

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA AL LACTANTE CON BRONQUIOLITIS EN
EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-1
CHULUCANAS "MANUEL JAVIER NOMBERTO"**

OCTUBRE 2018

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA PEDIATRICA**

BERTHA LUZ DIAZ AQUINO

Callao, 2019

PERU

DEDICATORIA

A mi madre Vicenta

Por enseñarme a amar a Dios sobre todas las cosas; por inculcarme valores, virtudes, brindarme cuidados; cariño y tu inmenso amor, por enseñarme a luchar y permanecer firme ante la adversidad, por compartir a mi lado tus últimos momentos de vida y apoyarme en medio de tu enfermedad; hoy te dedico este trabajo, sabiendo que desde el lugar que te encuentres sentirás el orgullo y amor que siempre me profesaste.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sinceros agradecimiento:

A Dios, mi guía y mi fuerza, a mi padre Teófilo por su paciencia,
su amor y su dedicación.

A mi esposo Henry por su amor y su apoyo incondicional

A mis hijos Stephany y Josué por ser el motivo y motor de mi vida

A todos los docentes del programa de enfermería de esta
universidad por sus enseñanzas, consejos y estímulos que
contribuyeron a mi formación profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I:	
I. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	3
II. OBJETIVOS	
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	13
2.2 Bases teóricas.....	18
2.3 Definiciones de términos básicos.....	22
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION	
3.1 Valoración.....	56
3.1.1 Datos de filiación.....	45
3.1.2 Motivo de la consulta.....	45
3.1.3 Enfermedad actual.....	46
3.1.4. Antecedentes.....	46
3.1.5. Examen físico.....	47
3.1.6. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases.....	47
3.1.7. Esquema de valoración.....	52

3.2 Diagnósticos de enfermería.....	88
3.2.1. Lista de hallazgos significativos.....	53
3.2.2. Diagnósticos de enfermería según datos significativos.....	53
3.2.3. Esquema de diagnóstico de enfermería.....	23
3.3. Planificación.....	67
3.3.1. Esquema de planificación.....	23
3.4. Ejecución y evaluación.....	23
3.4.1. Registro de enfermería: SOAPIE.....	24
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
ANEXOS.....	52

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) enfermedad aguda de etiología viral es una infección aguda de las vías respiratorias bajas, producido fundamentalmente por el virus sincitial respiratorio produciéndose la obstrucción generalizada de vías aéreas terminales, afecta mayormente a niños menores de 2 años.(1)

El virus Sincitial Respiratorio (VRS) causa brotes estacionales a través del mundo. En el hemisferio norte, estos ocurren usualmente de noviembre a abril, con un pico en enero o febrero (2,3).

En el hemisferio sur, se producen epidemias invernales de mayo a septiembre, con picos en mayo, junio o julio. En los climas tropicales y semitropicales, los brotes estacionales generalmente están asociados con la temporada de lluvias. Los picos epidémicos no son tan agudos como en los climas templados y en algunos escenarios los VSR pueden aislarse hasta por máximo de ocho meses del año (4,5).

Es una inflamación difusa y aguda de vías inferiores, expresada clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña. En el Perú no se dispone de muchos estudios sobre esta enfermedad sin embargo se calcula que el 10% de los niños produce su primera obstrucción bronquial o bronquiolitis, durante el primer año de vida. Con una hospitalización de un 5% del total. Y dependiendo de qué tan grave afecte al menor esta enfermedad la cuarta parte de ellos requerirá manejo por cuidados intensivos. Es una importante causa de morbimortalidad en los niños que origina gran demanda asistencial en atención primaria de salud y constituye una causa frecuente de atención en los servicios

de urgencias pediátricas, así como un elevado número de ingresos hospitalarios (6).

En el Perú los datos de la vigilancia nacional de los años 2014 y 2015 reportan que casi un tercio de los pacientes atendidos en nuestro país con infección respiratoria aguda tuvieron etiología viral y entre las muestras positivas predominó el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) (10)

Según la OGE la neumonía por VSR ha sido responsable de un promedio de 2.700 muertes cada año entre adultos y niños (11), el 6,7% de las muertes entre los niños de 28 a 364 días de edad y 1,6% de las muertes entre los niños de uno a cuatro años de edad (12).

La elaboración del presente estudio plantea un proceso de mejora de la calidad asistencial de la enfermería en el servicio de emergencia pediátrica del hospital II-1 Javier Norberto – Chulucanas a través del incremento del conocimiento de la patología y cuidados que precisan los pacientes, así como la unificación de criterios de actuación y la posibilidad de poder evaluar el cumplimiento y utilización del plan de cuidados.

CAPITULO I

I. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La bronquiolitis, es una enfermedad frecuente en la infancia, siendo la principal causa de ingreso hospitalario por infección del tracto respiratorio inferior en los menores de 2 años (Parra et al, 2013).

La bronquiolitis constituye una de las enfermedades más prevalentes durante la lactancia, de hecho representa la primera causa de hospitalización en menos de 2 años de edad. En el 40 y 50% de pacientes que sufrieron bronquiolitis en el periodo de la lactancia desarrollaran en los años posteriores sibilancias persistentes o recurrentes y asma del lactante (13).

Por lo que se puede afirmar que la bronquiolitis es una enfermedad infantil de cuidado ya que generalmente un mal manejo puede generar problemas clínicos ocasionando complicaciones del cuadro y estancia prolongada en el establecimiento de salud .Por lo contrario un tratamiento adecuado puede conllevar al control de la enfermedad.

Orejón de Luna y Fernández (2012) manifiesta que la frecuencia de la bronquiolitis en la infancia ocasiona una demanda asistencial en atención primaria (frecuencia de consulta entre 4 – 20%) y en las urgencias hospitalarias, frecuencia de consulta entre 2-5 % es la causa más frecuente de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en niños menores de 2 años.

García Mora; 2015, afirma que en los lactantes la bronquiolitis es una enfermedad de gran impacto, de igual forma Madero y Rodríguez (2012 afirman que durante los dos primeros años de vida de los niños, la bronquiolitis es más frecuente, se calcula que el 13% de los lactantes padece la infección y hasta un 10% de estos requiere hospitalización.

Pérez, Otheo y Ros; 2010), afirma que la bronquiolitis aguda es una patología de gran trascendencia debido a su frecuencia y a su elevada mortalidad.

Por lo anterior se podría afirmar que cada año muchos niños en sus 2 primeros años de vida sufren de bronquiolitis, provocando muchos efectos (físicos, psicológicos y emocionales), así como una carga emocional y financiera en los padres o familiares y en la institución alto costo por la hospitalización.

En el Perú una de las principales causas de consulta pediátrica son las infecciones agudas como la bronquiolitis que afectan a un gran número de pacientes causando un alto costo en la atención directa (atención al paciente) e indirecta (recursos destinados a la familia del paciente) y su entorno familiar y laboral.

El hospital II-1 Chulucanas donde se desarrolla el presente estudio es un establecimiento de salud referencial de la red de salud Morropon-Huanca bamba que atiende a una población extremadamente pobre con alta incidencia de desnutrición anemia escasa práctica de LME, factores condicionante para las IRAs (bronquiolitis).

En la revisión de los registros de Emergencia Pediátrica el ítem diagnóstico de ingreso se encontró que en el año 2016 hubieron (748) casos de IRA de los cuales (113) fueron bronquiolitis, en 2017 de (530)casos de IRA,(98) casos fueron bronquiolitis y en 2018 hubo (349)ingresos por IRA con (91)casos de bronquiolitis.

Los meses con mayor incidencia coincide con la literatura siendo la entrada a la primavera: septiembre, octubre y los meses lluviosos: enero, febrero y marzo.

Por tal motivo se planteó el presente estudio cuyo propósito es contribuir a mejorar el cuidado enfermero en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital II-1 Chulucanas a través del incremento del conocimiento de la patología y la unificación de criterios en el planteamiento del plan de cuidados.

II. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar el P.E. en paciente lactante con diagnóstico de bronquiolitis a fin de brindar el cuidado enfermero de manera integral en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital II-1 Javier Norberto Chulucanas.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Valorar al paciente lactante de forma integral a través de los 13 Dominios.

- ✓ Realizar un juicio clínico a los procesos vitales reales o potenciales o de riesgo priorizando el dominio alterado, planteando diagnósticos de Enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA e individualizando los diagnósticos de acuerdo a la sintomatología real del paciente.

- ✓ Realizar planes de cuidados individualizados, según diagnósticos planteados, entrelazando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

- ✓ Ejecutar las intervenciones con el equipo de salud.

- ✓ Evaluar las acciones de Enfermería de forma objetiva

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

L. Pérez Cid, B. San José Valiente, V. Quintero Calcaño, G. Díaz López, J. Mesa Guzmán, A. Cañete Díaz, A. Tagarro García. La bronquiolitis grave en lactantes menores de seis meses es un factor de riesgo para las sibilancias recurrentes. RevPed (España) 2013 vol.15 no.59 , realizaron un estudio observacional, retrospectivo, de cohortes, en el cual su población muestra fue de 80 pacientes menores de 6 meses hospitalizados en el Hospital Infanta Sofía de Madrid, durante un año. Se concluyó que asistir a guarderías se asoció de forma independiente con el diagnóstico de sibilancias recurrentes, así como también el tener hermanos mayores. Además, se concluyó que otro factor de riesgo notable para desarrollar sibilancias recurrentes un año después del episodio de bronquiolitis aguda es la gravedad de la misma.

LOURDES CALLEJA GERO. INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL TABAQUISMO EN LOS INGRESOS DE Avila Garcia I, Valero Garzón A, Pira Paredes L, Socha Rodriguez J. Factores de riesgo identificados en niños que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo pediátrico por bronquiolitis severa en el hospital occidente de kennedy durante julio de 2007 a

junio de 2009, en un estudio descriptivo observacional; se revisaron 159 pacientes atendidos en UCIP. Hubo más ingresos del género masculino con respecto al femenino, la no exposición a lactancia materna resulta ser el factor de riesgo más prevalente correspondiendo al 54,1%. La exposición al humo de cigarrillo y el esquema de vacunación incompleto tuvieron un porcentaje del 18,2% y 23,3 % respectivamente, lo cual es importante ya que estos dos son factores de riesgo modificables. Del total de pacientes estudiados un 15.1% que requirieron manejo en UCIP fueron prematuros. Se observó que los pacientes que tenían menor edad eran los que en mayor porcentaje se encontraban 72%. Por último el 71% de los pacientes ingresados a UCIP eran de estrato económico bajo.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Lescano M. Lactancia materna parcial y nivel socio económico bajo como factores de riesgo para la hospitalización por bronquiolitis en lactantes menores de 6 meses (Tesis para optar el título de médico cirujano).Universidad de Trujillo. Perú. 2015. Realizaron un estudio de casos y controle, retrospectivo, siendo los casos 80 lactantes menores de 6 meses hospitalizados por bronquiolitis en el hospital de Belén en Trujillo y en el Hospital Regional Docente de Trujillo, mientras que los controles fueron 80 lactantes menores de 6 meses que no habían padecido de bronquiolitis. Se observó como resultado que de los lactantes que fueron hospitalizados, el 52.5% recibieron lactancia

materna parcial y el 62,5 % bajo nivel socio económico. Concluyendo de que existe relación como factor de riesgo entre el nivel socioeconómico bajo con la hospitalización por bronquiolitis.

García R, Ticona Epidemiología de los pacientes diagnosticados de bronquiolitis en el servicio de Pediatría en el Hospital Regional de Huacho, Agosto del 2012 a Julio del 2014 (Tesis para optar el título de Médico Cirujano).Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho Perú 2015, realizaron un estudio observacional, descriptiva y retrospectiva con 212 pacientes menores de 2 años de edad, quienes los criterios de inclusión, en el Hospital Regional de Huacho. En el grupo de edad de 29 días a 12 meses con un 78.3% de la población y el género masculino con 65.1% fueron los más afectados. Los meses con mayor incidencia se registraron en Mayo 18.4%, 11.8 en junio, seguido de 9.4% en abril. El antecedente de factor de riesgo más común fue el contacto con personas que presentan algún síntoma respiratorio en 45% del total de pacientes. La mayoría de los pacientes habitan en viviendas adecuadas con 44.3% y el 53.3% cuentan con todos los servicios básicos. Respecto a la crianza de animales se tiene que el 61.8% no crían ningún tipo de animal. Los síntomas más frecuentes fueron: tos (92%), fiebre (58%) y sibilancias (56). La complicación más frecuente fue la infección sobre agregada registrada como neumonía en 45 pacientes (21.2%). El primer, segundo y tercer día de la estancia hospitalaria representa un porcentaje acumulado mayor del 50%. Se halló una estancia

hospitalaria de 4 días en 23.1% del total, seguido de 2 días con 18.9%, 5 pacientes presentaron estancia prolongada (tres con 11 días y dos con 12 días). la bronquiolitis es más frecuente en niños menores de 12 meses predominando en varones, la mayor incidencia se presentó en los meses de mayo, junio y abril. El factor de riesgo más común fue el de contacto con personas que presentaban algún síntoma respiratorio. La mayoría de los casos cuentan con adecuadas viviendas y con todos los servicios básicos. Más del 50% no crían ningún tipo de animal. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: tos, fiebre, sibilancia. La complicación más frecuente fue la neumonía. La estancia hospitalaria media fue de 4 días.

2.2 BASES TEORICAS

Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería en general. Como base teórica del presente trabajo tenemos a dos grandes teóricas:

En el Modelo teórico de Dorotea Ore, la teoría general de enfermería de Dorothea Orem está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería.

Dorotea Orem percibe al ser humano como un organismo biológico racional y pensante , los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno , capacidad de simbolizar lo que experimenta y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar , comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros , define los cuidados de enfermería como el de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida , recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en

sus distintos componentes y cambia a medida que cambia las características humanas y biológicas de la persona. (51) Desde esta perspectiva se educara al grupo comunitario para mejorar su autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología.

El Modelo de enfermería por Nancy Ropper basado en el modelo de vida, con los siguientes fundamentos básicos:

- 1.- La vida se describe como una mezcla de actividades vitales
- 2.- Lo propio del individuo viene marcado por como realiza estas actividades
- 3.- El ser humano es valioso en todas sus fases de la vida , y va siendo progresivamente más independiente hasta ser adulto
- 4.- La dependencia que pueda tener una persona no limita su dignidad

Ropper refiere que “ Hay unos factores que influyen en el conocimiento, actitudes y conducta del individuo , como son los biológicos , psicológico , socioculturales , ambientales y políticos-económicos”

Finalmente la teoría es un método lógico, en el que Ropper aplico la lógica inductiva partiendo de la observación de las situaciones asistenciales y de sus análisis para desarrollar enunciados teóricos (52)

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS:

BRONQUILITIS

En 1983 McConnochie definió a la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancia procedió de un cuadro respiratorio de rinorrea, tos y taquipnea, con o sin fiebre que afecta a niños menores de 2 años y con mayor prevalencia a menores de un mes (GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SNS.2010)

EPIDEMIOLOGIA

La bronquiolitis es una causa importante de hospitalización en los lactantes .Se produce en menores de 2 años con incidencia máxima entre los 2 y 6 meses. Muchos niños sanos con bronquiolitis pueden tratarse de modo ambulatorio; sin embargo, los lactantes prematuros y niños con enfermedades pulmonares crónicas debidas a la prematuridad cardiopatía congénita hemodinamicamente significativa, debilidad neuromuscular, experimentan un riesgo aumentando de enfermedad grave. Los niños adquieren la infección por exposición a un miembro de la familia afectados.(tratado de Nelson vol7 2015)

ETIOLOGÍA

La bronquiolitis es una enfermedad de los pequeños bronquiolos en la que existe aumento de producción de moco y broncoespasmos ocasional que da lugar a la obstrucción.

La causa primaria de bronquiolitis es el virus sincitial respiratorio (VSR) hay dos tipos de VSR el "A" y el "B" cada uno tiene 6 sub grupos .El "A" produce epidemias todos los años y el "B" cada uno o dos años.

El tipo "A" tiene más agresividad y produce la forma grave de la infección. Otro agentes virales son los virus Para influenza humana tipo 1 y 3 , influenza A , Rinovirus, Enterovirus, Coronavirus y algunos tipos de adenovirus 3, 7 y 21 los cuales pueden estar asociados a bronquiolitis severa con alta mortalidad y complicaciones con alta mortalidad y complicaciones a largo plazo como la bronquiolitis obliterantes

En niños inmunodeprimidos hay que tener en cuenta al citomegalovirus. El Mycoplasma pneumoniae y la chlamydia trachomatis han sido también reportados, pero más raramente. (Tratado de Nelson vol7 2015)

Rinovirus

Constituye la causa más frecuente de infección de vías respiratorias altas también juega un papel importante en las bronquiolitis, neumonías y exacerbaciones asmáticas.

Metapneumovirus humano (Hmpv).

Es un virus perteneciente a la familia Paramixoviridae. Es responsable entre 14 y 25% de los casos de bronquiolitis en

los pacientes hospitalizados, predominando al final del invierno y principios de la primavera.

Adenovirus. Es una importante causa de bronquiolitis de lactante, apareciendo de manera endémica o epidémica. Producen infecciones leves aunque los serotipos (1, 7, 8, 19,21 y 35) se asocian a epidemias con elevadas morbimortalidad.

Virus influenza

Produce bronquiolitis clínicamente similares a las producidas por VRS, estando discreta la presencia con mayor frecuencia, de fiebre alta e infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax

Boca virus humano (HBoV)

Está muy relacionado con el parvovirus bovino se ha detectado en lactantes con infecciones respiratorias bajas

Fisiopatología

La fisiopatología de la bronquiolitis comienza con una infección aguda de la vía aérea respiratoria superior con contacto de secreciones de personas infectadas. El periodo de incubación es entre 2 y 8 días, con 4-6 días como el periodo más observado. Después de la inoculación, el virus se propaga a las vías respiratorias bajas a través de la mucosa

respiratorio por la fusión de células infectadas con células no infectadas. Esto se traduce en masas gigantes de células con varios núcleos, también conocidas como sincitio. En el interior de la célula se replica causando inflamación y edema de la mucosa y submucosa, necrosis epitelial y pérdida de la superficie ciliar, lo que produce disminución en el transporte de secreciones y de tritrus celulares desde la luz bronquiolar hacia la vía aérea superior, causando obstrucción de los bronquiolos terminales, parcial o totalmente y alterando al flujo de aire al pulmón (15)

Posteriormente se produce regeneración epitelial con células sin cilios. Este epitelio no logra transportar bien las secreciones, empeorando la obstrucción de las vías respiratorias por acumulo de tapones de moco intraluminares que facilita el desarrollo de atelectasias. Simultáneamente hay un infiltrado de células pro inflamatoria, principalmente linfocitos, neutrófilos, eosinofilos, células plasmáticas y macrófago al nivel peribronqueolar e intraepitelial que empeora la obstrucción.

A esto se suma el broncoespasmo secundario la entrada de calcio celular a la fibra muscular que rodea a los bronquiolos. Lo anterior lleva a un aumento en la resistencia de las vías aéreas de pequeño y mediano calibre, produciendo obstrucción a alas salida de aire al pulmón, atrapamiento de aire y aumento de la capacidad residual funcional (16).

Los cambios anteriores pueden acompañarse de la formación de atelectasia, acidosis láctica por aumento del trabajo respiratorio, acidosis respiratoria por retención de CO_2 y alteración de la relación, ventilación-perfusión, llevando a la hipoxemia y si la obstrucción empeora causando una insuficiencia respiratoria aguda y potencialmente la muerte

CLINICA

Puede manifestarse como dificultad respiratoria de grado variable de saturación, sibilancias y crepitos en la auscultación (17). En comparación con otros virus que causan la bronquiolitis, la fiebre tiende a ser menor con VRS y más alta con adenovirus. Las amnios pueden ocurrir sobre todo en los prematuros y en los menores de 2 meses de edad (19).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la bronquiolitis aguda es eminentemente clínico, las pruebas de laboratorio y las radiografías nos indican rutinariamente, podrían estar indicadas en pacientes con un curso clínico inusual o enfermedad grave (29)

Pruebas virológicas para el VRS y otros virus rara vez alteran las decisiones en el manejo, su utilidad radica en permitir la vigilancia epidemiológica y el aislamiento del paciente hospitalizado lo cual ayuda a evitar la transmisión nosocomial; teniendo mayor rendimiento las pruebas de aspirado nasofaríngeo sobre el hisopado nasofaríngeo (30).

La radiografías del tórax no son necesarias en la evaluación de rutina y puede conducir al uso inadecuado de los antibióticos (31).

La determinación del PCR Y/O pro calcitonina podría ser de utilidad en los paciente con bronquiolitis aguda y fiebre en los que sospeche una infección bacteriana potencialmente grave. La determinación de la saturación de oxígeno puede ser de utilidad como una forma no invasiva de seguimiento (32- 33)

TRATAMIENTO

Afortunadamente en la mayoría de pacientes la bronquiolitis en una enfermedad auto limitada. Aquellos niños que requieren manejo hospitalario la base del tratamiento son la medida del soporte donde la oxigenación e hidratación constituye el pilar fundamental del manejo

Estado de hidratación

El aumento de la frecuencia respiratoria, las secreciones espesas, la fiebre e inapetencia pueden contribuir a la deshidratación. Los pacientes pueden requerir de rehidratación intravenosa o de sonda nasogástrica hasta que la alimentación mejore. La bronquiolitis se ha descrito como un factor independiente de estímulo para liberación de hormona antidiurética y puede poner en riesgo al paciente una hiponatremia y iatrogénica si se le administra líquidos

hipotónicos. Usar líquidos isotónicos puede ser benéficos para disminuir este tipo de riesgo (34)

Se debe evaluar la hidratación y la habilidad para la ingesta de líquidos oralmente si el paciente tiene leve dificultad respiratoria se requiere solo de observación. Si la frecuencia respiratoria es mayor de 60-70 , tiene alteo nasal, retracción intercostales , o espiración prolongada hay riesgo de aspiración por lo cual se debe suspender la vía oral y administrar liquido intravenosos (35).

Oxigeno

La bronquiolitis puede generar grados variables de hipoxemia por lo que la administración de oxigeno es clave en la intervención terapéutica. La meta final es mantener una saturación de oxigeno normal previniendo la hipoxia o la entrega insuficiente de oxígeno a las tejido metabólicamente activos. Los niveles de saturación varían de acuerdo al nivel de altura sobre el nivel de mar de acuerdo a la ciudad donde se evalúa al paciente (36).

Succión Nasal

Es usada frecuentemente para aliviar la obstrucción de la vía aérea superior. Puede causar bienestar al paciente y permitir una mejor alimentación. Sin embargo la succión excesiva puede estar asociada a edema nasal y llevar a una obstrucción

adicional. Está de mostrado ser más benéfica antes de la alimentación.

Beta- 2 agonistas. Se ha postulado que el efecto broncodilatador podría ser beneficiosos en el tratamiento sintomático de la bronquiolitis (37).

Epinefrina

El uso de adrenalina en la bronquiolitis aguda ha sido motivo de discusión. Debe reservarse para pacientes hospitalizados o los que están siendo evaluados en el servicio de emergencia, cuando a pesar de otras medidas el paciente continúa con sibilancia en la auscultación (38).

La justificación para sus uso se basa en su potencial efecto vasoconstrictor mediado por receptores alfa del árbol bronquial que disminuye en teoría el edema a dicho nivel, además el efecto b- broncodilatador en el alivio de la obstrucción al flujo aéreo.

Esteroides

Se ha considerado diferente tipos de glucocorticoides, dosis, duración y rutas de administración, solos o en combinación concluyendo el uso de esteroides no redujo la tasa admisión ni la estancia hospitalaria (39-40).

La administración sistémica de dexametasona no tiene un efecto consistente sobre las concentraciones de citoquinas pro-inflamatorias, esto puede ayudar a explicar la falta de beneficio clínico del tratamiento con esteroides ni con bronquiolitis severa por VRS (41).

ANTIBIOTICOS

El uso rutinario de antibióticos carecen de efectos beneficiosos no son en la bronquiolitis sino también en la neumonía por VRS. Por lo tanto, no está recomendada su administración sistemática en estos pacientes, y su indicación únicamente está justificada ante la sospecha o presencia de una coinfección bacteriana (5, 44 , 45)

TERAPIA RESPIRATORIA

La técnica de vibración y percusión no disminuye la duración de la estancia hospitalaria ni la necesidad de oxígeno y tampoco mejora la puntuación clínica de severidad en los niños con bronquiolitis aguda.

SOLUCION HIPERTONICA 3%

Se ha evaluado su efectividad en el tratamiento de la bronquiolitis en lactantes hospitalizados, encontrándose una reducción en la estancia hospitalaria hasta de 1,9 días. El tratamiento es bien tolerado sin efectos adversos atribuibles a la medicación (47-50).

CAPITULO III

PLAN DE INTERVENCION

3.1 . VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION:

• DATOS PERSONALES:

NOMBRE: JUANA O. B.

NACIONALIDAD: Peruana

FECHA DE NACIMIENTO: 20/04/18

SEXO: Femenino.

LOCALIDAD: Talandracas Chulucanas

PROVINCIA: Morropon

EDAD: 6 M

DIRECCION: Talandracas Chulucanas

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Madre refiere que su bebe presenta desde hace tres días tos, alza térmica no cuantificada, dificultad para respirar y no puede lactar.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Bronquiolitis

3.1.4 ANTECEDENTES

a) **ANTECEDENTES PERINATALES:** Nació de 34 SS, peso: 2800 gr, talla: 48cm, APGAR: 8 (1) y 9 (5)

b) **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Padres ninguno

Abuela materna: Diabética e hipertensa

c) **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Recibió fototerapia 2 días al nacer

d) **ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES:**

Padre de 21 años vive en casa de sus suegros donde trabaja elaborando artesanía Madre: se dedica al cuidado de su casa. Casa de material rustico: techo de calamina, piso de tierra, no cuenta con agua, la almacena.

3.1.5 EXAMEN FISICO:

CONSTANTES VITALES:

- ✓ Peso: 6700gr.
- ✓ Talla: 61cm.
- ✓ Temperatura: 38°C
- ✓ Respiraciones: 60-70 Xm
- ✓ StO2 :93%
- ✓ Cabeza: Redondo simétrico sin lesiones
- ✓ Cuero Cabelludo: Limpio sin seborrea.
- ✓ Cabello: fino, quebradizo.
- ✓ Aparato digestivo: Boca y garganta: Mucosa seca y lengua de color blanquecina, succiona con dificultad por presencia de tos.
- ✓ Abdomen: ligeramente distendido, no dolorosa a la palpación.
- ✓ Aparato Respiratorio:
- ✓ Nariz: Orificios con secreciones nasales de color amarillento y aleteo nasal.
- ✓ Tórax: A la auscultación sibilantes en ACP, tiraje inter y subcostal.
- ✓ Extremidades: simétricos.
- ✓ Sistema Neurológico: Reflejos presentes.

EXAMENES AUXILIARES

LUE	6.8	H103/mm3 (3.5 – 10.0)
ERI	7.08	106/mm8 (3.80 – 5 – 80)
HB	10.1	G/DL (11.0 – 16 – 5)
HTC	34.7	B% (35.0 – 50 – 0)
PLT	925	103 /mm3 (150 – 400)
PTC	258	% (100 – 500)
VCM	80	FL (80 – 97)
HCM	29.3	PG (26.5 – 33.5)
CCMH	34.4	G/DL (31.5 – 35.0)
IDE	13.5	% (10.0 – 14.4)
VPM	7.9	FL (507 – 110)
IDP	10.1	B% (13.2 – 18.0)

DIFF		
% Lin	25.4%	(17.0 – 48.0)
% Mon	5.6%	(4.0 – 8.0)
% Gra	69.0%	(43.0 – 76.0)
% Lin	3.4	H103 /mm3 (1.2 – 3.2)

% Mon	0.7	103 /mm3 (0.3 – 0.8)
% Gra	9.6	H 103/mm3 (1.2 – 6.8)
Glóbulos Rojos		
Glóbulos Blanco	10.500 Por mm3	
Plaquetas	39.5000 – Por mm3	
Hemoglobina	10.9 (100% - gra%)	
Hematocrito	30.3	
Gig	75%	
Ling	25%	
Paciente: E.B.		
Edad: Sexo: Referencial		
6 Meses Femenino		
Misceláneos		
H.I.V Elisa _____ negativo		
V.D.R.L. No Reactivo		

3.1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

La madre refiere que es su tercer episodio de gripe, fiebre pero hace tres días comenzó a presentar rinorrea, tos persistente, dificultad respiratoria, por lo que la trae a la emergencia. Anteriormente se curó con remedios caseros además de lo que le indicaron en la botica.

DOMINIO 2: NUTRICION

La madre expresa que ha empezado a comer desde los 4 meses aunque por ahora no tiene apetito, mama poco

DOMINIO 3 ELIMINACION / INTERCAMBIO

La madre refiere que orina varias veces durante la noche y el día y que evacua una vez al día sin ningún tipo de ayuda.

Presenta tos persistente, abundante secreciones oro faríngeo.

DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO:

Madre refiere que su bebe respira muy rápido y se cansa cuando lacta, duerme por momentos y llora, se mantiene en posición semifowler en cuna a la auscultación sibilantes y roncantes en ACP.

DOMINIO 5 PERSEPCION/COGNICION:

Nivel de conciencia: activo, piel caliente al tacto T°:38°c, presencia de sudoración e irritabilidad.

DOMINIO 6 AUTOPERCEPCION:

La madre refiere que la niña esta irritable tiene pavor al personal de salud.

DOMINIO 7 ROL RELACIONES:

Madre refiere que su bebe es la adoración de los padre y abuelos y tíos.

DOMINIO 8 SEXUALIDAD:

Órganos genitales acorde a su edad.

DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:

Madre refiere: "Me preocupa mi bebe, por favor ayúdenme.

DOMINIO 10 PRICIPIOS VITALES

Madre refiere que no está bautizada pero ya le echaron el agüita.

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION:

Paciente presenta alza térmica temperatura axilar 38°c

DOMINIO 12 CONFOR:

Paciente llorosa se coge la cabeza.

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Paciente con crecimiento y desarrollo no acorde a su edad.

Le falta la vacuna de 6 meses (3ra de PENTAVALENTE y 3ra de APO). No la pusieron por que enfermo.

3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION

DATOS RELEVANTES O CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	PATRON O DOMINIO	BASE TEORICA	PROBLEMA O ESTADO DE SALUD	FACTOR RELACIONADO
Dificultad respiratoria, disnea, tiraje intercostal, tos, aumento de secreciones nasales y cianosis.	DOMINIO 3 Eliminación E Intercambio. Limpieza ineficaz de vías aéreas. (00031)	Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo	Dificultad respiratoria	Retención de secreciones. Mucosidad excesiva. Secreciones bronquiales.
Piel caliente al tacto Irritabilidad T°=38°C	DOMINIO: 11 Seguridad / protección Hipertermia (00006)	Hipertermia	Temperatura por encima de los valores normales.	Proceso infeccioso
Madre refiere que acude a botica para dar tratamiento a su bb.	DOMINIO: 1 PROMOCION DE LA SALUD Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar 00080	Gestión de la salud	.Identificación control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.	Desconocimiento.

3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.2.1 LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- ✓ Frecuencia respiratoria:60-70Xm
- ✓ Hipertermia (38°C)
- ✓ Irritabilidad y llanto del niño.
- ✓ sibilantes y roncales en ACP.
- ✓ Dificultad para lactar.
- ✓ Mucosa oral seca, lengua seborreica.

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- ✓ 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- ✓ 00007 Hipertermia.
- ✓ 00078 Gestion ineficaz de la salud familiar.

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Dificultad para respirar	Retención de secreciones. Mucosidad excesiva. Secreciones bronquiales.	Sibilantes, tiraje y secreciones oro faríngeas FR:60-70X	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones E/P Sibilantes, tiraje F R: 60-70x.m
Piel caliente al tacto	Aumento de la tasa metabólica, proceso infeccioso (especificar), deshidratación, efecto secundario de medicamentos, traumatismo, efectos anestésicos, etc.	Piel enrojecida, aumento de la temperatura por encima del límite normal, calor al tacto, taquicardia, taquipnea, convulsiones.	HIPERTERMIA R/C PROCESO INFECCIOSO E/P TEMPERATURA 38°C , TAQUICARDIA
Practica inadecuada de promoción de la salud	Conocimientos Deficientes	Madre refiere: "le doy medicina que me recomiendan en la botica.	Gestión ineficaz de la salud R/C conocimientos insuficientes del régimen terapéutico M/P madre refiere "a mi bebe le doy medicamento que me recomiendan en la botica.

3.3 PLANIFICACION

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCION	RESULTADO ESPERADO
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c aumento y acumulo de secreciones e/p sibilantes, tiraje intercostal FR:60-70XM	<p>Estado respiratorio</p> <p>Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)</p> <p>El lactante mantendrá libre de secreciones y permeables las vías aéreas en todo momento .</p> <p>El lactante mantendrá sus signos vitales dentro de rangos normales .</p>	<p>3160 Aspiración de las vías aéreas.</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral o traqueal. Aspirar la nasofaringe con bombillas procede. Utilizar equipo desechable para cada procedimiento de aspiración.</p> <p>Detener la succión y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia o desaturación. Anotar el tiempo y cantidad de secreción del paciente.</p> <p>3350 MONITORIZACION RESPIRATORIA.</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Controlar el esquema de la respiración, bradip o taquipnea, hiperventilación etc. Anotar la aparición y características de la tos. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.</p>	<p>Paciente disminuye sibilantes y tiraje. Logro disminuir su FR a 50 Xm.</p>

<p>HIPERTERMIA R/C PROCESO INFECCIOSO E/P TEMPERATURA 38°C , TAQUICARDIA</p>	<p>Termorregulación</p> <p>INDICADORES: Temperatura cutánea aumenta/ frecuencia del pulso/comodidad térmica referida</p> <p>SIGNOS VITALES Indicadores: t° corporal/ t° cutánea aumenta</p>	<p>Regulación de la temperatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administración de antipirético según prescripción - Aligerar prendas - Medios físicos - Baño -Control de la temperatura cada 2 hrs - Favorecer una ingesta de líquidos adecuados -Lactancia materna libre de demanda <p>Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar periódicamente el color, la humedad y la t° de la piel - Observar y registrar si hay signos de hipertermia -Controlar la t° cada 2 hrs -Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio -Controlar periódicamente la pulsioximetría <p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <p>Se evaluará el nivel de conocimientos de los padres relacionado con la bronquiolitis. Se describe signos y síntomas de la bronquiolitis</p> <p>Se informa acerca de las complicaciones de la enfermedad.</p> <p>Se brinda información sobre prevención de la bronquiolitis</p>	<p>Paciente logro mantener temperatura en 36.7 °C</p> <p>Lactante logro mantener signos vitales dentro de los parámetros normales</p>
--	---	---	---

		<p>5618 Enseñanza:</p> <p>Procedimiento/tratamiento.</p> <p>Conocimiento por parte de los padres de las actividades que deben realizar para la recuperación del niño</p> <p>Explicar la importancia del lavado nasal para la eliminación de las secreciones antes de comer y/o lactar.</p> <p>En caso que al niño se le recete inhaladores se le instruirá el uso de inhaladores</p>	
<p>Gestión ineficaz de la salud R/C conocimientos insuficientes del régimen terapéutico M/P madre refiere "a mi bebe le doy medicamento que me recomienda en la botica.</p>	<p>Conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos terapéuticos - Descripción del procedimiento terapéutico - Explicación del propósito del procedimiento - Descripción de los pasos del procedimiento 	<p>5618 Enseñanza:</p> <p>Procedimiento/tratamiento.</p> <p>Facilitar el aprendizaje</p> <p>Evaluar el nivel actual de conocimiento del familiar relacionado con el proceso de enfermedad y proporcionar información que sea necesaria</p> <p>Conocimiento por parte de los padres de las actividades que deben realizar para la recuperación del niño</p> <p>Explicar la importancia del lavado nasal para la eliminación de las secreciones antes de comer y/o lactar.</p> <p>En caso que al niño se le recete inhaladores se le instruirá el uso de ellos.</p>	<p>Familiares se logra participación activa del familiar en el manejo del tratamiento</p>

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

La ejecución del proceso de atención de enfermería se llevó a cabo en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital II-1 Javier Norberto Chulucanas así también se obtuvo datos necesarios del expediente clínico obteniendo datos importantes como antecedentes al proceso salud enfermedad.

Se tuvo en cuenta los principios éticos como el respeto a la persona, autonomía, no maleficencia, beneficencia, privacidad y justicia. Esto nos permitió contribuir en el paciente y así que se siente más tranquilo.

Las actividades se realizaron desde el momento de la entrevista, de acuerdo a la valoración realizada se priorizaron tres diagnósticos de Enfermería. Siendo el primer diagnóstico de tipo real, Limpieza ineficaz de vías aéreas pone en riesgo la vida del paciente

En este diagnóstico se plantearon intervenciones generales como monitorización de vías respiratorias y aspiración de las vías aéreas dentro de las cuales se ejecutaron actividades específicas dando atención a las respuestas humanas de este diagnóstico, todo esto plasmado en el plan de cuidados individualizado.

Se ejecutaron todas intervenciones y actividades planteados en el plan de cuidado individualizado, adquiriendo resultados positivos con el paciente ya que se alcanzó estabilizarlo hemodinamicamente resaltando el cuidado rápido y oportuno de enfermería en coordinación con el equipo de salud.

EVALUACION

Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica, e instrumento de valoración del paciente, complementado con la entrevista, la observación y el examen físico, tomando en cuenta los trece dominios, se contó con la colaboración directa del paciente. Obteniendo datos significativos que nos permiten identificar el problema. La formulación de la situación problema se realizó de forma satisfactoria.

El análisis de los datos se realizó favorable mente en forma breve y concisa, a partir de los datos obtenidos lo que contribuyó a la identificación de la necesidad que posterior mente nos llevó a la formulación de los diagnósticos de enfermería y a su priorización.

La planificación se realizó a partir de los diagnósticos priorizados, proponiendo objetivos, intervenciones, fundamento teórico y criterios de resultado para luego poder ejecutar el plan.

Los objetivos generales como especifico antes planteados como P.E fueron cumplidos en un 90% aproximadamente de manera general , ya que se obtuvo un cambio positivo en la limpieza de las vías aéreas logrando mejorar la saturación de oxígeno de 93% a 97% y disminuir la frecuencia respiratoria de 60 -70 xm a 50 R Xm. y tiraje disminuyo.

Se logró estabilizar al paciente el cual fue dado de alta a las 24 horas de permanecer en el servicio de observación pediátrica.

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

S=Refiere la madre que su niña inicia su enfermedad con secreciones nasales, tos persistente y fiebre 38°C luego presento dificultad para respirar por lo que decide acudir al hospital.

O=Se observa lactante irritable, piel ligeramente pálida, secreciones líquida amarillenta en fosas nasales, discreto aleteo nasal, tos persistente tiraje intercostal, a la auscultación sibilantes en ambos campos pulmonares.

A = Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c incremento y acumulo de secreciones e/p sibilantes, tiraje intercostal y aleteo nasal.

Hipertermia r/c enfermedad e/p T°=38°C

P= Paciente será capaz de mantener vías aéreas permeables con apoyo del personal de salud durante el turno. Lactante será capaz de mantener temperatura corporal dentro de parámetros normales.

I=Posicionar adecuadamente al paciente al paciente (posición semifowler)

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

- ✓ Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

- ✓ Determinar la necesidad de la aspiración oral o traqueal.
- ✓ Administrar el tratamiento con aerosol si está indicado
- ✓ Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea posible.
- ✓ Bajar la temperatura por medios físicos.
- ✓ Administrar antipiréticos se procede.

E=Lactante logro mantener vías aéreas permeable y se mantuvo afebril.

CONCLUSIONES

- 1.** Se concluye diciendo que Enfermería ciencia basada en unos amplios sistemas de teorías, se ve reflejada en el P.E. como método para sustentar la práctica diaria. Este método con su enfoque deliberativo exige la resolución de problemas basadas en habilidades cognitivas y técnicas para cubrir las necesidades o respuestas humanas de los pacientes.
- 2.** Es importante recalcar que lo anterior señalado no puede ser alcanzado únicamente por la actuación de la enfermera, ya que se requiere de un gran equipo de trabajado, personal experto en el área y sobre todo que exista coordinación para poder brindar esa atención especializada de manera humanista.
- 3.** Siendo la bronquilitis una patología con alta prevalencia en lactantes a nivel de los países en desarrollo como el nuestro y la causa principal de ingreso de lactantes a la emergencia es necesario la unificación de criterios en el manejo holístico a través de la aplicación del P.E. El personal de enfermería tiene un papel protagonista en esta enfermedad, dado que, con su observación, cuidados, manejo y aviso oportuno pueden disminuir las complicaciones y mejorar el pronóstico.
- 4.** La educación sanitaria que ejerce el personal de enfermería, en cuanto a las medidas preventivas como el lavado de manos, entre los familiares y el personal sanitario, es crucial para disminuir el número de casos y reducir así la mortalidad infantil. Esto requiere estar actualizado para continuar mejorando la calidad de los cuidados de enfermería.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer los conocimientos al personal de salud sobre los factores de riesgo asociados a los problemas con bronquiolitis, para una prevención y/o detección precoz de esta enfermedad y así poder ayudar a la disminución de la morbimortalidad de la misma.
2. Difundir mediante charlas sobre la importancia de prevenir la bronquitis, que los padres de familia lleven oportunamente a sus hijos a las citas programadas en Crecimiento y desarrollo, para llevar un control adecuado de la salud de sus hijos de acuerdo a su edad y desarrollo.
3. orientar a la población en general sobre la importancia de las inmunizaciones en los niños, y sobre las edades en las que debe de cumplirse la vacunación, a fin de que sea para ellos un factor de protección.
4. brindar capacitación a las madres sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva así como promover su actividad, que puede ayudar por un lado al crecimiento y desarrollo del lactante y también a prevenir enfermedades como la bronquiolitis.
5. Brindar información y educación a la madre para el cuidado del niño durante su estancia hospitalaria, los signos de alarma y control periódico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calvo M, García I, Casas P. Infecciones respiratorias virales [citado 13 mar 2018]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
2. Apolo R. Factores de riesgo asociados al desarrollo de bronquiolitis en niños atendidos en el Hospital Isidro Avora, 2014. [Citado 13 mar 2018]. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2141>
3. Arraut, P; y Lesmes, A. Caracterización de la población con bronquiolitis en la clínica infantil Colsubsidio en el año 2015. [Citado 13 mar 2018]. Disponible <https://pdfs.semanticscholar.org/8071/bedc727bd8be16a2a9b2fc46b99e43522271.pdf>
4. Ávila, I; Valero, A; Pira, L; y Socha, J. Factores de riesgo identificados en niños que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo pediátrico por bronquiolitis severa [Citado 13 mar 2018]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/10335/AvilaGarcialvonneAlejandra2009.pdf;jsessionid=6D6D8D38617708CB71D8A462D8E66780?sequence=2>
5. Staat MA, Henrickson K, Elhefni H, Groothuis J, Makari D. Prevalence of respiratory syncytial virus-associated lower

respiratory infection and apnea in infants presenting to the emergency department. *Pediatr Infect Dis J.* 2013;32(8):911.

6. Mansbach JM, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. US outpatient office visits for bronchiolitis, 1993-2004.: 304[Citado 13 mar 2018]. Disponible en: https://www.academia.edu/21145096/en_and_Risk_Factors_for_Bronchiolitis-Related_Medical_Visits_in_Infants_Enrolled_in_a_State_Care_Insurance_Plan
7. Ucrós S, Dueñas EM, Gutiérrez ML. Calendario y variación estacional de las afecciones respiratorias en la ciudad de Santafé de Bogotá. *Rev Colomb Neumol* 1997
8. Figueras-Aloy J, Carbonell-Estrany X, Quero J; IRIS Study Group. Case-control study of the risk factors linked to respiratory syncytial virus infection requiring hospitalization in premature infants born at a gestational age of 33-35.
9. Choudhuri JA, Ogden LG, Ruttenber AJ, Thomas DS, Todd JK, Simoes EA. Effect of altitude on hospitalizations for respiratory syncytial virus infection. *Pediatrics* 2006; 117
10. Greensill J, McNamara PS, Dove W, Flanagan B, Smyth RL, Hart CA. Human metapneumovirus in severe respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Emerg Infect Dis* 2003

11. Kuypers J, Martin ET, Heugel J, Wright N, Morrow R, Englund JA. Clinical disease in children associated with newly described coronavirus subtypes. *Pediatrics* 2007; 119 (1): e70-6.
12. Kristoffersen AW, Nordbø SA, Rognlien AG, Christensen A, Døllner H. Coronavirus causes lower respiratory tract infections less frequently than RSV in hospitalized Norwegian children. *Pediatr Infect Dis J* 2011; 30
13. Calvo C, García-García ML, Pozo F, Carvajal O, Pérez-Breña P, Casas I. Clinical characteristics of human bocavirus infections compared with other respiratory viruses in Spanish children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27 (8): 677-80.
14. Hall CB. Respiratory syncytial virus and parainfluenza virus. *N Engl J Med* 2001; 344 (25): 1917-28.
14. Coffin SE. Bronchiolitis: in-patient focus. *Pediatr Clin North Am* 2005; 52 (4): 1047-57.
15. Handforth J, Friedland JS, Sharland M. Basic epidemiology and immunopathology of RSV in children. *Paediatr Respir Rev* 2000; 1 (3): 210-4.
16. Willson DF, Landrigan CP, Horn SD, Smout RJ. Complications in infants hospitalized for bronchiolitis or respiratory syncytial virus pneumonia. *J Pediatr* 2003; 143 (5 Suppl): S142-9.

- 17.** Meléndez E, Harper MB. Utility of sepsis evaluation in infants 90 days of age or younger with fever and clinical bronchiolitis. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22 (12): 1053-6.
- 18.** González Caballero D, González Pérez-Yarza E. Bronquiolitis aguda: bases para un protocolo racional. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 355-364.
- 20.** Arias AE. Bronquiolitis [Internet]. Argentina: Web Médica Argentina; 2003 [citada 2013 Jun 07]. Disponible en: <http://www.webmedicaargentina.com.ar/TEMAS/bronquiolitis.htm>
- 19.** Petruzella FD, Gorelick MH. Duration of illness in infants with bronchiolitis evaluated in the emergency department. *Pediatrics* 2010; 126 (2): 285-90.
- 20.** Bilavsky E, Shouval DS, Yarden-Bilavsky H, Fisch N, Ashkenazi S, Amir J. A prospective study of the risk for serious bacterial infections in hospitalized febrile infants with or without bronchiolitis. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27 (3): 269-70.
- 21.** Eisenhut M. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection-a systematic review. *Crit Care* 2006; 10 (4): R107.
- 22.** American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics* 2006; 118: 1774-93

- 23.** Wang EE, Law BJ, Stephens D. Collaborative Network on Infections in Canada (PICNIC) prospective study of risk factors and outcomes in patients hospitalized with respiratory syncytial viral lower respiratory tract infection. *J Pediatr* 1995; 126: 212-9.
- 24.** Esposito S, Salice P, Bosis S, Ghiglia S, Tremolati E, Tagliabue C, et al. Altered cardiac rhythm in infants with bronchiolitis and respiratory syncytial virus infection. *BMC Infect Dis* 2010; 10: 305.
- 25.** Kho N, Kerrigan JF, Tong T, Browne R, Knilans J. Respiratory syncytial virus infection and neurologic abnormalities: retrospective cohort study. *J Child Neurol* 2004; 19: 859-64.
- 26.** Randolph AG, Reder L, Englund JA. Risk of bacterial infection in previously health respiratory syncytial virus-infected young children admitted to the intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23: 990-4.
- 27.** Bordley WC, Viswanathan M, King VJ, Sutton SF, Jackman AM, Sterling L, et al. Diagnosis and testing in bronchiolitis: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158 (2): 119-26.
- 28.** Macfarlane P, Denham J, Assous J, Hughes C. RSV testing in bronchiolitis: which nasal sampling method is best?. *Arch Dis Child* 2005; 90 (6): 634-5.

- 29.** Schuh S, Lalani A, Allen U, Manson D, Babyn P, Stephens D, et al. *Neumol Pediatr* 2013; 8 (2): 95-101. Bronquiolitis: artículo de revisión - Parra A. et al. Contenido disponible en www.neumologia-pediatria.cl 101 al. Evaluation of the utility of radiography in acute bronchiolitis. *J Pediatr* 2007; 150 (4): 429-33.
- 30.** Nebot MS, Teruel GC, Cubells CL, Sabadell MD, Fernández JP. Guía de práctica clínica sobre la bronquiolitis aguda: recomendaciones para la práctica clínica. *An Pediatr (Barc)* 2010; 73: 208.e1-e10.
- 31.** España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre bronquiolitis aguda. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
- 32.** Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics* 2006; 118: 1774-93.
- 33.** Gadomski AM, Brower M. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD001266.
- 34.** Martín-Torres F, Rodríguez Núñez A, Martín Sánchez JM. Protocolos terapéuticos. Bronquiolitis aguda: evaluación del tratamiento basada en la evidencia. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 345- 54.

- 35.** Baquero Rodríguez R, Granadillo Fuentes A. Guía práctica clínica: bronquiolitis. *Salud Uninorte* 2009; 25: 135-49.
- 36.** Hartling L, Wiebe N, Russell K, Patel H, Klassen TP. Epinephrine for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 1: CD003123.
- 37.** González de Dios J, Ochoa Sangrador C; Grupo de Revisión del Proyecto abreviado (Bronquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y Adecuación). [Consensus conference on acute bronchiolitis (IV): Treatment of acute bronchiolitis. Review of scientific evidence]. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72 (4): 285.
- 38.** Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10: CD004878.
- 39.** Somers CC, Ahmad N, Mejias A. Effect of dexamethasone on respiratory syncytial virus-induced lung inflammation in children: results of a randomized, placebo controlled clinical trial. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20: 477-85.
- 40.** Van Woensel JB, Vyas H; STAR Trial Group. Dexamethasone in children mechanically ventilated for lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus: a randomized controlled trial. *Crit Care Med* 2011; 39: 1779-83.

41. Amirav I, Luder AS, Kruger N, Borovitch Y, Babai I, Miron D, et al. A Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Trial of Montelukast for Acute Bronchiolitis. *Pediatrics* 2008; 122: e1249- 55.
42. Tahan F, Ozcan A, Koc N. Clarithromycin in the treatment of RSV bronchiolitis: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Eur Respir J* 2007; 29: 91-7.
43. Spurling GKP, Fonseka K, Doust J, Del Mar C. Antibiotics for bronchiolitis in children (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD005189.
44. Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD004873.
45. Kuzik BA, Al-Qadhi SA, Kent S, Flavin MP, Hopman W, Hotte S, et al. Nebulized hypertonic saline in the treatment of viral bronchiolitis in infants. *J Pediatr* 2007;151 (3): 266-70.
46. Sarrell EM, Tal G, Witzling M, Someck E, Houry S, Cohen HA, et al. Nebulized 3% hypertonic saline solution treatment in ambulatory children with viral bronchiolitis decreases symptoms. *Chest* 2002; 122 (6): 2015-20.
47. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD006458.

- 48.** Morawetz D, Cheah E, Barton R, Standish J, Connell TG. Is nebulised hypertonic saline useful as an adjunctive treatment for acute bronchiolitis in infants and children less than 24 months of age? *J Paediatr Child Health* 2011; 47 (12): 922-6.
- 49.** Taylor SG, Compton A, Donohue Eben J, Emerson S, Nergess N, Marriner Tomey A, et al. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En: *Modelos y teorías en enfermería*. Ediciones Harcourt (Cuarta Edición). España, 2000. Capítulo 1; 9-13.
- 50.** Azuaje, K. Modelo de Enfermería de Roper, Logan y Tierney (2.003) [Citado 13 mar 2018]. Disponible en: <https://www.mobt3ath.com/uplode/book/book-4921.pdf>
- 51.** Ipek IO, Yalcin EU, Sezer RG, Bozaykut A. The efficacy of nebulized salbutamol, hypertonic saline and salbutamol/hypertonic saline combination in moderate bronchiolitis. *Pulm Pharmacol Ther* 2011; 24 (6): 633-7.
- 52.** Ralston S, Hill V, Martinez M. Nebulized hypertonic saline without adjunctive bronchodilators for children with bronchiolitis. *Pediatrics* 2010; 126 (3): 520-5.
- 53.** Luo Z, Fu Z, Liu E, Xu X, Fu X, Peng D, et al. Nebulized hypertonic saline treatment in hospitalized children with moderate to severe viral bronchiolitis. *Clin Microbiol Infect* 2011; 17: 1829- 33.

- 54.** Kuzik BA, Flavin MP, Kent S, Zielinski D, Kwan CW, Adeleye A, et al. Effect of inhaled hypertonic saline on hospital admission rate in children with viral bronchiolitis: a randomized trial. *CJEM* 2010; 12 (6): 477-84.
- 55.** Al-Ansari K, Sakran M, Davidson BL, El Sayyed R, Mahjoub H, Ibrahim K. Nebulized 5% or 3% hypertonic or 0.9% saline for treating acute bronchiolitis in infants. *J Pediatr* 2010; 157 (4): 630-4, 634.e1.
- 56.** Carbonell Estrany X, Quero Jiménez J; Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección del virus respiratorio sincitial. *An Esp Pediatric* 2000; 52: 372-4.
- 57.** Committee on Infectious Diseases. From the American Academy of Pediatrics: Policy statements-Modified recommendations for use of palivizumab for prevention of respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics* 2009; 124 (6): 1694-701.

ANEXOS

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

Realizando una evaluación integral a mi paciente



Objetivo cumplido, recuperacion total de nuestro paciente



ENCUESTA SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL

A. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA LOCALIDAD

Encuestador (a): _Bertha Luz Diaz Aquino

Fecha de Entrevista:

Hora:

Departamento: Piura

PROVINCIA: Morropon

Distrito: Chulucanas

Dirección: _____

Persona Entrevistada (jefe del hogar): Padre () Madre (x) otro _____

B. INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

1. Material predominante en la casa

2. Adobe (x) Madera () Material noble () Quincha ()

3. Estera () Otro

4. Posee energía eléctrica si (x) No ()

5. Red de agua si () No (x) Junta en vidones.

6. Red de desagüe si () No (x)

7. Pozo séptico/Letrina/Otro si (x) No ()

8. Ud. cocina con:

Leña (x) Gas ()

C. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

9. ¿Cuántas personas habitan en la vivienda? 7 personas

10. ¿Cuántas familias viven en la vivienda? 2 familias

11. ¿Cuántas personas trabajan en su familia? 2 personas

D. INFORMACION SOBRE LA MADRE Y/O TUTOR

12. ¿Cuál es su nivel educativo?.

Educación primaria (x)
Superior no Universitario ()

Educación Secundaria ()
Superior Universitario ()

13.

Ocupación...artesano.....

14. ¿Posee otros ingresos? Especifique. Ninguno

E. INFORMACIÓN SOBRE EL ABASTECIMIENTO DE AGUA

15. ¿Cuántos días a la semana dispone de agua potable? ____ninguno_____

16. ¿Cuántas horas por día dispone de agua? _____

17. La cantidad de agua que recibe es: suficiente () insuficiente (x)

18. ¿Almacena usted el agua para el consumo de su familia? si (x) no ()

19. ¿El agua llega limpia o turbia? (x)

20. ¿El agua antes de ser consumida le da algún tratamiento?:

Ninguno (x) Hierve() Lejía() Otro_____

21. El agua que viene de la red pública la usa para:

1. Beber ()	2. Preparar alimentos ()	3. Lavar ropa ()	4. Higiene personal ()
5. Limpieza de la vivienda ()	6. Regar la chacra ()	7. Otros ()	

22. ¿Se abastece de otra fuente?: si (x) no ()

F. INFORMACION SOBRE EL SANEAMIENTO

23. ¿Tiene conexión al sistema de desagüe?: si () no (x)

24. ¿Usted dispone de una letrina? si (x) no ()