

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES MENORES DE 5  
AÑOS CON NEUMONIA EN EL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JOSE-  
CALLAO. 2020”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA  
PEDIÁTRICA**

**LIC. JUDITH CUEVA PARRAGA**

**CALLAO, 2020**

**PERÚ**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo académico quiero dedicárselo a mis hijos, Rafael y Rodrigo mis dos grandes amores, por ser ustedes mi mayor fuente de motivación e inspiración y así poder seguir esforzándome cada día para que la vida nos prepare un futuro mejor.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por su amor, por darme la bendición de tener una familia y gozar de ellos.

A mi familia por apoyarme y alentarme siempre en cada proyecto nuevo que emprendo y así poder superarme.

A mis amigos por brindarme su verdadera amistad y apoyo moral que han motivado mis ganas de avanzar y alcanzar esta meta.

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	
<b>CAPITULO I. Descripción de la situación problemática</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO II. Marco teórico</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Antecedentes</b>	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales	8
<b>2.2 Bases teóricas</b>	
2.2.1 Teoría de Virginia Henderson	10
2.2.2 Teoría de Kathryn E. Barnard	12
<b>2.3 Bases conceptuales</b>	
2.3.1 Neumonía. Definición	15
2.3.2 Etiología	16
2.3.3 Fisiopatología	17
2.3.4 Factores de riesgo	18
2.3.5 Cuadro clínico	18
2.3.6 Evaluación y diagnostico	19
2.3.7 Tratamiento	19
2.3.8 Prevención	20
<b>2.4 Diagnostico de Enfermería</b>	
2.4.1 Lista de hallazgos significativos	28
2.4.2 Diagnóstico de enfermería según datos significativos	28
2.4.3 Esquema de diagnóstico de enfermería	29
<b>CAPITULO III. Planificación</b>	
<b>3.1. Esquema de planificación</b>	<b>31</b>
<b>CAPITULO IV. Ejecución y Evaluación</b>	
<b>4.1. Registro de enfermería: SOAPIE</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>38</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>

## INTRODUCCION

La Enfermería hoy en día es una disciplina que se caracteriza por realizar una ardua labor en el cuidado del paciente; en su evolución ha pugnado por fortalecer la integración y desarrollo de sus principios y fundamentos reunidos en diversas teorías y modelos. Dichas teorías y modelos han contribuido de manera significativa a estructurar una tendencia holística en la realización de intervenciones de Enfermería.

El presente trabajo académico de segunda especialidad tiene por finalidad presentar los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos menores de 5 años diagnosticados con Neumonía que ingresan a Hospitalización de Pediatría del Hospital San José, Callao-2020, el motivo para la realización del trabajo es por la gran demanda que presenta ésta enfermedad en el servicio y la importancia de que los profesionales de enfermería brinden los cuidados organizados, planificados y de forma integral a los pacientes. Otro punto importante a destacar es la importancia de educar a los padres sobre reconocer los síntomas y signos de alarma de ésta enfermedad.

El servicio de Hospitalización de Pediatría del Hospital San José del Callao se encuentra ubicado en el segundo piso de la nave central del Hospital, al lado izquierdo del ascensor, allí se atiende a todos los pacientes desde la edad de un mes hasta los catorce años once meses veinte y nueve días, donde frecuentemente ingresan niños con el mayor problema que son enfermedades respiratorias, que son traídos por sus padres y personal de enfermería de Emergencia.

El presente trabajo se desarrolla con un Plan de Cuidados de enfermería al paciente pediátrico menor de cinco años diagnosticado con Neumonía y atendido en el servicio de Hospitalización de Pediatría del Hospital San José. Así mismo detalla la información estadística de esta patología y la importancia de educar a los padres y a la comunidad sobre la prevención y signos de alarma.

El rol que se cumplió fue primeramente recolectar información de prevalencia de la patología de los niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de

Hospitalización de Pediatría por neumonía durante el año 2019, para luego aplicar un sistema de intervenciones propias de Enfermería para el mejoramiento de la salud del paciente, familia o comunidad y está integrado por 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. La **valoración** permitió obtener información sobre el estado de salud del paciente, se organizó y registró dicha información que se obtuvo a través de la entrevista realizada a la madre, como fuente secundaria se utilizó el expediente clínico, la observación y la exploración física realizada. El **diagnóstico de enfermería** es la segunda etapa del proceso se inicia al concluir la valoración y en esta etapa se realizó la estandarización de los diagnósticos identificados por patrón alterado. La tercera etapa corresponde a la **planificación**, consta de 5 pasos: establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar acciones de Enfermería y documentar el plan de cuidados. En el presente trabajo se implementó un plan de cuidados acorde a las necesidades prioritarias del paciente, bajo las taxonomías: NAN-DA, NIC y NOC. La **ejecución** es la cuarta etapa del proceso de enfermería y comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados “y está enfocado a aquellas intervenciones de Enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. La **Evaluación** es la última etapa del proceso de enfermería, es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

El diagnóstico de enfermería e “sobre respuesta individual, familiar o comunitaria a las siguientes preguntas, procesos reales o potenciales de salud/vida otorga la base para las intervenciones de enfermería para lograr resultados que es responsabilidad de la enfermera.

El presente trabajo académico incluyó el desarrollo de un caso de hospitalización de un niño de 2 años, que ingresa al servicio de emergencia pediátrica y posteriormente a hospitalización con el diagnóstico médico de Neumonía. Los resultados de este estudio son para mejorar la calidad y calidez de vida del paciente reduciendo así la tasa de mortalidad y reingresos por el mismo problema.

# CAPITULO I

## DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

“Actualmente la Neumonía representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo. La OMS reporta 156 millones de casos de neumonía al año, más del 95% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo. En menores de 5 años, la neumonía es la primera causa de muerte a nivel mundial, fuera de la etapa neonatal, causando 920 136 muertes al año, siendo la causa del 16% de muertes en este grupo etario” (1).

“En el estudio de análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015; realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, en el 2015, la primera causa de mortalidad en el Perú fue la infección respiratoria aguda baja con 18,900 muertes y una tasa de 60.7 por 100 mil habitantes; durante los últimos 30 años, la muerte por la infección respiratoria aguda baja se han mantenido en el primer lugar. Los episodios de neumonía notificados el 2018, fueron superiores a lo notificado en los últimos 5 años. En los últimos 5 años, la tendencia de las neumonías en los menores de 5 años es al incremento, notándose claramente sobre todo durante la temporada de bajas temperaturas” (1).

“En los últimos 5 años, los departamentos de la selva presentan la mayor incidencia acumulada, es decir presentan el mayor riesgo de enfermar. Por otro lado, a nivel nacional, el mayor porcentaje de defunciones ocurrieron en el ambiente intramural, mientras que en la sierra y selva existe el mayor porcentaje de defunciones ocurrieron en el ámbito extramural” (1).

Los niños y niñas pre-escolares 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. El mismo ayudará a conservar los niveles de oxígeno dentro de los límites normales y prevenir 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.

Las altas estadísticas de morbilidad y mortalidad denotan la importancia de estudiar neumonía, la cual es un problema actual de salud pública en países subdesarrollados, por lo que con estudios que aumenten la información de estos pacientes se comprenderá mejor el impacto de esta enfermedad.

Es importante ofrecer una atención de enfermería óptima enfocada en la recuperación del estado fisiológico. De este modo se logrará que el niño tenga menos días de hospitalización y disminuir su ansiedad. Considerando lo anterior se planteó ejecutar las intervenciones de enfermería a un niño menor de cinco años.

De acuerdo a los datos estadísticos informados, en el servicio de Hospitalización de Pediatría del Hospital san José del callao, para el año 2019 de los 543 niños > 5 años que fueron hospitalizados por diferentes enfermedades, 217 niños fueron diagnosticados con neumonía que equivale al 39% del total.

Aun considerándose la principal causa de morbimortalidad en niños menores de 5 años a nivel mundial, nacional y local es por esta razón que se presenta éste trabajo académico “**cuidados de enfermería en pacientes menores de 5 años con neumonía en el servicio de hospitalización de pediatría del hospital san José-callao**”, logrando que el niño tenga menos días de hospitalización y contribuyendo a disminuir de este modo el riesgo de morbilidad y los reingresos posteriores.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

##### 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

**Cáceres Roque O.; Hernández García S.; Cutiño Mirabal L.; González Lobo E.; Díaz Acosta J. (2018).** En su estudio “Comportamiento de las neumonías complicadas en niños en hospital pediátrico provincial pinareño” Ciudad de la Habana. Es una investigación observacional, descriptiva y transversal, el universo estuvo conformado por los pacientes entre un mes y 14 años ingresados por neumonía, y la muestra quedó conformada por 50 casos con evolución complicada. Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes y un cuestionario aplicado a los padres. Los datos se mostraron empleando frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Predominó el grupo de edades de 1-4 años (28 %), el sexo masculino (64 %) y los pertenecientes al área urbana (58 %). Las enfermedades respiratorias alérgicas constituyeron la principal enfermedad crónica asociada. El bajo peso al nacer, la desnutrición proteico energética, el abandono precoz de la lactancia materna, la convivencia con fumadores y la asistencia a círculos infantiles fueron factores de riesgo detectados en los pacientes estudiados. La complicación fundamental fue el derrame pleural (68 %). se evidenció que la neumonía complicada en el período señalado es un problema de salud que orienta al diseño de acciones para prevenir la presentación de las complicaciones (2).

En nuestro servicio, las neumonías complicadas se han dado frecuentemente más en niños entre 1-3 años de edad y afortunadamente estas complicaciones no estuvieron ligadas a la muerte en el paciente pediátrico.

**GOYA MURILLO A.; ANDA J.; PALACIOS ALCÍVAR P. (2016).** En su estudio “Morbi- mortalidad de los menores de 5 años con neumonías graves según el estado nutricional en el Hospital Francisco Icaza Bustamante” La Habana, Cuba.

Es un estudio prospectivo, descriptivo, aplicado; Se obtuvieron 71 niños con diagnóstico de neumonía grave, valorándose el estado nutricional. Ingresados en el Hospital Francisco Icaza Bustamante, durante el año 2016. El sexo más afectado fue el masculino con el 75% y el grupo etario más afectado corresponde de 0 a 11 meses de edad con 54%, los cuales presentaron de forma global desnutrición 66%, el 21% desnutrición leve, 25% moderado y 20% grave. La complicación más frecuente fue el derrame pleural con el 37%, en relación al agente etiológico el 73% no se aisló microorganismo y el 15% presentó *Staphylococcus aureus*. Se obtuvo una tasa de mortalidad de 31%.: Se puede concluir que la mayoría de los fallecidos presentaron algún grado de desnutrición Siendo el más frecuente la desnutrición leve por lo tanto es importante determinar el grado de desnutrición en los pacientes con neumonías graves para tomar mejores decisiones diagnosticadas y terapéuticas (3).

En el hospital san José del Callao uno de los principales factores de riesgo en niños es la anemia y la desnutrición disminuyendo su capacidad inmunológica por lo tanto son más indefensos a las infecciones.

**ABREU SUÁREZ G.; FUENTES FERNÁNDEZ G.; DOMÍNGUEZ CHOY I.; PORTUONDO LEYVA R.; PÉREZ ORTA M.; TORAÑO PERAZA G. (2017).** En su estudio "Enfermedad neumocócica invasiva en niños con neumonía grave adquirida en la comunidad" Ciudad de la Habana. Es un estudio descriptivo, transversal de 117 niños entre 2 meses y < de 5 años, que ingresaron en el Hospital Pediátrico Centro Habana con neumonía grave adquirida en la comunidad, desde agosto de 2014 hasta noviembre de 2015, a los cuales se realizaron 2 hemocultivos previo al inicio del tratamiento, y estudio de líquido pleural si existía derrame. Los neumococos aislados fueron caracterizados en el Laboratorio de Referencia del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". Se agruparon según edad (< 1 año y ≥ 1 año) y aparición de derrame pleural. Se registraron los datos clínicos y radiológicos que permitieron el diagnóstico de neumonía grave. **Resultados:** predominaron los > 1 año (99-84,6 %) y los varones (59 %). Se aislaron 9 *Streptococcus pneumoniae* (7,7 %), más frecuente en < 1 año (3/18= 16,7 %). En 33 niños con derrame pleural hubo 8 aislamientos (24,2 %), más frecuentes en < 1 año (7 casos con derrame y 3 aislamientos [42,9

%]). Se reportaron 3 serotipos 14, un 6A y un 19A, todos sensibles a penicilina, ceftriaxona y vancomicina.

**Conclusiones:** se confirma la presencia del *Streptococcus pneumoniae* en la neumonía grave del menor de 5 años, complicada con derrame pleural y la pertinencia del candidato vacunal cubano, según los serotipos aislados (4).

En el servicio de pediatría del Hospital san José también tuvimos casos de neumonía causada por neumococo con más predominio en niños menores de 1 año y más en mujeres que en varones, no hemos tenido casos de derrame pleural u otras complicaciones durante el año 2019.

## 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

**PADILLA J.; ESPÍRITU N.; RIZO E.; MEDINA M. (2017).** En su estudio “Neumonías en niños en el Perú: Tendencias Epidemiológicas, Intervenciones Y avances”. Ciudad de Lima, Perú. Presentamos una visión general de la neumonía en niños menores de 5 años en el Perú y las estrategias preventivo-promocionales implementadas para superar este desafío de salud pública. La incidencia y mortalidad de la neumonía en niños en el Perú se ha reducido progresivamente, desde el 2000 vemos una disminución del 33% solo en los siguientes dos años. En 1987 se iniciaron estrategias dirigidas a la prevención de factores de riesgo, al fortalecimiento del diagnóstico clínico y a proporcionar tratamiento antibiótico gratuito para los casos de neumonía grave. En intentos de controlar los agentes etiológicos más importantes, se implementa la vacunación contra H. Influenzae y S. pneumoniae desde 1998 y 2008 respectivamente. Un estudio realizado en 2 regiones del Perú mostró que la etiología viral es la más frecuente 55% vs 21% bacteriana, siendo el Virus sincitial respiratorio y S. pneumoniae los patógenos predominantes. Se requiere estudios para medir el impacto de las intervenciones. **Conclusiones:** El Perú ha logrado importantes avances en la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad por neumonía en la niñez gracias a las diversas intervenciones implementadas que requieren ser evaluadas para determinar su nivel real de impacto (5).

En la región Callao y específicamente en el Hospital San José para el año 2019 también se ve estadísticamente la disminución de casos graves de neumonía en niños menores de 5 años.

**MONTES CCACCRO N. (2018).** En su estudio “Factores de riesgo para neumonía en niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital nacional de altura”. Ciudad de Huancayo, Perú. Este trabajo de investigación es de tipo observacional, analítico, con un diseño de casos y controles, se ejecutó en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Ramiro Prialé - ESSalud, durante el año 2018, con una muestra de 30 casos y 60 controles para una relación de 1:2.

**Resultados:** Los factores de riesgo estadísticamente significativos son los antecedentes de Bajo peso al nacer con 95%, la prematuridad con un 95%, la falta de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses con un 95%, la vacunación antineumocócica incompleta un 95%, la desnutrición Crónica con 95% de y el hacinamiento con un 95%. **Discusiones:** Los factores de riesgo estadísticamente significativos son muy similares a los reportados por varios estudios a nivel internacional y nacional, por lo cual no hay mucha variación sobre la presentación de neumonía a 3200 msnm, excepto la presencia de la desnutrición y el hacinamiento que es superior a otros estudios como factor de riesgo. **Conclusión:** Los factores de riesgo estadísticamente significativos son la presencia del antecedente de bajo peso al nacer, prematuridad, falta de la lactancia materna exclusiva, vacunación incompleta, desnutrición crónica y el hacinamiento (6).

Los factores de riesgo más predominante de los casos que llegan a hospitalización de Pediatría del HSJ son hacinamiento, uso e leche artificial con mayor demanda, desnutrición y anemia en los niños menores de 5 años.

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **2.2.1 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON**

**TEORÍA DE LA 14 NECESIDADES.** Henderson da una definición de enfermería, “asistir a la persona, sano o enfermo a realizar actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte digna), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, de forma que lo ayude a ganar la independencia lo antes posible” (2) p54)

**Virginia a establecido tres tipos de niveles** en la relación que se establece con las enfermeras durante el proceso de enfermería:

1. Nivel sustitución: la enfermera reemplaza completamente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera realiza sólo aquellas acciones que el paciente no puede hacerlas por sí solo.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera acompaña y permanece al lado del paciente realizando labores de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto potenciando así su autonomía.

En su libro *The Nature of Nursing (La Naturaleza de la Enfermería)* publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. Son:

1. Respirar con normalidad: captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en proporciones adecuadas y asegurar el crecimiento, mantenimiento de tejidos para un buen desempeño.
3. Eliminar por todas las vías corporales: Sustancias que resultan del metabolismo.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas: movimientos coordinado, alineados que garantizan el buen funcionamiento del organismo y circulación de sangre.
5. Dormir y descansar: Respetar las horas recomendadas de sueño al día.
6. Escoger ropa adecuada: Según las circunstancias y que permita libertad de movimiento.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, eligiendo la vestimenta adecuada y de acuerdo a la temperatura del ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, mediante baños diarios, lavado de manos, etc.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando necesidades, temores, emociones y opiniones de forma verbal y no verbal.
11. Vivir de acuerdo a los propios valores y creencias, mantener la fe de acuerdo a la religión que profesan.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar de actividades recreativas
14. Aprender, descubrir y satisfacer las curiosidades que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

**Cuidados básicos.** Estos cuidados se realizan con el fin de satisfacer las necesidades básicas de los pacientes, y con base en el juicio y razonamiento clínico del enfermero, su orientación es brindar autonomía al paciente o ayudarlo a desarrollar fuerza, conocimiento o disposición para que pueda atender sus requerimientos. Por ella misma. Independientemente del tipo de cuidados que necesite realizar un individuo, independientemente del grado de complejidad requerido para su ejecución, éste debe lograr su independencia o autonomía. Aplicarlos a través de un plan de cuidados elaborado según las necesidades de cada persona (3).

**Independencia.** El mejor nivel de desarrollo de las necesidades humanas básicas.

**Dependencia.** Por falta de poder, conocimiento o voluntad, la incapacidad para desarrollar las potencialidades de un individuo según su edad, género, etapa

de desarrollo y condiciones de vida es insuficiente o insuficiente, lo que impide o dificulta la satisfacción de necesidades básicas (3).

**Autonomía.** facultad del sujeto para satisfacer las necesidades básicas por el mismo.

**Agente de autonomía asistida.** Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia (3).

**Manifestaciones de independencia.** Conductas o acciones del usuario que resultan adecuadas, certeras y satisfactorias para lograr sus necesidades básicas. **Manifestaciones de dependencia.** El comportamiento o acción de una persona que es inapropiado, incorrecto o insuficiente para satisfacer las necesidades básicas en el momento o en el futuro debido a la falta de poder, conocimiento o voluntad (3).

## 2.2.2 TEORIA DE KATHRYN E. BARNARD

### “MODELO DE INTERACCIÓN MADRE - HIJO”

#### Principales conceptos y definiciones

El principal interés del trabajo de Barnard es desarrollar herramientas de evaluación para determinar la salud, el crecimiento y el desarrollo de todo el niño, y utilizar a todo el padre-hijo como un sistema interactivo. Barnard cree que el sistema se ve afectado por las características personales de cada miembro y puede modificarse para satisfacer las necesidades del sistema. También define la modificación como comportamiento adaptativo (2)p62).

#### 1. Claridad de los mensajes del niño (características del niño)

Para participar en una interacción sincronizada, el infante debería enviar señales a el individuo que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan dichos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su reacción. Los niños presentan signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, apetito y saciedad, de esta forma como los cambios en la actividad del cuerpo. Cuando un infante se manifiesta con señales

confusas o ambiguas puede deteriorarse la función de habituación de los cuidados (2).

## **2. Respuesta del niño al cuidador (características del niño)**

Al igual que el infante debería enviar señales a sus padres para exigir cambios de reacción de ellos, además ha de aprender a leer los signos que dichos le transmiten para adaptar paralelamente su conducta. Por supuesto, si el infante no responde a las claves que le envíen los individuos que lo cuidan, no va a ser viable la habituación (2).

## **3. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre)**

Los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con exactitud las señales que se comunican para cambiar su reacción en el sentido oportuno. Sin embargo, además hay otras influencias que trabajan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando permanecen preocupados por otros puntos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones matrimoniales, es viable que no alcancen su nivel normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres van a ser capaces de leer correctamente los signos que transmiten sus pequeños (2).

**4. Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre)** Varias señales enviadas por el infante indican la necesidad de que los padres le ayuden. La efectividad que dichos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos es dependiente de diversos componentes. Antes que nada, han de darse cuenta de la realidad de estas tensiones. Luego han de conocer la acción idónea que puede mitigarlas. Finalmente, deben estar en buena disposición para colocar en práctica este entendimiento (2).

**5. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre)**

La capacidad para emprender ocupaciones que fomenten el incremento social y emocional es dependiente de la habituación universal de los padres. Dichos han de ser capaces de demostrar afecto al infante, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la ingesta de alimentos (2).

## **ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA TEORÍA**

- **Entorno:** Perjudica tanto al infante como al cuidador e incluye recursos sociales y financieros disponibles; que puede saciar cada una de las necesidades simples.
- **Cuidador:** Tiene unas propiedades psico-sociales, la salud física y de la mente, los cambios en la vida, las expectativas y las preocupaciones acerca del infante y lo de mayor relevancia el estilo del cuidador en dar las capacidades de habituación.
- **Niño:** Apariencia física, temperamento, patrones de nutrición y de sueño y autorregulación (2).

## **CARACTERÍSTICAS:**

**Sencillez o simplicidad.** - Esta teoría es fácil debido a que se comprende lo cual dice la teorista en cuanto al cuidado que se le debería proporcionar a los infantes en su fase de aumento y definió conceptos como a que se refiere el concepto infante (2).

**Generalidad.** - Consideramos que esta teoría es general debido a que podría ser eficaz en diversos centros de atención infantil. Además puede aplicarse en otras profesiones en relación con el cuidado o estudios que se les hagan a los niños como lo es la psicología (2).

**Claridad.** - Es clara debido a que ella misma al referirse al cuidado infantil definió varios conceptos involucrados con la misma dejando, de esta forma como aporte una escala para la evaluación del mismo y para entender mejor el propósito que se quiere conseguir con la aplicación de esta teoría (2).

**Consecuencia deducible.** - Esta teoría tiene esta característica porque es importante para nuestra profesión, porque en su teoría se esfuerza por hacer que los niños enfermos sean tratados primero para evitar el deterioro de su salud. (2).

**Precisión empírica.** - La teoría tiene precisión empírica porque se puede utilizar para evaluar el estado de salud o el nivel de los niños, y puede ser utilizada por cualquier hospital o centro de salud que utilice la teoría para cuidar a los niños. (2).

## **2.3 BASES CONCEPTUALES**

### **2.3.1 NEUMONIA**

**Definición.** - Es una infección pulmonar la que causa inflamación y daño al tejido pulmonar. Los pulmones constan de conductos (bronquios) para la circulación del aire y pequeños sacos (alvéolos) para el intercambio de gases. En una persona sana, los alvéolos se llenan de aire al respirar, mientras tanto en una persona con neumonía, los alvéolos están llenos de pus y líquido, por lo que el intercambio de gases cambia (4).

**Neumonía adquirida en la comunidad:** Es la neumonía adquirida en un ambiente fuera del hospital, del mismo modo se considera aquellas neumonías que se inician dentro de las primeras 48 - 72 horas hospitalizado (5)p7.

**Neumonía Intrahospitalaria:** Es aquella neumonía adquirida dentro de las 48 - 72 horas después del ingreso al hospital o hasta los 7 días después de dado el alta (5)p7.

**Neumonía grave:** Es aquella neumonía caracterizada por la dificultad respiratoria marcada, cianosis central, dificultad para beber o lactar presencia de vómitos frecuentes, convulsiones, alteración del estado de conciencia y disminución de la saturación de oxígeno (5)p8.

**Neumonía aspirativa:** Es un tipo de neumonía que puede ser causada por el ingreso de una sustancia extraña a través de la boca hacia los pulmones de forma aguda. Los distintos signos y síntomas clínicos van a depender del tipo de sustancia ingerido (sólido, líquido o gas) y del volumen aspirado (5)p8.

**Neumonía congénita:** Es un tipo de neumonía que se adquiere dentro del útero o durante el nacimiento (5)p8.

**La neumonía atípica:** Puede ser ocasionado por diferentes tipos de bacterias Legionella pneumophila, neumonía por micoplasma y Chlamydia pneumoniae, este tipo de neumonía es adquirida en la comunidad y se transmite de persona a persona (5).

### 2.3.2 ETIOLOGIA

Agentes Etiológicos comunes de Neumonía en las niñas y los niños (5)

EDAD	BACTERIA	VIRUS	OTROS
Menor a 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Streptococcus Beta Hemolítico del grupo B.</li> <li>- Escherichia coli.</li> <li>- Gram Negativos (E. coli, Klebsiella)</li> <li>Listeria monocytogenes.</li> <li>Chlamydia trachomatis</li> <li>Staphylococcus aureus.</li> <li>- Ureaplasma urealyticum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Citomegalovirus (CMV).</li> <li>- Herpes virus.</li> <li>- Virus Sincitial respiratorio (VSR).</li> <li>- Enterovirus.</li> <li>- Adenovirus.</li> <li>- Virus Rubeola.</li> <li>- Influenza A, B.</li> <li>- Parainfluenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especies de Candida.</li> <li>- Toxoplasma.</li> <li>- Treponema pallidum.</li> </ul>
1 mes a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Streptococcus pneumoniae.</li> <li>Chlamydia trachomatis.</li> <li>- Haemophilus influenzae tipo b</li> <li>- Staphylococcus aureus.</li> <li>- Bordetella pertussis.</li> <li>- Listeria monocytogenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VSR.</li> <li>- CMV.</li> <li>- Influenza A y B.</li> <li>- Parainfluenza.</li> <li>- Adenovirus.</li> <li>- Metapneumovirus.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mycoplasma pneumonia.</li> <li>- Pseudomonas aeruginosa.</li> </ul>		
4 meses a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Streptococcus pneumonia.</li> <li>- Haemophilus influenzae tipo b.</li> <li>- Moraxella catarrhalis.</li> <li>- Staphylococcus aureus (incluido CA-MRSA).</li> <li>- Mycoplasma pneumoniae.</li> <li>- Mycobacterium tuberculosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VSR.</li> <li>- Influenza A y B.</li> <li>- Parainfluenza.</li> <li>- Adenovirus.</li> <li>- Metapneumovirus.</li> <li>- Rhinovirus.</li> <li>- Coronavirus.</li> </ul>	
5 años a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Streptococcus pneumoniae.</li> <li>- Mycoplasma pneumoniae.</li> <li>- Chlamydomphila pneumoniae.</li> <li>- Coxiella burnetti.</li> <li>- Mycobacterium tuberculosis.</li> <li>- Coxiella burnetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influenza A y B.</li> <li>- Epstein- Barr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coccidioides immitis.</li> <li>- Histoplasma.</li> <li>- Capsulatum.</li> <li>- Blastomyces.</li> <li>- Dermatitidis.</li> </ul>

### 2.3.3 FISIOPATOLOGIA

Los microorganismos se adquieren, en la mayor parte de los casos, por vía respiratoria, y alcanzan el pulmón por recorrido descendente a partir de las vías respiratorias altas. Al llegar al alvéolo y multiplicarse originan una respuesta inflamatoria, no obstante, en términos globales el microorganismo puede ingresar al parénquima pulmonar por diferentes vías:

- Vía descendente
- Vía hemática
- Por alteraciones anatómicas, funcionales o inmunológicas
- Por aspiración.

### 2.3.4 FACTORES DE RIESGO

La mayor parte de los niños sanos tienen la posibilidad de combatir las infecciones a través de sus defensas naturales, pero los niños inmunosuprimidos muestran un mayor peligro de contraer neumonía. La desnutrición o malnutrición pueden debilitar el sistema inmunológico de un niño, especialmente en los bebés que no son amamantados exclusivamente con leche materna, vacunación incompleta, falta de higiene, exposición a guarderías, contacto con personas enfermas (4).

Enfermedades previas, como el sarampión o la infección asintomática por VIH, también aumentan el riesgo de contraer neumonía en los niños (4).

Los siguientes factores ambientales también pueden aumentar la susceptibilidad de los niños a la neumonía (5):

- ✓ Contaminación del aire interior causada por humos de combustión de compuestos (madera, bosta, leña).
- ✓ Vivir en una casa en estado de hacinamiento.
- ✓ Exposición al humo del tabaco.

### 2.3.5 CUADRO CLINICO:

Los hallazgos clínicos presentes en los pacientes con neumonía son los siguientes: **Síntomas:** fiebre, escalofríos, tos (productiva/no productiva), disnea, dolor pleurítico. En niños pequeños el dolor abdominal puede ser el único síntoma presente (6).

#### **Signos:**

- Taquipnea, taquicardia.
- En niños pequeños y lactantes: quejido, aleteo nasal, tiraje.
- Al inicio del proceso: crepitantes finos localizados.
- En estadios más avanzados: matidez a la percusión, frémito vocal, soplo tubárico.

- Derrame pleural: roce pleural, aumento de matidez a la percusión, hipofonosis, egofonía.

“De entre los hallazgos clínicos del paciente con neumonía, la presencia de **taquipnea** tiene más sensibilidad para el diagnóstico que las retracciones o los crepitantes. La presencia de retracciones indica severidad” (6).

### **2.3.6 EVALUACION Y DIAGNOSTICO**

Entre los parámetros que apoyan el diagnóstico están (7):

- Historia clínica (realizar una buena anamnesis).
- Radiografía de tórax (antero-posterior, confirma afección del parénquima pulmonar, su extensión y posibles complicaciones).
- Exámenes auxiliares de laboratorio (hemograma, PCR, VSG, pro calcitonina) permite diferenciar si es producido por bacterias o virus.
- Otros exámenes: Hemocultivo y antibiograma, muestras de secreción nasofaríngea, despistaje de tuberculosis (bacilos copia, aspirado gástrico, PPD) (7).

### **2.3.7 TRATAMIENTO**

#### ***MEDIDAS GENERALES:***

##### **Alimentación:**

- Proporcionar tomas de menor cantidad y con mayor frecuencia de alimentos fundamentalmente líquidos.
- Mantener una adecuada hidratación.
- Reposo relativo y analgesia adecuada para favorecer la expansión pulmonar.
- No hay evidencias de la utilidad de usar antitusígenos, mucolíticos y expectorantes.
- La fisioterapia respiratoria no beneficia el curso evolutivo de la enfermedad.

- Instruir a la familia sobre el curso de la enfermedad y reconocer los signos de alarma.

### **Tratamiento antibiótico:**

La elección antibiótica se basa en función de la edad y se añaden algunos datos que podrían variar el esquema, como son el estado nutricional, cobertura vacunal y sensibilidad de las bacterias a los antibióticos. A su vez, para el inicio de antibióticos se parte del hecho de si el tratamiento se hará intrahospitalario o ambulatorio de acuerdo con parámetros establecidos previamente (8).

Tratamiento antibiótico ambulatorio: amoxicilina, cloranfenicol en dosis de acuerdo al peso, vía oral por un tiempo de 7 a 10 días. Ante la posibilidad de gérmenes atípicos, se puede elegir uno de los siguientes macrólidos: Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina todo vía oral y en dosis de kilogramo por día y por un tiempo de 7 días.

Tratamiento hospitalario: En niños menores de 2 meses se inicia con Ampicilina, Gentamicina. Amikacina, vía endovenosa en dosis/kilogramo por día por un tiempo de 7 días.

En niños mayores de 2 meses, tratamiento con Ampicilina, cloranfenicol, penicilina G sódica, vía endovenosa por un tiempo mínimo de 7 días.

En niños mayores de 2 meses y en el tercer nivel de atención se puede agregar tratamiento endovenoso con Ceftriaxona o Cefotaxima por un tiempo de 7 días mínimo.

### **2.3.8 PREVENCIÓN**

Las medidas generales consisten en disminuir los factores de riesgo, fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, evitar el hacinamiento, fomentar la higiene y mejorar la nutrición del niño para reforzar su sistema inmunológico y cumplir con las vacunas que están incorporadas dentro del esquema (4).

## **PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA**

### **VALORACION**

#### **1.1. DATOS DE FILIACIÓN:**

- Nombres y Apellidos: R.E.C.
- Edad: 2 años 1 meses.
- Sexo: Masculino.
- Religión: católica
- Raza: Mestiza
- Fecha de Nacimiento: 21 de octubre 2017.
- Lugar de Nacimiento: Hospital Daniel A. Carrión.
- Lugar de Procedencia: Ventanilla.
- Nro. de Hijo: 2do.

#### **1.2. MOTIVO DE INGRESO A EMERGENCIA**

Paciente ingresó al área de emergencia a las 23:30 horas. Con malestar general, piel pálida, acompañada de calor en aumento, cianosis distal, pérdida del apetito, presenta dificultad para respirar, tos débil, tiraje sub costal. Es examinado y evaluado por el pediatra de turno quien indica permanecer en observación mientras duren las pruebas de laboratorio, le toman examen de rayos x de tórax, con todos los resultados determinan su hospitalización en el servicio de pediatría.

#### **INFORME DE LA MADRE**

La madre refiere que su niño presentaba desde hace 4 días atrás las siguientes manifestaciones clínicas; dificultad para respirar, tos con flema en poca cantidad, secreción nasal, pérdida del apetito, vómitos, indica haber tenido fiebre, moradas los dedos de las manos y pies, tiraje subcostal, por lo que acude a emergencia del Hospital San José del Callao.

### **1.3. ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente ingresa al servicio de Hospitalización de Pediatría el 29 de noviembre del 2019 con dificultad respiratoria, ventilando con apoyo de oxígeno por CBN a 3 litros por min. Aleteo nasal, tiraje subcostal, pálido, adelgazado, con tendencia al sueño, somnoliento, rinorrea, permanece en el servicio acompañado por su mamá.

### **1.4. ANTECEDENTES**

#### **1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES**

- Natales: Nacimiento por parto por cesárea.
- Edad gestacional: 39 semanas.
- N° de controles prenatales: 6
- Peso al nacer: 3.200gr.
- Apgar: 9-9
- Talla: 50cm.
- Perímetro cefálico: 34 cm
- Perímetro abdominal: 34.5 cm
- Enfermedad congénita: Ninguna.

#### **1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES**

- Mamá: Niega enfermedades
- Papá: niega enfermedades crónicas, resfríos una vez al año.
- Hermanos: sanos.
- Abuelos Paternos: Con hipertensión, reumatismo
- Abuelos Maternos: Diabetes, post operado de hernia abdominal hace 20 años.

### 1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

- **IRAS:** Bronquiolitis a los 9 meses.
- **EDAS:** A la edad de 1 año 3 meses, fue tratado en casa
- **Vacunas:** Vacunas completas de acuerdo al calendario de vacunación
- **CRED:** Controles incompletos
- **Hermanos:** 1 hermano mayor aparentemente sano.
- **Antecedentes:** No refiere otros hallazgos, excepto una caída de la cama al año de edad.

### 1.4.4. ANTECEDENTES SOCIECONOMICOS Y CULTURALES

- **Vivienda:** Material noble
- **Tipo de vivienda:** Alquilado
- **Servicios:** Cuenta con agua y desagüe.
- **Ocupación de la madre:** su casa
- **Ocupación de padre:** Empleado en una empresa independiente.

### 1.5. EXÁMEN FÍSICO

- **Piel:** conservado, sin lesiones, caliente al tacto
- **Cráneo:** Integro, proporcional al cuerpo.
- **Ojos:** Simétricos.
- **Oídos:** Buena implantación, se observa cerumen.
- **Nariz:** Forma recta con presencia de secreción transparente, aleteo nasal
- **Boca:** Integra, Labios con leve cianosis, paladar normal mucosas húmedas.
- **Oro faringe:** Moderadamente congestiva.
- **Cuello:** Bien implantado, movable, pequeño no manifiesta dolor.
- **Tórax:** forma cilíndrica y simétrica, tiraje subcostal.
- **Pulmón:** Movimiento ventilatorio disminuido lado derecho, estridor, sibilancias a la auscultación.

- **Corazón:** Ruidos cardiacos rítmicos, con taquicardia, no soplos.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no manifiesta dolor a la palpación, ligera distención.
- **Hígado:** No se palpa anomalías.
- **Genitales:** Íntegros, sin lesiones.
- **Testículos:** en bolsas escrotales.
- **Pene:** Normal de acuerdo a edad.
- **Recto:** Normal y permeable.

Paciente se encuentra somnolienta, irritable, llorosa, temerosa, piel caliente, mejillas rubicundas, con tiraje subcostal, taquicardia, cianosis distal. Al monitoreo de las funciones vitales se encuentra:

- **T° axilar:** 38.3°C
- **F.C.:** 140X'
- **F.R.:** 41 X'
- **SatO2:** 88% fio2 21%
- **P/A:** 96/64mmhg
- **PESO:** 13.0 kg
- **TALLA:** 90 CM

### 3.1.5. EXAMENES AUXILIARES

#### RADIOGRAFIA DE TORAX

Se realiza para poder evaluar el sistema pulmonar del niño y ayudar con el diagnóstico de acuerdo a los síntomas del paciente.

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- **Hemograma completo**

El hemograma es un análisis de sangre que se usa para determinar el número y la proporción de las células sanguíneas en relación a glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

- **Gases arteriales**

Este análisis muestra el estado ácido-base de nuestros pacientes, cuanto de oxígeno se transporta desde los pulmones a la sangre y determina la capacidad del tejido para limpiar los pulmones del dióxido de carbono.

- **Hemocultivo**

Es un cultivo microbiano de sangre, este es un método de diagnóstico, utilizados para detectar infecciones bacterianas u hongos e la sangre.

- **Examen completo de orina**

Las muestras de orina pueden ayudarnos después para diagnosticar enfermedades autoinmunes, renales, sistémicas, como Diabetes o infección del tracto urinario.

- **Perfil hepático**

Es un análisis de sangre que ayuda a detectar la presencia de determinadas enzimas y proteínas Y bilirrubina en la sangre para determinar si hay alguna variación o anomalía en el hígado.

- **Tomografía pulmonar**

La tomografía es una técnica que permite realizar diferentes imágenes de plano o sección del cuerpo.

## **1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES SEGÚN PROBLEMAS REALES**

**DOMINIO 4:** Actividad/ Reposo

**Clase 4:** Cardiovascular Pulmonar

**DOMINIO 11:** Seguridad/Protección

**Clase 6:** Termorregulación

**Clase 2:** Lesión física

**DOMINIO 9:** Afrontamiento/ tolerancia al estrés

**Clase 2:** respuesta de afrontamiento

**DOMINIO 2:** Nutrición

**Clase 1:** Ingestión

**DOMINIO 3:** Eliminación

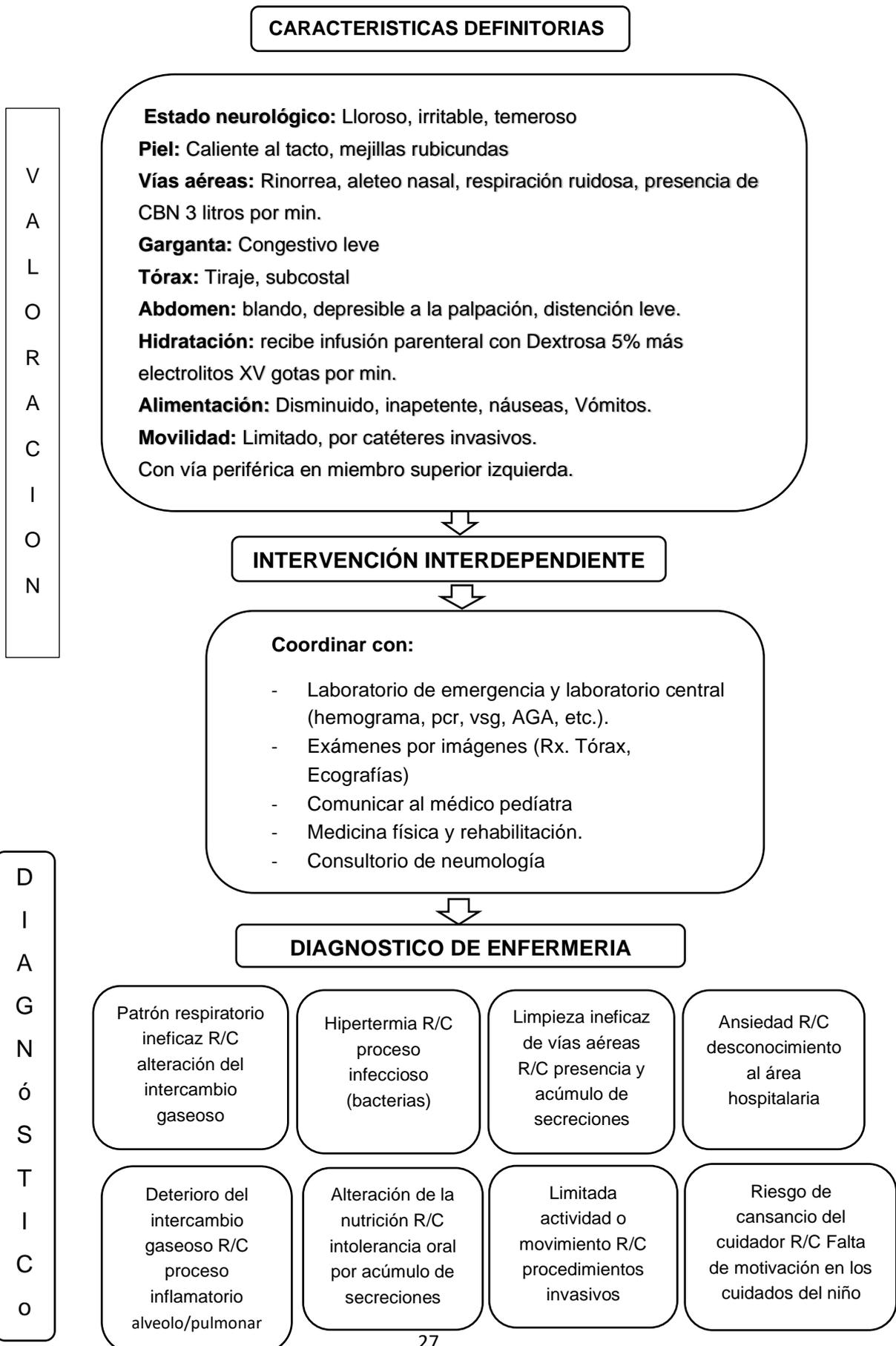
**Clase 4:** Función Respiratoria

**Clase 2:** actividad/Ejercicio

**DOMINIO 7:** Rol/ Relaciones

**Clase 1:** Roles del cuidador

# ESQUEMA DE VALORACIÓN



VALORACIÓN

## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

**Estado neurológico:** Lloroso, irritable, temeroso  
**Piel:** Caliente al tacto, mejillas rubicundas  
**Vías aéreas:** Rinorrea, aleteo nasal, respiración ruidosa, presencia de CBN 3 litros por min.  
**Garganta:** Congestivo leve  
**Tórax:** Tiraje, subcostal  
**Abdomen:** blando, depresible a la palpación, distensión leve.  
**Hidratación:** recibe infusión parenteral con Dextrosa 5% más electrolitos XV gotas por min.  
**Alimentación:** Disminuido, inapetente, náuseas, Vómitos.  
**Movilidad:** Limitado, por catéteres invasivos.  
 Con vía periférica en miembro superior izquierda.

## INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

**Coordinar con:**

- Laboratorio de emergencia y laboratorio central (hemograma, pcr, vsg, AGA, etc.).
- Exámenes por imágenes (Rx. Tórax, Ecografías)
- Comunicar al médico pediatra
- Medicina física y rehabilitación.
- Consultorio de neumología

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Patrón respiratorio ineficaz R/C alteración del intercambio gaseoso	Hipertermia R/C proceso infeccioso (bacterias)	Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C presencia y acúmulo de secreciones	Ansiedad R/C desconocimiento al área hospitalaria
Deterioro del intercambio gaseoso R/C proceso inflamatorio alveolo/pulmonar	Alteración de la nutrición R/C intolerancia oral por acúmulo de secreciones	Limitada actividad o movimiento R/C procedimientos invasivos	Riesgo de cansancio del cuidador R/C Falta de motivación en los cuidados del niño

DIAGNÓSTICO

## **2.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

### **2.4.1 LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS:**

- Presencia de Cánula nasal a 3 litros por min.
- Tiraje subcostal
- Dificultad respiratoria
- Aleteo nasal
- Piel caliente (T. axilar 38.3), rubicundez
- taquicardia
- respiración rápida
- irritabilidad, llanto, ansiedad
- presencia de estridor y sibilancias
- secreciones bronquiales, tos
- Limitación física por presencia de catéteres invasivos.

### **2.4.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS:**

- Patrón respiratorio ineficaz/C alteración del intercambio gaseoso e/p respiración rápida, tiraje subcostal, aleteo nasal.
- Hipertermia R/C proceso infeccioso (bacterias) e/p piel caliente, rubicundez de mejillas, taquicardia.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C presencia y acúmulo de secreciones bronquiales e/p tos, dificultad para respirar
- Ansiedad R/C desconocimiento del área hospitalaria e/p llanto, irritabilidad, inquietud.
- Deterioro del intercambio gaseoso/C proceso inflamatorio alveolo/pulmonar e/p presencia de estridor, sibilancias
- Alteración de la nutrición R/C intolerancia oral por acúmulo de secreciones e/p náuseas, vómitos, inapetencia.
- Limitada actividad o movimiento R/C presencia de catéteres invasivos e/p cánula nasal, vía periférica.
- Riesgo de cansancio del cuidador R/C falta de motivación en los cuidados necesarios hacia el niño e/p desgano, sueño, aburrimiento, indiferencia.

## 2. ESQUEMA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Patrón respiratorio ineficaz	alteración del intercambio gaseoso	respiración rápida, tiraje subcostal, aleteo nasal.	Patrón respiratorio ineficaz R/C alteración del intercambio gaseoso E/P respiración rápida, tiraje subcostal, aleteo nasal.
Hipertermia	proceso infeccioso (bacterias)	piel caliente, rubicundez de mejillas, taquicardia.	Hipertermia R/C proceso infeccioso (bacterias) E/P piel caliente, rubicundez de mejillas, taquicardia.
Limpieza ineficaz de vías aéreas	presencia y acúmulo de secreciones bronquiales	tos, dificultad para respirar	Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C presencia y acúmulo de secreciones bronquiales E/P tos, dificultad para respirar
Ansiedad	desconocimiento del área hospitalaria	llanto, irritabilidad, inquietud.	Ansiedad R/C desconocimiento del área hospitalaria E/P llanto, irritabilidad, inquietud.
Deterioro del intercambio gaseoso	proceso inflamatorio alveolo/pulmonar	presencia de estridor, sibilancias	Deterioro del intercambio gaseoso R/C proceso inflamatorio alveolo/pulmonar E/P presencia de estridor, sibilancias

Alteración de la nutrición	intolerancia oral por acúmulo de secreciones	náuseas, vómitos, inapetencia.	Alteración de la nutrición R/C intolerancia oral por acúmulo de secreciones E/P náuseas, vómitos, inapetencia.
Limitada actividad o movimiento	presencia de catéteres invasivos	cánula nasal, vía periférica.	Limitada actividad o movimiento R/C presencia de catéteres invasivos E/P cánula nasal, vía periférica.
Riesgo de cansancio del cuidador	falta de motivación en los cuidados necesarios hacia el niño.	Desgano, sueño, aburrimiento, indiferencia	Riesgo de cansancio del cuidador R/C falta de motivación en los cuidados necesarios hacia el niño E/P Desgano, sueño, aburrimiento, indiferencia

### III. PLANIFICACION

#### 3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACIÓN
<p><b>Código: 00032</b></p> <p>Patrón respiratorio ineficaz alteración del intercambio gaseoso respiración rápida, subcostal, nasal.</p> <p>R/C del E/P tiraje aleteo nasal.</p>	<p><b>Código: 0415</b></p> <p><b>Estado respiratorio: ventilación</b></p> <p>Paciente preescolar logrará mejorar y mantener un intercambio gaseoso eficaz</p>	<p><b>Código: 3320 oxigenoterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de oxígeno según indicación médica.</li> <li>- Vigilar continuamente el dispositivo de aporte de oxígeno</li> <li>- Colocar al paciente en posición dentado o semisentado</li> <li>- Monitorear o vigilar la eficacia del aporte ventilatorio.</li> </ul> <p><b>Código: 3350 Monitorización respiratoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar periódicamente saturación de oxígeno</li> <li>- Monitorear la frecuencia cardíaca y respiratoria (frecuencia, ritmo, profundidad).</li> <li>- Coordinar fisioterapias respiratorias</li> <li>- Registrar movimiento de tórax, retracción de músculos costales.</li> </ul>	<p>Preescolar logró mejorar y mantener un intercambio gaseoso eficaz.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>041501</b> frecuencia respiratoria (32 x min.)</p> <p><b>041508</b> saturación de oxígeno (95% al fio2 21%)</p> <p><b>041515</b> disnea por esfuerzos pequeños.</p>

		<p><b>Código: 2314 administración de medicación intravenosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar antibióticos, antiinflamatorios por indicación médica.</li> </ul>	
<p><b>Código: 00007</b> Hipertermia R/C proceso infeccioso (bacterias) E/P piel caliente, rubicundez de mejillas, taquicardia.</p>	<p><b>Código: 0800 termorregulación</b> Preescolar logrará disminuir y regular su temperatura corporal dentro de valores normales</p>	<p><b>Código: 3900 regulación de la temperatura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorear las funciones vitales y valorar cambios.</li> <li>- Controlar periódicamente la temperatura y registrarlo en hoja de monitoreo.</li> <li>- Proporcionar líquidos al paciente</li> <li>- Vigilar estado de hidratación del niño.</li> </ul> <p><b>Código: 3786 tratamiento de la hipertermia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aligerar cubiertas y retirar exceso de ropa en el niño.</li> <li>- Realizar medios físicos, con paños de agua tibia en la frente, axila y pies.</li> <li>- Realizar baño en tina por 20 o 30 min. Si no cede la fiebre.</li> </ul>	<p>Preescolar logró disminuir y regular su temperatura dentro de los valores normales.</p> <p><b>Indicadores:</b> <b>080019</b> Hipertermia. <b>080013</b> Frecuencia respiratoria <b>080012</b> frecuencia al pulso.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar medicamentos antipiréticos según prescripción médica.</li> </ul>	
<p><b>Código: 00031</b></p> <p>Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C presencia y acúmulo de secreciones bronquiales E/P tos, dificultad para respirar</p>	<p><b>Código: 0410</b></p> <p><b>Estado respiratorio</b></p> <p>Permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>Preescolar logrará mejorar la permeabilidad de las vías aéreas evidenciado por murmullo vesicular normal.</p>	<p><b>Código: 3190 manejo de vía aérea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorear periódicamente la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.</li> <li>- Observar permanentemente al niño y reconocer presencia de secreciones nasales.</li> <li>- Limpieza de vías aéreas cada 3 o 4 horas y educar a la madre la forma adecuada de hacerlo.</li> </ul> <p><b>Código: 3250 Mejora de la tos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al niño a que tosa con apoyo de la mamá</li> <li>- Apoyo en la realización de cambios posturales en el niño.</li> <li>- Programar y efectivizar fisioterapia respiratoria.</li> </ul>	<p>Paciente logró mejorar la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>041012</b> capacidad de eliminar secreciones.</p> <p><b>041004</b> frecuencia respiratoria</p> <p><b>041019</b> tos</p> <p><b>041007</b> ruidos respiratorios patológicos.</p>

		<p><b>Código: 3390 Ayuda a la ventilación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener limpias las vías aéreas.</li> <li>- Nebulizar al paciente según indicación médica.</li> <li>- Mantener hidratado al paciente.</li> </ul>	
<p><b>Código: 00146</b> Ansiedad R/C desconocimiento del área hospitalaria E/P llanto, irritabilidad, inquietud.</p>	<p><b>Código: 1301</b> adaptación del niño a la hospitalización</p> <p><b>Código: 1211</b> <b>Nivel de ansiedad</b> Preescolar logrará reducir su ansiedad y permanecer más tranquilo y sociable.</p>	<p><b>Código: 5360 terapia de entretenimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer equipos recreativos y seguros.</li> <li>- Organizar actividades recreativas (dibujar, colorear, rompecabezas).</li> <li>- Verificar la respuesta emocional, física y social a las actividades recreativas.</li> </ul> <p><b>Código: disminución de la ansiedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar un ambiente tranquilo.</li> <li>- Mantener una comunicación afectiva con el preescolar y la madre.</li> <li>- Utilizar medios de distracción.</li> </ul>	<p>Paciente preescolar logró reducir el nivel de ansiedad y permanecer más tranquilo.</p> <p><b>Indicadores:</b> <b>121105</b> inquietud <b>121108</b> Irritabilidad <b>121117</b> Ansiedad verbalizada.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer un vínculo de confianza con el niño y su madre.</li> </ul> <p><b>Código: 7140 Apoyo a la familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar seguridad a los padres en relación al cuidado de su hijo por parte del personal de salud.</li> <li>- Mantener una comunicación empática con los padres y el niño.</li> <li>- Escuchar inquietudes, miedos, dudas, preocupaciones por parte de los padres.</li> <li>- Proporcionar información favorable sobre los progresos del paciente.</li> </ul>	
--	--	--	--

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

#### IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

<b>S</b>	Madre refiere “ mi hijo no puede respirar, lo siento caliente”
<b>O</b>	Paciente preescolar, varón de 2 años de edad con dx. Médico de Neumonía, ingresa al servicio de hospitalización de pediatría en brazos de mama y acompañado por un personal de enfermería de la emergencia.
<b>A</b>	Al examen físico, paciente despierto, irritable, lloroso, temeroso, inquieto, ventilando con apoyo de oxígeno por cánula nasal a 3 litros por min. Piel caliente al tacto, rubicundez en mejillas, mucosas hidratadas, con aleteo nasal y secreciones, a la auscultación pulmonar se escucha sibilantes, estridor, en tórax se observa tiraje subcostal, abdomen blando, depresible no dolor a la palpación, con vía periférica en miembro superior izquierdo, pasando dextrosa al 5% más electrolitos al tercio a XV gotas por min., genitales masculinos íntegros sin secreción o lesiones, con uso de pañal.
<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Patrón respiratorio ineficaz R/C alteración del intercambio gaseoso</li> <li>-Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C presencia de secreciones bronquiales</li> <li>-Hipertermia R/C proceso infeccioso</li> </ul>
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitoreo de funciones vitales, T° axilar corregido 38.3 °c, FR 40 x min. FC 141 x min. Saturación de oxígeno 95% con CBN 3 litros por min., paciente bajo efectos de antipirético.</li> <li>-Se aplica medios físicos con pañitos de agua en la frente</li> <li>-Se verifica el dispositivo de aporte de oxígeno y su buen funcionamiento</li> <li>-Se mantiene al paciente en posición semisentado</li> <li>-Se controla temperatura cada 2 horas.</li> <li>-Se administra tratamiento endovenoso con antibiótico según indicación médica.</li> <li>-Se proporciona líquidos tibios para que tome el paciente.</li> <li>-Se coordina con el servicio de medicina física para las terapias respiratorias según indicación médica.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se mantiene limpia las vías aéreas, con apoyo de la mamá.</li> <li>-Se proporciona al niño hojas, colores, plumones y otros juegos didácticos para que se anime con los juegos siempre con el apoyo de la supervisión de la mamá.</li> <li>-Se mantiene hidratación del niño por vía endovenosa.</li> <li>-Se fracciona alimentación del niño para que pueda tolerar mejor los alimentos.</li> <li>-Niño menos irritable, permanece tranquilo al lado de mamá.</li> <li>-Paciente duerme en su unidad.</li> </ul>
<b>E</b>	Paciente preescolar queda en observación, hemodinámica mente estable.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

## CONCLUSIONES

A la evaluación del plan de cuidados de enfermería realizado se concluye lo siguiente:

- Con el diagnóstico patrón respiratorio ineficaz se logró alcanzar el propósito propuesto por medio de las intervenciones de oxigenoterapia y monitorización respiratoria. El paciente preescolar mejoró su estado respiratorio y del mismo modo el intercambio de gases alveolo pulmonar.
- Con el diagnóstico de hipertermia se logró controlar la fiebre, aplicando medios físicos y administración de antipiréticos, logrando que el preescolar reduzca la temperatura de 38.3 °C a 36.8 °C.
- Con respecto al diagnóstico de limpieza ineficaz debido al acumulo de secreciones, tos inadecuada, dificultad para respirar; se logró que el paciente remueva y elimine las secreciones gracias a las terapias respiratorias, los cambios posturales, Logrando la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Con respecto al diagnóstico de ansiedad se logró que el preescolar disminuya su ansiedad y esto se manifestó porque el niño permanecía más tranquilo, más sociable con el personal de salud, más participativo en los juegos y actividades recreativas.
- El paciente preescolar del presente trabajo logro responder positivamente a los cuidados de enfermería. Los tratamientos y la administración de medicamentos prescritos por el médico pediatra y el monitoreo continuo del estado y evolución del paciente, permitió la estabilización anímica del paciente, estabilización de los signos vitales como la frecuencia respiratoria la temperatura corporal y la mejora en la alimentación.
- En nuestro país, hasta el día de hoy lamentablemente los padres acuden a un centro hospitalario cuando el niño o niña se encuentra en estado muy grave y cuando ya no hay respuesta a tratamientos caseros en casa o por la irresponsabilidad de automedicarlos.

## RECOMENDACIONES

- Implementar con la actualización de una guía clínica en el proceso asistencial de la neumonía en pacientes pediátricos en el servicio de hospitalización de pediatría del Hospital San José, de esa forma mejorar la calidad de la atención y satisfacción del paciente y familia.
- Gestionar con el área de nutrición la posibilidad de dar capacitaciones a su personal para lograr así una dieta balanceada durante la estancia hospitalaria del niño(a) y al momento del alta la información adecuada a los padres para no perder continuidad en el hogar.
- Implementar con trípticos, afiches, mosquitos a manera de información sobre los problemas respiratorios y reconocer los signos de alarma en el niño, con la finalidad de educar a los padres y que tengan el conocimiento oportuno.
- Propiciar la comunicación y mejorar las coordinaciones interdisciplinarias.
- Brindar las facilidades de capacitación continua al personal de enfermería ya que recae en ellas la responsabilidad del cuidado del paciente durante las 24 horas del día.
- Facilitar y fomentar la investigación en enfermería, con lo que se incrementa los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas y la efectividad de la labor de enfermería.
- Aplicar los planes de cuidados de enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.
- Proporcionar un método organizado para gestionar y regir el cuidado eficaz e integral en el cuidado del paciente pediátrico.

## BIBLIOGRAFIA

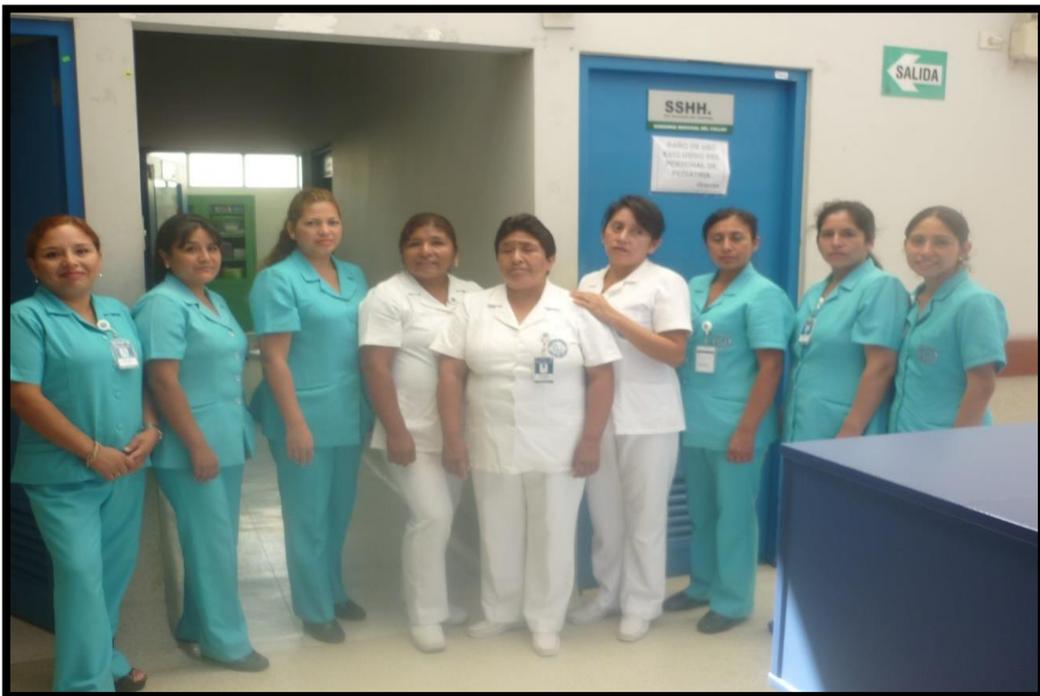
- 1 Huaypar DFESC, Safora DGIA, Rejavinsky DKEU, D´Brot DCAQ, Salazar DJLC, . Rebaza DJNJ, et al. guía de practica clinica para diagnostico y tratamiento de neumonia en las niñas y en los niños Lima: MINSA; 2019.
- 2 O. CR, S. HG, L. CM, E. GL, J. DA. Comportamiento de las neumonías complicadas en . niños en hospital pediátrico provincial pinareño. [Online].; 2018 [cited 2020 10 10. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942018000600046&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942018000600046&script=sci_arttext&tlng=en).
- 3 A. GM, J. A, P. PA. morbilidad de los menores de 5 años con neumonias graves . segun el estado nutricional en el hospital Francisco Icaza Bustamante. [Online].; 2017 [cited 2020 10 10. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300005).
- 4 G. AS, G. FF, I. DC, R. PL, M. PO, G. TP. ENFERMEDAD NEUMOCOCICA INVASIVA . EN NIÑOS CON NEUMONIA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. [Online].; 2017 [cited 2020 10 10. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312017000500002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000500002).
- 5 J. P, N. E, E. R, M. M. NEUMONÍAS EN NIÑOS EN EL PERÚ: TENDENCIAS . EPIDEMIOLÓGICAS, INTERVENCIONES Y AVANCES. [Online].; 2017 [cited 2020 10 10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300196>.
- 6 N. MC. factores de riesgo para neumonia en niños menores de 5 años hospitalizados . en el hospital nacional de altura. [Online].; 2018 [cited 2020 10 10. Available from: <http://173.244.209.199/handle/UPLA/1724>.
- 7 Tomey AM, Alligood MR. modelos y teorías en enfermería. sexta edicion ed. . BARCELONA: EL SEVIER; 1998.
- 8 Rosales MAA, Vallejo JCB, Casanova VC, Muñoz JI, Márquez AL. Proceso Enfermero . desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson España: colegio oficial de enfermería de Jaén; 2010.
- 9 Marti AT. Neumonia. [Online].; 2019 [cited 2020 10 08. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
- 10 MINSA. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONIA EN NIÑOS. [Online].; 2019 [cited 2020 10 08. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>.
- 11 Eva Rupérez García MHAEBI. NEUMONIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO. [Online].; 2017 [cited 2020 OCTUBRE 08. Available from: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Neumonia%20en%20pediatria.pdf>.

1 Spirko LV, López JG, Cepeda KO, Rumilla MIV. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA  
2 COMUNIDAD EN PEDIATRIA. [Online].; 2007 [cited 2020 OCTUBRE 08. Available  
. from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n2/v23n2a10.pdf>.

1 L EM, E MJ, N GS, C CdB, J LÁM, M GC. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y  
3 TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. [Online].; 2013  
. [cited 2020 OCTUBRE 08. Available from:  
[https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo\\_neumonia\\_ninos.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_neumonia_ninos.pdf).

# **ANEXOS**

**PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO**



## LABOR ASISTENCIAL

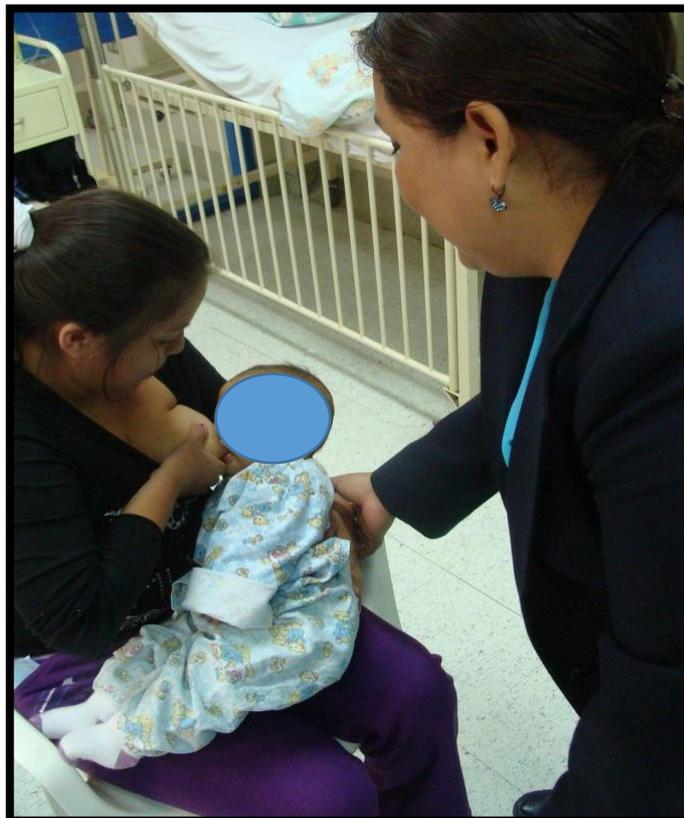




## CAPACITACIONES MENSUALES AL PERSONAL



## EDUCACION A LOS PADRES A TRAVES DE CHARLAS EDUCATIVAS



## EVALUACIÓN MEDICA



