

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS
CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 – 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

ELIZABETH AVELINA MARTINEZ PEREZ

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE | VOCAL |

ASESORA: MG. MIRAVAL CONTRERAS ROSARIO

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 073

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/11/2016

Resolución Decanato N° 1628-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1. Descripción de la situación problemática	04
1.2. Objetivos	06
1.3. Justificación	06
II. MARCO TEÓRICO	08
2.1 Antecedentes	08
2.2 Marco Conceptual	24
2.3 Definiciones de términos	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	39
3.1 Recolección de datos	39
3.2 Experiencia Profesional	40
3.3 Procesos realizados en el Tema del informe	44
IV. RESULTADOS	49
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIALES	56
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. De todas ellas, la neumonía es la más frecuente y se calcula que en todo el mundo cada año mata a alrededor de 1,2 millones de niños menores de cinco años, más que el SIDA, la malaria y el sarampión combinados.¹ Entre los principales agentes causantes de la neumonía bacteriana tenemos el *Streptococcus pneumoniae*, seguido de la *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib); y el virus sincitial respiratorio (VSR) que es la causa más frecuente de neumonía vírica en niños pequeños.

El presente informe de experiencia profesional “Cuidados de enfermería a pacientes menores de 5 años con diagnósticos de neumonía en pediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins” tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería a los pacientes pediátricos con este diagnóstico. Así mismo contribuirá a concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de ejecutar adecuadamente los procedimientos de enfermería que contribuyan a una favorable evolución del paciente y que permitan disminuir el nivel de mortalidad y morbilidad.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI recomendaciones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La Neumonía, es la causa principal de muerte de niños y adultos mayores en todo el mundo. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo edad. ¹

En el Perú cada año se presenta el periodo de invierno; con temperaturas inclusive por debajo de los 0°C en la región andina. Así mismo en la Selva se presenta un fenómeno denominado friaje, que es el ingreso de aire frío proveniente de la Antártida la cual genera descensos bruscos de temperatura, las cuales suelen generar impactos en la salud de la población.

Además, debemos tener en cuenta que las poblaciones presentan condiciones de vulnerabilidad junto con otros determinantes en salud que contribuyen al incremento de las infecciones respiratorias agudas (IRA).

Debido a su mortalidad y morbilidad, en el Perú las infecciones respiratorias agudas principalmente la Neumonía, son la primera causa de mortalidad general. La tasa y el número de episodios de neumonías en menores de 5 años, durante el año 2015 fue de 85.4 x 10 000 niños (as) y tuvo un incremento de 0.6% comparado con el

2014, no obstante esta tasa se ha ido reduciendo progresivamente durante los últimos 5 años, (107.0 en el 2011) a (85.4 en el 2015) (2). A nivel nacional, Lima es uno de los departamentos que ha notificado un mayor número de casos de neumonía (7709), con una tasa de (96.6 x 10 000), superando la tasa promedio nacional. ²

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, ubicado en el distrito de Jesús María, uno de los problemas se da por un alto número de atenciones de niños/as con diagnóstico de neumonía y neumonía grave; según el registro de datos, lo que genera en ocasiones cierta dificultad en el cuidado y atención a los pacientes por parte del personal de enfermería, quedando en algunos casos bajo la responsabilidad de los padres o cuidadores la vigilancia y observación de los pacientes.

Es por esta situación la importancia de que el personal de enfermería cumpla adecuadamente con los procedimientos de enfermería, valorando la situación de cada paciente, así mismo brindar una adecuada capacitación y orientación a los padres de familia para continuar con la atención, tomando en cuenta que son parte fundamental para la recuperación del paciente.

1.2 Objetivo

Describir mi experiencia profesional en el cuidado de niños con problemas reales y potenciales de NEUMONÍA en el servicio de Pediatría General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, en los años 2013 - 2015.

1.3 Justificación

Frente a la problemática de que las enfermedades respiratorias agudas, principalmente la neumonía sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo y en el país, sobre todo en la población más vulnerable que son los niños/as menores de 5 años y pese a los programas desplegados por el Estado a través de las instituciones de Salud Pública, orientados a la prevención y control; no se ha logrado reducir de manera significativa su incidencia.

El presente informe, resulta importante en la medida que me permite transmitir mis conocimientos y experiencia profesional en el cuidado y atención de los pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía, incidiendo en la importancia de desarrollar un plan de cuidados individualizado y que permita brindar una atención de calidad, tomado en cuenta que un mayor porcentaje de neumonía son causadas por virus; por ello brindar un tratamiento específico y oportuno es fundamental para evitar posibles complicaciones y llegar a la muerte.

Así mismo describir sobre la importancia de la Enfermera en su función educadora para con los Padres o tutores.

En la medida que podamos brindar una atención de calidad a los pacientes pediátricos con neumonía, les permitirá tener una evolución y recuperación favorable evitando complicaciones; así mismo la educación que se les brinda a los familiares sobre la importación en la prevención; podría evitar la recurrencia de la enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Martín A, Moreno-Pérez D, Alfayate S, Couceiro J, García M, Korta J, “et al” **“Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas”**. Asociación Española de Pediatría. 2011. Objetivo definir la NAC como una infección aguda del tracto respiratorio inferior con una duración inferior a 14 días, o iniciada en los últimos 14 días, adquirida en la comunidad, que produce tos y/o dificultad respiratoria y con evidencia radiológica de infiltrado pulmonar agudo. La definición de NAC es más problemática en lactantes por el solapamiento en las manifestaciones clínicas y radiológicas de la NAC y la bronquiolitis.

En dos recientes investigaciones prospectivas realizadas en España, que presentaron un rango de 30.3-36 casos/1.000 niños menores de 5-6 años. La incidencia de NAC es claramente inferior en niños mayores, con 11-16 casos por 1,000 niños mayores de 5 años. La incidencia de NAC en niños hospitalizados es variable y oscila entre 3 y 10.9 por 1,000 menores de 5 años en los estudios contemporáneos europeos y norteamericanos. Dentro de este rango se encuentran las tasas encontradas en los dos estudios nacionales, donde el 15.6-23% de niños con NAC requirieron ingreso hospitalario. La mayoría de los

estudios encuentran un discreto predominio de NAC en varones, tanto a nivel comunitario como hospitalario.

La mortalidad por NAC es prácticamente nula en los pacientes pediátricos de los países desarrollados, lo que contrasta con los países en vías de desarrollo donde la NAC es la principal causa de mortalidad infantil, responsable de 2 millones de fallecimientos en niños anualmente (20% de mortalidad infantil). La mortalidad en niños sanos con NAC que se complica con derrame puede llegar al 3%.

Los niños con NAC pueden presentar fiebre, taquipnea, disnea o dificultad respiratoria, tos, sibilancias y/o dolor torácico. Ocasionalmente se acompañan de dolor abdominal y/o vómitos, y cefalea. Cuando predomina la clínica de infección del tracto respiratorio superior asociada a sibilancias generalizadas y fiebre de poca entidad en niños, se considera que probablemente no tienen una neumonía.³

Moreno-Pérez D, Martín A, Tagarro A, Escibano A, Figuerola J, García A. "et al" **"Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención"** Asociación Española de Pediatría. Vol. 83 Núm. 6 Diciembre 2015.⁷

Refieren que los principales agentes etiológicos son los virus y *S. pneumoniae*. Los primeros afectan, sobre todo, a niños menores de 4-5 años y el segundo a niños de cualquier edad.

Las bacterias potencialmente productoras de NAC que presentan problemas de resistencia a antimicrobianos son: *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*) y *H. influenzae* tipo b. En nuestro medio, el resto de agentes, los productores de NAC atípica, como *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) o *Chlamydia pneumoniae* (*C. pneumoniae*), o los virus, no presentan problemas de este tipo.

El paciente con NAC, además de la terapia antibiótica, puede precisar tratamiento de soporte, siendo menor en el paciente que no precisa ingreso hospitalario.

Los niños con neumonía suelen tener dolor asociado (pleurítico, abdominal, cefalea) y molestias o dolor debido a la inflamación de las vías aéreas superiores (otalgia, odinofagia). Se recomienda analgesia para su alivio, especialmente en caso de dolor pleurítico, pues interfiere con la tos y la respiración. Se puede utilizar paracetamol (15mg/kg/6 h; hasta un máximo de 75 mg/kg/día) o ibuprofeno (5-10 mg/kg/6-8 h). La fiebre debe ser controlada con estos mismos agentes, puesto que aumenta el consumo de oxígeno. No hay suficientes estudios que apoyen que los mucolíticos y los antitusígenos sean beneficiosos, y de forma teórica se recomienda que se eviten las medicaciones con codeína o con antihistamínicos en los niños pequeños.

El trabajo respiratorio y la fiebre aumentan los requerimientos de líquidos. El modo ideal de aportarlos es por vía oral, en pequeñas cantidades y de forma frecuente.

El tratamiento etiológico empírico de la NAC se establece en función de los patógenos más frecuentemente implicados. Sin embargo, uno de los problemas más importantes es la correcta distinción entre los casos de probable etiología viral y los de probable etiología bacteriana. Se tiende erróneamente al uso (y abuso) de los antibióticos, actitud que conduce a un aumento de las resistencias antimicrobianas. Una edad inferior a 2 años, manifestaciones clínicas leves de vías respiratorias inferiores y el antecedente de una inmunización correcta para su edad frente a *H. influenzae* tipo b y *S. pneumoniae* son datos que disminuyen la probabilidad de etiología bacteriana.

Los antibióticos están indicados en los casos de NAC típica, en los que se sospeche etiología bacteriana. En los casos de NAC atípica, solo se emplearán en mayores de 4-5 años y en ciertos pacientes de menor edad, sobre todo si tienen cierta gravedad.

La vacunación frente a ciertos microorganismos ha demostrado tener impacto en la incidencia y mortalidad de la NAC a nivel mundial. Los agentes etiológicos para los que hay vacunas disponibles son *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b y el virus de la gripe.⁴

Newman R, Hedican E, Herigon J, Williams D, Williams A y Newland J. **“Guía para el manejo de neumonía en niños hospitalizados”**. Intramed. 14 may 2012.⁸ En general, no son necesarios los antibióticos de amplio espectro para tratar la NAC. La resistencia del *S. pneumoniae* se produce por el cambio de sus proteínas de unión a la penicilina, lo que se puede superar con altos niveles de ampicilina. La farmacocinética de la ampicilina demostró que puede lograr altos niveles en tejido pulmonar, por lo que supera esta resistencia. Además, el uso innecesario de antibióticos de amplio espectro se ha relacionado con el desarrollo de resistencia antibiótica.

En la institución de los autores, se desarrolló una guía de práctica clínica (GPC) que se implementó para niños sanos hospitalizados con NAC sin complicaciones. Las GPCs se implementan para estandarizar las prácticas y para mejorar la calidad de la atención de los pacientes. La adherencia a las guías demostró que mejora los resultados de los pacientes, incluyendo hospitalizaciones más cortas y disminución de la morbilidad y mortalidad. Además, el hospital implementó una auditoría prospectiva con retroalimentación del programa de administración de antibióticos (PAA) 4 meses antes del inicio de la GPC. Los PAAs se han desarrollado para minimizar el uso innecesario de antibióticos. Tanto las GPCs como los PAAs son estrategias recomendadas por parte de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (SEIA) para promover el uso apropiado de antibióticos.

El objetivo principal de esta GPC fue mejorar el manejo de los antibióticos en niños hospitalizados con NAC sin complicaciones. Las principales recomendaciones incluyen el tratamiento empírico con ampicilina (200-300mg/kg/día), la utilización de amoxicilina (80-100 mg/kg/día) en el momento del alta, y la duración del tratamiento de 5 a 7 días. Este estudio describe el impacto que tuvo la GPC en el manejo de los antibióticos en los niños hospitalizados con NAC sin complicaciones.

Se revisaron retrospectivamente los registros médicos de pacientes dados de alta del Mercy Children's Hospital de Kansas City, Missouri, un hospital terciario de referencia. Los pacientes que fueron hospitalizados entre el 8 de julio de 2007, y el 9 de julio de 2009, fueron elegibles para su inclusión si tenían un diagnóstico de egreso principal o secundario con código de 480 a 486 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9) para neumonía y recibieron un antibiótico. No se evaluó la precisión del diagnóstico, pero en su lugar se revisó la utilización de antibióticos en base al diagnóstico de neumonía por el profesional. Los pacientes fueron excluidos si tenían alguna de las siguientes características: menores de 2 meses, prematuridad <36 semanas de gestación, diagnóstico de neumonía 3 días después de la admisión, inmunodepresión, o 1 de las siguientes: cardiopatías congénitas,

enfermedad pulmonar crónica (excepto asma), enfermedad de células falciformes, enfermedad neurológica, o trastorno neuromuscular. Los pacientes ingresados con un derrame en la radiografía de tórax (RXT) que requirieron un procedimiento diagnóstico o terapéutico, que incluyera tubo de drenaje, toracocentesis, o toracoscopia videoasistida (TVA) fueron excluidos por neumonía complicada. Los pacientes admitidos durante el período de 12 meses comprendido entre el 8 de julio 2007, hasta la implementación de la GPC el 9 de julio 2008, se incluyeron en el análisis pre-GPC, mientras que los pacientes ingresados durante el período de 12 meses después de la introducción de la GPC se incluyeron en el análisis post- GPC. Este estudio fue aprobado por la junta de revisión institucional del hospital.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron evaluados para potenciales fracasos del tratamiento. Se consideró que un paciente fracasó en el tratamiento si se produjo alguno de los siguientes 3 casos. En primer lugar, se consideró fracaso del tratamiento si el paciente fue admitido y se amplió la cobertura a las 48 horas de hospitalización por la preocupación por el empeoramiento clínico. Para los pacientes que recibían ampicilina, la ampliación a ceftriaxona y/o el agregado de cobertura para *Staphylococcus aureus* (por ejemplo, clindamicina o vancomicina) fue considerado un fracaso del tratamiento. Y para los pacientes que recibían ceftriaxona, la adición de cobertura para *S aureus* fue considerada como un fracaso del

tratamiento. La segunda situación era si un paciente desarrolla una neumonía complicada después de las 48 horas de hospitalización como un derrame, ya sea en la RXT, en la ecografía, en la tomografía computada de tórax, que requiere un procedimiento diagnóstico o terapéutico, que incluya drenaje, toracocentesis, o TVA. La tercera situación fue si el paciente fue dado de alta del hospital y requirió readmisión o el cambio de la terapia antibiótica dentro de los 30 días debido a la persistencia de los síntomas de neumonía o al desarrollo de un derrame complicado/empiema. Por último, los registros de los pacientes incluidos con NAC sin complicaciones se cotejaron con una lista de los pacientes con código del CIE-9-MC para neumonía complicada y con derrame.

Los datos fueron obtenidos por un solo investigador (RN) del expediente médico y volcado en una hoja de cálculo estándar. Los datos recolectados incluyeron edad y sexo del paciente, antecedentes médicos, signos vitales al ingreso, historia de fiebre, tos, síntomas de infección respiratoria alta, uso actual de antibióticos, hallazgos al examen físico, resultados radiológicos y de laboratorio, y opciones de tratamiento antibiótico. El estado de vacunación no se recolectó debido a la incapacidad de los autores para verificar su precisión.

Las diferencias de datos entre los grupos preintervención y postintervención se analizaron mediante pruebas de χ^2 , t tests, o

pruebas de Wilcoxon. Los análisis se realizaron utilizando el programa SPSS Base 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Las diferencias de datos entre los grupos preintervención y postintervención se analizaron mediante pruebas de χ^2 , t tests, o pruebas de Wilcoxon. Los análisis se realizaron utilizando el programa SPSS Base 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Fueron revisadas un total de 1903 historias clínicas: 976 pre-GPC y 927 post-GPC. A partir de éstas, 870 (46%) pacientes fueron excluidos por las siguientes razones: prematuridad (n=217, 25%), otro diagnóstico aparte de NAC (n=154, 18%), diagnóstico hematológico/oncológico (n=107, 12%), enfermedad neurológica/parálisis cerebral (n=97, 11%), enfermedad pulmonar crónica (n=81, 9%), cardiopatía congénita (n=58, 7%), edad <2 meses o > 18 años (n=49, 6%), anomalía genética/trisomía (n=33, 4%), documentación incompleta (n=25, 3%), enfermedad crónica (n=25, 3%), y otras (n=24, 2%). Los restantes 1033 pacientes fueron incluidos en el análisis final; 530 pre-GPC y 503 post-GPC. En general, los pacientes fueron similares antes y después de las GPC. En ambos grupos, la mayoría de los niños tenían entre 1 y 5 años (60% pre-GPC y 59% post-GPC). Además, no hubo diferencias en el porcentaje de fiebre, tos, y síntomas respiratorios altos entre los grupos.

Fue común el uso de antibióticos antes de la admisión. Pre-GPC, 225 niños (43%) fueron tratados con ceftriaxona (58, 11%), amoxicilina (56,

11%), azitromicina (43, 8%), amoxicilina/ácido clavulánico (43, 8%), y cefdinir (28, 5%). Post-GPC, 173 niños (34%) recibieron amoxicilina (55, 11%), azitromicina (39, 8%), ceftriaxona (32, 6%), amoxicilina/ácido clavulánico (24, 5%), y cefdinir (23, 5%).

Un objetivo importante de las GPC fue aumentar el uso de ampicilina como antibiótico empírico en niños sanos con NAC sin complicaciones. Antes de las GPC, el 13% de los pacientes recibieron empíricamente ampicilina y el 72% recibieron ceftriaxona. En el año posterior a la GPC, el 63% recibió ampicilina empíricamente y el 21% recibió ceftriaxona.⁵

Herrera M, Molina M. **“Cuidados de Enfermería a preescolar con neumonía de lóbulo inferior izquierdo, sustentado bajo la teorizante de Dorothea Orem”**. Revista Electrónica de Portales Médicos.com. Volumen VII. Número 22; 946. Diciembre 2012. La investigación enmarca a un diseño de tipo cualitativo, ya que describe lo estudiado y observado; respondiendo a un estudio de caso utilizando la aplicación del proceso de atención de Enfermería como método. La población y muestra estuvo conformada por una pre escolar femenina de 3 años de edad con diagnóstico de neumonía del lóbulo inferior izquierdo; los datos fueron obtenidos en dos partes: la primera parte corresponde a un instrumento de recolección de datos la cual es obtenida a través de la entrevista dirigida a la madre de la

pre escolar, donde se obtuvieron los (datos subjetivos) aportados por la misma.

La segunda parte consta de la valoración del estado de salud de la pre escolar a través del examen físico, donde obtuvimos los (datos objetivos) dichos datos nos permitieron realizar una evaluación sistemática y cefalo-caudal para así llegar a percibir toda la información necesaria de forma concretada, facilitando el análisis de la información, para posteriormente llegar a la formulación de diagnósticos de Enfermería luego de detectar los problemas presentes y las posibles complicaciones, para de esta manera planificar y ejecutar las acciones de Enfermería necesarias que favorecerán el estado de salud de la preescolar.

Diagnósticos de Enfermería

1. Hipertermia (39,5°C) R/C proceso infeccioso evidenciado por leucocitos 22.6x10k/ul.
2. Intolerancia a la actividad física (disnea) R/ entre el suministro y demanda de oxígeno insuficiente evidenciado por frecuencia respiratoria (FR) de 45 respiraciones
3. Respiración ineficaz R/C proceso inflamatorio (neumonía) evidenciado por disnea respiratoria

4. Alteración del patrón sueño y descanso (sueño interrumpido) R/C tos productiva durante la noche evidenciado por fascies ojerosa, de cansancio, irritabilidad y llanto en horas nocturnas.

El Proceso de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de Enfermería, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de Enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario. Cabe destacar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el paciente y, con el familiar del mismo, como fue el caso de este estudio.

Es importante reconocer que la neumonía es una inflamación de los pulmones causada por una infección por muchos organismos diferentes como bacterias, virus y hongos. En el cual existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado. Y que el intercambio gaseoso no puede llevarse a cabo en las áreas condensadas y la sangre se desvía alrededor de los alvéolos no funcionales.

Recomendaciones dirigidas a la Institución:

- Mejoramiento de las habitaciones en cuanto a una buena ventilación y humedad, permitiendo la entrada del sol en ambientes cerrados para lograr una temperatura confortable y contribuir con la recuperación del usuario.
- Poseer más disponibilidad de habitaciones aisladas solo para usuarios con infecciones respiratorias con el fin de reducir la diseminación de la infección a otros usuarios.
- Restringir las visitas de personas que tengan síntomas respiratorios sospechosos, de esta manera no tendrá contacto con el usuario y se evitara complicaciones a corto plazo.
- Realizar limpieza diaria de ventanas, paredes y baños de dichas habitaciones usando productos no irritantes para las vías respiratorias.
- Mejoramiento de estructura física de las habitaciones ya que no todas poseen tomas de oxígeno suficientes para cada usuario, siendo estas necesarias para la realización de nebuloterapia y cualquier emergencia que pueda presentarse.
- Proporcionar tapa bocas a cada uno de los usuarios
- Evitar el consumo de tabaco dentro de la institución o en áreas adyacentes de estos usuarios con IRA, ya que el tabaco daña la capacidad del pulmón para detener la infección.

- Mejorar la existencia y disposición de medicamentos ya que la institución casi nunca los posee por lo cual el tratamiento muchas veces no se administra.
- Recomendaciones dirigidas a la Madre y al preescolar:
- Recomendarle evitar hacinamientos y los contaminantes ambientales que vallan en perjuicio de la indemnidad de las vías respiratorias, ocupando un lugar significativo entre estos, la exposición al humo del cigarrillo.
- Visitar a su pediatra constantemente, tener su control y en especial cumplir con el esquema de inmunización adecuado y completo para la edad, preguntar por ciertas vacunas que pueden ayudar a prevenir la neumonía en niños: vacuna antineumocócica (pneumovax, prevnar) previenen el *Streptococcus pneumoniae*
- Lavado de manos frecuentemente, antes y después de cada comida, en especial después de sonarse la nariz, ir al baño o en caso de la madre cambiar pañales o preparar alimentos.
- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo descartable o con el ángulo interno del codo al toser o estornudar.
- Tirar a la basura los pañuelos descartables inmediatamente después de usarlos.
- La madre debe ayudar al pre escolar a toser eficazmente ya que la tos es un mecanismo de defensa que favorece la expulsión de sustancias extrañas inhaladas.

- La madre debe complementar la hidratación del pre escolar para favorecer la expulsión de secreciones pegajosas y espesas.
- La madre debe aprender a realizar la fisioterapia respiratoria al pre escolar para facilitar la expulsión de secreciones
- La madre debe proporcionarle apoyo al pre escolar durante la sesiones de fisioterapia respiratoria para ayudarlo a eliminar las secreciones.
- La madre debe informarle al personal de Enfermería antes de realizar la fisioterapia respiratoria al preescolar, ya que se debe valorar mediante pulsometría el grado de tolerancia a los cambios posturales, así como su demanda de oxígeno.
- La madre debe estimular al pre escolar a realizar respiraciones profundas y toser eficazmente.
- La madre debe abrigar al pre escolar y evitar cambios bruscos de temperatura.

Recomendaciones dirigidas al personal de enfermería:

- La enfermera debe medir constantes vitales en su turno laboral.
- Administración de tratamiento correcto y a la hora correcta.
- La enfermera debe velar que se cumpla correctamente la nebuloterapia a la hora correspondiente.
- La enfermera debe notificar al personal de mantenimiento que se cumpla correctamente la limpieza en la habitación del usuario, ya que en muchas ocasiones no se cumple.

- La enfermera debe orientar a la madre en cuanto a todos los hábitos que debe hacer para la mejoría del usuario como la importancia del lavado de manos, el no compartir cubiertos ni vasos con otros usuarios, el mantenerlo abrigado entre otras ya mencionadas anteriormente.
- La enfermera debe enseñarle a la madre como realizar correctamente la fisioterapia respiratoria y velar que sea cumplida.
- El personal de Enfermería debe contestar las interrogantes de la madre del usuario para calmar la ansiedad ante los episodios de dificultad respiratoria.
- La enfermera debe enseñarle a la madre la importancia de mantener la oxigenoterapia si esta indicado bajo orden medica debe velar que no sea interrumpido.
- La enfermera debe instruir a la madre en cómo hacer los lavados nasales con solución 0,09%
- El personal de Enfermería debe asistir a conferencias, jornadas, talleres y seminarios en cuanto a IRA para reforzar las acciones que deben ejecutar en pro del bienestar del usuario. ⁶

2.2 Marco Conceptual

Neumonía es la primera o segunda causa principal de mortalidad en los niños en la mayor parte de los países en desarrollo.”

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) más del 70% de niños fallecen de Neumonía y en si otros problemas

Respiratorios que pueden ser evitados con políticas simples de promoción y atención a la salud.

En la mayor parte de los países en desarrollo el 80% y 90% de las muertes son causadas por esta patología. Además de constituir una importante causa de defunción es el principal motivo de consulta Pediátrica de igual modo constituye una importante causa de hospitalización.

La OPS/OMS, junto con la UNICEF ha desarrollado la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que está destinada a producir un cambio importante en el perfil de la morbilidad y mortalidad en la infancia.

A continuación consideramos las leyes, principios, y teorías científicas que sirven de base o fundamento para el cuerpo del conocimiento científico del informe de experiencia profesional.

2.2.1 El Aparato respiratorio y su función

Definición: El sistema respiratorio está compuesto por las vías respiratorias superiores e inferiores. Los dos se combinan para encargarse de la ventilación es decir el movimiento del aire hacia el interior y exterior de las vías respiratorias. Dicho intercambio consiste en suministrar oxígeno a los tejidos a través del flujo sanguíneo y en expeler los gases de desecho, como el dióxido de carbono durante la espiración.

Complicaciones: Las vías superiores: nariz, senos para nasales, cornetes, faringe, amígdalas, adenoides, laringe y tráquea, son las encargadas de entibiar y filtrar el aire inspirado, para evitar que las vías inferiores que son los pulmones formados por tejido esponjoso que se expande y por capas que protegen al pulmón, pueden perforarse ante la presencia de una neumonía o neumonía grave.

Neumonía y neumonía muy grave

Definición: La Neumonía es una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar; ésta tiene una variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.) que afecta directamente el intercambio de gases entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂, cursando con dificultad respiratoria que ocasiona inestabilidad física en el niño/a y hasta la muerte.

Neumonía bacteriana: Es la inflamación del parénquima pulmonar, es decir de la porción distal de las vías respiratorias; cuando se extiende al intersticio que rodea los alveolos se produce la condensación del tejido pulmonar afectado ésta lesión puede comprender desde un segmento lobular hasta un pulmón completo.

- **Epidemiología:** Las neumonías bacterianas están presentes durante todo el año, pero de una manera especial en invierno y primavera, en coincidencia con la mayor frecuencia de infecciones virales y con una gran posibilidad de contagio por la permanencia de los niños/as en lugares cerrados.

Las neumonías son más frecuentes en hombres que en mujeres en una proporción 2:1 según distintas estadísticas.

- o **Etiología:** Para determinar la etiología es importante considerar la edad como parámetro clínico más importante, considerando que en un alto porcentaje de casos no es posible determinar el agente microbiano que le produce. Entre las bacterias que producen la enfermedad en el periodo de recién nacido encontramos las bacterias las entéricas, y las gramnegativas como la escherichia coli. Pasado el periodo de recién nacido, en el lactante la infección es producida por el neumococo *Haemophilus influenzae* capsulado y no capsulado. En mayores

de dos años se presentan con preferencia la neumonía lobular neumocócica. Se considera otro tipo de etiología para el desarrollo de la neumonía bacteriana entre las causas cabe mencionar: Exposición al humo, contaminación atmosférica, contaminación doméstica y por el tabaco; también influyen las alteraciones climáticas y la exposición al frío. Bajo peso al nacer que condiciona una reducida inmuno competencia y función pulmonar restringida de igual manera la desnutrición ocasiona una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

- Fisiopatología “La eficacia de los mecanismos de defensa del huésped que incluyen complejas barreras anatómicas y mecanismos de limpieza presentes en la nasofaringe y las vías respiratorias altas: filtración de partículas en la nariz, depuración mucociliar de las partículas que impactan la mucosa prevención de aspiración por cierre epiglótico, expulsión de material aspirado por reflejo de la tos. A esto se suma los factores locales, humorales y celulares en los alveolos, que dan cuenta de la ingestión y destrucción de los gérmenes entre los que se encuentran macrófagos alveolares, polimorfo nucleares, fagocitos e inmunoglobulina. Cuando

estos complejos mecanismos de defensa local son sobrepasados, las bacterias producen el daño pulmonar caracterizado inicialmente por exudado inflamatorio constituido por edema y fibrina al que luego se agrega eritrocitos (Fase de hepatización roja), los que son reemplazados después por leucocitos (Fase de hepatización gris), en el cual los macrófagos desempeñan un papel importante. Con frecuencia las infecciones bacterianas están precedidas por infecciones virales que alteran y destruyen las mucosas y la barrera mucociliar“

Manifestaciones clínicas: Los signos y síntomas de la enfermedad dependen de la edad del paciente, de la severidad de la enfermedad y del agente etiológico que lo produce siendo los más significativos:

- **Lactantes menores de tres meses:** respiración rápida, retracción torácica, rechazo alimentario, somnolencia, irritabilidad, fiebre o Hipotermia, apnea, diarrea y convulsiones.
- **Lactantes mayores de tres meses:** coriza, tos, hipertermia, polipnea, retracción torácica, quejidos y aleteo nasal,

- **Niños mayores de 2 años, escolares y adolescentes:**
hipertermia, escalofríos, tos y dolor punzante en flanco,

Tratamiento: Para determinar una terapia antimicrobiana es importante conocer la edad del niño, factores agravantes, severidad del proceso, complicaciones potenciales y la resistencia que se puede presentar a los antibióticos. El tratamiento puede ser a nivel ambulatorio y hospitalario este último considerado en casos de lactantes menores de tres meses porque Pueden presentar periodos de apnea y paro cardiorrespiratorio, prematuros, inmuno suprimidos, desnutridos, pacientes con insuficiencia respiratoria y derrame pleural; se debe considerar las condiciones socio económicas debido a que no se cumplen los tratamientos ambulatorios indicados. En el área hospitalaria se considera tratamientos que incluyen terapia de insuficiencia respiratoria mediante monitoreo con oximetría de pulso o Gases en sangre arterial, cabe indicar además la necesidad de oxigenoterapia, hidratación continua para evitar casos de hiponatremia por secreción inadecuada de hormona anti diurética. Con la antibioticoterapia la evolución del niño con neumonía en la mayoría de los casos la curación es completa y sin secuelas.

En la evolución de la enfermedad se presentaran signos importantes por lo que es necesario brindar un tratamiento oportuno, siendo los siguientes:

- **Hipertermia:** que deben controlarse con antipiréticos y compresas de agua fría. También puede haber una hipotermia en el lactante pequeño, de relativa frecuencia lo cual obliga a someterlo a fuentes de calor, ya que la situación puede incrementar la acidosis y cabe el peligro de coagulación intravascular diseminada.
- **Obstrucción bronquial:** se tratará con mucolíticos, broncodilatadores, y fisioterapia respiratoria activa.
- **Deshidratación:** se administrará líquidos parenterales durante las Primeras horas o días del tratamiento.
- **Dificultad respiratoria aguda:** precisa oxigenoterapia en los niños que presentan acidosis respiratoria confirmada.
- **Crisis convulsivas:** originadas básicamente por la hipertermia, una vez excluida las causas metabólicas o neurológicas; se tratan con anticonvulsivos.

- **Complicaciones de la neumonía bacteriana:** El uso de la antibioticoterapia produjo una disminución muy significativa de las complicaciones y mortalidad por neumonía bacteriana; en un huésped inmunocompetente que recibe tratamiento adecuado y temprano no existe complicaciones. En la

evolución de la neumonía bacteriana se pueden desarrollar complicaciones pulmonares como: derrame pleural para neumónico no complicado, derrame pleural complicado o empiema, neumotórax, Pío neumotórax, Neumatocele y absceso pulmonar; dentro de las complicaciones extra pulmonares se derivan de una bacteriemia y diseminación hematógica con focos metastásicos a distancia. El factor predisponente en el desarrollo de las complicaciones pulmonares en personas sanas lo constituye el diagnóstico tardío y Retraso en el tratamiento.

Es importante indicar que para el desarrollo de estas complicaciones influye factores del huésped como: inmunodeficiencias primarias o condiciones asociadas a inmunosupresión; condiciones que predisponen la aspiración pulmonar que involucran la participación de bacterias gramnegativas y anaerobias.

Neumonías virales: La infección viral produce inflamación de los espacios alveolares con compromiso del tejido intersticial, peri bronquial y de los tabiques interalveolares. Los virus respiratorios que infectan la vía aérea inferior, son capaces de producir, además de bronquitis catarral y obstructiva, condensación pulmonar unilateral o bilateral con diversos grados de insuficiencia respiratoria.

- **Epidemiología** La neumonía viral es la segunda causa de hospitalización en las áreas de pediatría, después de las enfermedades perinatales; Es más frecuente en niños menores de 5 años, y en especial en menores de 2 años. Alrededor del 60% al 70% de las neumonías en general, en lactantes, son de etiología viral.

- **Etiología** Los virus respiratorios que producen la neumonía viral con mayor frecuencia son él: sincitial respiratorio (RSV), los para influenzae 2 y 3, algunos serotipos de adenovirus y los virus influenza A y B; mientras que con menor frecuencia se encuentran los virus del sarampión, rubeola, varicela.

Los agentes etiológicos habituales tienen tendencia a producir morbilidad durante los periodos que van del otoño a la primavera

- **Fisiopatología** Los virus penetran en la vía aérea superior y de allí desciende hasta los bronquios terminales y los alveolos, en donde se produce el daño epitelial que puede llegar a la necrosis. El proceso inflamatorio que acompaña a la infección determina un aumento de la producción de mucus, edema de las mucosa, infiltración celular y obstrucción de la vía aérea distal. Si la obstrucción es parcial se produce un fenómeno de válvula con atrapamiento del

aire e insuflación; si la obstrucción es total ocurre atelectasia con colapso alveolar, segmentario o lobular, y una alteración de la relación ventilación/perfusión”.

- **Manifestaciones clínicas** Para determinar los signos y síntomas de esta enfermedad se considera que hay factores que corroboran para su desarrollo éstos son condición inmunológica y nutricional. Se inicia la enfermedad con manifestaciones de infección de la vía aérea superior: rinorrea, congestión faríngea, compromiso febril, rechazo a la alimentación y tos. Posteriormente se presentan los síntomas de infección de vías aéreas inferiores con tos, quejido, aleteo nasal, polipnea y retracción intercostal.
- **Tratamiento:** Para el manejo de este tipo de neumonía se considera dos ámbitos: el ambulatorio y hospitalario dentro del primero está la alimentación, hidratación adecuada, control de la fiebre y kinesioterapia respiratoria para la eliminación de secreciones acumuladas en los pulmones. En casos de hospitalización se valorará casos de riesgo y aquí el cuidado se fundamentará en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria con administración de oxígeno para conseguir una óptima saturación es decir el 95%, en casos de obstrucción bronquial se considera la terapia con broncodilatadores y esteroides.

Modelo de enfermería basado en modelo de vida: Nancy Roper – 1996

Desarrollo un Modelo de Enfermería 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.

Roper refiere que "Hay unos factores que influyen en el conocimiento, actitudes y conducta del individuo: como son los biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos".

Sin embargo, una persona enferma puede tener un problema real o potencial. A su vez, estos problemas surgen por diferentes hechos importantes que parecen querer satisfacer sus actividades vitales conocido como problema potencial el

cual engloba además, del fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad.

Jugando aquí un papel importante, la actuación de Las Profesionales de Enfermería las cuales deben ser en cierto modo educadoras de la salud, y su actuación, se basa en colaborar con el paciente, quien normalmente posee autonomía a la hora de tomar decisiones, es decir lo específico de la enfermera es prevenir, investigar, resolver o afrontar de forma positiva los problemas relacionados con las Actividades Vitales.

La función principal de la Profesional de Enfermería "se centra básicamente en prevenir problemas potenciales"

Es necesario primero definir algunos conceptos, para poder describir detenidamente el modelo de enfermería:

Persona: denominada el centro del modelo, es decir la persona individual, dentro de un contexto influido por factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.

Salud: aquí se habla de independencia asistida. Una persona puede sentirse sana aun cuando tenga una discapacidad manifestada. El resultado que se espera es la adquisición y el mantenimiento de un estado de salud positivo.

Entorno: se refiere a todo aquello que es físicamente externo a la persona.

Entrando de lleno en el modelo de Enfermería de Nancy Roper, se tiene que ella basa su trabajo se caracteriza por las siguientes 12 actividades vitales: mantenimiento de un entorno seguro, comunicación, respiración, comida y bebida, eliminación, higiene personal y vestido, control de la temperatura corporal, movilidad, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad y sueño.

En las actividades vitales, variaran completamente de una persona a otra, porque están compuestos por numerosos elementos que destacan por la prioridad que establecemos todas las personas sobre unos o sobre otros. Esta idea de prioridad de unas actividades vitales, ante otro es esencial en la enfermería, porque tendremos que tratar la relevancia que tienen cada dato que se ha recogido del paciente en estudio.

En el transcurso de su vida las personas requieren asistencia de enfermería. Las Profesionales de Enfermería deben ser conscientes de esta individualidad vital antes de evaluar, lo

que quiere decir que antes de ser una enfermería individualizada se debe tener presente estos objetivos:

- 1) Prevenir los problemas potenciales que pueden convertirse en reales.
- 2) Mitigar o resolver los problemas reales.
- 3) Afrontar positivamente los problemas que no puedan resolverse.
- 4) Prevenir la reaparición de los problemas.
- 5) Afrontar positivamente la muerte y el estado agonizante del paciente dolor de los allegados. ⁷

2.3. Definición de términos

- **Paciente pediátrico.-** Los pacientes comprendidos entre 1 mes a 15 años de edad
- **Cuidado de enfermería.-** Es una atención integral, humanística orientada a la satisfacción de las necesidades.
- **Neumonía.-** Es una infección del pulmón caracterizada por la multiplicación de microorganismos en el interior de los alvéolos, lo que provoca una inflamación con daño pulmonar..

- **Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).**- Es una infección pulmonar que se contrae fuera de un hospital o de un centro para convalecientes.
- **Neumonía intrahospitalaria (NIH).**- Es la segunda infección **nosocomial** en frecuencia y la más frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCI).
- **Virus.**- Es un agente infeccioso microscópico a celular que solo puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos.
- **Bacteria.**- Las bacterias son organismos unicelulares microscópicos, sin núcleo ni clorofila, que pueden presentarse desnudas o con una cápsula gelatinosa, aisladas o en grupos y que pueden tener cilios o flagelos.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los Registros de Enfermería del servicio Pediatría General como las Historias Clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones.

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e Historia Clínica.
 - Recolección de datos
 - Procesamiento de Datos
 - Resultados
 - Análisis e Interpretación de Resultados

3.2 Experiencia Laboral

En el año 2005 ingreso a laborar como Licenciada en Enfermería a EsSalud, iniciándome como Enfermera Asistencial en el Servicio de Medicina General del hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, posteriormente he rotado como reten, por los Servicios de Cuidados Intensivos, Cirugía General y Neonatología.

Luego de cumplir el periodo de reten, paso a Integrar el equipo de Enfermeras Asistenciales de Pediatría General, Servicio al que pertenezco en la actualidad.

Es por ello que la mayor parte de mi experiencia profesional la he desempeñado principalmente en el Servicio de Pediatría, desde la atención a neonatos hasta escolares, funciones que me permite adquirir experiencia profesional y me llena de mucha satisfacción por ser mi vocación de manera que pueda brindar una atención integral a mis pacientes en todas las especialidades, desde un síndrome hasta un diagnóstico descartado.

De todos los casos con diagnóstico, que se presentan en el Servicio de Pediatría, es el diagnóstico de neumonía, el que han despertado mi interés para el desarrollo del presente Informe de Experiencia profesional, tomando en cuenta que es la principal causa caso de morbi-mortalidad.

Función

Las funciones que desempeño como profesional de Enfermería son:

Asistencial. Brindar cuidado integral al paciente, cumpliendo las indicaciones médicas para el suministro de medicamentos, así mismo cumplir con los procedimientos de enfermería de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

Administrativo. En la sub jefatura (durante el periodo vacacional de la Jefa de Enfermeras) y periódicamente como coordinadora del servicio, encargada de coordinar las actividades, asignación de personal de enfermería de todas las unidades del servicio de Pediatría.

Docencia. Capacitando a los familiares de los pacientes sobre los diferentes aspectos en el cuidado del paciente que coadyuven a su recuperación.

Investigación. Realizamos anualmente el desarrollo de temas que nos permitan adquirir conocimiento sobre los avances en enfermería y en el manejo de procedimientos, así mismo participé en la elaboración de las guías de práctica clínica.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE CARGO

1. Aplicar el proceso de atención de enfermería PAE teniendo en cuenta las necesidades problema bio psicosociales de paciente como parte del tratamiento recuperación y rehabilitación.
2. Brindar atención con comodidad y confort directo oportuno personalizado y humanizado continuo y eficiente de acuerdo a estándares definidos.
3. Participar en reporte de enfermería.
4. Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.
5. Coordinar, intervenir, verificar recepcionar documentación y pacientes que ingresan al servicio
6. Tramitar las transferencias y altas, coordinar el retiro voluntario del paciente, programación a sala de operaciones, interconsultas, y brindar apoyo en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a indicación médica y marco normativo.
7. Controlar y verificar el tiempo de permanencia de los medios invasivos según guías y protocolos establecidos, en el ámbito de su competencia.
8. Efectuar las notas de enfermería en la Historia Clínica, registros de enfermería en los sistemas informáticos y formularios aprobados por la institución, la actualización del kárdex de enfermería y el censo diario de pacientes hospitalizados.

9. Verificar la ubicación, stock, caducidad, etiquetado, lavado, desinfección esterilización de materiales, insumos, ropa hospitalaria, ropa estéril y otros según guías y protocolos, en el ámbito de su competencia.
10. Preparar física y psicológicamente al paciente programado para procedimientos medico- quirúrgico y de apoyo al diagnóstico, brindar asistencia antes, durante y después de la realización de los mismos según el ámbito de su competencia.
11. Realizar actividades preventivo-promocionales a nivel individual y colectivo en el ámbito de su competencia.
12. Participar en el diseño y ejecución de proyectos de investigación científica y/o docencia autorizados por las instancias institucionales correspondientes, así como participar en formular y actualizar los documentos e instrumentos de gestión del servicio.
13. Verificar e informar el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asistenciales e instrumental del servicio y velar por su seguridad y operatividad.
14. Ejecutar y verificar el cumplimiento de las normas y medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección concurrente y terminal de materiales, equipos para prevenir las infecciones intrahospitalarias.

15. Efectuar actividades y procedimientos asistenciales de enfermería durante el cuidado al paciente según protocolos, guías y documentos de gestión institucionales.
16. Mantener informado al jefe de Servicio Asistencial de Enfermería sobre las actividades que desarrolla.
17. Registrar en la computadora asignada, con los niveles de acceso autorizado, los datos e información para la explotación de los aplicativos informativos de su ámbito, guardando estricta confidencialidad de las claves y niveles de acceso autorizado.
18. Velar por la seguridad, mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
19. Cumplir con los principios y deberes establecidos en el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (EsSalud); así como, la Ley y Normas de Control Interno de las entidades del estado.
20. Realizar otras funciones afines en el ámbito de competencia que le asigne el Jefe de Servicio Asistencial de Enfermería.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Se brinda un conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes, valores y destrezas que la sociedad espera de la enfermera centrándose en el cuidado del paciente en forma integral conjuntamente con la familia este rol se lleva a cabo a través de los

siguientes roles. Asistencia, Educativa, Gerencia, Administrativo y de investigación (Ariza 2012)

El rol de la enfermera desempeña actividades diversas desde la hospitalización de paciente hasta el alta sabemos que dentro la hospitalización el paciente se somete a distintos procedimientos que son traumáticos para el paciente que son la nebulización canalización de Vías Periféricas inhalación muchas veces a pacientes que llegan a una neumonía complicadas llegando a colocación drenaje torácico durante y después del procedimiento, a través de la valoración detectando las alteraciones en el paciente a nivel biológico social psicológico y espiritual.

Aplicación Práctica del Modelo (Caso clínico)

Información del Paciente

Nombre: Juan

Edad: 3 años

Antecedentes mórbidos:

Gemelar 1, 2560 gr.

Asiste al jardín.

Paciente de hace 6 días, precio al ingreso comienza con cuadro

febril intermitente y rechazo alimentario, y dado que el hermano había iniciado mismo cuadro hace una semana y estaba con tratamiento, indicado por el médico, inicia con el amoxicilina 48 hrs. Previo con ruidos bronquiales y febriles hasta 40°C. Evolucionan con mala mecánica respiratoria, taquicardia por lo que ingresa al hospital para su manejo.

Diagnóstico: Neumonía viral.

Cuidado de Enfermería

Enfermería individualizadora

Diagnósticos:

- Alteración del patrón respiratorio relacionado con: proceso infeccioso respiratorio manifestado por: disnea, de saturación, polipnea, taquicardia, obstrucción bronquial
- Riesgo de alteración de la continuidad de la piel
- Alteración del patrón del sueño
- Alteración del rol (juego- sociabilización)
- Alteración del patrón de alimentación
- Ansiedad del niño y los padres
- Riesgo de infección asociada a la atención

Planificación o respuestas esperadas:

- Patrón respiratorio en rangos normales (auscultación simétrica y ruidos normales)
- Niño y familia informada, confiada.
- Niño sin lesiones en la piel.
- Ausencia de signos de infección.
- Niño logra comunicación eficaz

Ejecución o acciones específicas:

- Control de signos vitales
- Administración de medicamentos (corticoides, B2, sulfato de Mg, protectores gástrico)
- Cuidados de la piel
- cuidados de la alimentación entera
- Manejo de la información a los padres
- Facilitar comunicación con los padre- niño, niño- equipo de salud
- Instalar vía venosa que permita la extracción de sangre para muestra (permeabilidad)
- Reducir intervenciones por la noche, favorecer el descanso?
- Coordinar intervenciones para desconectar

Evaluar. ⁸

- Niño termodinámicamente estable
- Paciente comunicativo
- Ausencia de lesiones en la piel

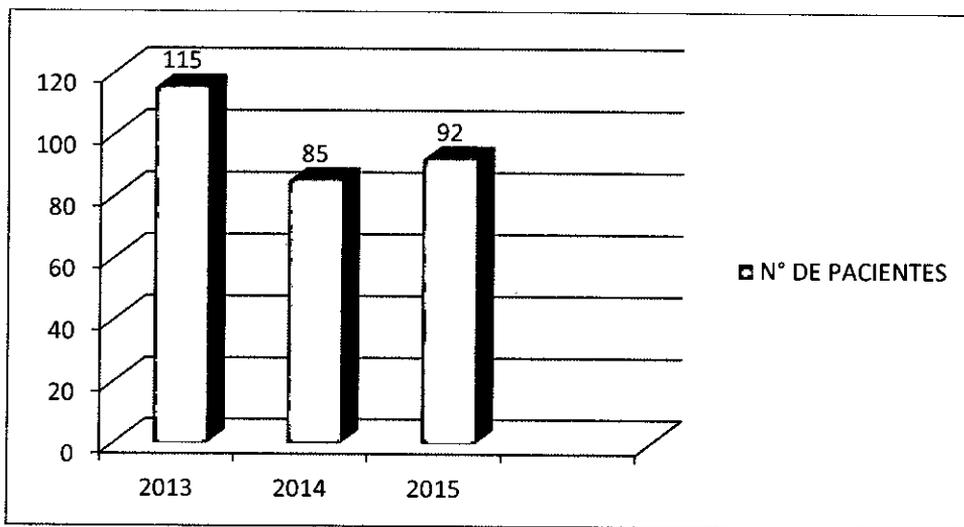
CAPITULO IV

RESULTADOS

Los datos recolectados fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación; Así tenemos que:

GRAFICO 4.1

PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CLÍNICA PEDIATRÍA EN EL PERIODO 2013 - 2015



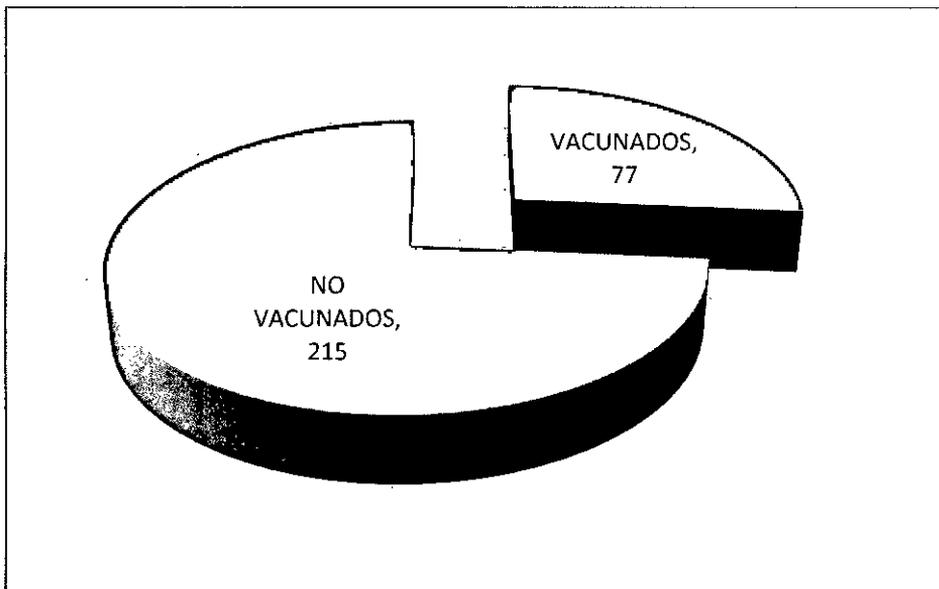
Fuente: Servicio de Pediatría General – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el grafico se observa que en el año 2013 hubo 115 pacientes hospitalizados, en el año 2014 85 pacientes y el año 2015, 92 pacientes. Lo que nos indica una evolución cíclica con tendencia decreciente moderada.

GRAFICO 4.2

PACIENTES VACUNADOS Y NO VACUNADOS HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA COMPLICADA EN PEDIATRÍA GENERAL

PERIODO 2013 – 2015

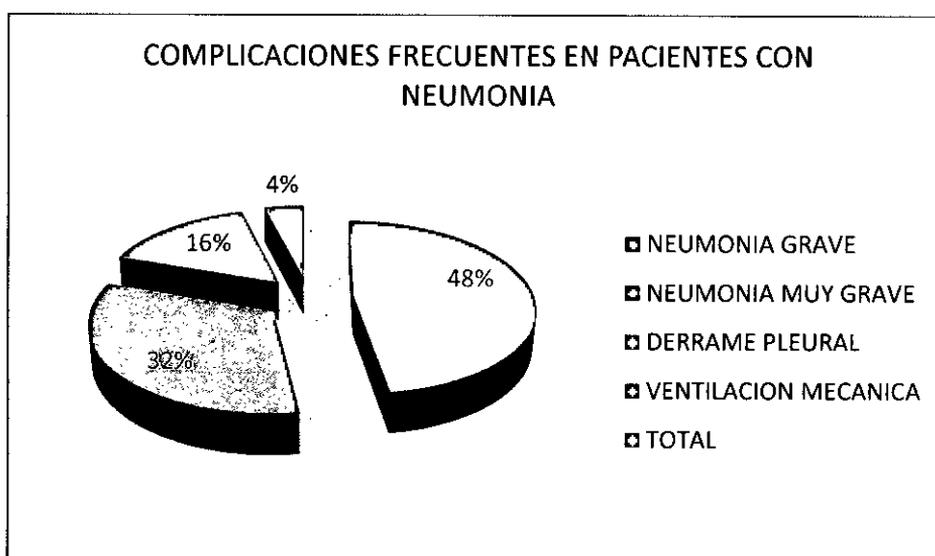


Fuente: Servicio de Pediatría General - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el presente gráfico se observa que del total de pacientes hospitalizados con Neumonía, 215 corresponde a pacientes no vacunados frente a 77 que si recibieron vacuna, lo que denota la importancia de la vacunación como acción preventiva.

GRAFICO 4.3

COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA GENERAL PERIODO 2013 - 2015



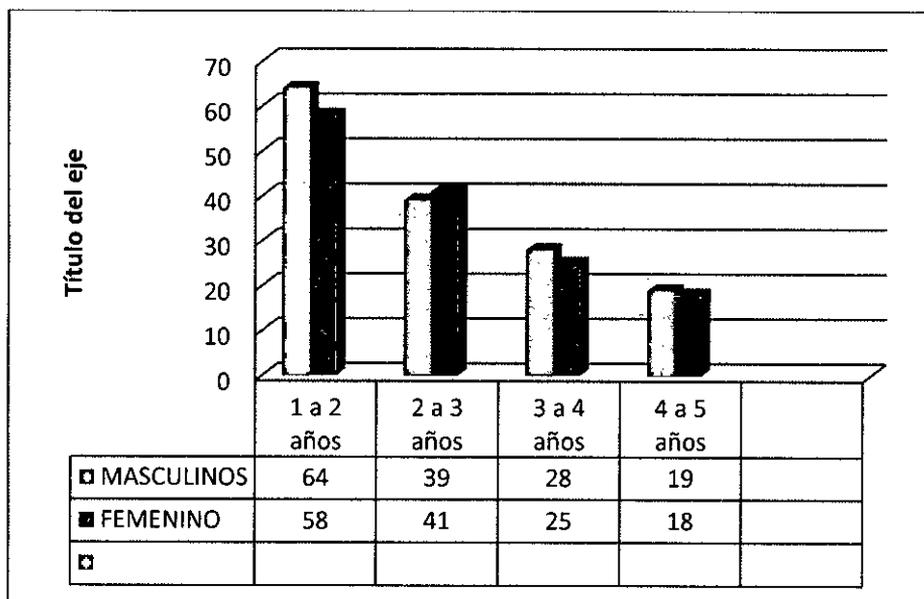
Fuente: Servicio de Pediatría General – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el gráfico se aprecia que los eventos con complicaciones mayores son muy bajos.

Lo que significa que existe un alto porcentaje de detección temprana de la enfermedad evitando mayores complicaciones.

GRAFICO N° 4.4

PACIENTES CON NEUMONÍA COMPLICADA POR EDADES Y GÉNERO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA GENERAL



Fuente: Servicio de Pediatría General - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

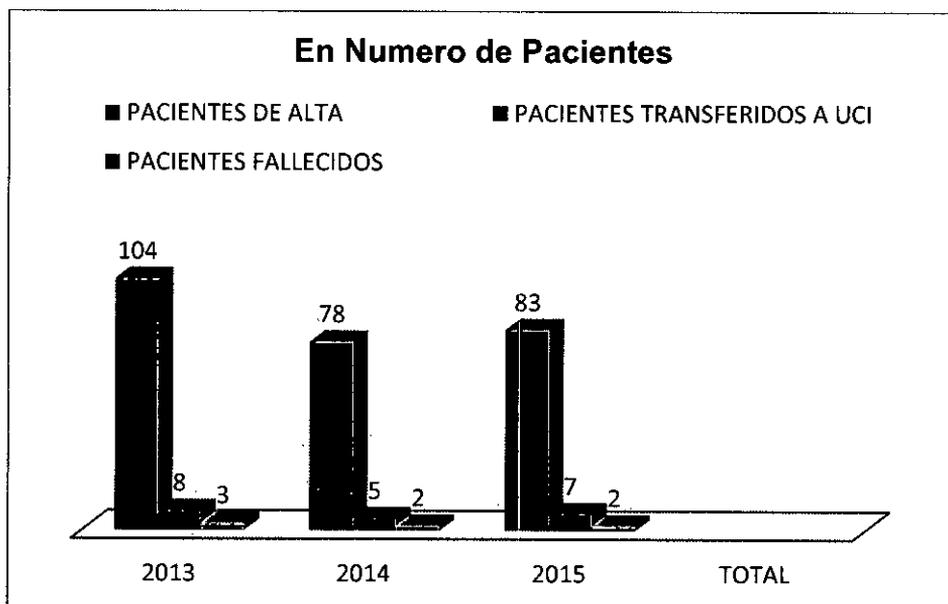
En el grafico podemos apreciar que existe una mayor incidencia de episodios, en los pacientes de menor edad.

En cuanto a género no existe mayor diferencia por lo que no podemos afirmar la prevalencia de episodios entre uno y otro.

GRAFICO 4.5

PACIENTES CON NEUMONÍA DADO EN ALTA, TRANSFERIDOS A UCI Y FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA GENERAL

PERIODO 2013 – 2015



Fuente: Servicio de Pediatría General – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

En el grafico se aprecia que los episodios con complicaciones y decesos son muy bajos.

Lo que nos refiere la existencia de una alta probabilidad de recuperación con un adecuado tratamiento.

V. CONCLUSIONES

- a) La mayor incidencia de neumonía se presenta en los niños menores de 2 años, con predominio de complicaciones, sobre todo en los no vacunados.
- b) El cuidado de enfermería al paciente pediátrico basado en el proceso de atención permite cuidar privilegiando el cuidado humanístico y evitando trastornos psicológicos y físicos (Nancy Roper)
- c) La educación que se brinda a los padres durante la hospitalización favorece la recuperación del niño porque ellos aprenden a reconocer los signos de alarma y participan activamente en los cuidados y prevención de complicaciones.

VII. RECOMENDACIONES

- a) Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia de la vacuna como medida preventiva de complicaciones como la neumonía.
- b) Elaborar programas educativos para los padres de familia sobre los signos de alerta de los procesos patológicos del árbol respiratorio para evitar complicaciones.
- c) Actualizar las guías de prácticas clínicas y manuales de procedimientos para unificar los criterios de los cuidados.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Lima; OPS, marzo 2014. p. 02
2. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE – MINSA. Boletín Epidemiológico. SE 50/2015. p. 949
3. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Lima; OPS, marzo 2014. p. 04
4. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Lima; OPS, marzo 2014. p. 02
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Neumonía, Nota descriptiva N° 331, Nov. 2015
6. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma) en el Perú hasta la SE 08/2016; p. 130.
7. Asociación Española de Pediatría. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. Vol. 83 Núm. 6 Diciembre 2015.
8. Intramed. Guía para el manejo de neumonía en niños hospitalizados. 14 may 2012

ANEXOS

SERVICIOS DE PEDIATRÍA GENERAL – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS



SALA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE NEUMONÍA COMPLICADA



PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA ASISTENCIAL CON PACIENTE CON NEUMONÍA

