

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON NEUMONIA EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-1 CHULUCANAS
"MANUEL JAVIER NOBERTO" PIURA 2018.**

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

KATHERIN PAOLA ALBAN LACHIRA

CALLAO - 2018
PERU

AGRADECIMIENTO

Manifiesto un agradecimiento especial a mis padres, por su gran apoyo en todo momento; a mi amado esposo y a mis queridos hijos, por su comprensión y paciencia; a mis docentes de la Universidad Nacional del Callao por sus enseñanzas y apoyo para el desarrollo del presente trabajo, fruto de esfuerzo y sacrificio en todos los aspectos de mi vida.

Asimismo sumamente agradecida con Dios nuestro señor por haber puesto en mis manos tan noble profesión.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	3
1.1 Objetivos	
1.1.1 Objetivo General.....	7
1.1.2 Objetivos Específicos.....	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	13
2.2 Bases teóricas.....	18
2.3 Definiciones de términos básicos.....	21
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION	
3.1 Valoración	
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	
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.....	54
3.3. Planificación	
3.3.1. Esquema de planificación.....	56
3.4. Ejecución y evaluación	
3.4.1. Registro de enfermería: SOAPIE.....	59
EXPERIENCIA LABORAL.....	62
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
ANEXOS.....	73

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la neumonía es considerada una infección respiratoria y principal causa de morbi mortalidad infantil a nivel mundial principalmente en niños menores de cinco años. Se calcula que esta enfermedad en el año 2015 fue causante del 15% de todas las muertes de esta población. En el mismo año se diagnosticaron 27 de casos por cada 10 000 niños menores de cinco años en el Perú a diferencia del 2014 que se diagnosticaron 20.5/10 000. Los niños preescolares son muy vulnerables a las neumonías en especial de tipo viral. Esta situación afecta el patrón respiratorio y los niveles de saturación de oxígeno. Dependiendo de la gravedad de la enfermedad respiratoria se brindará un tratamiento de soporte mediante la oxigenoterapia. Es por tal motivo que la monitorización respiratoria es esencial en la atención del infante porque trata y evita complicaciones en el estado respiratorio. Por otro lado se evidencia que la fisioterapia respiratoria mejora el patrón respiratorio en niños con neumonía porque ayuda a remover las secreciones de las vías respiratorias bajas. Es importante ofrecer una atención de enfermería óptima enfocada en la recuperación del estado fisiológico del niño y la educación y adecuada orientación del cuidador y familia, pues son ellos quienes son los continuadores del cuidado y mejor aun los que con una adecuada orientación pueden contribuir en la prevención de dicha enfermedad y de muchas otras.

Enfocándonos en lo que respecta a nuestra realidad en el Hospital de Apoyo II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto”, es un establecimiento de referencia, que actualmente atiende a pacientes de medianos y bajos ingresos económicos, y para lo que va del año 2018 se han registrado 33 casos de niños con neumonía, siendo 3 niños con neumonía grave, según datos del departamento de estadística del Hospital; dicha situación no solo es un problema de salud sino que también representa un problema social y económico por la larga estancia hospitalaria de los niños pues los tratamientos deben ser completos y administrados en las instalaciones hospitalarias.

Por tal motivo se realizó el presente trabajo académico con el fin de mejorar nuestro plan de cuidado de enfermería en un paciente pediátrico con neumonía, siendo un aspecto importante que puede coadyuvar a la mejora del servicio asistencial, así mismo ayudaría en la prevención y la búsqueda de asistencia oportuna en etapas iniciales de la enfermedad, así como trabajar en conjunto con el cuidador, familia y comunidad para una adecuada información y la prevención de esta patología, con la participación oportuna de un equipo multidisciplinario en el tratamiento y prevención de la neumonía en nuestros niños.

CAPITULO I

I. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La neumonía es una de las enfermedades de mayor impacto en la niñez, y es una de las patologías de elevada frecuencia en nuestra población, y más aún en pacientes menores de 5 años, se han asociado varias variables que podrían estar contribuyendo a su aparición como factores prenatales, perinatales o postnatales; sin dejar de lado a los factores sociales.

Alves(2005), menciona que esta enfermedad no solo afecta al niño o la niña; sino a su grupo familiar, para la comunidad en la que se desenvuelve el niño y por supuesto al estado quien debe proveer los recursos para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes afectados; poniendo énfasis en la prevención, es importante porque este proceso preventivo se inicia en el momento de detectar los factores de riesgo, de esta manera una vez detectados se puede iniciar acciones preventivas para la reducción de la prevalencia de neumonía. Se menciona que los factores sociales juegan un papel preponderante en el inicio de esta enfermedad, algunos de ellos como el hacinamiento, el excesivo número de hijos en relación con la capacidad económica de la familia, la falta de aseo, la ventilación entre otros, de esta manera la valoración de estos factores se hace necesaria en nuestra población.

Tenemos que tener presente que la morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años siempre ha sido motivo de preocupación para la

salud pública. A pesar que ha disminuido en los últimos años, las infecciones respiratorias agudas alcanza la mayor importancia a ocupar el primer lugar de mortalidad en esta población a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (2016). (12)

En diversos estudios se ha efectuado un acercamiento a los factores que aumentan el riesgo de mortalidad infantil, en los procesos infecciosos. La organización Panamericana de la Salud enfatiza varios factores de riesgo que se asocian a la neumonía según, Donoso (2012). (4)

Justo (2017) refiere a la neumonía como una enfermedad respiratoria aguda, siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad específica a nivel mundial. A pesar de la gran reducción de la mortalidad infantil en la primera década del presente siglo, neumonía permanece como la causa más importante de muertes evitables y representan el 30% de la mortalidad infantil mundial donde menciona que 120 millones de casos de neumonía en niños menores de 5 años el año 2010 a nivel mundial, de los cuales 14 millones han progresado a formas clínicas graves y han causado 1.3 millones de fallecimientos. La incidencia y mortalidad por neumonía varía con la edad. La mayor carga de esta enfermedad está representada en los más pequeños, siendo que el 81% de las muertes por neumonía ocurre en los menores de 2 años.

También OMS (2014), refiere a la neumonía como un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones los que están formados por

pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar.

Según la UNICEF, refiere que la neumonía representa un problema de salud sanitario grave especialmente en los países en desarrollo donde su frecuencia y gravedad dentro de la mortalidad infantil temprana exige acciones efectiva para su control; también el Programa de Control de infecciones respiratorias (PCIR,1991-1993) menciona que la mayor parte de microorganismos son atrapados en el revestimiento mucociliar de las vías respiratorias, algunos eliminados por la tos y otros fagocitados por los macrófagos alveolares, pero cuándo la acción mucociliar se encuentra alterada sobrepasa esta barrera inicia en proceso a la neumonía, afección que sigue siendo responsable de una enorme morbilidad y 14 causa inmediata de muerte aumentando el número de pacientes. Las neumonías son causadas por virus y bacterias del medio ambiente. Por otro lado a nivel internacional en el año 2000, el 70% de las muertes de neumonía en los niños menores de 5 años ocurrió en países en vías de desarrollo. La alta prevalencia de bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta o corta duración de la lactancia materna, la falta de inmunización, la contaminación del aire domestico debido al uso de combustible en labores domésticas querosene que usan las personas de bajo recurso para la cocción de sus alimentos, y el hábito de fumar de uno de los integrantes que viven en la misma casa se encuentran entre los factores de riesgo de mayor importancia que se ha asociado con una mayor frecuencia y gravedad de los episodios de

neumonía en niños menores de 5 años. Todos estos factores están relacionados con la capacidad de defensa del organismo del niño sea natural o adquirida que lo hacen más susceptible a sobre infección bacteriana y agravamiento de los episodios de influenza respiratoria aguda que afectan al niño durante sus primeros 5 años de vida según (Wright, 1989). (5)(6)

En el Perú, estas infecciones representan un gran problema de salud pública, especialmente en la población pediátrica menor a 5 años, esto genera un gran consumo de recursos del Estado. Se estiman sobre 2.2 millones de atenciones a pacientes con este diagnóstico anualmente, esto representa un 24.8% del total de atenciones de consulta externa realizada en los establecimientos del Ministerio de Salud. En el 2016, la Dirección Regional de Salud de Lima (DIRESA-LIMA), evaluó la neumonía por episodios informando que el grupo etario más afectado son los niños de 2 a 11 meses con el 20% del acumulado. La mortalidad debida a infecciones del tracto respiratorio bajo ha disminuido en la mayoría de países de la región, sin embargo, permanece una alta prevalencia en otros. (7)

En el Hospital de Apoyo II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto”, se registró en el año 2015 un promedio de 44 casos de niños con neumonías, de los cuales 6 fueron neumonías graves y de ellos hubieron 3 fallecidos; para el año 2016 se registraron 30 casos de los cuales 2 fueron de neumonía grave y 1 falleció; en el 2017 se registraron 19 casos de niños con neumonía, de los cuales hubieron 2 casos de neumonía grave y 1

fallecido; y para el año 2018 se han registrado 33 casos de niños con neumonía, siendo 3 niños con neumonía grave, según datos del departamento de estadística del Hospital.

II. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar los cuidados que proporciona el Profesional de enfermería a los niños con diagnóstico de neumonía que son hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital de Apoyo II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto”

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados en los niños con diagnóstico de neumonía.
- ✓ Proporcionar cuidados individualizados, organizados y planificados favoreciendo la comunicación y confianza con el paciente, madre y/o familia.
- ✓ Promocionar estilos de vida saludables que contribuyan a prevenir la neumonía en los niños.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

AGUIRRE, Elisa July y otros. En su estudio titulado “Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años”. (Cuba) 2015. Dicho estudio de tipo descriptivo y transversal aplicado a 253 pacientes menores de 5 años de edad, ingresados con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en el Hospital Distrital de Sayaxché, desde enero a septiembre de 2012, con vistas a caracterizar la morbilidad. En la serie predominaron el sexo masculino (55,7 %), los niños menores de 1 año (55,3 %), la exposición al humo pasivo como principal factor de riesgo asociado (75 %), la fiebre como manifestación clínica al ingreso (98 %), así como la neumonía/bronconeumonía en este mismo grupo de edades (88,6 %), de los cuales 58,7% recibió tratamiento con ceftriaxona. La estadía hospitalaria fue generalmente de 4 a 6 días y la mayoría de los afectados egresaron mejorados. (1)

ZABALA HARO, Alicia Monserrath. Realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo de las enfermedades respiratorias agudas en niños menores de cinco años, atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Pediatría del Hospital Provincial General de Latacunga”. (Ecuador) 2010. Estudio de tipo descriptivo, transversal y

retrospectivo, la metodología utilizada fue cuali-cuantitativa, seleccionándose una muestra de 150 historias clínicas de un Universo de 1780 historias clínicas. La información se recolecto directamente de ellas apoyada en la estrategia AIEPI, realizando análisis estadístico simple y multifactorial; Obteniéndose que: La principal afección diagnosticada fue Rinofaringitis (56%); la edad de los pacientes están entre 2 meses y 11 meses 29 días (47.92%); el sexo más afectado fue el masculino (52%), el mayor número de pacientes con IRA presentó peso bajo para la edad (63.3%), la aparición de las IRAS fue mayor en niños de la zona urbana (65%); con alimentación tipo mixta (43,05%). El sexo, procedencia y edad, no constituyeron factores de riesgo en esta población. Existe una relación directa entre estado nutricional y alimentación con el desarrollo de enfermedad respiratoria aguda. Se recomienda que este trabajo investigativo sirva de base para futuras investigaciones que permitan reflejar una realidad exacta de morbimortalidad de este grupo tan vulnerable. (2)

GARCÉS CASTILLO y otros. En su estudio “Percepción del personal de salud frente a la incidencia de neumonía nosocomial en el área de Pediatría norte del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín”. (Ecuador- Quito) 2018. El presente en el cual tuvieron la oportunidad de trabajar en el área de pediatría las experiencias vividas en esa área de trabajo observando que existe una incidencias

de neumonías nosocomiales asociada los cuidados de salud en pacientes que ingresaban por otras patologías, se usó enfoque interpretativo porque describiremos las impresiones obtenidas del personal de salud con respecto a la incidencia de neumonía nosocomial en pediatría y la metodología empleada es de tipo cualitativa, ya que deseamos como resultado identificar las emociones, sentimientos y sentido de responsabilidad del personal de salud, la información se ha recolectado en el periodo de enero a julio del 2018 con diseño prospectivo. Teniendo como conclusión que la aptitud del personal de salud frente a la aplicación de los conocimientos previos y básicos sobre bioseguridad son deficientes ya que el personal labora sin tener en cuenta los principios que rigen a una persona que ofrece sus servicios por el bienestar del prójimo, se pudo constatar una deshumanización de los cuidados por parte del personal médico.

El informe de salud en el mundo por la (Organización mundial de la salud OMS, 2016) menciona que desde 1990 ha ido progresando en todo el mundo la reducción de la mortalidad en la niñez, esta cifra mundial de muertes en los niños menores de 5 años ha disminuido de 12,7 millones en 1990 a 5,9 millones en el 2015; quiere decir, 16 000 muertes diarias, haciendo una comparación con 35 000 en 1990 y desde 1990 la tasa mundial de mortalidad de los menores de 5 años ha disminuido en un 53%: de 9 muertes por 1000 nacidos vivos

en 1990 a 43 en 2015. En resumen, el mundo ha acelerado los progresos en la reducción de la tasa de mortalidad de los menores de 5 años. Este ritmo de reducción anual ha aumentado del 1,6% en los años noventa al 4,1% en el periodo 2000-2015. (12)

ALBURQUEQUE BALCAZAR. Cuyo estudio sobre “Incidencia de neumonía en menores de 5 años de edad que ingresan al área de pediatría del Hospital Teófilo Dávila del Cantón Machala un estudio aplicado a niños comprendidos entre las edades de 1 mes a 5 años de vida”, (Ecuador) 2014. En donde se obtuvo que el 27 % de las madres encuestada respondieron que viven en hacinamiento y el 14 % indica que viven en un ambiente contaminado con humo, el 10 % son expuestos a la humedad. Al término de esta investigación puedo concluir que el estudio demuestra que existen deficiencias en cuidado de la salud porque las madres no cumplen con los controles médicos periódicos. La mala higiene personal y ambiental, la contaminación ambiental por estar expuestos al humo producido por la combustión del carbono leña que son utilizados como combustible para cocinar.(8)

MERA Mira y SILVA Patricia. Realizaron un estudio titulado “Registro de ingresos hospitalarios de casos de neumonía en el área de Pediatría del Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo del 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2015”. (Ecuador) 2013-2015. Estudio de tipo analítico de enfoque cualitativo-cuantitativo, de

tipo transversal y retrospectivo que incluyó a 178 pacientes del área de pediatría, encontrándose que en el año de mayor registro de ingresos hospitalarios fue el 2015 con 90 ingresos (51%); según sexo: hombres 120 ingresos (67%); Según edad, el grupo que más registra ingresos está en el rango de 1-4 años con 99 (56%); el mayor factor de riesgo para el desarrollo de neumonía es el asma como enfermedad asociada o no diagnosticada como tal con 78 (43.8%); el nivel de instrucción educativa de la madre que influye en el cuidado del paciente registra un nivel de educación hasta la secundaria 89 (50%). Se registra como alternante del curso clínico predictivo de la evolución de la patología las crisis asmáticas o hiperactividad bronquial en pacientes aun no diagnosticados de asma como la complicación más frecuente en el grupo de pacientes estudiados. Concluyendo que el inicio de terapia antibiótica empírica y basada en datos epidemiológicos y agente etiológico por grupo etario disminuye el riesgo de complicaciones futuras.

MARTINEZ. En su estudio denominado “Factores asociados a neumonía adquirida en comunidad en infantes menores de 5 años, sub centro de salud”. (Ecuador) 2015. Dicho estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a Neumonía adquirida en la comunidad en niños entre 1 y 5 años. El tipo de estudio fue de corte de transversal, con una población de 400 niños(as), obteniendo datos de las historias clínicas y una encuesta que fue llenada por el padre o

madre y asegurando su validez mediante la supervisión del médico de turno, para determinar la asociación utilizaron tablas de contingencia para el cálculo del Odds ratio, Razón de prevalencia y el valor P, con una probabilidad 0.05 para establecer significancia y con intervalos de confianza al 95%. Como resultado se obtuvo lo siguiente que de todas las variables estudiadas la variable más significativa fue el lugar de residencia, con un OR de 2,48, RP de 2,19 y el valor de $P=0,002$; edad, con un valor de $P=0,000$, y padres fumadores, con un valor de $P=0,000$ para el papa y la mama de 0.005. En conclusión la neumonía adquirida en la comunidad está asociada al lugar donde vive, vivir en una zona de alto flujo vehicular determina que hay más posibilidad de adquirir NAC, que en una zona de bajo flujo. (11)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

En el Perú, estas infecciones representan un gran problema de salud pública, especialmente en la población pediátrica menor a 5 años, esto genera un gran consumo de recursos del Estado. Se estiman sobre 2.2 millones de atenciones a pacientes con este diagnóstico anualmente, esto representa un 24.8% del total de atenciones de consulta externa realizada en los establecimientos del Ministerio de Salud. En el 2016, la Dirección Regional de Salud de Lima (DIRESA-LIMA), evaluó la neumonía por episodios informando que el grupo etario más afectado son los niños de 2 a 11 meses con el 20% del

acumulado. La mortalidad 15 debida a infecciones del tracto respiratorio bajo ha disminuido en la mayoría de países de la región, sin embargo, permanece una alta prevalencia en otros, según Justo.(7)

PADILLA J. Y ESPÍRITU N. En un estudio sobre “Neumonías en niños en el Perú: Tendencias epidemiológicas, intervenciones y avances” 2017. En donde se concluyó que en el Perú tiene una estructura demográfica joven con un 28% de la pirámide población menor de 15 años por lo que las intervenciones en la salud de los niños tienen un gran impacto en los indicadores del desarrollo del país. En los últimos 20 años, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido de 45 a 17, siendo la tasa rural de 25 y la urbana de 16 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos, probablemente relacionado a un mayor acceso a servicios de educación, salud y mejor infraestructura de agua potable y desagüe, sin embargo, las diarreas y las infecciones respiratorias continúan liderando las causas de muertes evitables en niños. (15)

NIQUIN Y PAREDES. Realizaron un trabajo de investigación titulado: “Factores culturales, ambientales y magnitud de las infecciones respiratorias agudas en pre-escolares en Curgos”. (Huamachuco) 2017. En donde el objetivo fue Determinar la relación entre los factores culturales aseo/higiene, hacinamiento, condición sanitaria de

la vivienda; y la magnitud de las infecciones respiratorias agudas en pre-escolares. Siendo una metodología de tipo descriptivo, cuantitativo exploratorio y de cohorte transversal, usando un instrumento validado por juicios de expertos con una confiabilidad de 0.882 mediante una prueba piloto, la muestra de estudio estuvo conformado por 211 madres de pre-escolares que acudieron al servicio de CRED del puesto de salud. Luego obtenidos los datos procedieron al software estadístico IBM donde realizarón el análisis de relación, como resultado la prueba de chi cuadrado con una significancia de 0.5 a 1 por ciento. En conclusión obtuvieron resultados; el 85.8% de pre-escolares han enfermado de infecciones respiratorias uno o dos veces en los últimos 6 meses, los factores culturales como aseo/higiene fue de 98.6%, el hacinamiento es de 86.3% donde 2 a 4 personas duermen en la habitación del niño, en las condiciones sanitarias el 90.0% recibieron vacunas de la influenza, los factores ambientales el 71.1% tiene su cocina cerca al dormitorio, la condición sanitaria en un 96.7%. Todos estos factores se relacionan significativamente con la magnitud de las infecciones respiratorias agudas en preescolares. (12)

CRISANTO Y MARREROS. Realizaron un estudio titulado “Antecedentes maternos y del niño menor de 5 años relacionado a la neumonía. Hospital La Caleta. Chimbote”. (Chimbote) 2015. El presente estudio cuyo objetivo fue conocer los antecedentes

maternos y del niño menor de 5 años relacionados a la neumonía, el estudio uso una metodología de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, su población fue conformada por 29 madres con sus niños, los autores usaron un cuestionario sobre los antecedentes y el segundo cuestionario sobre el nivel de conocimiento estos instrumentos fueron validados por juicio de experto con una confiabilidad de alfa de Crombach y el coeficiente de Spearman Brown de 0.85. En el proceso de datos aplicaron la prueba estadística de chi cuadrado con un 5% de la significancia y un 95% de confiabilidad. Los resultados que obtuvieron fueron que el 72,4 fueron madres de 19 años, el grado de instrucción primaria de un 65,5% residen en zonas rural un 65,5, con ingresos mínimos el 58,6%. Los antecedentes de los niños menores de 5 años fueron el 55,2% menores de 6 meses, sexo masculino con 58,6%; RN a término 58,6%; RN peso normal 58,6%, tuvieron lactancia exclusiva el 65,5% tuvieron vacunas incompletas, el 51,7 tuvieron desnutrición y el 69% expuestos a humo de leña. En conclusión el estudio demostró que si existe relación estadística entre el grado de instrucción, residencia, ingreso económico, y conocimiento y el tipo de neumonía pero no hay relación entre la edad de la madre y el tipo de neumonía. En los antecedentes del niño si existe relación estadística significativa entre la edad, sexo, lactancia, vacunas y exposición al humo con el tipo de neumonía, pero no existe relación

entre la edad gestacional al nacer el peso al nacer y el estado nutricional con el tipo de neumonía. (13)

VILLARRUEL. Realizó un estudio titulado “Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños menores de cinco años en el centro de salud de villa San Luis” (San Luis) 2012. Estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación con las medidas preventivas en infecciones respiratorias agudas de las madres con niños menores de cinco años. El estudio fue una metodología de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional de corte transversal, 29 aplicó el muestreo probabilístico quedando conformada la muestra estuvo compuesta por 220 madres con niños menores de cinco años. Se utilizó un cuestionario estructurado el cual fue sometido a prueba de validez y confiabilidad, y el segundo instrumento midió las medidas preventivas con 23 preguntas aplicando la escala de Likert. Siendo el valor obtenido de 0.839 y para las medidas preventivas 0.775 siendo el instrumento confiable. Como resultado el conocimiento de las madres de los niños menores de cinco años tiene una relación de significancia con la aplicación de medidas preventivas en infecciones respiratorias agudas dando un valor de chi cuadrado de 147.8 con un nivel de significancia de 0.05 = 5.99 con intervalo de confianza de 95%. (14)

2.2 BASES TEORICAS

Nuestra profesión de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han sucedido a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia.

Desde hace algunos años los profesionales de enfermería han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, la investigación, la formación y la gestión en enfermería. Esta actividad a través de la historia se ha relacionado con la mujer, caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades. (18)

Mediante modelos teóricos que permiten comprender, aplicar y explicar la práctica y el cuidado de enfermería, los que ayudan a organizar, analizar e interpretar los datos del paciente y así facilitar la toma de decisiones y favorecer la planificación, ejecución y evaluación del cuidado. Con los modelos teóricos, la profesión garantiza un lenguaje común entre sus profesionales y mejora las

concepciones respecto a los supuestos principales, que son: la persona, la salud, el entorno y la enfermería. (19)

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto podemos mencionar a Sor Callista Roy con su modelo de adaptación, el cual parte de un sistema conceptual precisamente de adaptación, para desarrollar un modelo paso a paso que puede aplicar el personal de enfermería en la labor asistencial favoreciendo la armonía del hombre en situaciones de salud y de enfermedad, y empleando el Proceso de atención de Enfermería (PAE) por etapas el profesional de enfermería, puede valorar, evaluar los estímulos, realizar un diagnóstico, fijarse metas, aplicar intervenciones y por último evaluar el cumplimiento de los objetivos de la adaptación.

Joyce Fitzpatrick planteó que el modelo de Roy tenía gran utilidad en la valoración psicológica de la familia, donde la enfermera como agente de cambio del entorno, podría mejorar un sistema familiar inadaptado. Por supuesto en la atención pediátrica la familia es el eslabón fundamental que permite garantizar la pronta recuperación del paciente. (23)

Otra teórica que ha aportado una contribución de primera magnitud al desarrollo de la enfermería es Ida Jean Orlando, con la teoría del proceso de enfermería, la cual demostró que una vez identificados los aspectos negativos en los pacientes, la aplicación del PAE

constituía un medio eficaz para obtener resultados positivos. Esto permite valorar al paciente desde una perspectiva de enfermería, más que desde la orientación médica de las enfermedades. Entre ambas se puede establecer una relación por el carácter inductivo de sus propuestas. (20, 21, 22)

En presente trabajo académico, tiene como primordial finalidad Conseguir la pronta derivación del niño a su hogar, a través de la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible con un trato personalizado y humano, trabajando en conjunto con un equipo multidisciplinario, y en donde nosotros como enfermeros cumplimos un papel primordial pues estamos las 24 horas con nuestros pacientes.

Es así que se puede relacionar el presente trabajo con dichas teóricas pues nosotros como profesionales de enfermería en nuestra labor asistencial debemos favorecer la armonía entre el proceso de salud y enfermedad por los cuales cursan los niños empleando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) , dichos cuidados en la atención al paciente pediátrico deben reflejar todo nuestro saber basados en la experiencia a través de evidencias, a través de la identificación de los aspectos negativos en los pacientes y/o familia, y por lo tanto al aplicar nuestro Proceso de Atención de enfermería (PAE) podemos lograr un medio eficaz para obtener resultados positivos.

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS:

NEUMONIA

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar con una prevalencia importante en la infancia, sobre todo en los primeros años de vida, reconocible radiológicamente y expresada en una clínica variada, dependiente de la edad, la constitución del paciente y de la etiología que la origina.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es aquella cuyas manifestaciones clínicas se inician en sujetos que conviven en ella y que no han sido hospitalizados en los últimos 7 días, se incluyen también las que aparecen en las primeras 48 h del ingreso en un centro hospitalario y las que se inician 14 días después del egreso hospitalario. Afecta tanto al niño sano como al que presenta una situación de inmunodeficiencia, aunque sus efectos, características de su presentación clínica y tratamiento, sean completamente diferentes. (26)

Debe diferenciarse de la neumonía nosocomial, que es aquella adquirida en el medio hospitalario y que implica a otro tipo de pacientes y otros agentes etiológicos.

En los países desarrollados, los criterios utilizados para definir estos casos incluyen las manifestaciones clínicas compatibles con neumonía, asociadas a cambios radiológicos; mientras en países en vías de desarrollo con alta morbilidad y mortalidad por NAC, nivel socioeconómico bajo, difícil acceso a centros hospitalarios y a medicamentos, son suficientes los hallazgos clínicos obtenidos a través de la inspección, entre ellos, la retracción del tórax, cianosis, dificultad para alimentarse, ausencia de sibilancias y detección de taquipnea sobre todo en niños menores de 5 años (más de 50 respiraciones por min en niños menores un año de edad y más de 40 en niños mayores).

PATOGENIA

La colonización del tracto respiratorio superior por bacterias patógenas es común en niños sanos y representa un requisito previo para que estos agentes infecciosos penetren al tracto respiratorio inferior por varias vías tales como la descendente, relacionada con un cuadro respiratorio viral alto previo; por aspiración, asociada con alteración en la mecánica de deglución, reflujo gastroesofágico y episodios agudos de epilepsia; por alteraciones anatómicas, funcionales o inmunológicas, relacionadas con enfermedades como fibrosis quística, tratamientos inmunosupresores e inmunodeficiencias, y por diseminación hematógena.(27,28)

El sistema respiratorio posee diversos mecanismos de defensa como son las barreras anatómicas, células y proteínas, capaces de desarrollar una respuesta eficaz contra microorganismos invasores y de reconocer y eliminar tejidos y partículas inertes exógenas, células neoplásicas y material endógeno. Cualquier proceso que altere estos mecanismos normales de defensa, haciéndolos fallar, condiciona el desarrollo de enfermedades infecciosas pulmonares, entre las que está la neumonía.

EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad habitualmente tiene una incidencia estacional, siendo más frecuente en los meses con temperaturas más bajas que la media anual, en especial las virales, aunque hay neumonías a lo largo de todo el año.

Su transmisión por lo general es de persona a persona, por vía aerógena y menos frecuentemente por vía hematógena y linfática. Los gérmenes que la causan habitualmente tienen poca contagiosidad y no dan el mismo cuadro en personas que se han contagiado entre sí; a diferencia de los virus que producen neumonías en el curso de epidemias, ya que su contagiosidad es mucho mayor.

El período de incubación de una neumonía varía, dependiendo del virus o bacteria causantes de la infección; el del virus sincitial

respiratorio es de 4 a 6 días, mientras que el de la influenza es de 18 a 72 h.(25)

En algunos estudios realizados, el sexo masculino parece ser más afectado que el femenino en todas las edades.

Entre los factores de riesgo para desarrollar una neumonía en la infancia se incluyen: prematuridad, exposición pasiva al humo del tabaco, lactancia materna ausente o insuficiente, malnutrición, asistencia a instituciones infantiles, bajo nivel socioeconómico, antecedentes de sibilancias y otitis media, infecciones respiratorias recurrentes en el año anterior, la época del año ya que los virus y el neumococo son más frecuentes durante los meses en los que predominan las temperaturas bajas y el estado de salud previo del paciente que condiciona la etiología de las infecciones pulmonares que presenta, como sucede en los que padecen inmunodeficiencia, fibrosis quística, cardiopatía congénita, cáncer y en los trasplantados.

ETIOLOGÍA

En más del 60 % de los casos el germen causal no se logra determinar, su identificación resulta difícil debido a que la clínica no es suficiente, desde el punto de vista radiológico no hay ningún hallazgo que distinga una infección de otra, las investigaciones microbiológicas no son suficientemente sensibles y específicas y por lo general, la gravedad del cuadro clínico no permite retrasar el inicio

del tratamiento antibiótico. Habitualmente no se realizan intentos para identificar un germen en una neumonía, pero deben hacerse excepciones en pacientes graves, inmunodeprimidos, con mala evolución y en los que se sospeche un germen resistente. Cuando se consigue identificar el agente etiológico, se establece que aproximadamente el 50 % son de origen bacteriano frente al 25 % cuyo origen es viral; en el 25 % de los casos la neumonía es de origen mixto.

Streptococcus pneumoniae se considera actualmente la primera causa de neumonía bacteriana en la infancia, con una incidencia similar en las distintas edades. Este dato podría variar en los próximos años como resultado de la administración de la vacuna conjugada frente al neumococo.

La edad es el índice que mejor predice la etiología del proceso. Desde el nacimiento hasta los 3 meses de vida, los gérmenes que pueden infectar el pulmón son fundamentalmente los *Streptococcus* beta hemolíticos del grupo B, las enterobacterias, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, la *Chlamydia trachomatis* y el virus sincitial respiratorio (VRS).

Entre los 3 meses de vida y los 2 años varía la causa de las neumonías siendo el *Streptococcus pneumoniae* el principal responsable de las neumonías bacterianas, como ya hemos dicho,

el *Haemophilus influenzae* b era la segunda causa bacteriana, pero desde la vacunación masiva y sistemática frente a este germen su incidencia ha disminuido en gran medida, aunque continúa causando neumonías en países en desarrollo y en los que no se utiliza la vacuna. En menores de 3 años los virus respiratorios son agentes causales frecuentes de neumonía (80 %), el más frecuente es el virus sincitial respiratorio, responsable de la mayor parte de las infecciones de las vías respiratorias bajas en los meses de invierno; adenovirus, influenza A y B y parainfluenza 1, 2 y 3 también son comunes. Menos importante resulta el rinovirus, aunque datos recientes resaltan su relación con neumonía en niños pequeños. En países en desarrollo el virus del sarampión también es causa común de neumonía. El virus respiratorio emergente bocavirus causa con frecuencia infecciones respiratorias graves en los niños y afecta a lactantes con sibilancias recurrentes, bronquiolitis y neumonías; un efecto similar se presenta en las infecciones por el metapneumovirus humano. El virus A (H1N1) también puede derivar hacia una neumonía grave con riesgo para la vida del enfermo.(27)

Desde los 2 a los 5 años disminuye la incidencia de los virus, mientras aumenta el protagonismo de las bacterias, sobre todo del *Streptococcus pneumoniae* y menos del *Haemophilus influenzae* b por lo referido antes y comienza a ser más importante

el *Mycoplasma pneumoniae*. Cuando los virus son los causantes, son los mismos comentados antes para otras edades.(30)

A partir de los 5 y hasta los 10 años comienza a ser más frecuente la neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* que comparte la etiología con el neumococo, siendo las causadas por virus mucho menos frecuentes en estas edades, mientras que la incidencia de la *Chlamydia pneumoniae* va en aumento.

En los mayores de 10 años el *Streptococcus pneumoniae* y las bacterias intracelulares *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* son responsables de las neumonías, estas últimas se han relacionado con la recurrencia de episodios de broncoespasmo en niños susceptibles.

Se ha registrado la existencia de infecciones mixtas y las combinaciones más frecuentes han sido por VRS con neumococo o con *Mycoplasma pneumoniae*. La varicela predispone a la infección por estreptococo y estafilococo, dando lugar a neumopatías graves, aunque no es frecuente en niños inmunocompetentes.(28)

DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico, la sintomatología de la neumonía infantil varía mucho dependiendo de la edad del niño, de su etiología, del estado nutricional e inmunitario del paciente y en definitiva de

cada niño, ya que no hay un patrón característico para cada uno de los tipos de neumonías.(32)

CUADRO CLÍNICO

Clásicamente se ha hecho una distinción entre neumonía típica, refiriéndose a la neumocócica y la atípica a la causada por virus o por bacterias intracelulares, que puede resultar de utilidad en los niños mayores y en los adolescentes, pero no en los niños pequeños en los cuales esa diferenciación se hace más difícil. Una correcta anamnesis, una esmerada exploración física y una exploración radiológica adecuada constituyen la regla de oro para el diagnóstico de la neumonía.

La neumonía típica suele tener un inicio brusco, con una escasa sintomatología extrapulmonar asociada, mientras que la neumonía atípica suele tener un inicio insidioso y en ella la sintomatología extrapulmonar es frecuente.

Clínicamente las neumonías bacterianas presentan una amplia gama de signos y síntomas, algunos sistémicos y otros estrechamente relacionados con el aparato respiratorio, con características particulares en las diferentes edades.

En niños menores de 5 años, los datos de más valor para el diagnóstico son la taquipnea, el aumento de trabajo respiratorio

(aleteo nasal, retracciones o tiraje) y la saturación de O₂ menor de 93-94 %. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la taquipnea como único signo predictor de neumonía con una sensibilidad de 50-75 % y una especificidad del 67 %. La ausencia de taquipnea tiene un valor predictivo negativo de 80 %.

En los neonatos la sintomatología es la de una sepsis grave y no hay signos respiratorios característicos, aunque puede haber un grado variable de compromiso respiratorio con taquipnea, episodios apneicos, tiraje, aleteo nasal y quejido.

En los niños pequeños y lactantes, por lo general el comienzo de la neumonía va precedido de una infección leve del tracto respiratorio superior de varios días de evolución, hasta que aparece de forma brusca la fiebre elevada y signos mayores de dificultad respiratoria; estos pacientes pueden presentar compromiso leve o moderado del estado general sin manifestaciones respiratorias; la ausencia de signos en este grupo de edad no descarta la existencia de neumonía.

Las neumonías virales, más comunes en niños de menor edad presentan síntomas iniciales como estornudos y congestión nasal que progresan y al cabo de 1-3 días se presenta la tos, fiebre moderada o febrícula y signos de dificultad respiratoria, con estertores audibles a la auscultación pulmonar. En los lactantes pequeños puede haber apnea, rechazo del alimento e irritabilidad.

En los niños mayores y adolescentes la neumonía presenta síntomas y signos clásicos similares a los de los adultos y los hallazgos en la exploración cambian durante la evolución de la enfermedad, al inicio del proceso se auscultan estertores crepitantes, durante la progresión se constata matidez a la percusión, aumento de las vibraciones vocales, desaparición de los estertores y soplo tubárico y en la fase de curación desaparecen los signos de condensación, se auscultan estertores húmedos y la tos, seca y áspera al inicio se hace productiva.(25,26,27)

EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO

En los pacientes con neumonía se pueden realizar pruebas de laboratorio que aportan datos de utilidad a la hora de decidir el tratamiento, aunque con ciertas limitaciones pues no son estrictamente necesarias en la atención primaria y si se dispone de ellas, la tardanza en disponer de sus resultados reduce su utilidad.

Se aconseja realizar un conteo global y diferencial de los leucocitos que puede aportar información acerca de la etiología de la neumonía. El incremento del conteo de leucocitos se ha asociado con infección bacteriana; las neumonías bacterianas típicas suelen presentar leucocitosis con desviación izquierda, mientras que las atípicas y las virales suelen cursar por lo general con conteos leucocitarios normales y linfocitosis, en ocasiones pueden presentar leucocitosis

con linfocitosis, la leucopenia es sugestiva de virus o micoplasma. La gran amplitud de variaciones en el leucograma hace difícil diferenciar una neumonía bacteriana de una viral.

La presencia de anemia hemolítica asociada puede ser sugestiva de infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

La proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular (VSG) son marcadores de inflamación poco específicos para confirmar la etiología de una neumonía, no son lo suficientemente sensibles para descartarla y no deben indicarse de forma rutinaria. Las neumonías bacterianas típicas suelen presentar proteína C reactiva elevada, mientras que las atípicas y las virales suelen cursar sin alteración de la misma.(30)

Recientemente se habla de los niveles de procalcitonina (PCT), una prohormona de la calcitonina que en algunos estudios ha demostrado tener buena sensibilidad, especificidad y valor predictivo para distinguir entre infecciones bacterianas y virales. Otros autores no encuentran diferencias relacionadas con la etiología, pero sí concentraciones más elevadas en función de la gravedad de la neumonía, por lo que puede ser un marcador potencialmente útil para tomar decisiones terapéuticas.

El hallazgo de alteraciones bioquímicas es más frecuente en las neumonías atípicas, se ha encontrado hiponatremia en la

legionelosis, aumento de la creatinfosfocinasa en la infección por M. pneumoniae y Legionella y aumento de las transaminasas hepáticas.(29)

EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS

En la atención primaria no es necesario el diagnóstico etiológico definitivo y por tanto no están indicados los estudios microbiológicos, que sí pueden ser importantes en neumonías severas o complicadas, tratadas a nivel hospitalario.

El diagnóstico etiológico de certeza solo se puede establecer mediante el aislamiento de un microorganismo patógeno en un líquido estéril (sangre, biopsia y líquido pleural) y eso se consigue en aproximadamente el 30-40 % de los casos, esas pruebas específicas se utilizarán solo en aquellas situaciones en las que sea importante identificar el agente causal, tales como pacientes inmunodeprimidos o bajo tratamiento inmunosupresor, hospitalizados graves y brotes epidémicos.

En los pacientes ingresados debe hacerse un hemocultivo, teniendo en cuenta que hay bacteriemia entre el 3 y el 12 % de las neumonías presumiblemente bacterianas.

Los estudios serológicos se indican cuando existe interés desde el punto de vista epidemiológico y no son útiles para adoptar una postura terapéutica ya que el resultado se demora unos días.

Se debe realizar la prueba cutánea de tuberculina ante sospecha clínica o epidemiológica, pero no debe ser indicada de forma rutinaria ante cualquier neumonía. (30,31)

El resto de las investigaciones microbiológicas como cultivos de nasofaringe, de esputos y líquido pleural, pesquisa de antígenos bacterianos en la orina y métodos de detección del DNA viral por reacción en cadena de la polimerasa, solo permiten obtener un diagnóstico de probabilidad y por eso en los pacientes previamente sanos sin criterios de gravedad tampoco son necesarios.

RADIOLOGÍA

La radiografía (Rx) de tórax es la mejor herramienta para establecer el diagnóstico de certeza de neumonía, pero si se hace un buen diagnóstico clínico, su realización no modifica las decisiones terapéuticas, ni mejora la evolución de la enfermedad, por tanto, no debe hacerse de forma rutinaria en todos los casos, pudiendo prescindirse de ella en niños previamente sanos con una neumonía que no requiere ingreso hospitalario; su indicación está justificada ante dudas de diagnóstico, hospitalización, gravedad o sospecha de

complicaciones, episodios previos de neumonías y prolongación del cuadro con escasa respuesta al tratamiento

La proyección frontal (AP) suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico de neumonía y no es recomendable el control radiológico para valorar la evolución de una neumonía no complicada; si se hace, no debe realizarse antes de 3-4 semanas, salvo que se requiera antes por mala evolución.

En la Rx de tórax se demuestra la presencia del infiltrado inflamatorio, que corrobora el diagnóstico de la neumonía, aunque en ocasiones puede existir una clínica muy sugestiva en ausencia de hallazgos radiológicos y los infiltrados aparecen en el curso evolutivo de la enfermedad. En general no hay ningún hallazgo que distinga una infección de otra, a pesar de que se ha determinado un patrón alveolar tipo bacteriano y uno intersticial típico de etiologías virales y gérmenes atípicos, que realmente solo se corresponde con la etapa inicial de la enfermedad ya que cuando el proceso progresa hacia los alvéolos, muestra un patrón alveolar similar al de la neumonía bacteriana. La edad del niño tiene más correlación con el agente causal que la imagen radiológica.(29)

COMPLICACIONES

El inicio oportuno y adecuado del tratamiento antibiótico debe conducir a una evolución favorable en la mayoría de los casos dentro

de las primeras 48 h de iniciado el tratamiento, si esto no ocurre se deben descartar complicaciones de tipo supurativas a nivel del parénquima pulmonar, del espacio pleural o también pericárdicas y que incluyen: neumonía necrotizante, absceso de pulmón, neumatocele, gangrena pulmonar, derrame pleural y pericarditis purulenta. Cualquiera de ellas puede significar fiebre prolongada, mayor duración del tratamiento con antibióticos, de la hospitalización y tratamiento quirúrgico en el caso de empiema tabicado. Además pueden presentarse complicaciones extrapulmonares asociadas, como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y el shock séptico que requieren manejo y monitorización en cuidados intensivos.(31)

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

La gran mayoría de las neumonías de adquisición extra hospitalaria (NAC) en niños, pueden ser tratadas de forma ambulatoria en la atención primaria, por parte de los especialistas en medicina general integral (MGI) y pediatría del área de salud a la cual pertenecen dichos pacientes; sin embargo determinadas situaciones hacen aconsejable el ingreso hospitalario para su adecuado tratamiento y control, según los criterios siguientes:

- Lactante febril menor de 6 meses de edad.
- Dificultad para alimentarse e hidratarse.

- Falta de respuesta a las 48-72 h de tratamiento ambulatorio.
- Dudas acerca del cumplimiento terapéutico y dificultad para el control evolutivo.
- Estado general afectado y signos evidentes de gravedad. (convulsiones, hipoxia, cianosis, afectación del estado de conciencia e inestabilidad hemodinámica).
- Apnea o signos de dificultad respiratoria: tiraje subcostal, aleteo nasal, quejidos.
- Coexistencia de otros problemas como diarrea, deshidratación y broncoespasmo.
- Enfermedades subyacentes como cardiopatías, malnutrición, fibrosis quística, sicklemlia y afectación inmunológica.
- Complicaciones pulmonares como derrame pleural, neumotórax, absceso pulmonar, neumatoceles, empiema.
- Necesidad de identificación bacteriológica y antibiograma por sospecha de estafilococo, Gram negativos entéricos o germen poco habitual.
- Problemática de índole socioeconómica como ambiente familiar de alto riesgo, poca colaboración al tratamiento y residencia en un sitio no óptimo para el paciente.

TRATAMIENTO

Debe estar encaminado a aliviar la sintomatología, reducir la mortalidad, curar clínicamente la infección, prevenir la recurrencia y las complicaciones, minimizar la aparición de reacciones adversas al tratamiento y lograr el retorno del paciente a sus actividades normales.

Las medidas generales van dirigidas a asegurar el reposo, una adecuada hidratación, prestar atención al estado nutricional, aliviar el dolor y la fiebre usando analgésicos y antipiréticos.

Se debe hacer un uso racional de los antibióticos y no recomendarlos desde el inicio en niños con síntomas leves cuando se sospeche etiología viral, no obstante dadas las dificultades para diferenciar en la práctica entre neumonías virales y bacterianas, algunos autores aconsejan su utilización en todos los casos.(32)

El tratamiento antibiótico debería ser etiológico pero como el agente causal solo puede conocerse en escasas ocasiones y nunca antes de las 48-72 h, el tratamiento antibiótico inicial es empírico y basado en los datos clínicos, analíticos, la radiología, el patrón epidemiológico local, la presencia o no de resistencia bacteriana, historia previa de uso de antibióticos en los 3 meses anteriores y en la edad del niño, que es el mejor factor predictor de la etiología de

estos procesos. Cuando se disponga de un diagnóstico etiológico de certeza el tratamiento debe ser el específico para cada germen.

El tratamiento antibiótico siempre debe cubrir a *S. pneumoniae* y a patógenos intracelulares como *M. pneumoniae* y *C. pneumoniae* y debe instaurarse inmediatamente, su duración en el caso de una NAC típica será entre 7 y 10 días, para la atípica se prolongará entre 10 y 14 días y en todos los casos siempre se prefiere la vía oral. La amoxicilina, es la opción preferida para el tratamiento ambulatorio de la NAC típica en cualquier edad, mientras que los macrólidos se emplearán ante la sospecha de una NAC atípica, todos parecen tener la misma eficacia y se recomiendan en pacientes alérgicos a las penicilinas. La mayoría de los autores coinciden en recomendar la elección de un antibiótico beta-lactámico o un macrólido en función de la edad del niño y de que esté presente una clínica sugestiva de neumonía neumocócica o atípica; lo prioritario es garantizar el tratamiento adecuado de la infección por neumococo.(30,31,32)

PREVENCIÓN

El progreso en las condiciones higiénico sanitarias de vida, las facilidades de acceso a los servicios de salud y la educación sanitaria a la población, son aspectos que han contribuido al control de la neumonía, sin embargo, la aparición de nuevos patógenos o la modificación de la respuesta de los gérmenes a los tratamientos

habituales, son escollos que siguen apareciendo periódicamente en la lucha contra esta enfermedad.

Entre las medidas que se han mostrado útiles en la prevención de la infección y deben recomendarse están:

- Aportar lactancia materna y darle atención especializada a niños prematuros, con bajo peso al nacer y malnutrición a cualquier edad.
- Evitar la exposición pasiva de los niños al humo de tabaco, leña, polvo, entre otros.
- Limitar la transmisión de infecciones respiratorias mediante el lavado de manos tanto en casa como en los círculos infantiles y escuelas.
- Retrasar la entrada al círculo infantil en el caso de niños muy alérgicos, inmunodeficientes o con cualquiera otra enfermedad de base predisponente.
- Garantizar una nutrición balanceada con aporte adecuado de vitaminas y minerales.
- Aplicar el esquema de vacunación vigente, la vacuna anti Hib es efectiva en la disminución de las enfermedades causadas por este microorganismo y en Cuba se administra de forma sistemática desde hace años.

- Incrementar la inmunización contra los virus influenza y el neumococo, particularmente en grupos de riesgo. En los países en los que se administra de forma sistemática, se ha reducido la incidencia de enfermedad por neumococo.

La neumonía es una enfermedad típicamente curable y no obstante con frecuencia resulta fatal, sobre todo en los niños, por tanto es necesario mantener la percepción de su importancia como problema de la salud pública y para ello se debe tener un conocimiento claro y actualizado de su etiología, patogénesis, diagnóstico y de las estrategias de su manejo, tratamiento y prevención.(32)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Entre los diagnósticos de Enfermería asociados con una neumonía se incluyen:

1. Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P aleteo nasal, polipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.
2. Trastorno de intercambio gaseoso R/C desequilibrio ventilación-perfusión y alteración de la difusión M/P dificultad respiratoria, niveles de saturación por debajo de lo normal.
3. Hipertermia R/C enfermedad E/ P temperatura 38.6°C
4. Ansiedad y miedo R/C entorno desconocido M/P llanto, irritabilidad

5. Fatiga y pérdida de energía R/C el aumento del esfuerzo necesario para respirar M/P dificultad para realizar actividades diarias.
6. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para ingerir alimentos (ventilación mecánica) M/P peso corporal inferior al peso ideal, cabello quebradizo y caída excesiva, bajo tono muscular

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONIA:

- ✓ Controlar signos vitales: FC, FR, T°, y oximetría de pulso
- ✓ Administración de oxígeno cánula nasal, máscara o ventury, según sea necesario.
- ✓ Ubicar al paciente cabecera a 30° para equilibrar la ventilación y perfusión.
- ✓ Toma de laboratorios según órdenes médicas, gases arteriales, cuadro hemático, electrolitos, etc.
- ✓ Mantener punto de vena punción permeable.
- ✓ Proporcionar al paciente y/o familia información sobre el tipo de neumonía que padece el niño, las complicaciones y el tiempo de recuperación.

- ✓ Proporcionar al paciente y/o familia información sobre la medicación prescrita, dosis, nombre, acción, administración y efectos secundarios.
- ✓ Explicar la necesidad de la ingesta adecuada de líquidos y nutrientes, en la medida que sea posible y bajo supervisión de enfermería.
- ✓ Explicar a la familia el carácter infeccioso de la enfermedad con el fin de evitar el contagio a otras personas.
- ✓ Explicar la importancia de evitar el tabaco y los humos que puedan irritar los bronquios.
- ✓ Explicar al paciente y/o familia las técnicas de relajación y la importancia del reposo y el sueño
- ✓ Iniciar administración de medicamentos según orden médica.
- ✓ Realizar terapia respiratoria según sea necesario.
- ✓ Permeabilizar varias áreas con terapia respiratoria.
- ✓ Proporcionar cuidados frecuentes con el aseo de la boca para evitar infecciones.
- ✓ Realizar ejercicios respiratorios.
- ✓ Valorar el color, la consistencia, y la cantidad de la expectoración.

- ✓ Valorar, perfusión distal y oxigenación.
- ✓ Brindar educación continua al paciente y su familia sobre el estado de salud y desarrollo de la patología y manejo de medicamentos.
- ✓ Asistir al paciente en sus necesidades básicas

DEFINICION DE TERMINOS:

- **Proceso de Enfermería:** se define como el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.
- **Plan de intervención de enfermería:** La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.
- **Morbimortalidad infantil:** Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

- **Cuidados de enfermería:** Definición de cuidados de enfermería. La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.
- **Cuidados integrales:** Además emplear las técnicas y procedimientos adecuados para un cuidado integral y óptimo. El cuidado está vinculado a las necesidades del paciente y a la tecnología. Para cuidar es necesario saber lo que la otra persona necesita y como lo podemos ayudar.
- **Estilos de vida saludables:** Los estilos de vida saludable hacen referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada.

CAPITULO III

PLAN DE INTERVENCION

3.1 . VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION:

• DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombres : V.O.L.D
Nacionalidad : Peruana
Fecha de nacimiento: 04/05/2018
Sexo : femenino
Localidad : Chulucanas
Provincia : Morropón
Estado civil : soltera
Informante : madre

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Lactante menor de 4 meses de edad, desde hace 6 días con tos y hace 2 días presenta fiebre no cuantificada, por lo cual la madre le administro paracetamol, madre refiere que le “roncaba el pecho” y que está muy preocupada por su bebé, no la trajo anteriormente porque pensó que ya le iba a pasar y no quería que lo hospitalicen.

Al ingreso a emergencia presentaba dificultad respiratoria, cianosis peribucal, taquipnea y tiraje subcostal, alza térmica de 38.5°C, Sat.

O₂ 88%, irritable, llorosa, con piel y mucosas secas, siendo hospitalizada en el servicio de pediatría.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Neumonía adquirida en la comunidad

3.1.4 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre con tos hace 7 días, tratándose con hierbas medicinales

ANTECEDENTES PERSONALES:

Al mes de edad, es traído por emergencia con diagnóstico de bronquiolitis pero no fue hospitalizado.

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Según los datos recolectados de la encuesta aplicada a la madre, podemos concluir, que no cuentan con recursos económicos suficientes, en casa viven dos familias, es un hogar disfuncional pues el padre de sus hijos no vive con ellos, y el aporte económico que les da es muy poco, la madre de la lactante tiene dos niños más de 3 y 6 años de edad; en cuanto a los servicios de agua y desagüe son precarios, cuenta con agua por momentos y en ocasiones tienen que almacenar el agua, cuenta con letrina, cocina a leña, y la madre solo estudio nivel primario.

3.1.5 EXAMEN FISICO:

Lactante de 4 meses de edad con peso 5,920 g, talla 61 cm, frecuencia cardiaca 168/minuto, frecuencia respiratoria 68 x', temperatura 38.5°C, irritable, con facie decaída, presenta taquipnea.

✓ Cráneo con fontanela anterior normotensa y posterior puntiforme, pupilas isocóricas, fotoreactivas, pabellones auriculares, ausencia dentaria por la edad, mucosas húmedas.

✓ Cuello sin alteraciones.

✓ Tórax simétrico, con tiraje subcostal y taquipnea, a la auscultación con presencia de subcrepitos y roncales en ambos campos pulmonares. Sin alteraciones cardiacas.

✓ Abdomen levemente distendido, blando depresible.

✓ Genitales femeninos de características normales, con pañal.

3.1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE

DOMINIOS Y CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la salud

Se observa a madre de lactante que brinda lactancia materna, durante su estancia. Lactante en regular estado de higiene, madre se niega a que bañen a su niño pues teme a que empeore.

F.C: 168x' F.R.68x' T°:38.6°C Sat. O2: 94%

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Madre refiere: “Mi bebe se cansa cuando toma mi leche y llora mucho de hambre”

Se observa al lactante diaforético, mucosa oral hidratada, con apetito, se observa que bebe se cansa, presenta taquipnea tiraje subcostal, abdomen levemente distendido, blando depresible, ruidos hidroaéreos conservados. Peso 5.920 gr, Hg. 9.8 g/dl

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función respiratoria

Madre refiere: “Mi bebe esta orinando normal”

Orina y deposición espontáneas dentro de características normales, usa pañal, Temperatura 38,5°C, piel diaforética, taquipnea FR= 68 x', tos productiva. Presenta cánula binasal con O₂ a 2 litros x', tiraje subcostal se auscultan subcrepitaciones y roncales en bases pulmonares, Sat.O₂ 94%.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 2: Actividad / ejercicio

Madre de lactante refiere que su bebé respira muy rápido y se cansa cuando le da de lactar, duerme por momentos y llora. Presenta apoyo ventilatorio por cánula binasal a 2 litros x', se le

mantiene una postura decúbito dorsal semifowler en cuna, a la auscultación evidencia subcrepitaciones y roncales en bases pulmonares, F.C: 168x´ F.R: 68x¨ T°:38.6°C Sat.O₂ 94%. Presenta regular higiene y cuidado personal, pues madre se niega a que lo bañen pues teme a que empeore.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 3: Sensación – percepción

Nivel de conciencia: activo, piel con hipertermia 38.6 °C y presencia de sudoración, taquipnéico e irritabilidad.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Autoconcepto

Se le observa estado de ánimo decaído, facie de ansiedad e intranquilidad, irritable, madre manifiesta estar cansada y querer ir a su casa, pues esta incomoda no tiene un lugar donde dormir bien por un momento, además por haber dejado a sus otros hijos.

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 3: Desempeño del rol

Mama refiere: “Vivo con mis hijos y madre, mi esposo tiene otro compromiso”

Se observa siempre a la madre al lado del lactante, no hay presencia del padre; tiene dos niños más de 3 y 6 años, los cuales

han quedado al cuidado de la abuela, su padre tiene otro compromiso.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Paciente lactante de 4 meses de edad. Sexo: Femenino.

A la evaluación se observa genitales acordes a su edad.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Mama refiere: “Estoy preocupada por mi bebé, me siento cansada, espero que mi bebé se sane para irnos a casa, también me preocupan mis otros niños”.

Se observa a lactante irritable e inquieto frente a los cuidados de enfermería y cumplimiento del tratamiento médico indicado.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores / creencias

De familia católica, quienes asisten en pocas ocasiones a la iglesia, la madre del bebé no relaciona la enfermedad del niño con ninguna creencia.

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 6: Termorregulación

Diagnóstico médico de Neumonía adquirida a la comunidad, presencia de vía periférica permeable. Piel pálida, diaforético.

Presencia de tos productiva no expectora, con tiraje subcostal, subcrepitos y roncales con temperatura axilar: 38.6 °C FC: 168 latidos por minuto, lactante se mantiene en la cama con las barandas elevadas y con cuidador permanente.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico

El paciente presenta cánula binasal a 2 litros x', por dificultad respiratoria y tos de moderada intensidad, lacta con dificultad por su taquipnea y cansancio al lactar.

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

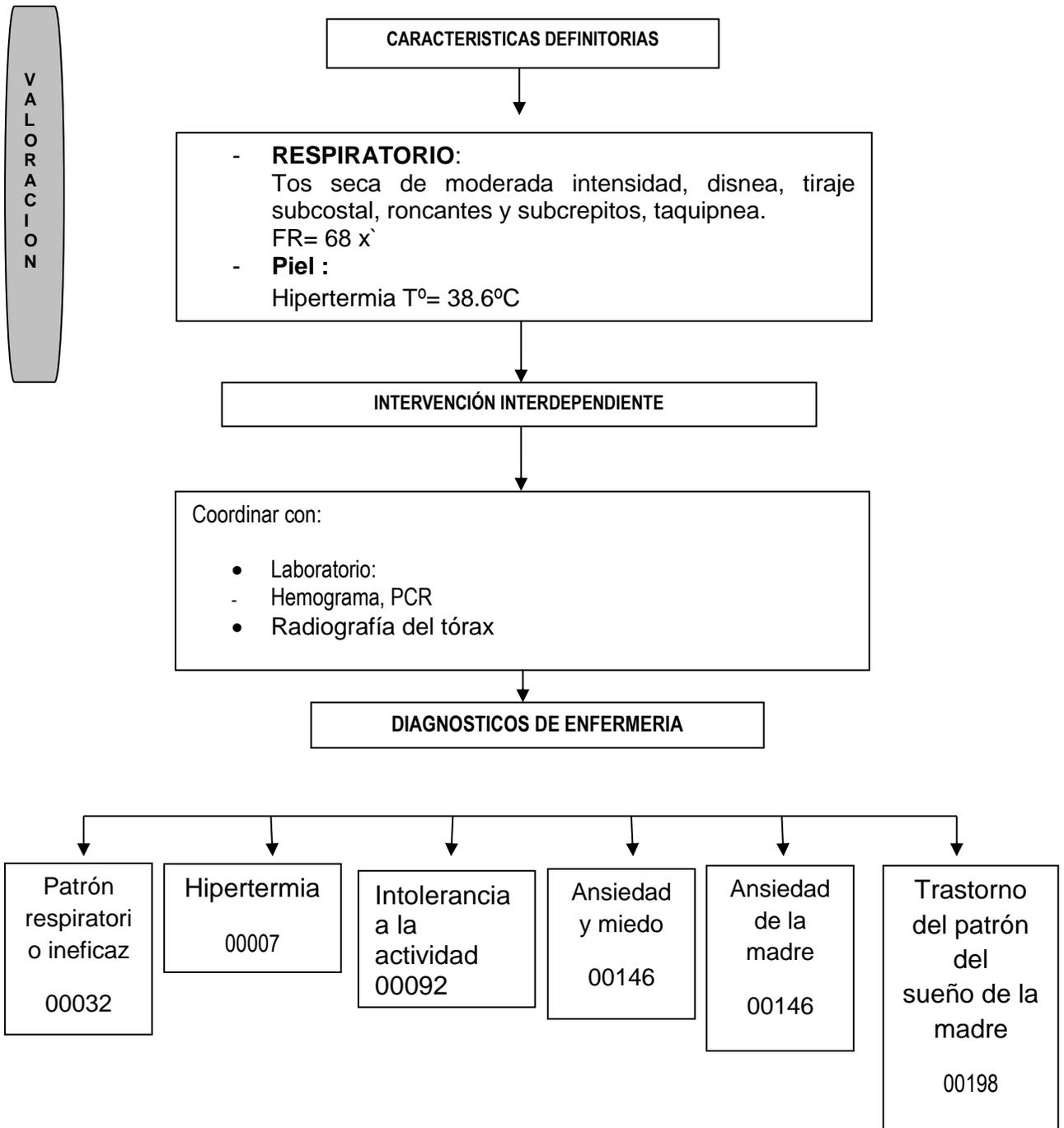
Clase 2 Desarrollo

Mama refiere: "Mi hijo si tiene sus vacunas de nacimiento, pero le falta la de los cuatro meses ya le tocaba pero enfermó "

Se observa al lactante con peso 5,920 g, talla 61 cm.

3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION

Flujograma 1



3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.2.1 LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- ✓ Respiración ineficaz
- ✓ Hipertermia (38.6C)
- ✓ Ansiedad del niño
- ✓ Irritabilidad y llanto del niño
- ✓ Cansancio al momento de lactar
- ✓ Ansiedad de la madre
- ✓ Cansancio de la madre

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

1. Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.
2. Hipertermia R/C a proceso infeccioso (neumonía), manifestado por piel caliente al tacto, irritabilidad, T°= 38.6°C
3. Ansiedad y miedo R/C entorno desconocido M/P llanto, irritabilidad
4. Fatiga y pérdida de energía R/C el aumento del esfuerzo necesario para respirar M/P dificultad para realizar actividades diarias.
5. Ansiedad de la madre R/C estado de salud de su niño M/p facie de ansiedad y preocupación.

6. Trastorno del patrón del sueño de la madre R/C a estadía hospitalaria M/P irritabilidad, y facie de cansancio.

3.2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: V.O.L.D.

Edad: 4 meses

Diagnóstico médico: Neumonía Adquirida en la Comunidad

PROBLEMAS	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
✓ Respiración ineficaz	Fatiga de los músculos respiratorios.	Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.	Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.
✓ Hipertermia (38.6°C)	Proceso infeccioso (neumonía)	Piel caliente al tacto, irritabilidad, T°= 38.6°C	Hipertermia R/C a proceso infeccioso (neumonía), M/P piel caliente al tacto, irritabilidad, T°= 38.6°C
✓ Intolerancia a la actividad.	Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.	Dificultad para lactar, cansancio, taquipnea	Intolerancia a la actividad y miedo R/C desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno M/P disnea de esfuerzo, fatiga y debilidad,

<p>✓ Ansiedad del niño.</p>	<p>Entorno desconocido</p>	<p>Llanto, irritabilidad.</p>	<p>taquipnea.</p>
<p>✓ Ansiedad de la madre</p>	<p>Estado de salud de su niño</p>	<p>Facie de ansiedad y preocupación</p>	<p>Ansiedad de la madre R/C estado de salud de su niño M/p facie de ansiedad y preocupación.</p>
<p>✓ Cansancio de la madre</p>	<p>Estadía hospitalaria de su niño</p>	<p>Irritabilidad, y facie de cansancio</p>	<p>Trastorno del patrón del sueño de la madre R/C a estadía hospitalaria M/P irritabilidad, y facie de cansancio.</p>

3.3 PLANIFICACION

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION: Para el presente trabajo académico se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró disminución de la dificultad respiratoria, mejoría en el ritmo de la frecuencia respiratoria, mantenimiento de la frecuencia cardiaca y prolongación de periodos de sueño, así como la tranquilidad de la madre del menor.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación M/P alteraciones en la profundidad respiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para espirar	Estado respiratorio: ventilación Indicadores ➤ Frecuencia respiratoria ➤ Facilidad de la respiración ➤ Respiración con labios apretados ➤ Disnea de reposo	✓ Ayuda a la ventilación ✓ Monitorización respiratoria. ✓ Disminución de la ansiedad. ✓ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	○ Lactante logró disminuir su FR= 56 lpm. ○ Lactante se mostró más tranquilo al momento de la lactancia. ○ Lactante logra lactar por periodos más largos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Hipertermia R/C enfermedad E/ P temperatura 38.6°C</p>	<p>Termorregulación</p> <p>Indicadores:</p> <p>Temperatura cutánea aumentada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia del pulso -Comodidad térmica referida <p>Signos vitales</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temperatura corporal -Temperatura cutánea aumentada 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación de la temperatura <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administración de Paracetamol 18 gotas. ✓ Aligerar prendas. ✓ Medios físicos: baño. ✓ Control de la Temperatura cada 2 horas. ✓ Favorecer una ingesta de líquidos adecuada: Lactancia materna a libre demanda. • Monitorización de los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel ✓ Observar y registrar si hay signos e hipertermia. ✓ Controlar la temperatura cada dos horas. ✓ Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio. ✓ Contralar periódicamente el ritmo la pulsioximetria. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se logró bajar la temperatura a 36.9°C. ○ Lactante logro mantener signos vitales dentro de los parámetros normales de acuerdo a su edad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
Intolerancia a la actividad y miedo R/C desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno M/P disnea de esfuerzo, fatiga y debilidad, taquipnea.	Tolerancia de la actividad. Indicadores: -Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad -Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad	Manejo de la energía. Actividades: -Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia. -Controlar la respuesta de Oxígeno del paciente (FR R. y card.) a las actividades. -Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente logro lactar paulatinament e por periodos cada vez más prolongados. ○ Paciente mantiene sat. O₂ en 96 %, al momento de la lactancia. ○ Paciente disminuye su frecuencia respiratoria a 44 lpm

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

S: Madre refiere que le roncaba el pecho a su niña y que está muy preocupada, por lo que la trae por emergencia

O: Lactante menor irritable, lloroso. Signos vitales: Temperatura: 38.6°C, Pulso: 168x', Respiración: 68 x', Sat. O₂ 94%

Al examen físico: Piel: caliente al tacto,. Cabeza: Nariz: Tabique nasal simétricos. Boca: Labios simétricos, Lengua hidratada, oídos y cuello: dentro de límites normales. Tórax: subcrepitantes y roncantes a la auscultación, con taquipnea, presenta tiraje subcostal, miembros superiores e inferiores dentro de límites normales. Genitales: íntegros.

A:- Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P aleteo nasal, polipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

-Hipertermia (38.5C) relacionado a proceso infeccioso (neumonía), manifestado por piel caliente al tacto, irritabilidad

-Intolerancia a la actividad y miedo R/C desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno M/P disnea de esfuerzo, fatiga y debilidad, taquipnea.

P: -Afianzar la relación Enfermera / Niño y Madre.

- Lactante mantendrá valores normales de temperatura corporal.
 - Se ira gradualmente disminuyendo aporte de oxígeno.
 - Lactante lograra lactar con frecuencia
- I: - Se realizó la valoración del aparato respiratorio mediante el examen físico.
- Se colocó al paciente en posición semifowler.
 - Se mantuvo vías aéreas permeables.
 - Se suministró aporte de oxigeno según demanda del paciente.
 - se cuantificaron Signos Vitales especialmente la Temperatura cada 2 horas.
 - Se administró tratamiento indicado.
 - Se administró antipirético prescrito.
 - Se aplicaron medios físicos (Baño por 20 minutos, y compresas húmedas) en una habitación cerrada evitando las corrientes de aire frio.
 - Se vigiló hidratación endovenosa, así como lactancia materna exclusiva.
 - Se brindó educación a la madre en el cuidado de su bebe.
 - Se promovió el descanso de la madre apoyándola por un periodo considerable para que la madre descanse.

E: Luego de puestas en práctica las acciones de enfermería se dejó estable al usuario y con temperatura de 36, 7 C, se disminuyó aporte de oxígeno a 1 litro x', logrando así mismo que el bebé logre lactar con mayor frecuencia y tiempo, logrando así mismo que la madre se sienta más tranquila.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

1. RECOLECCION DE DATOS

Para la ejecución del presente informe de experiencia laboral se realizó la recolección de datos de:

- ✓ Registros de atención diaria pacientes
- ✓ Datos epidemiológicos
- ✓ Estadística
- ✓ Censos
- ✓ Historia clínica del Establecimiento de Salud II -1 Chulucanas.

Dicho trabajo fue coordinado con la coordinadora del servicio de Pediatría, admisión y estadística.

2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional se inició cuando realizaba SERUMS en el Oleoducto Norperuano PETROPERU, en el año 2007 por el periodo de 1 año, luego continué por servicios terceros por 6 meses más.

Posteriormente inicie mis labores como enfermera en Salud Ocupacional para la Clínica internacional en Talara, desde el año 2009 hasta el 2012; continúe luego trabajando en la Clínica Pediátrica

Carita Feliz de Piura , y desde el año 2013 hasta la actualidad trabajo en el establecimiento de Salud II-1 Chulucanas, como enfermera

asistencial en el área de pediatría, teniendo en cuenta que es un hospital referencial de la sierra piurana del MINSA; tenemos una gran demanda de pacientes a pesar de los esfuerzos por brindar una adecuada atención a nuestros usuarios continuamos con muchas deficiencias falta de camas en los servicio de hospitalización lo que conlleva a tener pacientes con larga estancia en el servicio de Pediatría a ello se suma las carencias del hospital en cuanto a equipos y materiales no eran ajenas a la realidad de otros hospitales del MINSA teniendo que trabajar con los recursos mínimos disponibles lo cual incrementa el riesgo de tener infecciones intrahospitalarias.

El propósito de este Trabajo Académico permitirá unificar criterios de actuación en las intervenciones de enfermería en caso de niños con neumonía y así poder ejecutar videos educativos, charlas y mejorar el plan de las visitas domiciliarias para ayudar a la población y de esta manera prevenir y disminuir el riesgo de complicaciones ayudando a una adecuada recuperación de nuestros pacientes.

En estos 17 años que vengo ejerciendo la profesión como licenciada de enfermería he podido aplicar a mi trabajo diario todos los conocimientos aprendidos en las aulas universitarias, asimismo lo aprendido en toda mi experiencia profesional.

He desarrollado Principalmente la faceta de enfermera asistencial en pediatría, sintiéndome muy contenta y satisfecha de poder ayudar y

cuidar a tantos niños cuyos padres han depositado en mí su confianza para la recuperación de la salud de su niño.

3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

La experiencia laboral y el método científico nos permiten elaborar un plan de cuidados basado en evidencias, las que nos conducirán a mejores resultados en la recuperación del paciente.

El Plan de Cuidados Estandarizado es un instrumento que facilita y optimiza la labor asistencial de la enfermera, ofreciendo al paciente la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica, mejora la comunicación entre los profesionales y con el paciente, fortalece la formación para el desarrollo profesional y facilita la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE).

Dentro del equipo de salud el profesional de enfermería juega un papel protagónico no solo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición es el puente conector entre paciente y el resto del equipo de modo.

Las medidas de prevención son las que logran impedir o evitar sucesos negativos en la salud del usuario, a través de la educación y medidas de auto protección, que el profesional de enfermería debe ofrecer.

4. APORTES E INNOVACIONES TECNICAS AMINISTRATIVAS

- ✓ Se realizó un adecuado Proceso de Atención de Enfermería aplicado al paciente con diagnóstico de NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD en el Hospital de apoyo II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto” en el servicio de Pediatría, el cual fue muy satisfactorio, puesto que desempeñé adecuadamente mis conocimientos, teniendo en cuenta que un adecuado Proceso de Atención de Enfermería supone una mayor calidad de cuidados para el paciente y satisfacción para el mismo.
- ✓ Se elaboró y se hizo entrega a la coordinadora del servicio de Pediatría una guía de cuidados de enfermería en pacientes con neumonía.
- ✓ Se expuso en nuestra capacitación mensual del servicio de Pediatría, la problemática encontrada en cuanto a la calidad de cuidados que se está brindando a nuestros pacientes.
- ✓ Elaboración de archivos en Excel para un mejor registro de nuestros datos estadísticos.

5. LIMITACIONES

- ✓ En único inconveniente que encontré fue con respecto a los datos estadísticos incompletos, lo que me llevó a la revisión de las historias clínicas para completar dichos datos.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que al identificar el cuidado que proporciona el Profesional de Enfermería identificamos las necesidades reales del paciente en un sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia la mejora de su salud.
2. Se concluyó también, que al llevar a cabo una buena planificación de las acciones de enfermería se logra recuperar la salud de los niños con esta afección, trabajando en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales, asegurando el cumplimiento de las terapéuticas.
3. Se concluye además, que el pilar del cuidado es el profesional de Enfermería, quien al identificar las necesidades en los pacientes y familia contribuye a recuperar y mejorar la calidad de vida de los niños con neumonía.
4. Se concluye que orientando y concientizando a la madre logramos promover estilos de vida saludables que eviten que los niños enfermen de neumonía y de otras afecciones.

RECOMENDACIONES

1. Promover a través de las capacitaciones constantes que los Profesionales de Enfermería apliquen el Proceso de Atención de Enfermería, asegurando que los niños con afecciones como la neumonía reciban un cuidado óptimo en la recuperación de su salud.
2. Realizar una buena valoración al ingreso del niño con neumonía en donde no solo se identifiquen los problemas con los cuales llega el niño, sino que también se evalúe todo su entorno, para así poder hacer un buen diagnóstico de enfermería priorizando nuestras actividades.
3. Elaborar un plan de educación informando a la madre y/o familia, sobre hábitos y estilos saludables para la promoción de la salud y prevención de la neumonía.
4. Brindar continuamente información y educación a la madre, involucrándola en la recuperación de la salud de su niño, y las consecuencias graves que conlleva la neumonía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Medisan. Santiago de Cuba nov.-nov; 2014. vol.18 no.11
2. Cifuentes A. Infecciones respiratorias agudas en Pediatría ambulatoria. 2013. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infecrespag.html>
3. Robaina Suárez G, Campillo Molieva R. Morbilidad y manejo de IRA en menores de 5 años. Revista Cubana de Pediatría. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300007&lng=es&nrm=iso
4. Donoso A. Factores biológicos, socioeconómicos y ambientales que inciden en la presencia de neumonía en niños menores de un año de edad que acuden al servicio de hospitalización de pediatría del Hospital San Luis de Otavalo [Tesis de pregrado]. Ibarra-Ecuador: Universidad Técnica del Norte.2012
5. Unicef. estado mundial de la infancia. Informe de secretaria general por el secretario General de las Naciones Unidas. 1998. <https://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/spsw98a.pdf>
6. Wright AL, T. L. The Tucson children's respiratory study. II lower respiratory tract illness in the first years of life. Boston. 2001. Disponible en: [www.jacionline.org/article/S0091-6749\(06\)01912-9/fulltext](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(06)01912-9/fulltext)

7. Justo Neumonías en niños en el Perú; Epidemiológica trend, intervencions androdress. Rev. Med. Clin. Condes, 28(1) 97- 103. 2017
8. Alburqueque Balcazar, T. E. Incidencia de neumonía en menores de 5 años de edad que ingresan al área de pediatría del Hospital Teófilo Dávila del cantón Machala, en los meses de enero a junio (tesis de pregrado). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador. 2014
9. OMS. La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero Persisten las desigualdades sanitarias. Centro de prensa, obtenido de: who.int/features/2016/year-review/es/. 2016
10. Méndez, M. G. Neumonía adquirida en la comunidad. Servicio de Pediatría General. Unidad de Infectología Pediátrica. Madrid, España. 2017
11. Martínez, J. D. Factores asociados a neumonía adquirida en comunidad en Infantes menores de 5 años, Subcentro de salud n°1, cuenca, Ecuador. Tesis para la obtención de título de Master en Salud con enfoque de Ecosistema. 2015
12. Niquin Carranza, E., & Paredes Haro, D. B. Factores culturales, ambientales y Magnitud de las infecciones respiratorias agudas en Pre-escolares en Curgos, Huamnchuco, Perú. 2015
13. Crisanto J. y Marreros Y. repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2591/42697.pdf?seque

- nace=1. Obtenido de tipo de neumonía - universidad nacional del santa. 2015
14. Villarruel, D. Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños de cinco años del centro de salud villa San Luis. Perú. 2012
15. Padilla J, et al. Neumonías en niños en el Perú: Tendencias epidemiológicas, intervenciones y avances. Revista Médica Clínica CONDES - 2017
16. Protocolo del tratamiento de las neumonías en la infancia secretario. Asociación española de pediatría sociedad de neumología pediátrica sociedad española de neumología pediátrica. 2009
17. Ryan J. Brogan, DO. 2017. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/pneumonia-esp.html>
18. Moreno ME. Necesidad de un marco epistemológico para la práctica de enfermería. Conferencia presentada en el taller precoloquio del XVI Coloquio de Investigación. Manizales: Universidad de Caldas, ACOFAEN, octubre de 2013.
19. Sánchez B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2012
20. Marrineer Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Ediciones Harcourt; S.A.1999
21. Facultad de Enfermería. Aplicación del Modelo de Adaptación en el Ciclo Vital Humano, 1ª ed. Chía: Universidad de La Sabana; 2010

22. Grupo de Estudio sobre el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Análisis de los conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aquichan 2012
23. Revista Cubana de Enfermería, Vol.28 N°.2. Fundamentos de las rutas de los cuidados en el paciente pediátrico.2012
24. Formato encuesta socioeconómica _CC – Mef. Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/saneamiento/ 1 Formato encuesta socioeconomicas C C.doc](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/saneamiento/1 Formato encuesta socioeconomicas C C.doc)
25. Pericas Bosch J. Neumonía adquirida en la comunidad en el niño. *Pediatr Integral*. 2004;8(1):39-48.
26. Ubeda Sansano MI, Murcia García J; Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Neumonía adquirida en la Comunidad. *El Pediatra de Atención Primaria y la Neumonía. Protocolo del GVR* (publicación P-GVR-8 [Internet].2010. Disponible en: <http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm>
27. Ubeda Sansano MI, Murcia García J. Neumonía adquirida en la comunidad. Puesta al día. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10(2):19-28.
28. Ruiz M. Diagnóstico y Terapia Inicial de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC). *Medwave*. 2010;10(6).
29. Kiertsam B, Palazi Sáfadi MA. Neumonías Adquiridas en la Comunidad en Pediatría. *Pediatría Moderna*. 2005;41(5):223-42.

30. García Satué JL, Aspa Marco J. Neumonías. Monografías NEUMOMADRID. Madrid: Editorial Ergón; 2011.
31. Higgins K, Singer M, Valappil T, Nambiar S, Lin D, Cox E. Overview of recent studies of community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis*. 2008;47:150-6.
32. Bosque GM, Larramona CH, Asensio CO, Tardío TE. Pulmón en el paciente inmunodeprimido. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP. Neumología. 2008;8:133-43.

ANEXO II

ENCUESTA SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL

A. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA LOCALIDAD

Encuestador (a): _____

Fecha de Entrevista: _____ Hora: _____

Departamento: PIURA Provincia: MORROPON Distrito: CHULUCANAS

Dirección: _____

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

B. INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

1. Material predominante en la casa

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

3. Estera (X) Otro

4. Posee energía eléctrica si () No ()

5. Red de agua si () No ()

6. Red de desagüe si () No ()

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

8. Ud. cocina con:

Leña () Gas ()

C. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

9. ¿Cuántas personas habitan en la vivienda?

10. ¿Cuántas familias viven en la vivienda?

11. ¿Cuántas personas trabajan en su familia?

D. INFORMACION SOBRE LA MADRE Y/O TUTOR

12. ¿Cuál es su nivel educativo?.

Educación primaria () Educación Secundaria ()
 Superior no Universitario () Superior Universitario ()

13. Ocupación.....

14. ¿Posee otros ingresos?
 Especifique.....

E. INFORMACIÓN SOBRE EL ABASTECIMIENTO DE AGUA

15. ¿Cuántos días a la semana dispone de agua potable? _____
16. ¿Cuántas horas por día dispone de agua? _____
17. La cantidad de agua que recibe es: suficiente () insuficiente ()
18. ¿Almacena usted el agua para el consumo de su familia? si () no ()
19. ¿El agua llega limpia o turbia?:
 Limpia todo el año() Turbia por días() Turbia por meses() Turbia todo el año()
20. ¿El agua antes de ser consumida le da algún tratamiento?:
 Ninguno() 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 () no ()

F. INFORMACION SOBRE EL SANEAMIENTO

23. ¿Tiene conexión al sistema de desagüe?: si () no ()
24. ¿Usted dispone de una letrina? si () no ()

Fuente:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/saneamientos/1_Formato_encuesta_socioeconomicas_CC.doc

EVIDENCIA FOTOGRAFICA



