambientales desfavorables. (Cura, Pedrasa, & Gallette, 2009, págs. 156-158)

En virtud de las características del problema y la magnitud de este, se han llevado a cabo grandes esfuerzos para poner en marcha disímiles actividades para el control de dichas infecciones, con el fin de reducir el uso excesivo de antibióticos y su administración inadecuada.

Para el profesional de Enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, el cual es una metodología de trabajo, consistente en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que efectúen al ser humano en su contexto, familia y comunidad.

El presente estudio de caso es elaborado con el fin de proporcionar de manera directa, atención de calidad y calidez, indicando la forma como se presenta la patología, las necesidades biopsicosociales del paciente y determinar cada uno de los factores de riesgo que puede conllevar a una bronconeumonía en niños en el área de pediatría.

Para su valoración se aplicaron dos técnicas: en primer lugar un instrumento de recolección de datos (Entrevista/ datos subjetivos aportados por un familiar del paciente) y en segundo lugar, se realiza un examen físico (datos subjetivos). Dichos datos se utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería establecidos en el plan de cuidado.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 1 año 7 meses de edad, nacida en el Cantón Manta. Familiares refiere que la paciente estuvo ingresada en esta misma casa de salud (Hospital Rafael Rodríguez Zambrano) el día 26/03/2018, con cuadro clínico de un mes aproximadamente de evolución, caracterizado por tos seca, rinorrea hialina, con alza térmica de 39.5°C con la cual el medico indica como diagnóstico de bronconeumonía no especificada.

El día 19/04/2018 ingresa nuevamente con antecedente clínico de bronconeumonía hace menos de un mes en esta casa de salud, con alza térmica de 3 días de evolución, tos que inicia siendo seca pero que se vuelve productiva más rinorrea de color verdosa con FR 55 y a la auscultación estertores.

Se da paso al are de observación de la emergencia, paciente es nacida por parto normal, sin datos de hipoxia neonatal. No refiere alergias, inmunizaciones completas para la edad, desarrollo psicomotriz acorde a su edad, antecedentes patológicos personales ingresos por bronconeumonía. Con signos vitales fc: 90x, fr: 45x 1 SPO2: 95%, cianosis: no, tirajes: level1, sibilancia: no, escala de dows: 2/14.

A pocas hora de estar en el are e observación se le da el ingreso al are de pediatría.

Fuente: Historia clínica del usuario, observación y entrevista directa hacia el usuario y familiar.

3. OBJETIVOS

3.1.- Objetivos generales

Realizar diagnósticos de enfermería de vigilancia epidemiológica (bronconeumonía) y ejecutar acciones de acuerdo a las necesidades encontradas.

3.2.- Objetivos específicos

- Fundamentar los criterios teóricos que permita o respalde el caso clínico sobre la bronconeumonía.
- Identificar las necesidades afectadas en la usuaria, aplicando la valoración de enfermería.
- Conocer signos y síntomas característicos de la patología que se pueda presentar en los niños menores de 2 años.
- Brindar cuidado de enfermería al paciente basándose en los principios científicos para alcanzar los objetivos planteados
- Evaluar la respuesta de la usuaria a los cuidados de enfermería brindados.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. Bases conceptuales relacionadas con la bronconeumonía

La bronconeumonía es causada por una inflamación que comienza en los pequeños bronquios y bronquiolos. Las densidades radiográficas son multicentricas, en parches y representan una enfermedad del espacio aéreo que se ha diseminado desde estos focos de bronquitis o bronquiolitis. Sin tratamiento estos focos confluyen en una neumonía lobular o segmentaria. (Ketai, Lofgren, & Meholic, 2007)

Es un proceso inflamatorio, que por lo regular es infeccioso, causado por entrar en contacto con bacterias, virus, hongos, etc. y comúnmente es secundario de otra enfermedad. Los bebés que tienen entre tres y seis meses de edad son quienes resultan más comúnmente afectados, si bien esta enfermedad puede aparecer hasta los dos años. Se calcula que aproximadamente uno de cada tres bebés tendrá bronconeumonía en algún momento durante su primer año de vida. Es más frecuente durante los meses de invierno. (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016, pág. 501)

Los bronquiolos son los pequeños conductos que hay dentro de los pulmones. Cuando una persona respira, el aire entra en la tráquea y baja hacia los pulmones a través de una serie de conductos que se ramifican, llamados “bronquios”. Dentro de los pulmones, los bronquios se ramifican para formar bronquiolos, que son de menor tamaño y terminan en millones de diminutas bolsas de aire (los alvéolos).

Cuando el aire ingresa en los alvéolos, el oxígeno del aire se transfiere hacia la sangre, que luego se transporta por todo el cuerpo. (Bupa, 2017, págs. 15-16)

La bronconeumonía es una infección de inicio violento y repentino que produce inflamación en pulmones y bronquios (conductos por los que entra el aire), lo cual genera trastornos respiratorios que si no son tratados oportunamente pueden conducir a la muerte. Por lo general se produce como consecuencia de una enfermedad de las vías respiratorias. Puede ser viral o bacteriana. (Villacrez , BRONCONEUMONÍA, 2012)

Es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. La mayoría de las veces es infecciosa, pero siempre se presenta de esta manera. Esta puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (Neumonía Lobar), a un segmento del lóbulo, a los segmentos próximos a los bronquios o al tejido intersticial. (Gonzales Alvarado, 2014-2015)

4.1.1. Etiología de la bronconeumonía

Los microorganismos que causan las neumonías lobulares y los que causan la bronconeumonía por ejemplo el neumococo aparecen en ambas listas. Causas frecuentes de la bronconeumonía extrahospitalaria son haemophilus influenzae, mycoplasma y chlamydia pneumoniae. Estos dos últimos son poca probabilidad presentan o progresan hacia un patrón lobular. En el paciente hospitalario, la bronconeumonía intrahospitalaria también puede ser causada por una infección por bacilos gramnegativos. (Ketai, Lofgren, & Meholic, 2007, págs. 112-117)

Los virus que provocan la bronconeumonía pueden propagarse fácilmente entre personas. Se pueden trasladar por el aire cuando alguien tose o estornuda, o por contacto directo. Hay determinados factores que pueden aumentar las probabilidades de una bronconeumonía grave:

- Nacimiento prematuro.
- Cardiopatía congénita.
- Tabaquismo de los padres.
- Lactancia artificial (en comparación con la lactancia materna).
- Compartir habitación con hermanos de mayor edad (especialmente hermanos que asisten a la guardería o a la escuela) (Villacrez, Bronconeumonia, 2012)

4.1.1.1. Tipos de bronconeumonías

La bronconeumonía es una lesión secundaria que aparece generalmente como complicación de una enfermedad. A diferencia de la neumonía, no posee fases evolutivas y el exudado no

contiene fibrina o tiene muy poca. Exudado fibrinoso se encuentra en la bronconeumonía neumocócica, alrededor de focos supurados y en focos tuberculosos antes de la caseificación.

Las lesiones bronconeumónicas consisten en focos de condensación pequeños, a veces, confluentes, en la superficie de corte solevantados, gris rojizos, secos, finamente granulosos. Frecuentemente, sin embargo, son poco notorios macroscópicamente y se manifiestan como zonas ligeramente solevantadas, hiperémicas, que se descubren mejor por palpación que por inspección. Estos focos pueden pasar inadvertidos macroscópicamente, no así en el examen del pulmón fijado previamente.

Los focos bronconeumónicos se encuentran frecuentemente en las regiones dorso-basales y laterales de los lóbulos inferiores. En el centro del pulmón los focos son mayores que en la periferia, donde tienden a ser más densos. A menudo alcanzan la pleura, donde se desarrolla entonces una pleuritis fibrinosa o purulenta. (Alvarez, Casan Clara, & Rodriguez De Castro, 2017, págs. 226 - 233)

Bronconeumonía estafilocócica

Se observa en el 31% de las autopsias. Corresponde al 5% de las neumonías bacterianas. Mortalidad cercana al 20%. El tipo de reacción inflamatoria es la inflamación necrotizante y abscedante. Es una afección secundaria a piodermitis, forunculosis, endocarditis, osteomielitis y otras. Los abscesos se forman a partir de embolias sépticas en arteriolas y capilares. El empiema y el pnoneumotorax son acompañantes frecuentes.

Bronconeumonía Estreptocócica

Se caracteriza por un exudado hemorrágico y flegmonoso, pobre en fibrina. En la forma hematógena, se constituyen infiltrados maculares (bronconeumónicos) y simultáneamente se desarrollan flegmones pleurales, septales y perilobulillares. La forma aerógena es más frecuente y corresponde en verdad a una bronconeumonía purulenta confluyente. La pleuritis purulenta y el empiema son también frecuentes.

Bronconeumonía Hipostásica

Se desarrolla en las partes dorso-basales de los lóbulos inferiores, con frecuencia, insuficientemente distendidos (bronconeumonía distelectásica). Afecta a enfermos

debilitados y con estadía prolongada en cama. La aireación insuficiente del pulmón después de resecciones quirúrgicas mayores, abdominales y torácicas, y la retención de secreciones bronquiales con pérdida de conciencia, favorecen esta condición.

Bronconeumonías por Aspiración

También predominan en lóbulos inferiores y más frecuentemente al lado derecho. Los cuerpos extraños pueden producir una estasis de secreciones bronquiales, heridas de la pared con necrosis y neumonía purulenta consecutiva, a menudo gangrenosa.

La circunstancia más frecuente es la aspiración de vómitos con contenido gástrico, que produce una inflamación necrotizante, bronquial y alveolar, por la acción corrosiva del ácido. En la agonía se puede producir aspiración de contenido gástrico y digestión pulmonar post-mortem (neumomalacia ácida). (DR. Gonzales, pág. 100)

4.1.2. Cuadro clínico de la bronconeumonía

Algunos de los síntomas de la bronconeumonía en niños, incluyen:

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Tos (con mucosidad con sangre color amarillo).
- Dolor de pecho.
- Fatiga.
- Dificultad para respirar.
- Respiración acelerada.

Cuando las bacterias infectan los lóbulos pulmonares, lo pulmones producen moco que llena los sacos alveolares. A su vez, esto causa una condición conocida como la consolidación que se produce cuando los pulmones se llenan de mucosidad, lo que reduce el espacio de aire. La reducción del espacio de aéreo dificulta la respiración causando dificultad para respirar. (Dr. Alvarado, 2015)

4.1.3. Diagnóstico de la bronconeumonía

El diagnóstico clínico de bronconeumonía se realiza mediante el interrogatorio a los padres y el examen físico del enfermo. La confirmación se realizara con la radiografía de tórax, en la cual se establece el diagnóstico que se trata de bronconeumonía. (Álvarez-Sala Walther, págs. 6,7,8)

Laboratorio e imagenología

Imagenológicos: La radiografía de tórax PA es la prueba de diagnóstico de las bronconeumonías. En los niños una tomografía computarizada puede ser necesaria para definir con mayor precisión el alcance del problema.

Hematológicos: Fórmula y cuentan blanca: el recuento de glóbulos blancos está aumentado con predominio de polimorfonucleares en las infecciones bacterianas. Cuadro hemático, leucocitosis mayor de 15.000 con desviación a la izquierda puede sugerir infección bacteriana.

Hemocultivo: Es poco el aislamiento de germen, se realiza sólo en casos de fiebre alta con toxiinfección.

Pulsioximetría menos 90% indica hipoxia. Gases arteriales en hipoxia severa

Bacteriológicos: En los niños mayores de edad con tos productiva, se puede hacer una tinción de Gram del esputo. Los cultivos de esputo pueden ser útiles.

Inmunológicos: Serología específica: Anticuerpos IgM e IgG contra Mycoplasmapneumoniae, Chlamidiatrachomatiso Chlamidiapneumoniaes. (Gomzales Juarez, 2016)

4.1.4. Tratamiento

Dentro del tratamiento de bronconeumonía encontramos lo siguiente:

Neumonía o bronconeumonía leve en niños menores de 5 años, manejo empírico ambulatorio: tratamiento de comendado amoxicilina, alternativa cefalosporina de segunda generación.

Neumonía o bronconeumonía leve en niños menores de 5 años, manejo empírico ambulatorio: tratamiento de comendado Macrólidos (50%) o penicilina (40%), alternativa cefalosporina de segunda generación.

Bronconeumonía severa, potencialmente fatal en niño eutrófico: tratamiento de comendado oxacilina mas cefalosporina de tercera generación, alternativa cefuroxina EV. (López López, MD , 2017)

El tratamiento en el hogar puede incluir:

- Dar de beber suficientes líquidos
- Puedes usar un humidificador
- Descansar lo suficiente.
- Estar en un ambiente ventilado
- Dieta nutritiva a base de frutas, vegetales y carnes blancas, como pescado y pollo.
- Son recomendables los antitusivos y expectorantes de venta libre. Puede recurrirse a un antipirético para controlar la fiebre y a un analgésico para aliviar el dolor de cabeza.

5. METODOLOGÍA

Este presente caso fue elaborado mediante la metodología del Proceso Enfermero, el cual a su vez contiene cinco etapas principales: la valoración, el diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. La valoración al usuario fue realizada por las necesidades de Virginia Henderson

Posterior a la valoración, se realizó el análisis de los datos que nos llevó a detectar los principales diagnósticos de enfermería presentes en el usuario, mismos que fueron extraídos de la taxonomía de la NANDA-I adecuados según las manifestaciones individuales del paciente. Una vez establecidos los diagnósticos de enfermería, se realizó una planeación de los cuidados de enfermería mediante las taxonomías NOC-NIC, donde se establecieron los resultados esperados en el usuario y las intervenciones.

Todo el proceso se llevó a cabo en el Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, en el servicio de pediatría

MEDIDAS DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

(OMS, 2009) Todo el personal sanitario, incluidos los ASC (agentes de salud comunitaria), están expuestos a contraer ERA cuando atienden a los pacientes. Hay dos cosas importantes que usted puede hacer para proteger su salud:

- Utilizar las mejores técnicas disponibles de protección personal y control de infecciones, y observar su propio estado de salud.

Observación del estado de salud personal

Si está atendiendo a alguien con una ERA-PII (posible impacto internacional), es preciso que observe su propio estado de salud. Debe conocer los síntomas de las ERA y las ASG (afecciones semejantes a la gripe) y sus periodos de incubación

Si usted, sea ASC o cualquier otro miembro del personal sanitario, observa que tiene síntomas semejantes a los de la gripe después de atender a un paciente con ERA-PII (por ejemplo, SRAS, gripe aviar), recuerde lo siguiente:

- Manténgase alejado de otras personas enfermas.
- No acuda a lugares públicos;
- Notifique de inmediato sus síntomas a las autoridades sanitarias locales. Además:
- Debe usted saber si ha de ser vacunado contra la gripe cada año, de acuerdo con las normas locales.
- Debe ser tratado con la medicación apropiada para prevenir o tratar las ERA siempre que esté disponible y de acuerdo con las normas locales.

Utilizar la mejor protección personal disponible

Colabore con las autoridades locales para obtener suficientes cantidades de material para la higiene de las manos y la protección personal (guantes, mascarillas, protección ocular, batas, mandiles) para protegerse a sí mismo y a su comunidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON BRONQUEONEUMONIA

Entre las acciones de enfermería a pacientes con bronconeumonía tenemos:

Rol de gestión del cuidado en atención de enfermería hospitalaria:

- Gestionar y propender por la administración estricta, segura del paciente.
- Vigilar la aparición de reacciones adversas a fármacos, comunicar al médico tratante para un manejo oportuno y notificación.
- Informar, educar y orientar al paciente y su familia sobre la enfermedad, el tiempo del tratamiento, y los posibles efectos adversos de los medicamentos.
- Aplicar las medidas administrativas, ambientales y personales para el control de infección.
- Brindar cuidados directos al paciente garantizando su confort y bienestar integral en el marco del proceso de atención de enfermería.
- Identificar, capacitar y supervisar el personal de salud que administra el medicamento.

Rol administrativo en la atención de enfermería:

El equipo de gestión del establecimiento de atención de la salud deberá asegurarse de contar con los recursos necesarios para aplicar las medidas de prevención y control de infecciones. Tales recursos incluyen el establecimiento de una infraestructura y la organización de iniciativas sostenibles de prevención y control; normas claras acerca de la detección temprana de las infecciones respiratorias agudas que podrían representar una amenaza; acceso rápido a pruebas de laboratorio para determinar el agente causal; aplicación de medidas apropiadas de prevención y control de infecciones (por ejemplo, las precauciones estándares con todos los pacientes); clasificación clínica y ubicación adecuada de los pacientes en el establecimiento; provisión regular de suministros, y organización de los servicios.

El equipo de gestión también deberá hacerse cargo de planificar los recursos humanos, de manera que haya una razón adecuada entre el número de personal y el de pacientes, de brindar capacitación al personal y de establecer programas apropiados de vacunación y profilaxis para el personal. (OMS, 2014, págs. 8-9)

- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Participar y controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Cumplir los principios éticos y bioéticos. Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Implementar, realizar monitoreo y evaluación de la aplicabilidad de los lineamientos para el manejo de las infecciones respiratorias bajas
- Coordinar, articular y supervisar el equipo multidisciplinario de salud para el desarrollo de actividades orientadas al abordaje del paciente.
- Fortalecer la capacitación del personal de enfermería que participa en el proceso de atención a pacientes con infecciones respiratorias.
- Coordinar y articular procesos de fármaco vigilancia que permitan un abordaje oportuno e integral de los factores adversos.
- Capacitar y realizar monitoreo de la aplicación de medidas administrativas, ambientales y personales para el control de infecciones disminuyendo el riesgo de transmisión intrahospitalaria

Rol investigativo en la atención de enfermería:

- Estructurar procesos para el desarrollo de investigación que permita la generación de estrategias de fortalecimiento del cuidado habitual del paciente y la familia basado en la evidencia y fundamento científico.
- Establecer posibles líneas de investigación operativa que permitan mayor efectividad al tratamiento.
- Participar en investigación en enfermería sobre enfermedades respiratorias bajas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

6. VALORACION DE ENFERMERIA

6.1. Datos de identificación del paciente

- 1. Nombre del usuario:** Pilozo Alarcón Ivanna Dayanara
- 2. Edad:** 1 año 7 meses
- 3. Sexo:** Femenino
- 4. Número de historia clínica:** 312666
- 5. Fecha de nacimiento:** 06/09/2016
- 6. Lugar de nacimiento:** manta
- 7. Fecha de ingreso:** 19/04/2018
- 8. Fecha de egreso:** 25/04/18
- 9. Impresión diagnóstica:** Bronconeumonía no identificada
- 10. Diagnóstico médico definitivo:** bronconeumonía no especificada
- 11. Servicio:** Pediatría
- 12. Numero de cama:** 36
- 13. Lugar de procedencia:** Manta – Ulbirrios
- 14. Fecha que inicio el estudio:** 20/04/18
- 15. Fecha que finalizo el estudio:** 25/04/18

6.2. Antecedentes personales y familiares

- Antecedentes alérgicos personales: no refiere, familiares: no refiere
- Antecedentes clínicos personales: bronconeumonía, familiares: no refiere
- Antecedentes traumatológicos personales: no refiere, familiares: no refiere
- Antecedentes quirúrgicos personales: no refiere, familiares: no refiere
- Antecedentes farmacológicos personales: no refiere, familiares: no refiere
- Otros antecedentes personales: no refiere, familiares: no refiere

6.3. Examen físico de la usuaria

Examen físico general

Deambulación normal acorde a su edad

Facies pálidas

Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona

No se palpan adenopatías

Pulso radial: 90

Frecuencia respiratoria: 53

Temperatura: 38°C

Frecuencia cardíaca: 110

Peso: 10kg

Examen físico segmentario:

Cabeza: Normocefalo, ojos con pupilas isocóricas y reactivas a la luz; campo visual por confrontación normal. Fosas nasales permeables.

Boca: Mucosas coloreadas y húmedas

Oídos: Sin alteraciones evidentes de la audición.

Cuello: No se palpan adenopatías. No se auscultan soplos carotídeos.

Tórax: Simétrico expansible. Leve tiraje intercostal

Pulmones: A la auscultación, estertores crepitantes en ambos campos pulmonares a nivel de las bases, predominio de lado derecho.

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos normofonéticos, no se auscultan soplos

Abdomen: Plano, suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia.

Columna y extremidades: Curvaturas de la columna vertebral normales. Articulaciones simétricas sin alteraciones.

Extremidades inferiores: Simétricas, sin alteraciones

Examen neurológico:

Conciencia y estado mental: paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización neurológica.

Examen motor: Movimientos, reflejos osteotendíneos y coordinación: todos normales. No se observan movimientos anormales.

Problema o fenómeno observado

Los siguientes signos y síntomas fueron observados en la usuaria de manera directa e indirecta.

Rinorrea	(D)
Palidez	(D)
Inapetencia	(I)
Hipertermia	(D)
Expectoración	(I)

6.4. Explicación científica sobre los problemas observados

Rinorrea: La rinorrea es la secreción acuosa o mucosa de los orificios nasales, que se produce como consecuencia de una rinitis alérgica o una congestión producida por un resfriado. La rinorrea suele ser un síntoma de una inflamación leve de la nariz, pero puede estar relacionada con otras afecciones de las vías auditivas y la garganta.

Palidez: Es una pérdida anormal del color de la piel normal o de las membranas mucosas. La palidez de la piel probablemente no sea una afección grave y no requiere tratamiento, a menos que también se presente en los labios, la lengua, las palmas de las manos, el interior de la boca o en el revestimiento de los ojos.

Inapetencia: La inapetencia está marcada por la disminución en el deseo de comer durante un tiempo prolongado, ocasionando una ingesta diaria de alimentos muy baja, que no compensa las necesidades calóricas de los individuos.

Hipertermia: Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal.

Expectoración: Son las secreciones y flema provenientes de las vías aéreas, la cuales se depositan en la faringe, la laringe, la tráquea o los bronquios y se expulsan mediante la tos.

6.5. DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LOS MEDICAMENTOS

6.5.1. Meropenem

Grupo: Carbapenémicos - Bactericida de amplio espectro. Antibiótico

Presentación: Polvo para reconstituir para administración intravenosa - Meropenem 1000 mg con vial 30 ml Meropenem 500 mg con vial 20 ml

Vía de administración: Intravenosa (IV)

Dosis: En general de 500 mg vía I.V., cada 8 horas, pudiendo ser 1 a 2 g I.V. cada 8 horas de acuerdo al tipo de la infección y las características fisiológicas del paciente. Tratamiento de infecciones de tracto urinario, infecciones ginecológicas e infecciones de la piel y tejidos blandos: 500 mg I.V. cada 8 horas. Tratamiento de neumonías graves, infecciones intraabdominales, probables infecciones en pacientes neutropénicos y septicemia: 1.0 g I.V. cada 8 horas. Meningitis y fibrosis quística: 2.0 g I.V. cada 8 horas. Para niños mayores de 3 meses y hasta 12 años de edad, se recomienda una dosis I.V. de 10-20 mg/kg cada 8 horas. En niños con un peso superior a 50 kg, se deben utilizar dosis de adultos. En meningitis y fibrosis quística, la dosis recomendada es de 40 mg/kg cada 8 horas.

Indicaciones: Antibiótico de tercera elección en infecciones severas a microorganismos multiresistentes, cuando el tratamiento con otros antibióticos no da resultados satisfactorios. Tratamiento en adultos y niños mayores de 3 meses, de las siguientes infecciones causadas por una o varias bacterias sensibles al meropenem: neumonía, incluyendo neumonía nosocomial, infecciones intraabdominales, meningitis, septicemia.

Tratamiento empírico inicial en pacientes adultos con neutropenia febril, ya sea en monoterapia o combinada con otro antimicrobiano según sospecha etiológica.

Efectos secundarios: Gastrointestinales: dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, colitis pseudomembranosa Hematológicas: trombocitemia, eosinofilia, trombocitopenia y

neutropenia reversibles *Hepáticas*: incrementos en las concentraciones séricas de bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina y deshidrogenasa láctica, solas o en combinación Locales (IV): inflamación, tromboflebitis, dolor en el lugar de la inyección

Reacciones de hipersensibilidad: rash, prurito, urticaria SNC: jaqueca, parestesia y convulsiones; aunque no se ha establecido una relación causal

Contraindicaciones: Este medicamento no debe ser usado en pacientes que presenten algunas de las siguientes afecciones. Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Hipersensibilidad a otros antibióticos beta-lactámicos. Insuficiencia renal severa.

Interacción: Ácido valproico: disminución de un 60-100% en los niveles de dicho fármaco
Anticoagulantes orales: aumenta efecto anticoagulante

6.5.2. Fluticasona

Grupo: Glucocorticoide / antiinflamatorio

Presentación: Frascos conteniendo 120 dosis con aplicador.

Vía de administración: Inhalatorio / vía intranasal

Dosis: Adultos y niños mayores de 16 años: 100-1000 mcg/12 h, dependiendo de la gravedad. Asma leve, 100-250 mcg/12h. Moderada, 250-500 mcg/12h. Grave, 500-1000 mcg/12h. EPOC: 500 mcg/12 horas. Niños mayores de 4 años: 50-100 mcg/12 h, ajustándose a continuación hasta el control de los síntomas o reduciéndose a la mínima dosis eficaz. Niños de 1-4 años de edad: 100 mcg /12 h, administrados mediante un dispositivo espaciador para niños provisto de mascarilla.

Indicaciones: Asma bronquial en pacientes que previamente no hayan respondido a terapia con broncodilatadores y/o antialérgicos. Tratamiento sintomático EPOC en los que se haya identificado una respuesta beneficiosa durante 3-6 meses de tratamiento.

Efectos secundarios: Vía inhalatoria: Trastornos respiratorios: Ligera irritación de garganta, tos y ronquera. Rara vez, riesgo de broncoespasmo paradójico con aumento de sibilancias (interrumpir el tratamiento y administrar b2 adrenérgico por inhalación). Infecciones e infestaciones: Candidiasis en cavidad orofaríngea. Trastornos psiquiátricos:

Nerviosismo, inquietud y depresión, alteraciones del comportamiento en niños. Trastornos del sistema inmunológico (raras de hipersensibilidad inmediata y retardada): erupciones exantemáticas, urticaria, dermatitis por contacto, angioedema y espasmo bronquial. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (raras): Hematomas cutáneos.

En raras ocasiones se puede producir reacciones adversas consecuencia del efecto sistémico de glucocorticoides (hipofunción de la glándula adrenal, retraso en el crecimiento...)

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la fluticasona o alguno de los excipientes

Interacción: Debido a las bajas concentraciones plasmáticas del fármaco que se logran tras su aplicación intranasal, es improbable que existan interacciones importantes con otros fármacos. No obstante, deberá tenerse precaución ante la posibilidad de interacciones con los inhibidores del CYP3A4, por ejemplo, ritonavir e indinavir, ketoconazol, fluconazol, itraconazol, miconazol, eritromicina, claritromicina, troleandromicina y nefazodona.

6.5.3. Hidrocortisona

Grupo: Corticoides vía sistémica, glucocorticoides

Presentación: Polvo para inyección, en vial de 100 mg de hidrocortisona (hemisuccinato, succinato o fosfato), para disolver en 2 ml de agua ppi, para inyección IM, IV o perfusión

Vía de administración: Oral, por inyección intramuscular o intravenosa.

Dosis: Adultos: 100-200 mg/día, dividido en varias dosis (I.M., I.V.) pudiendo aumentar la dosis inicial en situaciones agudas de urgencia hasta 50-100 mg/kg (I.V.-I.M.) no debiendo sobrepasarse los 6 g/día. Preparación del reconstituido y de las soluciones: Para administración I.V.-I.M.: Preparar asépticamente la solución agregando a cada frasco-ampolla no más de 2 ml de agua para inyectables. No se requieren más diluciones para la administración I.V. Para administración por infusión I.V.: Preparar asépticamente la solución agregando a cada frasco ampolla no más de 2 ml de solución de dextrosa al 5% o solución de cloruro de sodio al 0.9%. Agitar y asegurarse de disolución completa.

La solución así preparada se diluye agregándola a 100 ó 1000 ml de las mismas soluciones usadas para la reconstitución. Las soluciones reconstituidas son estables dentro de las 4 horas siguientes a la reconstitución. Niños: Dosis proporcionales.

Se administrará por vía intravenosa, intramuscular. La dosis recomendada en niños es en base al peso corporal. En insuficiencia adrenocortical, I.M. o I.V., la dosis es de 0.19 a 0.28 mg/kg de peso corporal o de 10 a 12 mg/m² de superficie corporal, dividido en 3 dosis. Uso en niños: Los corticosteroides pueden producir retraso en el crecimiento dosis-dependiente en la infancia y adolescencia, que puede ser irreversible.

Indicaciones: Terapia de reemplazo en insuficiencia adrenocortical crónica, algunas formas de síndrome de hiperplasia adrenal congénita y como agente antiinflamatorio, corticoterapia de urgencia indicada en la insuficiencia adrenocortical aguda, estados de shock a raíz de una hemorragia; traumas o endotoxinas, reacciones agudas de hipersensibilidad de tipo anafilácticas, sola o con vasopresores.

Efectos secundarios:

- Aumento del apetito
- Irritabilidad
- Dificultad para dormir (insomnio)
- Hinchazón de los tobillos y los pies (retención de líquidos)
- Náuseas (tómela con las comidas)
- Ardor de estómago
- Disminución de la cicatrización de las heridas

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los corticosteroides, tuberculosis, herpes simple ocular, glaucoma primario, psicosis aguda y psiconeurosis, infección sistémica, úlcera péptica, osteoporosis. La administración de vacunas vivas o atenuadas está contraindicada en pacientes que reciben dosis inmunosupresoras de corticosteroides.

Interacción: Los corticosteroides pueden enmascarar algunos signos de infección y pueden favorecer la aparición de nuevas infecciones durante su uso. Durante la terapia con hidrocortisona, los pacientes no deben ser inmunizados con vacunas de virus vivos. El empleo de ácido acetilsalicílico en conjunción con corticosteroides debe ser cauteloso en pacientes con hipoprotrombinemia. La difenil hidantoína (fenitoína), el fenobarbital, la efedrina y la rifampicina pueden aumentar la depuración metabólica de la hidrocortisona por lo que los niveles hemáticos disminuyen y puede tener menor actividad farmacológica. El

ketoconazol puede inhibir el metabolismo de los corticosteroides y por lo tanto su eliminación, favoreciendo su toxicidad.

6.5.4. Claritromicina

Grupo: Antibiótico - Macrólido

Presentación: Caja por 10 tabletas recubiertas de 500 mg suspensión oral 250 mg/5 mL. Frasco con polvo para reconstituir a 100 mL de suspensión, con copa plástica medidora. Ampolla contiene: Claritromicina 500 ml.

Vía de administración: Vía oral y Vía intravenosa

Dosis: El tratamiento intravenoso puede administrarse durante 2-5 días y debe cambiarse al tratamiento con claritromicina oral cuando esté indicado.

Niños y adolescentes (menores de 18 años). Claritromicina I.V no está recomendado en niños menores de 18 años debido a la escasez de datos sobre seguridad y eficacia.

Adultos: La dosis recomendada es de 1000 mg/ día, dividida en dos dosis de 500 mg y debidamente diluida como se describe más adelante.

Claritromicina I.V debe administrarse en una vena proximal de gran tamaño en forma de perfusión I.V durante 60 minutos, usando una concentración de la solución de 2 mg/ml, aproximadamente. La claritromicina no debe administrarse en inyección en bolo o intramuscular.

Niños 6 meses-12 años: 7,5 mg/kg, 2 veces al día, hasta un máximo de 500 mg, 2 veces al día.

Ajuste por Peso-Edad-Dosis

- 8 – 11 kg; 1 – 2 años: 2,5 ml dos veces/día
- 12 – 19 kg; 2 – 4 años: 5,0 ml dos veces/día
- 20 – 29 kg; 4 – 8 años: 7,5 ml dos veces/día
- 30 – 40 kg; 8 – 12 años: 10,0 ml dos veces/día

Indicaciones: Amigdalitis, faringitis, sinusitis y otitis, bronquitis y neumonía, foliculitis, celulitis, erisipela e impétigo.

Efectos secundarios: Náuseas, vómito, dispepsia, dolor abdominal y diarrea, trastornos de naturaleza leve y transitoria.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad conocida a la claritromicina, eritromicina o cualquier otro antibiótico macrólido.

Interacción: La administración concomitante de CLARITROMICINA con teofilina, carbamazepina y digoxina refleja aumento de los niveles séricos de estas últimas, por lo que se deben monitorear. Medicamentos que utilizan el sistema metabólico P-450 como warfarina, triazolam, lovastatina, fenitoína, ya que puede asociarse a un aumento de los niveles séricos de éstos. En pacientes infectados con VIH parece que CLARITROMICINA interfiere con la absorción de zidovudina oral, elevando concentraciones de ésta, lo que puede evitarse espaciando el intervalo de administración entre una y otra.

6.5.5 Salbutamol

Grupo: broncodilatadores adrenérgicos

Presentación: Comprimidos de 2 y 4 mg. Comprimidos retard de 4 y 8 mg.

Jarabe de 2 mg/5ml.

Aerosol de 100 mcg/puls.

Solución inhalatoria al 0,5%.

Ampollas de 0,5 mg/1 ml.

Vía de administración: Inhalador, V.O. I.V.

Dosis: Tratamiento del asma bronquial y EPOC.

Tratamiento de las crisis de broncoespasmo.

Inhalación con aerosoles: 100-200 mcg (1-2 inhal)/4-6 h. Dosis máxima 1,6 mg/día.

Inhalación con pulverizador: 200-400 mcg/6-8 h.

Inhalación con nebulizador: 2,5-5 mg en 2,5 ml de SF en 15 min/4-6 h.

VO: 2-4 mg/6-8 h. Ancianos: 2 mg/6-8 h.

Inyección SC o IM: 500 mcg/4-6 h.

Perfusión IV: 0,5 mg diluidos en 100-250 ml de SF o G5%, a pasar en 20-30 minutos.

Hiperpotasemia severa

IV: 0,5 mg disuelto diluidos en 100 ml de G5%, a infundir en 20 min

Aerosol: 20 mg en un mL de SF nebulizado en 10 minutos.

Indicaciones: Se utiliza en el tratamiento del asma bronquial, broncoespasmo reversible y otros procesos asociados a obstrucción reversible de las vías respiratorias como bronquitis y enfisema pulmonar, bronquiectasia e infecciones pulmonares.

Alivio de la crisis de disnea aguda debido a broncoconstricción.

Salbutamol es útil en la profilaxis de asma bronquial, broncoespasmo inducido por ejercicio o exposición a un alérgeno conocido e inevitable

Efectos secundarios:

Incluyen temblores o nerviosismo, dolores de cabeza, irritación en la garganta o en la nariz, y dolores musculares. Los efectos secundarios más graves, aunque menos frecuentes, comprenden frecuencia cardíaca acelerada (taquicardia), o sensación de aleteo o de golpeteo en el corazón (palpitaciones).

Contraindicaciones:

- Alergia al fármaco.
- Embarazo y lactancia (se acepta el uso de fenoterol y terbutalina)
- Cuando un parto prematuro se asocia a toxemia gravídica o hemorragia antepartum ni cuando exista riesgo de aborto durante el primer o segundo trimestre de embarazo.

Interacción: Sulfato de SALBUTAMOL no debe ser administrado junto con beta-bloqueadores no selectivos como propranolol. Los derivados de las xantinas pueden agravar los ataques de asma por sí mismos, por lo que se sugiere no administrarlos juntos, ni con inhibidores de la MAO. Con metildopa y teofilina potencia su efecto.

6.5.6 Amikacina

Grupo: Aminoglucósidos - Antibióticos

Presentación: Solución inyectable transparente en viales de 2 ml

Vía de administración: IV – IM previa disolución en solución fisiológica o glucosada al 5%.

Dosis: I.M.: La dosis recomendada para adultos y niños mayores es de 15 mg/kg de peso al día. La dosis diaria puede dividirse en 2 ó 3 inyecciones parciales iguales (7.5 mg/kg cada 12 horas, o bien 5.0 mg/kg cada 8 horas). En infecciones urinarias sin complicaciones, la dosis que se use puede ser de 250 mg cada 12 horas. En recién nacidos se debe administrar una dosis de ataque de 10 mg/kg para continuar con 7.5 mg/kg cada 12 horas. I.V.: la posología usual es igual a la recomendada por vía I.M., la solución se prepara disolviendo el contenido de 1 frasco-ampolla de 500 mg en un solvente, como 200 ml de solución de cloruro de sodio al 0.9% o en glucosa al 5%. Esta solución se debe administrar en un período de 30 a 60 minutos y la dosis diaria se puede dividir en 2 ó 3 infusiones a intervalos iguales. La duración habitual del tratamiento es de 7 a 10 días; si no hay respuesta clínica dentro de 3 a 5 días, debe suspenderse. En casos severos y graves, podrán usarse dosis de 22.5 mg/kg en 24 horas, sin exceder 1.5 g al día. Niños > 4 semanas-12 años: 15-20 mg/kg /día (dosis única o dividir en dos dosis/12h). Niños >12 años: 15mg/kg/día cada 8-24h en dosis única o en dos dosis (7.5 mg/kg)/ 12h. Dosis máxima: 1,5 gramos/24h. En endocarditis y fiebre neutropénica: dos dosis/ día.

Indicaciones: Tratamiento de enfermedades severas, como bacteremia, septicemia, incluida la sepsis de neonatos; enfermedades del tracto respiratorio, huesos, articulaciones, del SNC, incluyendo meningitis; enfermedades de tejidos blandos y de la piel; infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis; infecciones de quemaduras y de post-operatorio en cirugía vascular; infecciones serias, complicadas y recurrentes del tracto urinario.

Efectos secundarios: Nauseas Vómitos cefalea diarreas y fiebres

Contraindicaciones: La historia de hipersensibilidad al sulfato de AMIKACINA es una contraindicación para su empleo. En pacientes con una historia de hipersensibilidad o de reacciones tóxicas severas a los aminoglucósidos, puede contraindicarse el uso de cualquier otro aminoglucósido, debido a la sensibilidad cruzada con este tipo de medicamentos.

Interacción: Se debe evitar el uso de amikacina tanto conjuntamente como en forma secuencial con medicamentos neuro o nefrotóxicos, tales como bacitracina, cisplatino, polimixina B, colistina, cefaloridina, kanamicina, neomicina, estreptomicina, tobramicina, gentamicina, paromomicina, viomicina y vancomicina.

Amikacina no debe ser utilizada conjuntamente con diuréticos potentes, como ácido etacrínico o furosemida, ya que puede producirse ototoxicidad. Cuando se administran por vía intravenosa, los diuréticos pueden aumentar la toxicidad potencial de amikacina al alterar las concentraciones del antibiótico en el suero sanguíneo y en los tejidos.

6.6 VALORACIÓN POR LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidad de Respirar normalmente: Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación. La afectación de esta necesidad en la usuaria se manifiesta por la dificultad respiratoria

Necesidad de Mantener la temperatura corporal en límites normales: Adaptación de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y a apreciar los propios límites en este sentido. La afectación de esta necesidad en la usuaria se manifiesta por la presencia de hipertermia debido a la infección presentada.

Necesidad de Dormir y descansar: Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta, y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

Necesidad de Beber y comer adecuadamente: Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.

La afectación de esta necesidad en la usuaria se manifiesta por la inapetencia presentada debido al malestar general.

Necesidad de la higiene: El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico. Esta necesidad se manifiesta en la paciente ya que por su infección respiratoria puede ser aseado sin ninguna complicación, se suma a esto la higiene de manos que debe ser prioritaria en la persona quien cuida del paciente.

Necesidad de la seguridad y protección: La seguridad del paciente es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de la calidad. Se sabe que las intervenciones en el proceso de atención de la salud deteriorada se realizan para beneficiar a los pacientes. Esta necesidad se manifiesta en la paciente ya que la presencia del cuidador y de personas del entorno familiar es vista como promotora de seguridad del niño, ya que son confiables para una relación de cuidado afectivo

6.7 PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADOS, NANDA NIC NOC

NOMBRE: PILOZO ALARCON IVANNA DAYANARA

EDAD: 1 AÑO 7 MESES

SEXO: FEMENINO **DX MÉDICO:** BRONCONEUMONÍA

Valoración	Henderson
	Necesidades: I RESPIRACION
Cód. Diagnostico:	00032
Diagnostico	Alteración del sistema respiratorio r/c acúmulos de secreciones bronquiales m/p tos, expectoración verdosa, rinorrea
definición	La inspiración o espiración no proporcionan una ventilación adecuada.
Objetivos (NOC):	
<p><u>403</u> Estado respiratorio: ventilación</p> <p><u>410</u> Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p>	
Intervenciones NIC	Actividades de enfermería
<u>3140</u> Manejo de las vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición semifowler que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. • Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos. • Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos; hacer concursos soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.).

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a toser de manera efectiva. • Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. • Administrar broncodilatadores, si procede. • Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, si procede. • Administrar aire u oxígeno humidificados (oxigenoterapia) • Vigilar el estado respiratorio. • Canalizar vía periférica para iniciar antibióticoterapia • Educar al familiar mediante charlas acerca de la patología.
<p><u>3350</u> Monitorización respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. • Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. • Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). • Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Vigilar y retirar las secreciones respiratorias de paciente. • Observar si se producen crepitantes • Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. • Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar aspiración. • Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador)

Valoración	Henderson
	Necesidades: VII TEMPERATURA
Cód. Diagnostico:	00005
Diagnostico	Alteración del sistema termorregulador r/c la infección m/p hipertermia
definición	Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.
Objetivos (NOC):	
<u>602</u> Hidratación <u>800</u> Termorregulación	
Intervenciones NIC	Actividades de enfermería
<u>4120</u> Manejo de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de hidratación y hemodinámico (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso. • Controlar la ingesta de alimentos / líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede. • Monitorizar el estado nutricional. • Administrar los diuréticos prescritos, si procede. • Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.

<p><u>6680</u> Monitorización de los signos vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. • Observar la presencia y calidad de los pulsos. • Tomar pulsos apicales y radiales al mismo tiempo y anotar las diferencias, si procede. • Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso. • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
<p><u>3900</u> Regulación de la temperatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados. • Vigilar la temperatura hasta que se estabilice. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. • Favorecer ingesta nutricional y de líquidos adecuada. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. • Aplicación de medios físicos

Valoración	Henderson
Cód. Diagnostico:	Necesidades: V REPOSO / SUEÑO 00095
Diagnostico	Alteración del patrón del sueño r/c cambio del estado de salud m/p inquietud, irritabilidad y llanto
definición	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.
Objetivos (NOC):	
<u>3</u> Descanso <u>4</u> Sueño <u>2100</u> Nivel de comodidad	
Intervenciones NIC	Actividades de enfermería
<u>1850</u> Fomentar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un equipo recreativo seguro. • Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (puzzles, muñecas). • Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. • Brindar un ambiente tranquilo. • Acariciar la frente si es necesario, hablarle constantemente al niño. Utilizar la distracción. . • Establecer una comunicación afectiva con el niño y a los padres. • Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados. • Escuchar las inquietudes, sentimientos, temores y preocupación de la familia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la relación de confianza con la familia. • Proporcionar conocimientos a la familia sobre la enfermedad y sobre el ambiente hospitalario.
<p><u>6482</u> Manejo ambiental: confort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una cama limpia y cómoda. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible. • Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso. • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad • Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.

Valoración	Henderson
	Necesidades: II ALIMENTACION / HIDRATACION
Cód. Diagnostico:	00002
Diagnostico	Ingesta inferior a las necesidades r/c malestar general m/p inapetencia
definición	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
Objetivos (NOC):	
<p><u>1004</u> Estado nutricional</p> <p><u>1009</u> Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p><u>1612</u> Control de peso</p>	
Intervenciones NIC	Actividades de enfermería
<u>1100</u> Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. • Fomentar la ingesta de alimentos ricos en hierro, si procede. • Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso. • Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede. • Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno. • Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. • Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede. • Realizar una selección de comidas. • Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso.

	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico. • Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas, al familiar. • Control de peso para llevar un registro de la vigilancia del peso que permita prevenir complicaciones y adjuntar dosis de fármacos.
<p><u>1240</u> Ayuda para ganar peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, si procede. • Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede. • Analizar posibles causas del bajo peso corporal. • Observar si hay náuseas y vómitos. • Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados, para poder seleccionar algunos. • Analizar con la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada. • Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren en la capacidad o el deseo de comer. • Remitir a instituciones comunitarias que puedan ayudar en la obtención de comida, si procede. • Enseñar al paciente y familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos, si procede.

Valoración	Henderson
	Necesidades: VIII HIGIENE / PIEL
Cód. Diagnostico:	00108
Diagnostico	Déficit de autocuidado baño / higiene r/c aseo personal m/p microorganismos
definición	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene
Objetivos (NOC):	
<p><u>301</u> Cuidados personales: baño</p> <p><u>305</u> Cuidados personales: higiene</p>	
Intervenciones NIC	Actividades de enfermería
<u>1801</u> Ayuda con los autocuidados: baño / higiene	<ul style="list-style-type: none"> Educar al familiar sobre el lavado de mano y la higiene personal del paciente. Mantener buena higiene del paciente y familiar para evitar la transmisión de microorganismos
<u>7040</u> Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> Educar a los familiares sobre acondicionar la piel favoreciendo la circulación sanguínea.

Valoración	Henderson
	Necesidades: IX SEGURIDAD
Cód. Diagnostico:	00155
Diagnostico	Seguridad y protección: riesgo de caída r/c movimientos frecuentes
definición	Aumento de la susceptibilidad de caídas que pueden causar daño físico.
Objetivos (NOC):	
<u>1902</u> Control del riesgo <u>1909</u> Conducta de seguridad: prevención de caídas	
Intervenciones NIC	Actividades de enfermería
<u>6490</u> Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. • -Asegurar que el paciente tenga el grado de apoyo familiar • -Garantizar que el familiar este presente las 24 horas del día para así fortalecer lazos efectivos los cuales lo apoyan y brindaran ayudas para enfrentar la enfermedad y salir de la misma

7. CONCLUSIÓN

- Por medio la investigación se consiguió fundamentar los criterios teóricos para el respaldo del caso clínico
- A través de la identificación de las necesidades afectadas se logró aplicar la valoración de enfermería.
- La caracterización de la etiología de la bronconeumonía permitió conocer las causas y así poder prevenir complicaciones.
- La planificación de cuidados estandarizados según las necesidades afectadas permitió el desarrollo de actividades adecuadas.
- Mediante la ejecución de las acciones de enfermería planificadas se logró alcanzar los objetivos planteados.
- La evaluación de los cuidados de enfermería permite realizar correcciones en las actividades que no cumplieron su objetivo.

8. RECOMENDACIÓN

- Es importante la revisión de bibliografía diversa y actualizada para la realización del marco referencial del caso clínico.
- Llevar a cabo el proceso de enfermería correctamente para poder desarrollar todos los pasos según la identificación de las necesidades afectadas.
- Tener clara la etiología es importante ya que permite evitar la aparición de complicaciones.
- Para la elaboración del plan de cuidados estandarizado, es importante identificar correctamente las necesidades que presenta la usuaria y utilizar la bibliografía NANDA.
- Es importante ejecutar las acciones de enfermería correctamente para poder alcanzar los objetivos planteados, utilizando la bibliografía NIC.
- Se debe evaluar correctamente las acciones ejecutadas para de esta manera poder corregir y replantear acciones.

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1. Formulario/ hoja de control de signos vitales y actividades de enfermería:


INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE										
MSP Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO		1416	PARROQUIA 02	CANTÓN 08	PROVINCIA 13	ARCHIVO 312666										
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	SEXO (M-F)	NP-HOJA										
Ecloro		Alareoa		Juanne	Juanne	18	F	1										
CÉDULA DE CIUDADANÍA HCU								1352431223										
HOJA SIGNOS VITALES																		
DEPARTAMENTOS																		
FECHA	19-04-18	20-04-18	21-04-18	22-04-18	23-04-18	24-04-18	25-04-18	26-04-18										
DÍA DE INTERNACIÓN	1	2	3	4	5	6												
DÍA POSTQUIRÚRGICO																		
1 SIGNOS VITALES																		
Temperatura °C	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
F. RESPIRATORIA X MIN.	40 30 38 30 30 38 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30																	
PRESIÓN SISTÓLICA																		
PRESIÓN DIASTÓLICA																		
2 BALANCE HÍDRICO																		
INGRESOS CC	PARENTERAL																	
	VÍA ORAL																	
	TOTAL																	
ELIMINACIONES CC	ORINA																	
	DRENAJE																	
	OTROS																	
TOTAL																		
3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES																		
ASEO / BAÑO		A B A A A A A A A A A A A A A A A A A A																
TALLA EN CENTÍMETROS																		
PESO Kg.		9.5 Kg																
DIETA ADMINISTRADA		1 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH 16 SH																
NÚMERO DE COMIDAS		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2																
NÚMERO DE MICCIONES		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2																
NÚMERO DE DEPOSICIONES		0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0																
ACTIVIDAD FÍSICA		RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR RR																
CAMBIO DE SONDA																		
RECANALIZACIÓN VIA		P P P P P P P P P P P P P P P P P P P P																
RESPONSABLE		P P P P P P P P P P P P P P P P P P P P																

(2)

SNS-MSP / HCU-FORM.020 2008

SIGNOS VITALES

9.2 Anexo 2: Exámenes de laboratorios



Ministerio de Salud Pública

Hospital Rodriguez Zambrano

Paciente: Piloza Alarcon Ivanna Dayanara
F. Orden: 19-04-2018
F. Ingreso:
Médico: Avenida Ao Alonzo Cecibel

Sala:
Cama:
Área:

EMERGENCIA-PEDIATRICA
Análisis: 2147483647
CI: 1352431223
Edad: 11 años
Género: FEMENINO

Resultados

1.- HEMATOLOGIA

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
1.- hematología			
LEUCOCITOS	8.69	x 10 ³ /ÅµL	4 - 10
NEUTROFILOS %	40.98	%	50 - 70
LINFOCITOS %	41.66	%	20 - 40
EOSINOFILOS %	2.78	%	0.5 - 5
BASOFILOS %	0.10	%	0 - 1
MONOCITOS %	14.48	%	3 - 10
NEUTROFILOS#	3.56	10 ³ /uL	2 - 7
LINFOCITOS#	3.62	10 ³ /uL	0.8 - 4
EOSINOFILOS#	0.24	10 ³ /uL	0.02 - 0.5
BASOFILOS#	0.01	10 ³ /uL	0 - 0.1
MONOCITOS#	1.26	10 ³ /uL	0.12 - 1.2
HEMATIES	4.21	mm ³ /ÅµL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	10.30	g/dl	11 - 16
HEMATOCRITO	34.8	%	37 - 54
MCV	82.7	fL	80 - 100
MCH	24.4	pg	27 - 34
MCHC	29.5	%	32 - 36
RDW - CV	13.1	%	11 - 16
RDW - SD	47.4	fL	35 - 56
PLAQUETAS	450	mm ³ /ÅµL	100 - 300
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.0	fL	6.5 - 12
PDW	7.90	--	9 - 17
PCT	0.31	--	0.11 - 0.28

* Sin Valor Legal, para ese efecto debe acercarse al Laboratorio principal.

de 1

20/04/18 00:12

Biometría hemática del paciente

9.3 Anexo 3 Hoja de evolución: control de la escala de downes

INSTITUCION DEL SISTEMA: HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO
UNIDAD OPERATIVA: 14-16
PRIMER NOMBRE: *Daiana*
APELLIDO PATERNO: *Miso*
APELLIDO MATERNO: *Alonso*

1 EVOLUCION

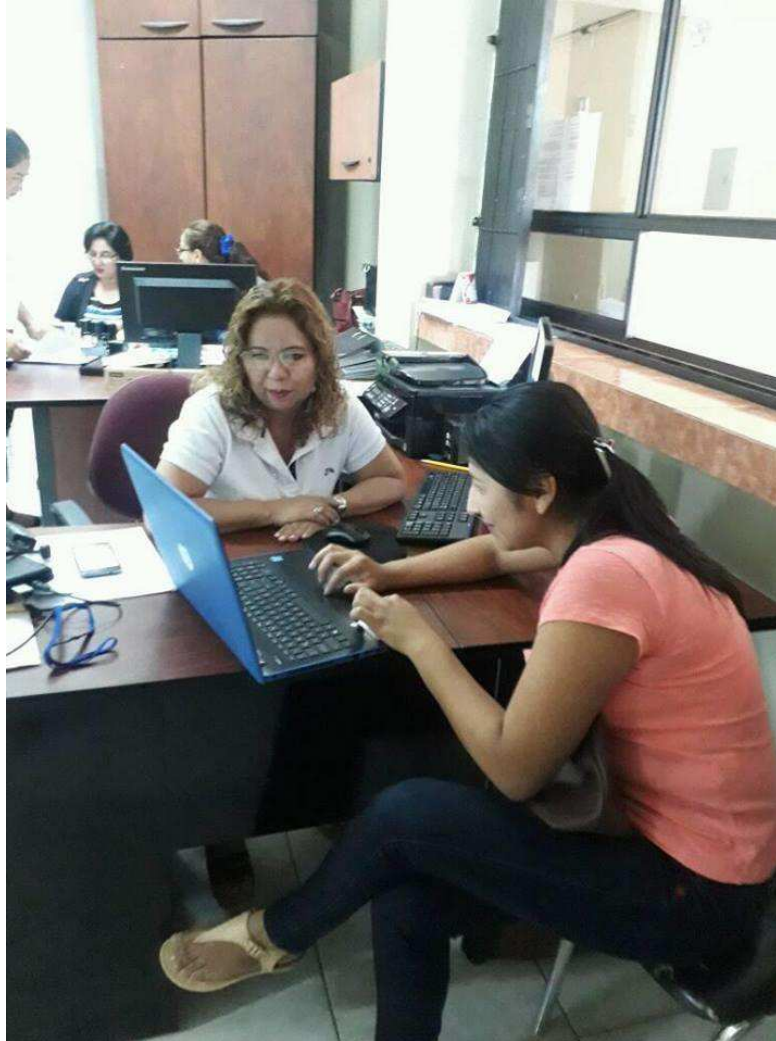
NOTAS DE EVOLUCION
Al pasar de visita se encuentra paciente con Oligemas y leucocitos. Se colabora con la admisión en casa de Oligos.

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	CONTROL DOWNES	FC	FR	Causas	Tiraje	Ed. Ane	Sibilancias	SO2
22-04-18	22:40	CONTROL DOWNES	126	32	NO	NO	SI	NO	96%
23-04-18	02:00	CONTROL DOWNES	130	32	NO	NO	SI	NO	96%
	04:40	DOWNES	128	32	NO	NO	SI	NO	
	06:00	DOWNES	128	30	NO	NO	SI	NO	

2 PRESCRIPCIONES

3 RESULTA: *19/09/18*
4 DIAGN: *Bra*
5 PLI: *(Circled numbers)*

9.4 Anexo 4 evidencias de tutorías presenciales



Revisión de estudio de caso



Firmas de las asistencias a tutorías académicas

9.5 Anexo 5: Administración de medicamento y permeabilidad de la vía periférica.



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA


9.6 ANEXO 6 CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES PARA PROCESO TITULACIÓN- EXAMEN COMPLEXIVO

Tutora: LCDA. MIRIAN SANTOS ALVAREZ. MG.

Elaborado por: NEYDA IVETTE PINCAY CHANCAY.

ACTIVIDADES	MESES																				OBSERVACIONES
	MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					
	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	
Acercamiento a la historia clínica del paciente.	X																				Tutorías programadas Viernes 10h00a 12h00
Elaboración de anamnesis de usuaria escogida para estudio de caso.	X																				Tutorías programadas Viernes 9h00 a 11h00
Indicaciones generales del protocolo mínimo de la presentación del examen complejo.		X																			Tutorías programadas Viernes 9h00 a 11h00
Elaboración de contextualización del problema del estudio de caso clínico.			X																		Tutorías programadas Viernes 10h00 a 12h00
Análisis de problema situado, causas y consecuencias.				X																	Tutorías programadas Viernes 10h00 a 12h00
Revisión de situación y problema detectado.					X																Tutorías programadas Viernes 10h00 a 12h00
Recogida de información para elaboración del marco teórico.										X											Tutorías programadas Viernes 10h00 a 12h00
Elaboración de introducción y objetivos.										X											Tutorías programadas Viernes 10h00 a 12h00
Elaboración del Marco teórico.							X														Tutorías programadas Viernes 9h00 a 11h00

ANEXO 7: Protocolo mínimo de presentación del producto del examen complejo.

 Facultad de Enfermería 	
1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	
ACTORES	
Actor 1: Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí (ULEAM)	
Actor 2: Hospital Rafael Rodríguez Zambrano	
Actor 3: Pilozo Alarcón Ivanna	
Contexto del problema	
Paciente de sexo femenino de 1 año 7 meses con antecedentes clínico de bronconeumonía asiste nuevamente a la casa de salud con un cuadro clínico de alza térmica de 3 días de evolución tos que inicia siendo seca pero que se vuelve productiva más rinorrea de color verdosa con Fr 55 y a la auscultación estertores.	
2. SITUACION DETECTADA	
Problema situado:	En el historial clínico presentó Bronconeumonía no específica
Causas del problema:	Resistencia a medicamentos y factores de riesgo social.
Consecuencias del problema:	Las consecuencias de una infección por gérmenes resistentes incluyen, entre otras, mayor duración de la infección, mayor mortalidad, internaciones más prolongadas. Los factores de riesgo social tienen como consecuencia por la edad del paciente y el medio ambiente donde habita.

3. MARCO REFERENCIAL y/o TEÓRICO

La bronconeumonía es causada por una inflamación que comienza en los pequeños bronquios y bronquiolos. Las densidades radiográficas son multicentricas, en parches y representan una enfermedad del espacio aéreo que se ha diseminado desde estos focos de bronquitis o bronquiolitis. Sin tratamiento estos focos confluyen en una neumonía lobular o segmentaria. (Ketai, Lofgren, & Meholic, 2007)

Es un proceso inflamatorio, que por lo regular es infeccioso, causado por entrar en contacto con bacterias, virus, hongos, etc. y comúnmente es secundario de otra enfermedad. Los bebés que tienen entre tres y seis meses de edad son quienes resultan más comúnmente afectados, si bien esta enfermedad puede aparecer hasta los dos años. Se calcula que aproximadamente uno de cada tres bebés tendrá bronconeumonía en algún momento durante su primer año de vida. Es más frecuente durante los meses de invierno.

Los bronquiolos son los pequeños conductos que hay dentro de los pulmones. Cuando una persona respira, el aire entra en la tráquea y baja hacia los pulmones a través de una serie de conductos que se ramifican, llamados “bronquios”. Dentro de los pulmones, los bronquios se ramifican para formar bronquiolos, que son de menor tamaño y terminan en millones de diminutas bolsas de aire (los alvéolos). Cuando el aire ingresa en los alvéolos, el oxígeno del aire se transfiere hacia la sangre, que luego se transporta por todo el cuerpo. (Bupa, 2017)

4. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

<p>General</p>	<p>Realizar diagnósticos de enfermería de vigilancia epidemiológica (bronconeumonía) y ejecutar acciones de acuerdo a las necesidades encontradas.</p>
-----------------------	--

Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fundamentar los criterios teóricos que permita o respalde el caso clínico sobre la bronconeumonía. ➤ Identificar las necesidades afectadas en la usuaria, aplicando la valoración de enfermería. ➤ Conocer signos y síntomas característicos de la patología que se pueda presentar en los niños menores de 2 años. ➤ Brindar cuidado de enfermería al paciente basándose en los principios científicos para alcanzar los objetivos planteados ➤ Evaluar la respuesta de la usuaria a los cuidados de enfermería brindados.
--------------------	---

5. METODOLOGÍA

Métodos	Científico
Técnicas	Investigación
Instrumentos	Páginas web, libros

6. PLAN DE INTERVENCIONES/ ACCIÓN/ ESTRATÉGICO

Objetivo	Estrategias	Actividades	Recursos	Tiempo	Responsable
Mantener la permeabilidad de las vías aéreas/ respiratorias	Aspiración de secreciones administración de oxigenoterapia	Mantener al paciente en posición semifowler	* Mascarilla para administración e oxígeno * Perilla nasal	30 minutos	Neyda Pincay

Mantener una temperatura controlada temperatura	Administración de Antipiréticos prescritos. Y regular temperatura	Control de signos vitales.	*Termómetro *Medios físicos con paños de agua caliente	30 minutos	Neyda Pincay
---	---	----------------------------	---	------------	--------------

7.- CONCLUSIONES

- Por medio la investigación se consiguió fundamentar los criterios teóricos para el respaldo del caso clínico
- A través de la identificación de las necesidades afectadas se logró aplicar la valoración de enfermería.
- La caracterización de la etiología de la bronconeumonía permitió conocer las causas y así poder prevenir complicaciones.
- La planificación de cuidados estandarizados según las necesidades afectadas permitió el desarrollo de actividades adecuadas.
- Mediante la ejecución de las acciones de enfermería planificadas se logró alcanzar los objetivos planteados.
- La evaluación de los cuidados de enfermería permite realizar correcciones en las actividades que no cumplieron su objetivo.

8.-BIBLIOGRAFIA

- Álvarez-Sala Walther, J. L. (s.f.). ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA*, 6,7,8.
- Borrego, P. (2001). Bronconeumonía: ¿A qué se refieren los pediatras cuando la diagnostican? *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 142.
- Kasper, D., Fauci, A., & Hauser, S. (2016). ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO. En *INTERNA, HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA* (pág. 507).
- López López, MD , P. (2017). Manejo de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. *INFECTIO REVISTA DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE INFECTOLOGIA* .
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas. *INEC*, 10-13.
- Villacrez, M. (2012). Bronconeumonía. *SCRIBD*.
- ALVARES , J., CASAN CLARA, P., & RODRIGUEZ DE CASTRO, F. (2017). ENFERMEDADES PULMONARES PARENQUIMATOSAS DIFUSAS . En *NEUMONIA CLINICA* (págs. 226 - 233). BARCELONA ESPAÑA: ELSEVIER.
- BUPA. (2017). Bronconeumonía en niños y bebés. *BUPA*, 15-16.
- Dr. Alvarado, J. (2015). Bronconeumonía en niños y bebés.
- Dr. Batista Moliner, R., & Dr. Feal Cañizares, P. (1988). Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. *Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud, Ministerio de Salud*.
- DR. GONZALES, S. (s.f.). BRONQUEONEUMONIA Anatomía Patológica del Aparato Respiratorio. (B. DR. BENEDICTO, Ed.) *LECCIONES DE ANATOMIA PATOLOGICA*, CAPITULO 2.
- GONZALES JUAREZ, D. (2016). ENFERMEDADES DE LAS VIAS AEREAS . En D. G. GONZALES JUAREZ, *DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS EN NEUMOLOGIA* (pág. CAPITULO 18). MEXICO.
- GONZALEZ ALVARADO, J. (2014-2015). *BRONCONEUMONIA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD ESTUDIO A REALIZADO EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE* . VINCES.

- J. L. DE LA CURA , PEDRASA, S., & GALLETE, A. (2009). *Radiología Esencial*. BUENOA AIRES - BOGOTA: PANAMERICANA.
- KETAI, L., LOFGREN, R., & MEHOLIC, A. (2007). *PRINCIPIO DE RADIOLOGIA TORACIA*. BUENOS AIRES: PANAMERICANA,2007.
- OMS. (2014). Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. *Directrices de la Organización Mundial de la Salud*, 8,9.
- OMS, O. (2009). Medidas de control de infecciones. *OMS*, 17.
- REYES CLEMENTE , M., & SUÁREZ LINDAO , D. (2013). *FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN EL DESARROLLO DE BRONCONEUMONÍA EN NIÑOS PREESCOLARES. SECTOR SINAI. LA LIBERTAD. 2012 - 2013. LA LIBERTAD .*
- Villacrez , M. (2012). BRONCONEUMONÍA. *SCRIBD*.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Álvarez-sala walther, j. l. (s.f). enfermedades respiratorias. sociedad española de neumología y cirugía torácica, 6,7,8.**
2. **Borrego, p. (2001). bronconeumonía: ¿a qué se refieren los pediatras cuando la diagnostican? revista del instituto nacional de enfermedades respiratorias, 142.**
3. **Kasper, d., fauci, a., & hauser, s. (2016). enfermedades del aparato respiratorio. en interna, harrison principios de medicina (pág. 507).**
4. **López lópez, md , p. (2017). manejo de enfermedades infecciosas en pediatría. infectio revista de la asociacion colombiana de infectologia .**
5. **Villacís, b., & carrillo, d. (2012). estadística demográfica en el ecuador: diagnóstico y propuestas. inec, 10-13.**
6. **Villaquez, m. (2012). bronconeumonia. scribd.**
7. **Alvares , j., casan clara, p., & rodriguez de castro, f. (2017). enfermedades pulmonares parenquimatosas difusas . en neumonia clinica (págs. 226 - 233). barcelona españa: elsevier.**
8. **Bupa. (2017). bronconeumonía en niños y bebés. bupa, 15-16.**
9. **Dr. alvarado, j. (2015). bronconeumonía en niños y bebés.**
10. **Dr. batista moliner, r., & dr. feal cañizares, p. (1988). las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. unidad nacional de análisis y tendencias en salud, ministerio de salud.**
11. **Dr. gonzales, s. (s.f). bronqueoneumonia anatomía patológica del aparato respiratorio. (b. dr. benedicto, ed.) lecciones de anatomia patologica, capitulo 2.**
12. **Gonzles juarez, d. (2016). enfermedades de las vias aereas . en d. g. gonzales juarez, diagnostico y tratamienod en neumologia (pág. capitulo 18). mexico.**

13. **Gonzalez alvarado, j. (2014-2015). bronconeumonia, factores de riesgo y complicaciones en pacientes menores de 5 años de edad estudio a realizado en el área de hospitalización pediátrica del hospital básico nicolás coto infante . vinces.**
14. **J. L. De la cura , Pedrasa, S., & Gallette, A. (2009). Radiología esencial. buena aires - bogota: panamericana.**
15. **Ketai, l., lofgren, r., & meholic, a. (2007). principio de radiología toracia. buenos aires: panamericana,2007.**
16. **OMS. (2014). Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. Directrices de la Organización Mundial de la Salud, 8,9.**
17. **OMS, O. (2009). Medidas de control de infecciones. oms, 17.**
18. **Reyes clemente , m., & suárez lindao , d. (2013). factores de riesgo que condicionan el desarrollo de bronconeumonía en niños preescolares. sector sinaí. la libertad. 2012 - 2013. la libertad .**
19. **Villacrez , m. (2012). bronconeumonía. scribd.**