

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO – BREÑA, 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

SALLY EMPERATRIZ HERNANDEZ RAMOS

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- DRA. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU VOCAL

ASESORA: DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 072-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18 de mayo del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado en primer lugar a mis padres que me han guiado y apoyado para lograr superación, a mi hija por ser la motivación que necesito para no rendirme, a mis maestros por darme los conocimientos y herramientas para lograr mi objetivo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por, por darme la vida y acompañarme en el proceso de todo mi trabajo

A mis amados padres, por haberme dado su apoyo incondicional durante todo el
proceso

A mis estimados docentes, por su paciencia, apoyo y enseñanzas

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por darme las herramientas
necesarias para lograr el objetivo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	5
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes de estudio.....	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales:	10
2.2 Bases teóricas	14
2.2.1 Dorotea Orem,	14
2.2.2 Virginia Henderson	14
2.2.3 Nancy Ropper	15
2.3 Base conceptuales	17
2.3.1 Bronquiolitis.....	17
2.3.2 Cuidados de Enfermería en bronquiolitis:	22
CAPÍTULO III.	23
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	23
3.1 Valoración	23
3.2 Diagnostico	31
3.3 Planificación.....	32
3.4 Ejecución y evaluación	40
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es la infección aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de un año y supone el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas. En 1993, McConnochie estableció criterios clínicos para definir la bronquiolitis:

- Primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses.
- Disnea espiratoria.
- Existencia de pródromos catarrales.

Habitualmente es causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, junto con hipersecreción de moco. (1)

Siendo el principal agente etiológico, el Virus Respiratorio Sincicial (VRS), el cual según la OMS estima que es el principal causante, responsable de hasta el 70% de los casos, también están otros virus en menor medida como Rinovirus, enterovirus, Influenzae y Parainfluenzae, Adenovirus. (2)

Durante los meses de invierno (mayo-setiembre), se incrementa el número de pacientes con esta patología, ocupando unas de las primeras causas de consulta en urgencia y emergencia, afectando en su mayoría a los lactantes, de los cuales un 15-20% requerirán hospitalización, y de estos el 5 - 10% requerirán terapia respiratoria en UCIP. (3) | |

[1]Este incremento en las demandas asistenciales requiere planificación y organización con el objetivo de evitar el “colapso”.

El presente trabajo académico titulado Cuidados de enfermería en pacientes con Bronquiolitis del servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería

en pacientes con Bronquiolitis, que permitan identificar e implementar el plan de cuidado de enfermería (PAE) oportuno para evitar complicaciones a corto o largo plazo, el PAE es una de las herramientas más importantes que utiliza el profesional de enfermería con el objetivo de brindar una atención basada en la ciencia, el trato humano y holístico, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de la profesión y facilitando la aplicación del proceso de enfermería.

En la investigación se realizó un plan de cuidado de enfermería para el paciente con Bronquiolitis, el cual contiene la justificación, objetivo y plan de cuidado de enfermería propiamente dicho, es decir, detalla de manera secuencial el proceso de atención de enfermería que se le brinda al paciente desde que ingresa al Servicio de Emergencia hasta que es trasladado al servicio de Hospitalización. Cabe mencionar que el proceso de atención de enfermería, nos ayudará al mejoramiento de la salud del paciente, desarrollando cada una de las fases de enfermería como es la valoración cefalo caudal y patrones funcionales de Virginia Henderson, el diagnóstico de enfermería se obtiene luego de la valoración, para luego elaborar el plan de cuidados de enfermería conforme a las alteraciones o hallazgos encontrados, posteriormente ejecutar las diversas intervenciones planteadas, finalizando con la evaluación de los resultados obtenidos del paciente con Bronquiolitis aguda.

Como profesional de enfermería asistencial del área de Emergencia pediátrica, he observado continuamente el ingreso de pacientes menores de 2 años con el diagnóstico médico de bronquiolitis, en el cual se puede apreciar las múltiples necesidades de estos pacientes en cuanto a su salud. Ante ello, se ha realizado una intervención inmediata y prioritaria con la finalidad de evitar complicaciones en el estado de salud de los pacientes que pueden agravar el cuadro y en ocasiones llevarlos a la muerte, es importante señalar que emergencia es una palabra que denota amenazas súbitas a la salud pública, es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

Finalmente, es necesario mencionar que el presente trabajo de investigación presenta la siguiente estructura: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Plan de Cuidados de Enfermería, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial la bronquiolitis aguda (BA) es la infección respiratoria de vías bajas más frecuente [2] en los niños menores de 2 años de edad, pero no hay un consenso universal en su definición y las diferencias son muy importantes, como en la edad máxima de presentación, polarizada entre 1 y 2 años. (4)

Las infecciones respiratorias bajas afectan cada año a millones de niños en el mundo. En el año 2017 fallecieron más de 800,000 niños menores de 5 años por esta causa. (5)

A nivel nacional, según el Ministerio de Salud (MINSA), las infecciones respiratorias bajas son todavía un problema importante en nuestro país, con más de 2.3 millones de casos diagnosticados en el año 2017. En un estudio realizado en la sierra se determinó que el 23% de las infecciones respiratorias son ocasionadas por el virus respiratorio Sincitial (VRS), con mayor frecuencia en menores de 6 meses, teniendo así que en los últimos 5 años los casos de bronquiolitis tienen una tendencia creciente. Los niños menores de 1 año presentan el mayor número de casos. El 2 al 5 % de los niños con bronquiolitis aguda requieren ser hospitalizados y hasta el 20% de estos niños pueden requerir el ingreso a terapia intensiva pediátrica. (6)

Según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Salud del Niño, en el año 2021, este ha atendido un total de 595 pacientes con el diagnóstico de bronquiolitis, siendo estos datos de 1 mes a 4 años, un total de 542 casos con diagnóstico de bronquiolitis aguda no especificada, 52 casos de bronquiolitis debido a microorganismos especificado, 1 caso de bronquiolitis debido a virus sincitial respiratorio.

En el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud de niño se puede evidenciar, que los pacientes con diagnóstico de Bronquiolitis ingresan de forma recurrente, siendo su mayor incidencia en la época de invierno.

El servicio de emergencia cuenta con dos salas de observación, el cual una de ellas es destinada exclusivamente a la atención de pacientes con patologías respiratorias, donde solo una profesional de enfermería se encarga de la atención de máximo 5 pacientes, donde tienen que priorizar la atención según la patología y severidad de los casos para así evitar complicaciones.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, el cual nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, siendo de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de urgencias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

L. GODOY SÁNCHEZ, G. WENTZEL, M. MEZQUITA RAMÍREZ (PARAGUAY, SAN LORENZO 2021). en la investigación denominada Bronquiolitis por rinovirus en menores de 1 año y riesgo de sibilancias recurrentes y asma. Cuyo objetivo fue analizar la incidencia de sibilancias recurrentes, hospitalizaciones y atopia/asma en pacientes con antecedentes de hospitalización por bronquiolitis por RV antes de los 12 meses de edad. El estudio fue de cohorte retrospectivo. Ingresaron pacientes de 2 a 4 años con sibilancias recurrentes y antecedentes de hospitalización por bronquiolitis antes de los 12 meses de edad, con retorno viral positivo por estudio molecular. Fueron estudiados los datos demográficos, hospitalizaciones, atopia personal y familiar, asma y exposición al humo. Los datos fueron analizados en SPSS utilizando estadísticas descriptivas e inferenciales. Los resultados se expresaron en RR con IC 95%. El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional. Ingresaron 120 pacientes. No hubo diferencias en la incidencia de sibilancias recurrentes en el grupo expuesto y el control 50,9% vs 49% respectivamente $p=0,85$. Las hospitalizaciones por sibilancias y la presencia de atopia fueron más frecuentes en el grupo Rinovirus, $RR=1,7$ (IC 95% 1,2 -2,9) $p=0,03$ y $RR 1,6$ (IC 95% 1,2 -2,2) $p= 0,005$ respectivamente. La incidencia de sibilancias recurrentes fue similar en ambas cohortes. Las hospitalizaciones por sibilancias y la atopia/asma fueron mayor en el grupo Rinovirus. (7)

L. PAZ ÁLVAREZ, Y, PERALTA CAMPOS, S, CASADO DIAZ, E. FIGUEROA PÉREZ, O. PÉREZ ÁLVAREZ (CUBA, PINAR DEL RIO 2019).

Presentan la investigación Manejo del bronquiolitis aguda en el servicio de neumología pediátrica de Pinar del Rio. Cuyo objetivo fue caracterizar el manejo de la bronquiolitis aguda en los pacientes ingresados en el servicio de neumología del Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" durante el año 2019. El estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal. El universo estuvo constituido por los 612 pacientes con diagnóstico de bronquiolitis y la muestra fue de 482 pacientes. Predominaron los pacientes ingresados por cuadros ligeros de bronquiolitis (75,9 %), con estadía hospitalaria promedio menor de cinco días. Como ayuda al diagnóstico se realizaron hemograma, eritrosedimentación y radiografía de tórax en el 100 % de los pacientes, con bajo porcentaje de positividad. La ecografía de precordio se reportó en el 15,6 % por auscultación transitoria de soplos cardíacos. La oxigenoterapia fue prescrita en el 98,9 % de los casos, sin evidencia clínica de hipoxemia, se evidencia exceso en la indicación de exámenes complementarios y prescripción de medicamentos, prescripción irracional de broncodilatadores inhalados, esteroides sistémicos y antihistamínicos. La conclusión fue que existe dependencia de los medios diagnósticos, lo cual refleja la necesidad de un mayor empleo del método clínico. (8)

BETANCUR J., ESTRADA J., PINILLOS Y. ,PRIETO E.& GARCIA R. (COLOMBIA, 2018)

Determinantes en la hospitalización en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis en Barranquilla, describir la frecuencia de los factores de riesgo que inciden en la hospitalización de pacientes con diagnóstico de bronquiolitis atendidos en una empresa social del estado (ESE) ubicada en la ciudad de Barranquilla, Colombia. Estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. La fuente de información fueron las historias clínicas de ingresos al servicio de urgencias de los niños que fueron valorados por el servicio de pediatría entre los años 2016 y 2018. En total se evaluaron 865 historias, de las cuales se descartaron 103 por no cumplir con los criterios de inclusión descritos para el estudio. Los factores de riesgo

modificables fueron los que más se presentaron en el grupo estudiado. El que pudo tener mayor importancia fue la aparición de la enfermedad. La lactancia materna exclusiva inadecuada fue de gran relevancia para la aparición, así como la gravedad de la enfermedad. La mayoría de los factores de riesgo que inciden en los pacientes se podrían evitar o aminorar con educación y con estrategias de mejora en la comunidad. (9)

I. GARCÍA MERCADO, ALINA SALAS (NICARAGUA, MANAGUA 2017)

Presentaron el estudio denominado Características clínicas, epidemiológica relacionadas a bronquiolitis grave en niños menores de dos años ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense en el periodo Junio Diciembre del 2016. Cuyo objetivo fue determinar características epidemiológicas para bronquiolitis grave en niños menores de un año. La metodología utilizada fue el estudio descriptivo retrospectivo analítico de corte transversal. Se estudiaron un total de 43 pacientes que fueron los que cumplían con los criterios de inclusión, la mayoría de los pacientes (67.4%) 29 pacientes se encontraban entre las edades de 1-3 meses al comparar con los estudios realizados previamente relacionados al tema se encontró en su mayoría que los pacientes más afectados eran los menores de 6 meses, en nuestro caso encontramos que eran los pacientes de menores de 3 meses esto es de esperar debido a que los pacientes en este grupo etarios tienen vías aéreas más pequeñas sumado a esto son más propensos a presentar apneas obstructivas o centrales, deshidratación e hipotermia que exacerbaban más el cuadro respiratorio sumado a procesos infecciosos por otro tipos de virus como adenovirus e influenza causando mayor disrupción del epitelio bronquial y una mayor depresión del sistema inmune lo cual los hace más vulnerables a mayores complicaciones. (10)

F. MOROSINI, P. DALL ORSO, M. ALEGRETTI, B. ALONSO, S. ROCHA, A. CEDRES, M. MAS, G. SEHABIAGUE, J. PREGO. (URUGUAY-MONTEVIDEO 2016) En la investigación titulada Impacto de la implementación de oxigenoterapia de alto flujo en el manejo de la insuficiencia respiratoria por infecciones respiratorias agudas bajas en un departamento de emergencia pediátrica. Cuyos objetivos fueron comunicar la primera experiencia con OAF en niños con IRAB en un Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) y compararla con una cohorte histórica de niños que no la recibió. La metodología utilizada fue el estudio descriptivo, prospectivo (1 de junio de 2013-20 de setiembre de 2013). Todos los niños tratados con OAF en DEP del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Los criterios de inclusión: niños < 2 años con IRAB viral con IR y score de Tal >8 o 7 mantenido, apneas reiteradas, saturación de oxígeno <90% con O2 por máscara de flujo libre. Los criterios de exclusión: pCO2 >70 mmHg, pH <7,2, depresión de conciencia, falla hemodinámica. Los resultados obtenidos fueron: OAF 36 niños; mediana 4 meses; bronquiolitis 83%; VRS+ 58%. Destinos pacientes en OAF: cuidados moderados 78%, UCI 22%, AVM 22%. No complicaciones ni fallecimientos. Cohorte histórica: 91 niños con IRAB no tratados con OAF. Cohorte histórica: UCI: 40 (44%) versus OAF (p=0,0005). AVM: cohorte histórica 30 (33%) versus OAF (p=0,026). Menores 6 meses: con OAF AVM 5 (19%), cohorte histórica: 25(45%) (p=0,026). El estudio concluye que un porcentaje elevado de pacientes fue posible evitar el ingreso a UCI. La necesidad de AVM en menores de 6 meses con OAF fue significativamente menor. La incorporación temprana de OAF en las IRAB graves modificó la forma de tratamiento de estos pacientes en la emergencia. (11)

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

J. PÉREZ DELGADO (PERU- LIMA 2020) en la tesis Factores de riesgo asociados a gravedad en pacientes con bronquiolitis aguda hospitalizados en el servicio de pediatría en el hospital vitarte en el periodo del año 2018 – 2019. El diseño del estudio es observacional, cuantitativo, retrospectivo, analítico, tipo casos y controles. Cuyo objetivo fue Determinar los factores

de riesgo asociados a gravedad en pacientes con Bronquiolitis Aguda. Resultados en el análisis los factores asociados a gravedad en pacientes con bronquiolitis aguda fueron sexo (OR 1,00; IC 95% 0,58 - 1,70; p:0,000), edad menor a 6 meses (OR 6,94; IC 95% 0,32 - 2,77; p:0,019), el antecedente de prematuridad (OR 3,19; IC 95% 1,94 - 10,79; p:0,000), no lactancia materna exclusiva (OR 5,25; IC 95% 2,04 - 13,51; p:0,001), inmunización incompleta (OR 7,93; IC 95% 3,24 - 19,44; p:0,000), episodio de apnea (OR 6,28; IC 95% 1,71 - 23,00; p:0,000), saturación de oxígeno menor a 92% (OR 6,54; IC 95% 2,17 - 19,10; p:0,000), patrón de consolidación en radiografía de tórax (OR 7,24; IC 95% 3,15- 16,67; p:0,000), patología concomitante. (12)

B. DIAZ AQUINO (PERÚ, LIMA 2019), en la tesis Cuidados de enfermería al lactante con bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital de Apoyo II-1 Chulucanas Manuel Javier Nomberto. La metodología utilizada fue de estudio observacional, transversal y retrospectivo. Cuyo objetivo fue aplicar el P.E. en paciente lactante con diagnóstico de bronquiolitis a fin de brindar el cuidado enfermero de manera integral. Se concluyó que antes planteados como P.E fueron cumplidos en un 90% aproximadamente de manera general, ya que se obtuvo un cambio positivo en la limpieza de las vías aéreas logrando mejorar la saturación de oxígeno de 93% a 97% y disminuir la frecuencia respiratoria de 60 -70 x m a 50 R X m. y tiraje disminuyó. Se logró estabilizar al paciente el cual fue dado de alta a las 24 horas de permanecer en el servicio de observación pediátrica. (13)

R. ZAVALITA PASTOR (PERÚ, TRUJILLO, 2019) en la investigación titulada Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con bronquiolitis, presentada en la Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO 2020. El objetivo del estudio fue Determinar los factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis admitidos en el Hospital Belén de Trujillo (HBT) en el período Enero-2014 a Junio-2019. El estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 168 pacientes hospitalizados por bronquiolitis (56 casos y 112 controles) según

criterios de inclusión y exclusión distribuidos en dos grupos: los que presentaron estancia hospitalaria prolongada y los que no. La información fue recogida de las historias clínicas de pacientes hospitalizados del Departamento de Pediatría del HBT durante el período de estudio. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para la significancia estadística con $p < 0,05$ y se calculó el Odds ratio para demostrar asociación significativa entre las variables. Resultados: En el análisis estadístico se identificó que la severidad de la enfermedad, evaluada con la escala de Bierman y Pierson modificada por Tal (ByP), calificada como “moderada” presentó una asociación estadística importante [OR 6,11 (IC 95%: 3,02-12,36), $p < 0,001$]. Por otro lado, la edad [OR 1,41 (IC 95%: 0,27-7,31), $p = 0,573$], la prematuridad [OR 1 (IC 95%: 0,32-3,08), $p = 1$], la desnutrición [OR 1,21 (IC 95%: 0,28-5,26), $p = 0,798$] y la saturación de oxígeno [OR 3,33 (IC 95%: 1,10-10,04), $p = 0,087$] no presentaron significancia estadística. Conclusiones: La severidad de la enfermedad calificada como “moderada” y evaluada con la escala ByP, es un factor asociado a estancia hospitalaria prolongada. La edad, el antecedente de prematuridad, la desnutrición y la saturación de oxígeno no presentan asociación estadística significativa con la estancia hospitalaria prolongada. (14)

C. NAVARRO AVALOS, R. ROJAS ORE (PERÚ, LIMA, 2019), en la investigación Efectividad del uso de la cánula nasal a alto flujo en pacientes con bronquiolitis en la mejora del cuadro clínico LIMA - PERU 2019. El objetivo planteado fue sistematizar y analizar las evidencias sobre la efectividad del uso de la cánula nasal a alto flujo en pacientes con bronquiolitis. Material y Métodos: Se tomó 10 artículos científicos publicados en diferentes bases de datos, se usó el sistema GRADE para clasificar la calidad de evidencia y estimar la fuerza de recomendación, los estudios proceden de: Australia, Noruega, EE. UU., España y Atlanta. De los 10 artículos, el 20% ($n = 2/10$) es revisión sistemática, 20% ($n = 2/10$) son estudios controlados aleatorizados y el 60 % ($n = 6/10$) son estudios de cohorte. Resultados: Con la Cánula nasal a alto Flujo (CNAF) la saturación de oxígeno mejora en las primeras 12 horas, se disminuye en un 8.4% la

necesidad de intubación en pacientes con bronquiolitis; Se presenta una tasa de 12% de escalada de atención en lactantes con CNAF debido al fracaso; mayores de 12 meses responden bien al igual que los lactantes con bronquiolitis al uso de la CNAF; El 13% del fracaso es por fallas metabólicas; Del total de fracasos el 28% pasan a CPAP y el 11% a ser intubados. Conclusión: De los 10 artículos 9/10 determinan que el uso de la CNAF en pacientes con bronquiolitis es efectivo en la mejora del cuadro clínico logrando disminuir la F.R, aumenta la P/A de oxígeno, disminuye la F.C y aumenta la saturación de O₂. Y 1/10 señala que no es efectivo, ya que el estudio tuvo población limitada, faltan más estudios que garanticen la eficacia de la cánula nasal a alto flujo en la emergencia. (15)

J. QUISPE SANDOVAL (PERÚ, CUSCO 2018), en la tesis denominada Factores asociados a la hospitalización por bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco. Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la hospitalización por bronquiolitis en pacientes atendidos. Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el año 2018 con un total de 120 historias clínicas, en el cual la muestra estuvo constituida por 40 casos (pacientes hospitalizados por bronquiolitis) y 80 controles (pacientes hospitalizados por patología no respiratoria). Se evaluaron las variables: prematuridad, bajo peso al nacer, edad, genero, cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar, síndrome de Down, lactancia materna exclusiva, padres fumadores, grado nutricional, hermanos en edad escolar, asistencia a guarderías, hacinamiento, grado de instrucción de la madre, lugar de procedencia y estación del año. Se encontró significancia estadística para: la edad gestacional normal (OR: 0.224, IC95% 0.068–0.699, p= 0.0026), el bajo peso al nacer (OR: 4.469, IC95% 1.43–14.67, p= 0.0026), el grado nutricional en riesgo y bajo peso (OR: 7.071, IC95% 2.771–18.212, p< 0.01), el hacinamiento (OR: 3.717, IC95% 1.559–8.923, p= 0.0009) y el grado de instrucción secundaria o universitaria completa (OR: 0.419, IC95% 0.176–0.982, p= 0.0282). No hubo significancia estadística para el resto de las variables estudiadas. Son

factores de riesgo para la hospitalización por bronquiolitis el bajo peso al nacer, el grado nutricional en riesgo y bajo peso y el hacinamiento. Son factores protectores para la hospitalización por bronquiolitis la edad gestacional normal y el grado de instrucción secundaria y universitaria completa. (16)

2.2 Bases teóricas[3]

En el sistema de salud existen diferentes modelos y teorías de enfermería que describen, establecen y examinan los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería en general.

2.2.1 Dorotea Orem,

Una de las profesionales pionera de la enfermería, percibe al ser humano como un organismo biológico racional y pensante, los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, capacidad de simbolizar lo que experimenta y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros, define los cuidados de enfermería como el de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en 12 de sus distintos componentes y cambia a medida que las características humanas y biológicas de la persona se modifican. (18)

2.2.2 Virginia Henderson

El Modelo por Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, se basa en que la enfermería debe servir de ayuda al individuo tanto enfermo como sano para

la realización de las actividades que contribuyan a mantener el estado de salud, recuperarla en el caso de pérdida o conseguir una muerte apacible. Según el modelo de Virginia Henderson, las necesidades fundamentales del ser humano pueden ser clasificadas según una lista que los profesionales de la salud, con frecuencia se utilizan para atender a los pacientes. (19)

La investigación utiliza las bases teóricas de Virginia Henderson, Dorotea Orem quienes perciben al ser humano como un organismo biológico racional y pensante, los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, capacidad de simbolizar lo que experimenta y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros, define los cuidados de enfermería como el de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. En este modelo el entorno es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar con la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambia las características humanas y biológicas de la persona. Desde esta perspectiva se educará al grupo comunitario para mejorar su autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología.

2.2.3 Nancy Ropper

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

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

Ropper refiere que “Hay unos factores que influyen en el conocimiento, actitudes y conducta del individuo, como son los biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y políticos-económicos”. (20)

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

La investigación utiliza las bases teóricas de Virginia Henderson, Dorotea Orem quienes perciben al ser humano como un organismo biológico racional y pensante, los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, capacidad de simbolizar lo que experimenta y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros, define los cuidados de enfermería como el de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. En este modelo el entorno es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar con la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambia las características humanas y biológicas de la persona. Desde esta perspectiva se educará al grupo comunitario para mejorar su autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología.

2.3 Base conceptuales

2.3.1 Bronquiolitis

A.- Definición

Si bien es cierto no hay una definición exacta para la bronquiolitis. La más aceptada es la que dio McConnochie en 1983 quien considera Bronquiolitis Aguda el primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de vías altas (rinitis, tos, con/sin fiebre), que afecta a niños menores de dos años, siendo más frecuente por debajo del año de vida. (21)

Sin embargo, no todos están de acuerdo en definir estos criterios diagnósticos de la Bronquiolitis aguda, sobre todo en cuanto a la edad y número de episodios.

B.- Epidemiología:

Los principales factores de riesgo de Bronquiolitis Aguda son: edad inferior a seis meses, prematuridad, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar crónica, incluyendo broncodisplasia pulmonar, y cardiopatía congénita. Otros factores relacionados son la asistencia a guardería o hermanos mayores, sexo masculino, tabaquismo pasivo, sobre todo exposición al tabaco durante la gestación, lactancia materna durante menos dos meses y nivel socioeconómico bajo.

C.- Etiología:

La bronquiolitis aguda es una enfermedad de los pequeños bronquiolos en la que existe incremento de producción de moco y broncoespasmos que ocasiona la obstrucción. Es causada en su mayoría por infecciones virales. Aunque la proporción de los diferentes virus causantes de bronquiolitis varía entre estaciones y años, el virus respiratorio sincitial (VRS) es el más frecuente, seguido por el rinovirus. Otros virus menos comunes son: parainfluenza, metapneumovirus, influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus. Según algunos estudios en un tercio de los pacientes hospitalizados se detectan dos o más virus en coinfección. Ocasionalmente es causada por agentes bacterianos (principalmente *Mycoplasma pneumoniae*):

Virus respiratorio sincitial (VRS): Es la causa más frecuente de bronquiolitis, y el virus más frecuentemente detectado como patógeno único. Se encuentra en todo el mundo y es causante de brotes estacionales. En climas templados los brotes se producen en otoño e invierno, mientras que en climas tropicales se asocian a la estación húmeda.

Rhinovirus: Es el causante del catarro común. Existen más de 100 serotipos. Se asocia a infecciones de vías aéreas bajas en niños pequeños y en niños con enfermedades pulmonares crónicas. Se detecta frecuentemente en coinfección con otro virus. Se asocia a los brotes en otoño y primavera.

Parainfluenza virus: El tipo 3 se asocia a epidemias de bronquiolitis en primavera y otoño. Los tipos 1 y 2 pueden causar bronquiolitis, pero se asocian más frecuentemente a laringitis.

Metapneumovirus: En ocasiones en coinfección con otro agente viral. Se ha identificado como causante de bronquiolitis y neumonía en niños.

Influenza virus: Los síntomas que produce en vías respiratorias bajas son indistinguibles de los producidos por VRS o parainfluenza virus.

Adenovirus: Es causa de infecciones de vía aérea inferior, incluyendo bronquiolitis, bronquitis obliterante y neumonía, aunque más frecuentemente se asocia a faringitis y coriza.

Coronavirus: Aunque con más frecuencia es productor de catarro común, puede producir infecciones de vías respiratorias bajas, incluyendo bronquiolitis.

Bocavirus: El bocavirus humano 1 produce infecciones de vía respiratoria superior e inferior en otoño e invierno. Puede producir bronquiolitis con tos pertusioide.

D.- Fisiopatología

La bronquiolitis ocurre cuando los virus infectan las células epiteliales de los bronquios y pequeños bronquiolos, causando daño directo e inflamación. El edema, el aumento de mucosidad y el desprendimiento de las células epiteliales recambiadas conducen a obstrucción de las vías aéreas pequeñas y atelectasias.

E.- Clínica

La bronquiolitis es el síndrome que ocurre en niños menores de 2 años y que generalmente se presenta con fiebre (normalmente 38.8 °C), tos y dificultad respiratoria (signos de dificultad respiratoria como aumento de la frecuencia respiratoria, tiraje, sibilancias y crepitantes). Frecuentemente es precedido de 1-3 días de síntoma de vía aérea superior (congestión nasal y/o rinorrea). La duración depende de la edad, de la gravedad, factores de riesgo y agente causante. La bronquiolitis es generalmente auto limitada. La mayoría de niños que no requieren hospitalización se recuperan completamente en 28 días. El curso típico comienza con síntomas de vía aérea superior, seguidos de síntomas de vía aérea inferior en el día 2-3, con pico de síntomas en los días 5-7 y, a partir de entonces, resolución gradual(5). En un 50% de los pacientes la tos se resuelve antes de 13 días, en un 90% antes de los 21 días. En niños mayores de 6 meses previamente sanos con bronquiolitis que necesitan hospitalización la media de estancia hospitalaria es de 3-4 días, parece ser que es mayor en niños con bronquiolitis por coinfección de VRS y rinovirus. La insuficiencia respiratoria mejora en 2-5 días, pero el resto de síntomas y signos muchas veces pueden persistir. La duración es más larga en menores de 6 meses (sobre todo en menores de 3 meses) y en niños con patología asociada (displasia broncopulmonar, etc.); estos niños con frecuencia presentan afectación grave y pueden requerir ventilación asistida.

F.- Diagnóstico

El diagnóstico de bronquiolitis es clínico (a modo de resumen: infección aguda de vías aéreas superiores seguida por dificultad respiratoria y sibilancias y/o subcrepitantes en menores de 2 años). La radiografía de tórax y los análisis de laboratorio no son necesarios para el diagnóstico y no deben realizarse de forma rutinaria, aunque son útiles a la hora de evaluar sobreinfección bacteriana, complicaciones u otros diagnósticos (especialmente en pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar de base). (22)

G.- Ayuda al diagnóstico

Manifestaciones radiológicas

La radiografía de tórax no es necesaria en la evaluación rutinaria de bronquiolitis, por lo que debería realizarse sólo si hay hallazgos sugestivos de otros diagnósticos.

Los hallazgos radiológicos en la bronquiolitis son variables e inespecíficos, e incluyen hiperinsuflación y engrosamiento peri bronquial. Se pueden observar atelectasias parcheadas con pérdida de volumen debido al estrechamiento de la vía aérea y a tapones mucosos. La consolidación segmentaria y los infiltrados alveolares son más característicos de neumonía bacteriana que de bronquiolitis, pero no son buenos indicadores de la etiología, por lo que deben interpretarse en el contexto de la clínica a la hora de tomar decisiones sobre diagnóstico y tratamiento. En lactantes con bronquiolitis leve la radiografía de tórax raramente va a modificar el tratamiento y puede conducir al uso inapropiado de antibióticos. Por otro lado, en lactantes y niños pequeños con dificultad respiratoria moderada o severa (tiraje importante, FR>70 rpm, cianosis...) puede estar indicada, especialmente si hay algún signo focal en el examen físico, si presenta soplo cardíaco o si precisa descartar otros diagnósticos. También puede estar indicada para descartar otros diagnósticos en niños que no mejoran en plazos de acuerdo al curso clínico habitual de la enfermedad.

Exámenes de Laboratorio

Las pruebas de laboratorio no están indicadas de forma rutinaria. De todos modos, pueden ser necesarias para evaluar la posibilidad de:

- Infección bacteriana asociada en neonatos de ≤ 28 días con fiebre. Tienen el mismo riesgo de infección bacteriana grave que niños más mayores con fiebre sin bronquiolitis, por lo que deben ser valorados de la misma manera.
- Complicaciones o descarte de otros diagnósticos en:
 - Evolución anormal, prolongada o grave. Para valorar infección bacteriana.
 - Enfermedad grave asociada. La gasometría puede ayudar a evaluar insuficiencia respiratoria. (23)

Gasometría: Es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también determina la acidez (pH) de la sangre. (24)

I. Tratamiento

La mayoría de casos de bronquiolitis son leves y no requieren hospitalización; en los casos severos el manejo incluye:

Aporte de líquidos: Primordial en lactantes, ya que a menudo, debido a la fiebre, a la taquipnea y a la poca ingesta pueden presentar deshidratación. La administración intravenosa está indicada si la ingesta oral es inadecuada o si la frecuencia respiratoria es mayor de 70 por minuto.

Oxigenoterapia: La hipoxemia presente en la mayoría de lactantes con bronquiolitis es causada por la alteración en la ventilación perfusión y es corregida con oxígeno suplementario. Está indicada siempre que la saturación sea inferior del 90% al aire ambiente. La terapia respiratoria sólo se realiza si no es contraproducente, pues a veces le produce mayor estrés al paciente y puede empeorar su cuadro respiratorio. No se recomienda en la fase aguda de bronquiolitis, excepto lavado nasal, para facilitar la eliminación de secreciones.

SopORTE nutricional: En lactantes que presenten un cuadro de bronquiolitis, de leve a moderada, la ingesta por vía oral debe continuarse. Sólo se debe suspender para disminuir riesgos en pacientes con frecuencias respiratorias mayores de 80 por minuto, dificultad respiratoria de moderada a grave, los que han presentado apnea y los que tienen evidencia clínica de trastorno de deglución. De ser necesario, se administrará la alimentación enteral por sonda naso-gástrica y, en casos excepcionales, alimentación parenteral hasta lograr estabilización del cuadro.

Tratamiento farmacológico: De acuerdo con la gravedad del cuadro infeccioso, se determinará el uso de medicamentos. Entre los más empleados se encuentran:

- Beta 2-agonistas: el empleo es controvertido. Se usa el salbutamol inhalado y se inicia por esquema y durante 24 horas. Se continúa si la respuesta es favorable. También se utiliza la combinación de salbutamol y adrenalina, con mejor respuesta a la adrenalina, ya que esta estimula los receptores alfa y disminuye la extravasación del líquido capilar y pos capilar, lo cual disminuye complicaciones por el proceso obstructivo. Actualmente se recurre a la budesonida nebulizada (Esteroides), que obtiene excelente resultado en el tratamiento. (25)

2.3.2 Cuidados de Enfermería en bronquiolitis:

En la práctica diaria del servicio de emergencia, ante la presencia de pacientes con el diagnóstico de bronquiolitis, ellos requieren del cuidado inmediato y permanente del personal profesional de enfermería, estos cuidados están orientados a prevenir mayores complicaciones en la salud del paciente pediátrico, tareas tales como:

- Controlar y valorar el nivel de conciencia del paciente.
- Valorar la situación respiratoria del paciente.
- Mantener permeables las vías respiratorias.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar humidificado.
- Disponer de un equipo de aspiración de forma urgente.
- Colocar en una posición lo más vertical posible con el fin de evitar la aspiración de fluidos.
- Realizar la toma de AGA arterial, como ayuda al diagnóstico para detectar posibles complicaciones.
- Implementación del plan de atención de enfermería, basado en la teoría de Virginia Henderson, priorizándose la evaluación de las siguientes necesidades: Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación, Sueño y Descanso.

Medida Preventivas del cuidado de enfermería:

- Controles periódicos en la etapa prenatal para evitar complicaciones durante y después del parto.
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, porque ayuda a fortalecer el sistema inmunológico del niño.
- Evitar lugares contaminados y de hacinamiento.

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

I. Valoracion

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de Filiación

Paciente:	B. S. A.
Sexo:	Masculino
Estado civil:	Soltero
Edad:	3 meses
Fecha de nacimiento:	20/12/2021
Fecha de ingreso al servicio:	05/03/2022
Fecha de valoración:	05/03/22
Historia clínica:	1815328

3.1.2 Motivo de consulta

Paciente con antecedentes e hidrocele derecho, 2 días antes presenta tos seca asociada a rinorrea clara, además de presentar disminución en la lactancia, por lo que acude a posta donde le indican antihistamínico. El día de hoy persiste con síntomas donde se agrega respiraciones rápidas y hundimiento de pecho asociada a "ronquera de pecho", además de presentar taquicardia sin fiebre, madre refiere que presenta episodios de cianosis perioral al momento de la lactancia y mayor cansancio al lactar, disminuyendo así la lactancia materna, además presentó fiebre de 38 °C, acude a Emergencia el Instituto Nacional de salud Del Niño y luego de evaluación se decide hospitalización.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente ingresa al servicio de emergencia el día 5 de marzo, en compañía de su madre, despierto, ventilando espontáneamente saturando 89 – 90%, con distrés respiratorio, disnea, tiraje subcostal e intercostal. A la entrevista madre refiere: "mi bebe respira muy rápido, está muy congestionado, su pecho se le hunde y no quiere tomar su leche, porque se agita y se cansa, en varias ocasiones su boca se puso morada, hoy tuvo fiebre "

3.1.4 ANTECEDENTES:

3.1.4.1 Antecedentes perinatales:

Producto de la 4ta. Gestación, nacido a término, parto normal, peso al nacer: 2,747 gramos.

3.1.4.2 Antecedentes familiares:

Madre: Litiasis vesicular.

Padre: Aparentemente sano.

Hermanos: Aparentemente sanos.

3.1.4.3 Antecedentes personales:

Hospitalizaciones previas: (-)

Enfermedades previas: Hidrocele derecho

Cirugías: (-)

Transfusiones: (-)

3.1.4.4 Antecedentes socio económicos y culturales:

Padres económicamente pobres, refieren ser católicos.

3.1.5 EXAMEN FISICO:

Control de signos vitales:

Frecuencia cardiaca: 168 x min

Frecuencia respiratoria: 78x min

Temperatura: 36.5

Saturación de O2: 89% - 90% fiO2 21%

Exploración céfalo caudal:

- **Estado general:** Paciente ventilando espontáneamente sin apoyo oxigena torio, con distrés respiratorio marcado, tiraje subcostal e intercostal.
- **Sensorio:** Despierto, reactivo a estímulos, conectado con el entorno.
- **Cabeza:** Normo céfalo, fontanela anterior normo tensa.
- **Orejas:** Simétricas.
- **Nariz:** fosas nasales con presencia de secreciones.
- **Boca:** Mucosa oral hidratada.
- **Cuello:** Móvil, no presencia de adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico, tiraje subcostal e intercostal.
- **Abdomen:** Blando/depresible, RHA aumentados, globuloso, no doloroso a la palpación.
- **Genito urinario:** Hidrocele derecho, prepucio retráctil, testículos en bolsas escrotales.
- **Extremidades:** Moviliza ambas extremidades superior e inferior.

- **Indicaciones médicas**

DROGA	DOSIS/	VIA
Dextrosa 5% 1000cc+Nacl 20% 40cc+ Kcl 20%10cc	40cc/h	EV
Nebulización con Clna 3%	Cada 3 horas	
Paracetamol PRN fiebre	100 mg	VO
Azitromicina	40 mg C/24h	VO
O2 suplementario cond a saturación >92%		
Cabecera a 45°		
Aspiración de secreciones a demanda		
CFV		
BHE		
Dieta: NPO		

3.1.6 Exámenes de laboratorio auxiliares:

- **Hematológico**

Hematíes:	3.68
Hemoglobina	10.0
Hematocrito:	31.0
VCM:	85.9
HCM:	27.2
CHCM:	31.6
Leucocitos:	13.26
Plaquetas:	623
Segmentados:	15
Linfocitos:	65
Monocitos:	08
Linfocitos variantes:	12

- **Bioquímica**

Glucosa:	97 mg/dl
Urea:	6 mg/dl
Creatinina: mg/dl	0.42
Calcio: mg/dl	10.6
Fosforo:	6.0 mg/dl

-

- **Electrolitos:**

Sodio:	142
Potasio:	5.7
Cloro:	109

-

PCR:	NEGATIVO
Prueba Antigénica:	
Paciente:	Negativo
Mamá:	Negativo

3.1.7 Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

- **DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud:**

- Clase 1. Toma conciencia de la salud:
- Clase 2. Gestión de salud: Si tiene seguro integral SIS.

- **DOMINIO II. Nutrición:**

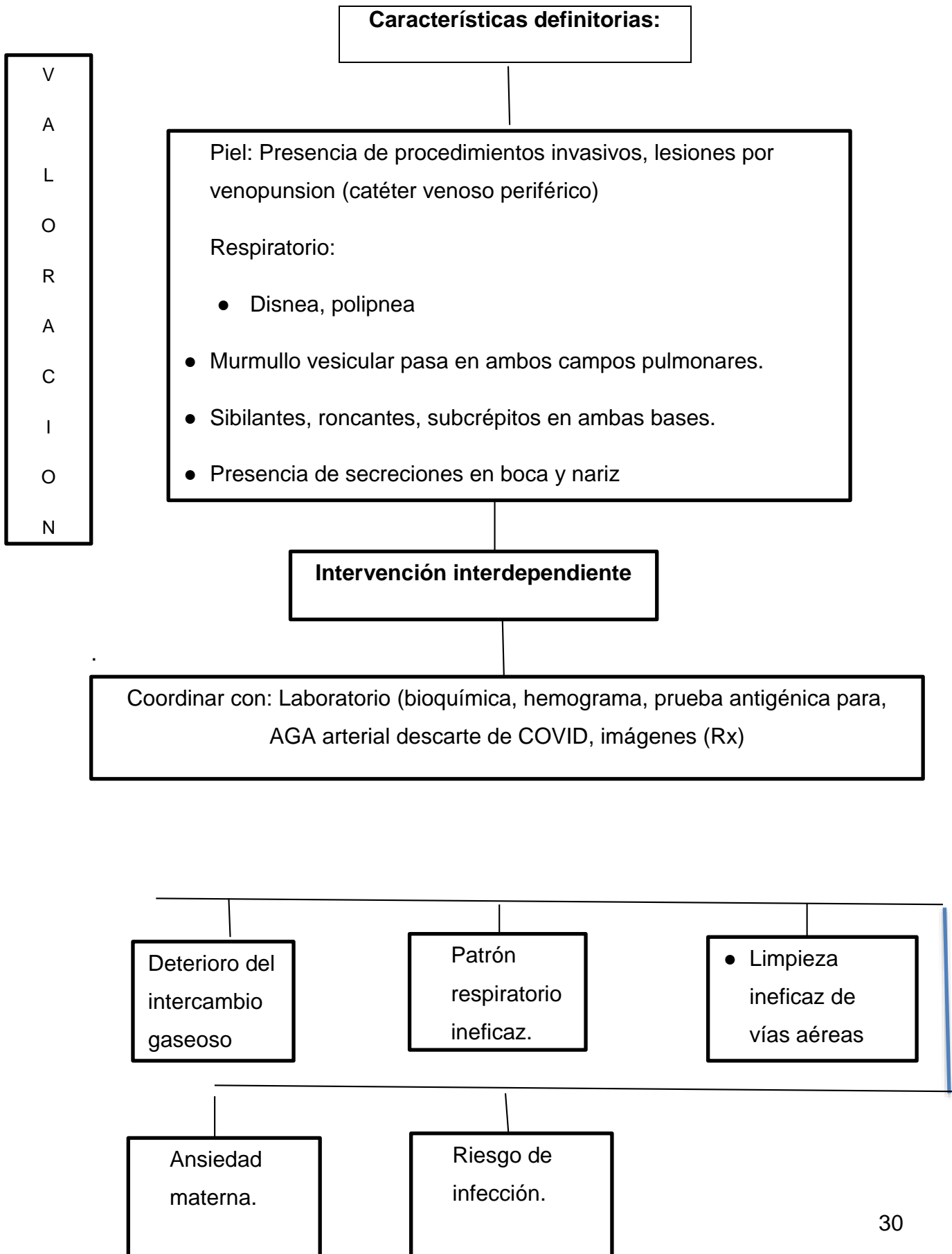
- Clase 1. Ingestión: Lactancia materna disminuida, se cansa a la succión, mucosa oral sin lesiones.
- Clase 2. Digestión: Blando, depresible, ruidos aéreos aumentados.
- Clase 3. Absorción: Peso 4.3 kg.
- Clase 4. Metabolismo: Piel normal.
- Clase 5. Hidratación: Mucosas húmedas.

- **DOMINIO III. Eliminación:**
- Clase 1. Función urinaria: Micción espontánea: Frecuencia: 6 veces por día
- Clase 2. Función gastrointestinal: Deposición: 4 veces por día. No estreñimiento.
- Clase 3. Función tegumentaria: Ligeramente sudoroso
- Clase 4. Función respiratoria: ventilando espontáneamente con Sat 89%-90% Pulmones: MV pasa en AHT, sibilantes inspiratorios y espiratorios, subcrépitos bibasales.
- **DOMINIO IV. Actividad y reposo:**
- Clase 1. Reposo/sueño: reposo, sueño interrumpido.
- Clase 2. Actividad/ejercicio:
- Clase 3. Equilibrio/energía:
- Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Respuesta cardíaca: taquicardia= 168x/min, frecuencia respiratoria= 78x/min. Saturación=89 -90% con oxígeno ambiental.
- Clase 5. Autocuidado: Asistido por sus padres.
- **DOMINIO V: Percepción – Cognición:**
- Clase 1. Atención: conectado con el entorno.
- Clase 2. Orientación:
- Clase 3. Sensación-percepción: conservado.
- Clase 4. Cognición: no alterado, irritable.
- Clase 5. Comunicación: irritable, lloroso.
-
-
- **DOMINIO VI. Autoconcepción:**
- Clase 1. Autoconcepción:
- Clase 2. Autoestima:
- **DOMINIO VII. Rol/Relaciones:**
- Clase 1. Rol de cuidador: Madre preocupada por la enfermedad de su bebe y ansiosa porque no lo puede ver.
- Clase 2. Relaciones familiares: Madre refiere que no sabía que su bebe se podía complicar tan rápido, que con sus otros hijos nunca había pasado eso.

- Clase 3. Desempeño del rol: no aparenta conflictos familiares.
- **DOMINIO VIII. Sexualidad:**
- Clase 1. Identidad sexual:
- Clase 2. Función sexual:
- Clase 3. Reproducción:
- **DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés:**
- Clase 1. Respuesta post traumática:
- Clase 2. Respuesta de afrontamiento:
- Clase 3. Estrés neuro-compartmental:
- **DOMINIO X. Principios vitales:**
- Clase 1. Valores:
- Clase 2. Creencia: Madre refiere tener religión católica.
- Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones:
- **DOMINIO XI. Seguridad y protección:**
- Clase 1. Infección: T= 36.5 C, procedimientos invasivos= catéter venoso periférico.
- Clase 2. Lesión física: herida por venopunción.
- Clase 3. Violencia: no evaluable.
- Clase 4. Peligros del entorno: Área de emergencia con ligero hacinamiento.
- Clase 5. Procesos defensivos: Hemograma en valores normales.
- Clase 6. Termorregulación: Normotermia T= 36 °C
- **DOMINIO XII. Confort**
- Clase 1. Confort Físico: Irritable, lloroso, necesidad de presencia materna.
- Clase 2. Confort del entorno: Cubierto por sábanas y ropa hospitalaria.
- **DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo:**
- Clase 1. Crecimiento: Normal
- Clase 2. Desarrollo: normal

3.1.8 ESQUEMA DE VALORACION

FLUJOGRAMA



3.2 Diagnostico

3.2.1 Lista de hallazgos significativos:

- Disnea, polipnea
- Saturacion 89-90%
- Tiraje subcostal e intercostal.
- Subcrépitos en ambas bases.
- Presencia de secreciones en fosas nasales y boca.
- Ansiedad materna, preocupación por enfermedad del paciente
- Procedimientos invasivos.

3.2.2 Diagnósticos de enfermería según dato significativo:

- Deterioro de intercambio gaseoso.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas.
- Ansiedad materna.
- Riesgo de infección.

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Intercambio de gases	Cambios de la membrana capilar	Hipoxemia, polipnea y taquipnea	Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios de la membrana capilar
Patrón respiratorio: ventilación	Fatiga de los músculos accesorios	aleteo nasal, polipnea, uso de músculos accesorios.	Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos accesorios
Limpieza vías aéreas	Mucosidad excesiva	Tos productiva.	Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c mucosidad excesiva
Ansiedad Materna	Estado de salud	Hospitalización del niño	Ansiedad materna r/c estado de salud
Infección	Procedimientos invasivos		Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

•

3.3 Planificación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	NOC INDICADORES DE RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACION
Dominio 3 Eliminación e Intercambio Clase 4: Función respiratoria. (00030) Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana	(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	(040211) Saturación adecuada de oxígeno (040214) Equilibrio entre la ventilación y la perfusión. (040204) Disnea de esfuerzo.	Control respiratorio. (3350) Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos con sistema de alarma apropiados para el paciente. 	Paciente mantiene saturación dentro de parámetros normales. Paciente mantiene equilibrio entre la ventilación y la perfusión. Paciente disminuye progresivamente la disnea.

<p>capilar. E/P hipoxemia, polipnea y taquipnea</p>			<ul style="list-style-type: none"> ● Observar cambios en la gasometría arterial. <p>(1910) Monitorización de equilibrio ácido base</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar las tendencias de Ph arterial PaCo₂, HCo₃ y electrolitos séricos para determinar el tipo concreto de desequilibrio. ● Administrar medicamentos prescritos basándose en las tendencias de Ph arterial. PaO₂ HCO₃. <p>(3320) Oxigenoterapia Controlar la eficacia de la oxigenoterapia según corresponda.</p>	
-----------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	NOC INDICADORES DE RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACION
Dominio 4: Actividad y reposo. Clase 4: Respuestas complementarias /pulmonares (00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos accesorios m/p aleteo nasal, polipnea, uso de músculos accesorios.	(0403) Estado respiratorio: Ventilación.	(040301) Frecuencia respiratoria. (040302) Ritmo respiratorio (040303) Profundidad de respiración (040309) Utilización de los músculos accesorios.	Control de Riesgo y seguridad. (3350) Monitorización Respiratoria Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de respiración. Monitorizar los signos vitales y los niveles de saturación de oxígeno. Registre los movimientos torácicos, asimetría, músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y subcostales. Monitorice los patrones de respiración (taquipnea, polipnea, apnea). (3140) Manejo de vía aérea Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla.	Paciente mejora frecuencia ritmo y profundidad respiratoria, manteniéndola en parámetros normales. Paciente disminuye uso de músculos accesorios.

			<p>Administrar oxigenoterapia</p> <p>Aspiración de secreción oral y nasofaríngea si se necesita.</p> <p>Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial a la intubación de la vía aérea.</p> <p>(3320)</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Preparar el equipo de oxígeno y administrar humidificado.</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	NOC INDICADORES DE RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACION
Dominio 4: Actividad y reposo. Clase 4: Respuestas cardiovascular es /pulmonares. (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Mucosidad excesiva E/P tos productiva.	(410) Estado respiratorio permeabilidad de las vías aéreas	(041007) Ruidos respiratorios patológicos. (041012) Capacidad de eliminar secreciones. (041019) Tos (041020) Acumulación de esputo.	(3160) Aspiración de las vías aéreas: <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar lavado de manos. ● Usar precauciones universales. ● Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. ● Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. (3230) Fisioterapia de Torácica: <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar la cantidad y características de las secreciones. ● Realizar fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer. ● Aspirar las secreciones liberadas. 	Paciente disminuye progresivamente ruidos respiratorios patológicos. Paciente mantiene vías aéreas permeables libre de secreciones.

			<p>(3390) Ayuda a la ventilación:</p> <ul style="list-style-type: none">● Mantener una vía permeable● Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación.● Observar si hay fatiga muscular respiratoria <p>Controlar periódicamente el estado respiratorio y oxigenación</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	NOC INDICADORES DE RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACION
Dominio 9: Adaptación- Tolerancia al estrés (00146) Ansiedad materna R/C estado de salud	DOMINIO III: SALUD PSICOSOCIAL (1211) Nivel de ansiedad	(1402) control de la ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención dudas y preguntas de la madre. (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la madre sobre estado de salud del paciente con lenguaje sencillo y entendible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del paciente refiere sentirse más tranquila luego de explicación de procedimientos y enfermedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	NOC INDICADORES DE RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
DOMINIO 11 Clase 1 INFECCION 00004 RIESGO DE INFECCION	1902 Control de riesgo	(192405) Identificar signos y síntomas de infección (192421) Tomar medidas inmediatas para reducir el riesgo.	(6540) Control de infecciones. (6550) Prevención de infecciones Se controla funciones vitales. Se realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento. Se mantiene la asepsia. Se vigila signos de infección local y generalizado debido a los procedimientos invasivos.	Paciente no presenta infección agregada por los procedimientos invasivos, no se evidencia infección local, no hay flebitis.

3.4 Ejecución y evaluación

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA:

S Madre refiere: mi bebe respira muy rápido, se le hunde su pechito se cansa y agota más cuando lacta, hoy se puso moradito en varias ocasiones, hoy también presento fiebre.

O Paciente lactante menor de sexo masculino ingresa al servicio de emergencia, en brazos de su madre, despierto, irritable, lloroso, ventilando espontáneamente con dificultad respiratoria, tiraje subcostal e intercostal, roncales, subcrepitos en ambas bases, presencia de secreciones por nariz y boca, piel y mucosas hidratadas, micción espontanea.

A Deterioro el intercambio gaseoso r/c cambios de la membrana capilar.

Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos accesorios

Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c mucosidad excesiva.

Ansiedad materna r/c desconocimiento de patología.

Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

P Favorecer equilibrio entre ventilación y perfusión.

Mantener vía aérea permeable.

Mejorar patrón respiratorio.

Mantener vías aéreas libre de secreciones.

Mantener información adecuada a la madre sobre estado de salud de su bebe.

Disminuir el riesgo de infección

I Monitorización de funciones vitales.

Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 a 4 horas

Observar frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración del paciente.

Observar cambios en la gasometría arterial.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia según corresponda.

Vigilar niveles de la saturación de oxígeno.

Registrar movimientos torácicos, asimetría, músculos accesorios y retracción de los músculos subcostal e intercostal.

Aspiración de las vías aéreas

Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración.

Escuchar con atención dudas y preguntas de la madre

Informar a la madre sobre estado de salud del paciente con lenguaje sencillo y entendible.

Prevención de infecciones

Se controla funciones vitales.

Se realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento.

Se mantiene la asepsia.

Se vigila signos de infección local y generalizado debido a los procedimientos invasivos.

E Paciente mantiene equilibrio entre ventilación y perfusión

Paciente disminuye progresivamente disnea.

Paciente mejora frecuencia ritmo y profundidad respiratoria, manteniéndola en parámetros normales.

Paciente disminuye uso de los músculos accesorios.

Paciente disminuye progresivamente ruidos respiratorios patológicos.

Paciente mantiene vías aéreas permeables, libre de secreciones.

Madre del paciente refiere sentirse más tranquila luego de explicación de procedimientos y enfermedad.

Paciente no presenta infección agregada por los procedimientos invasivos, no se evidencia infección local, no hay flebitis.

CONCLUSIONES

1. La aplicación del proceso de atención de enfermería permitió realizar una oportuna atención integral y eficaz, en el paciente con Bronquiolitis, fomentado un razonamiento crítico y desarrollando las habilidades prácticas en las enfermeras, con el objetivo de brindar un cuidado de calidad en base a métodos científicos.
2. Los pacientes que acuden al servicio de emergencia con el diagnóstico de Bronquiolitis, en la mayoría de los casos son lactantes menores de 1 años, cuya evolución puede complicarse en poco tiempo si no reciben una atención oportuna.
3. Los pacientes con bronquiolitis son evaluados y hospitalizados inmediatamente, por tal motivo las madres en su mayoría presentan ansiedad y preocupación porque son separadas de sus bebés.
4. En la mayoría de los casos se ha observado que las madres de familia, desconocen los factores de riesgo y las medidas preventivas para evitar complicaciones en la bronquiolitis.
5. El proceso de atención de enfermería constituye una herramienta eficaz y eficiente en la valoración, diagnóstico de enfermería, abordaje y aplicación de los cuidados de enfermería en los pacientes con bronquiolitis.
6. La historia clínica es el documento técnico legal en donde el profesional de enfermería registra el proceso de atención de enfermería de forma continua, completa e individual.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de enfermería:

- Mantener una constante actualización profesional del personal de enfermería que laboran en el servicio de emergencia de las patologías más frecuentes, con la finalidad de brindar una atención de calidad a los pacientes, evitando mayores complicaciones en la salud del paciente.
- Valorar de forma correcta a los pacientes con Bronquiolitis que acuden al servicio de Emergencia, teniendo en cuenta los protocolos de atención que constituye el eje fundamental en el proceso de atención de enfermería.
- Aplicar oportunamente el proceso de atención de enfermería, para realizar el diagnóstico de enfermería y generar el plan de cuidados acorde a las necesidades encontradas.
- Monitorear y evaluar las acciones planteadas, que permita al profesional de Enfermería determinar la efectividad de sus acciones evidenciado con la satisfacción de las necesidades del paciente.

2. A la familia, tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar los factores de riesgo:

- Controles periódicos en la etapa prenatal para evitar complicaciones durante y después del parto.
- Brindar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, porque ayuda a fortalecer el sistema inmunológico del niño.
- Evitar lugares contaminados y de hacinamiento.
- Acudir inmediatamente al servicio de emergencia del establecimiento de salud más cercano al domicilio, frente a situaciones críticas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García ML, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. [archivo PDF]. Disponible en la dirección web: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
2. Lampérez S, Ferrer A, Marchal L, Valero M. (2020). Plan de cuidados de enfermería en el niño con bronquiolitis aguda. España: *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*. [Internet]. [Consultado 17 Marzo 2022]. Disponible en: [https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-el-nino-con-bronquiolitis-aguda/#:~:text=Eliminar%20las%20secreciones%20bucales%2C%20nasaes,nebulizador\)%2C%20cuando%20sea%20necesario.](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-el-nino-con-bronquiolitis-aguda/#:~:text=Eliminar%20las%20secreciones%20bucales%2C%20nasaes,nebulizador)%2C%20cuando%20sea%20necesario.)
3. Rojas R, Navarro C. (2019). Efectividad del uso de la cánula nasal a alto flujo en pacientes con bronquiolitis en la mejora del cuadro clínico. [Trabajo académico para optar el título de especialista, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio institucional de la Universidad <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3055/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Navarro%20Cristina%20-%20Rojas%20Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Duelo Marcos M. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 77-85. Disponible en la dirección web: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_bronquiolitis_aguda.pdf
5. Rodríguez MS. La bronquiolitis en el año del COVID-19. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(3):222-223. Disponible en la dirección web: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a35.pdf>
6. Resolución N° 556 (2019). Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de dos años. Ministerio de Salud. Republica del Perú [archivo PDF]. Disponible en la dirección web: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322702/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_556-2019-MINSA.PDF.

7. Godoy Sanchez L, Wentzel G, Mesquita Ramirez, M. (2021). Bronquiolitis por rinovirus en menores de 1 año y riesgo de sibilancias recurrentes y asma. *Pediatría [en línea]. Asunción, 48(2)*, 113 - 119. Recuperado de <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/652>
8. Paz Alvarez L, Peralta Campos Y, Casado Díaz S, Figueroa Pérez E, Pérez Alvarez O. (2020). Manejo de la bronquiolitis aguda en el servicio de neumología pediátrica de Pinar del Río *Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Rio [en línea]. Cuba, 24(5)* [consulta: marzo del 2022]. ISSN 1561-3194. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4460/4350>
9. Betancur Otalvaro J, Estrada Pedrozo J, Pinillos Patiño Y, Prieto Suárez E, García-Jiménez R. (2020). Determinantes de la hospitalización en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis. *Revista de Salud Publica [en línea]. Barranquilla, 22(6)* [consulta: marzo del 2022]. ISSN 0124-0064. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000600202&lang=es
10. García Mercado I, Alina Salas (2017). Características clínicas, epidemiológica relacionadas a bronquiolitis grave en niños menores de dos años ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense en el periodo Junio Diciembre del 2016. [Para optar el título profesional, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio institucional de la Universidad <https://repositorio.unan.edu.ni/9778/1/98834.pdf>
11. Morosini F, Dall'Orso P, Alegretti M, Alonso B, Rocha S, Cedrés A, A, Más M, Sehabiague G, Prego J. (2016) Impacto de la implementación de oxigenoterapia de alto flujo en el manejo de la insuficiencia respiratoria por infecciones respiratorias agudas bajas en un departamento de emergencia pediátrica. *Archivos de Pediatría del Uruguay [en línea]. Montevideo, 87(2)* [consulta: marzo del 2022]. ISSN 1688-1249. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000200003&lang=es
12. Pérez Delgado J. (2020). Factores de riesgo asociados a gravedad en pacientes con bronquiolitis aguda hospitalizados en el servicio de pediatría en el hospital vitarte en el periodo del año 2018 – 2019. [Para optar el título

profesional, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional de la Universidad

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2909/JPEREZ.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

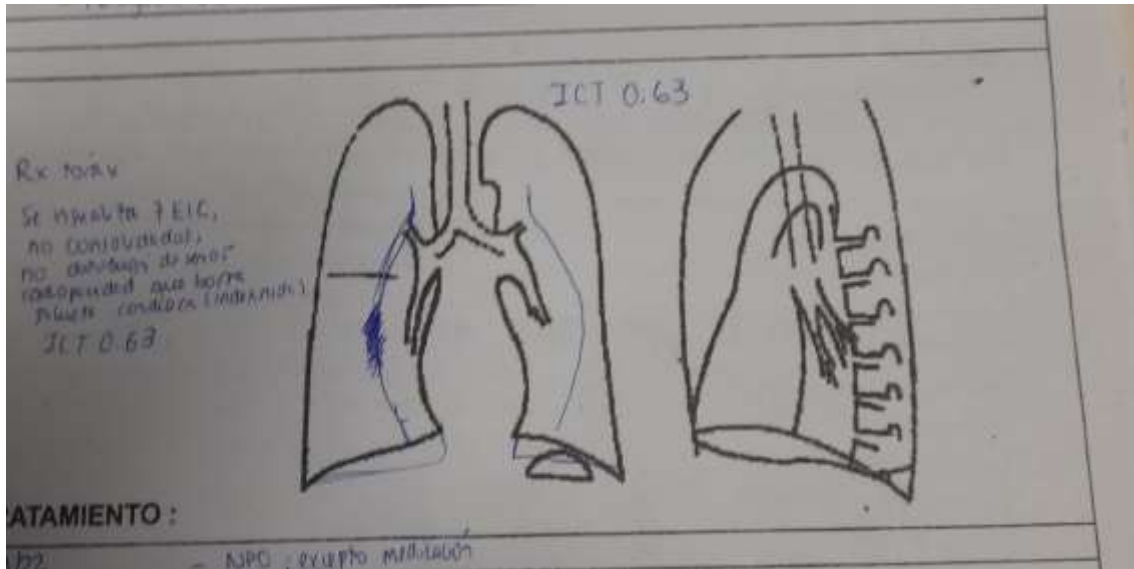
13. Diaz Aquino B. (2019). Cuidados de enfermería al lactante con bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital de Apoyo II-1 Chulucanas Manuel Javier Nomberto. [Para optar el título profesional, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional de la Universidad http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5791/TESIS_2D_AESPEC_DIAZ_AQUINO_FCS.pdf?sequence=7&isAllowed=y
14. Zavaleta Pastor R. (2019). Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con bronquiolitis. [Para optar el título profesional, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio institucional de la Universidad <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6353>
15. Navarro Avalos C, Rojas Ore R. (2019). Efectividad del uso de la cánula nasal a alto flujo en pacientes con bronquiolitis en la mejora del cuadro clínico. [Para optar el título de especialidad, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio institucional de la Universidad: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3055>
16. Quispe Sandoval J. (2018). Factores asociados a la hospitalización por bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco. [Para optar el título profesional, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. Repositorio institucional de la Universidad <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/3998>
17. Bustamante Aponte A. (2018) Factores asociados a evolución desfavorable en pacientes con bronquiolitis hospitalizados en el servicio de pediatría en la Clínica Good Hope en el periodo enero – noviembre en el año 2017. [Para optar el título profesional, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio institucional de la Universidad <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1207/26-TESES-ABUSTAMANTE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Navarro Peña Y, Castro Salas M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Revista enfermería global [en línea]*. Chile, 1(19) [consulta: marzo del 2022]. ISSN 1695-6141.

Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000600202&lang=es

19. Enfermería Actual. (s.f).14 Necesidades de Virginia Henderson. Recuperado de: <https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>
20. Pacheco M. (2006). *Nancy Roper. Modelo de Enfermería*. Venezuela. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos34/nancy-roper/nancy-roper>
21. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. (2012) Bronquiolitis Aguda. *Revista de Pediatr Aten [en línea]*. Madrid, 14(22) [consulta: marzo del 2022]. ISSN 1139-7632. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006
22. Diaz Aquino B. (2019). Cuidados de enfermería al lactante con bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital de Apoyo II-1 Chulucanas Manuel Javier Nomberto. [Para optar el título profesional, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional de la Universidad http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5791/TESIS_2D_AESPEC_DIAZ_AQUINO_FCS.pdf?sequence=7&isAllowed=y
23. Pérez Sanz J. Bronquitis o bronquiolitis. *Pediatr Integral* 2016; 20(1): 28-37; Disponible en la dirección web: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/>
24. MedlinePlus en español [Internet]. Gasometría Arterial (EE. UU.); [actualizado 8 mar. 2020; consulta 20 mar 2022]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm#:~:text=Es%20una%20medici%C3%B3n%20de%20la,\(pH\)%20de%20la%20sangre.](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm#:~:text=Es%20una%20medici%C3%B3n%20de%20la,(pH)%20de%20la%20sangre.)
25. Resolución N° 556 (2019). Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de dos años. Ministerio de Salud. Republica del Perú [archivo PDF]. Disponible en la dirección web: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322702/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_556-2019-MINSA.PDF.](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322702/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_556-2019-MINSA.PDF)

ANEXOS

Anexo 1. Rx torax



Anexo 2. Paciente monitorizado



Anexo 3. Exámenes de laboratorio

MEDICO SOLICITANTE:		FECHA/HOR INFORME:	
LIC. TM ALATA SAN MIGUEL LUZ		05/03/2022 22:01	
USUARIO/PROCESADO:		CAMA:	
EMERGENCIA		E	
CONSULTORIO/SERV.:		FEC/HORA T.M.:	
00309339-22		05/03/2022 19:30	
FORMATO:		C.INT. TOPIC	
ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	V. REF
GLUCOSA.....	97	mg/dL	
METODO: Enzimatico Colorimétrico			
UREA.....	6	mg/dL	
METODO: Cinético			
CREATININA.....	0.42	mg/dL	
METODO: Cinético			
CALCIO.....	10.6	mg/dL	
METODO: Colorimétrico			
FÓSFORO.....	6.0	mg/dL	
METODO: Cinetico UV			
ELECTROLITOS (NA,K,CL)			
Sodio.....	142	mmol/L	135 - 145
Potasio.....	5.7	mmol/L	3.5 - 5.3
Cloro.....	109	mmol/L	98 - 107
METODO: ISE indirecto			
MAGNESIO.....	2.80	mg/dL	1.89 - 2.5
METODO: Colorimétrico			
P.C.R. CUANTITATIVO.....	0.24	mg/dL	0 - 0.7
METODO: Inmunoturbidimétrico			

Anexo 4: Aspiración de Secreciones



Anexo 5: Sala de observación pacientes respiratorios

