

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES LACTANTES CON
BRONQUIOLITIS AGUDA QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS PEDIATRICAS; LIMA. 2022.**

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

LILIANA LUZ CUCHO MARTINEZ

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- DR. HERNAN OSCAR CORTEZ GUITIERRREZ PRESIDENTE
- DR. MARIALENE TEODIOSIO YDRUGO SECRETARIA
- MG. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO VOCAL
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTO SUPLENTE

ASESORA: Dra. Haydee Blanca Román Aramburú

Nº de Libro: 07

Nº de folio: 373

Nº de Acta: N°153-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07 de Setiembre del 2022

Resolución de Consejo Universitario: N.º 188-2022-D/FCS., de fecha 05 setiembre del 2022, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El actual informe académico, está dedicado a Dios que nos ha dado la vida, por guiar mi camino y darme muchas fortalezas.

A mi familia por su infinita paciencia, comprensión y apoyo incondicional brindado durante esta etapa. A mi hijo Fabricio por su amor y comprensión en cada momento de mi vida y llenarme de felicidad

La autora

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida, por sus bendiciones, por guiar mi camino y permitir haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación como profesional.

A mis padres sin la ayuda y soporte de ellos no hubiera podido lograr la meta de convertirme en enfermería pediátrica.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao y los docentes de posgrado de ciencias de la salud, en especial a nuestro Docente por su constante dedicación y orientación para la elaboración de este trabajo y confiar en cada uno de nosotras.

A las enfermeras del Servicio de hospitalización de Pediatría del Hospital Emergencias pediátricas quienes nos dieron las facilidades para realizar el presente trabajo a ellas un agradecimiento infinito.

La autora

ÍNDICE

Introducción	07
Capítulo I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	09
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes del Estudios	12
2.1.1 Antecedentes Internacionales	12
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2 Bases Teórica	18
2.2.1 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem	18
2.2.2 Teoría de Marjory Gordon	20
2.3 Bases Conceptuales	23
2.3.1 Bronquiolitis	23
2.3.2 Epidemiología	23
2.3.3 Etiología	24
2.3.4 Fisiopatología	24
2.3.5 Factores de Riesgo	25
2.3.6 Cuadro Clínico	26
2.3.7 Diagnóstico	27
2.3.8 Tratamiento	31
2.3.9 Criterios de Hospitalización	35
2.3.10 Criterios de Ingreso a UCI	36
2.3.11 Criterios de Egreso Hospitalario	36
2.3.12 Complicaciones	36
2.3.13 Prevención	37

Capítulo III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE CUIDADOS DE MEJORAMIENTO EN LA RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN	39
3.1 Datos de filiación	39
3.1.1 Motivos de ingreso a emergencia	40
3.1.2 Informe de la madre	40
3.1.3 Enfermedad actual	40
3.1.4 Antecedentes	41
3.1.5 Examen físico	42
3.1.6 Exámenes auxiliares	44
3.1.7 Exámenes complementarios	45
3.1.8 Tratamiento	46
3.2 Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases	47
3.3 Esquema de valoración	50
3.3.1 Lista de hallazgos significativos	51
3.3.2 Diagnóstico de enfermería según datos significativos	51
3.3.3 Esquema de diagnósticos de enfermería	52
3.4 Planificación	54
3.5 Ejecución y Evaluación	72
IV. CONCLUSIONES	75
V. RECOMENDACIONES	76
VI. BIBLIOGRAFÍA	77
VII. ANEXOS	80

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños. Entre ellas tenemos, la bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de las vías respiratorias inferiores, aproximadamente un 18 % de los niños presentan una bronquiolitis aguda en el transcurso de su primer año de vida y es más frecuente en menores de un año, con una incidencia entre los 3 y 6 meses de edad, se considera que es la principal causa de ingresos hospitalarios.

Frecuentemente la infección es causada por un virus, se manifiesta distinguiéndose por, edema inflamación aguda y necrosis de las células epiteliales de los bronquios y bronquiolos más pequeños, el agente causal más frecuente es el virus sincitial respiratorio ocasionando aproximadamente el 70 a 80 % del bronquiolitis aguda en los lactantes en el transcurso de su primer año de vida y un 22% presenta síntomas respiratorios desarrolla y hasta un 20% de los lactantes ingresados pueden precisar su ingreso a la unidad de cuidado intensivos pediátricos. Este virus es en gran medida infeccioso y se dispersa aceleradamente en la sociedad a lo largo de los periodos de baja temperatura, causando brotes epidémicos todos los años

El virus respiratorio sincitial es típicamente estacional, se presenta durante el invierno, siendo el más predominante entre los meses de abril a setiembre, el contagio se produce mediante contacto directo con las secreciones respiratorias, o de forma indirecta por contacto con las manos o superficies contaminadas.

Hay otros posibles agentes etiológicos menos frecuentes como son: rinovirus, bocavirus, adenovirus metapneumovirus y otros con menos frecuencia parainfluenza, virus de la gripe, mycoplasma pneumoniae (Pérez-Sanz, 2016).

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el internamiento por Bronquiolitis ha incrementado ampliamente en estas últimas décadas dentro del 20 y el 50 %, con una letalidad aproximadamente de 1-2 %, Se estima el 12% de

los lactantes se ven afectados en el primer año de vida, y entre 1 y 3% de ellos requieren hospitalización.

En Perú se evalúa que el 10% de infantes tiene su primera obturación bronquial, a lo largo del primer año de su existencia. El internamiento por este motivo es próximo al 5% y conforme de la seriedad del cuadro de los menores se necesita su ingreso a cuidados intensivos para superar esta crisis.

La bronquiolitis aguda es un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local es por esta razón que se presenta éste trabajo académico “cuidados de enfermería a pacientes lactantes con bronquiolitis aguda que ingresan al servicio de hospitalización de pediatría del hospital de emergencias pediátricas”, logrando que los pacientes tengan menos días de hospitalización.

Por otra parte, el presente trabajo académico se encuentra dividido en tres capítulos. El Capítulo I descripción de la situación problemática, en el Capítulo II se detallan el Marco teórico, los Antecedentes Internacionales y Nacionales, Bases teóricas, en el capítulo III se desarrolla el proceso de atención de enfermería con la finalidad de brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática y evaluar los progresos y la mejora de un estado del bienestar de la persona, familia y/o comunidad a partir de los cuidados del enfermero. Finalmente, el presente trabajo académico permite conocer de manera precisa el rol como enfermera es brindar una atención integral, holístico y humanizado, centrándose en las necesidades del paciente que permite alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de la salud.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad la bronquiolitis aguda es una enfermedad infantil, constituye un problema de salud pública por tener una alta regularidad en los habitantes pediátricos sobre todo en menores de dos años, con superior efecto en el rango de los 3 y 6 meses.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la Bronquiolitis es el contagio más común del tracto pulmonar inferior en los lactantes y representa una causa importante de hospitalización en este grupo de edad y es habitualmente causado por el virus sincitial respiratorio (VSR) que representa el 70 a 80% de los casos, el virus respiratorio sincitial (VRS), es causante principal de la bronquiolitis, tiene un papel preponderante en el fallecimiento de alrededor de cuatro millones de lactantes cada año.

A nivel mundial el internamiento por Bronquiolitis ha incrementado ampliamente en las últimas décadas en entre el 20 y el 50 %, con una letalidad aproximativo de 1-2 %, Se estima el 12% de los lactantes se ven afectados en el primer año de vida, y entre 1 y 2% de ellos requieren hospitalización y 36% de aquellos con comorbilidades, requerirán hospitalización en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

En estados unidos de América, aproximadamente 2 a 3 % de todos los menores de un año de vida son hospitalizados por el virus sincitial respiratorio, la mortalidad por bronquiolitis aguda es baja, pero en pacientes con factores riesgo puede llegar a un 30 %

Según el Ministerio de Salud (2019), el 23 % de las infecciones respiratorias fueron causados por el virus sincitial respiratorio (VSR), teniendo mayor incidencia en los niños menores de 6 meses. En este caso, se pudo evidenciar que la infección por VSR se presenta en el 70% de los niños menores de 12 meses, de los cuales un 22% desarrolla síntomas; y de estos, un 13% presentan bronquiolitis aguda durante el primer año de vida; mientras que el 3% de los niños acuden a urgencias. El porcentaje de los niños con bronquiolitis aguda requerirán ser hospitalizados es del

2 al 5 % y hasta el 20 % de estos niños requieren ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátrica.

Según el Instituto Nacional de salud del Niño (2017) donde se informa que el principal motivo de consulta está relacionado con enfermedades del sistema respiratorios con 33%, siendo la bronquiolitis aguda como la tercera causa con el 8.2% de morbilidad en niños menores de 1 año que fueron atendidos en el servicio de emergencia, la bronquiolitis es considerado dentro de las diez primeras causas de morbimortalidad infantil.

En la ciudad de Lima, específicamente en el Hospital de Emergencias Pediátricas ubicado en el distrito de la victoria-Lima el problema no es distinto al panorama mundial, Nacional y Regional, se va incrementando la tasa de morbimortalidad en pacientes con bronquiolitis en niños menores de dos años, con todo lo mencionado anteriormente, es de suma importancia que el profesional de enfermería especialista en pediatría conozca y domine temas relacionados al cuidado de enfermería en lactantes con bronquiolitis aguda.

Frente a ello se ve la necesidad de realizar el presente trabajo académico para optar la segunda especialidad titulado “cuidados de enfermería a pacientes lactantes con bronquiolitis aguda que acuden al servicio de hospitalización de pediatría del hospital de emergencias pediátricas” año 2022, él trabajo se desarrolló en el servicio de hospitalización de pediatría del Hospital de Emergencias Pediátricas, se encuentra ubicado en la av. Grau N° 850 en la victoria en la ciudad de Lima, brinda sus servicio a la población pediátrica desde el mes de nacido hasta los diecisiete años con once meses y veintinueve días, donde ingresan niños con diferentes patologías, el servicio de hospitalización se encuentra ubicado en el tercer piso, cuenta con 3 salas de hospitalización, ingresan pacientes con mayor frecuencia con enfermedades respiratorias, entre ellos tenemos la bronquiolitis aguda .

En el presente trabajo académico se desarrolló un plan de cuidados de enfermería en un paciente lactante con diagnostico bronquiolitis con dificultad respiratoria, ha sido ejecutado y elaborado en el primer semestre por la autora, encontrando sustento suficiente en las evidencias de los casos que llegan a este servicio de

hospitalización. Se recolectó los datos mediante la historia clínica, la observación y la entrevista de enfermería que nos facilitó recolectar los datos necesaria de manera eficiente, así mismo se realizó la valoración integral al paciente lactante

Ante lo mencionado, es importante recalcar durante el plan de cuidados de enfermería se realizó la valoración aplicando los 11 patrones funcionales según Marjory Gordon, asimismo en la utilización de los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía de la asociación de diagnósticos de enfermería de América del norte NANDA (2021 – 2023) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Y clasificación de resultados de enfermería (NOC).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

El presente trabajo académico se fundamenta en los siguientes antecedentes a nivel internacional y nacional que guardan relación con el estudio y que se citan a continuación:

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

GONZÁLEZ GOMEZ (BARCELONA 2018) Realizo el trabajo de investigación sobre “Validez de una intervención educativa para influir en la bronquiolitis aguda neonatal “.

Metodología: el estudio se realizado con 519 recién nacidos y sus familias, ingresados en la unidad materno infantil de dos centros hospitalarios de la ciudad de Terrassa. Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente en el momento de su nacimiento, el grupo experimental recibió información específica sobre bronquiolitis durante el ingreso, un folleto informativo al alta de la maternidad, y como refuerzo, al mes de vida una llamada recordatoria sobre los contenidos del folleto, y el grupo control siguió protocolo habitual y no recibió información específica sobre bronquiolitis aguda.

Resultados: Se realizó sobre una muestra total de 519 lactantes, de los cuales 258 estaban en el grupo experimental y 261 en el grupo control. Se observaron menos casos de Bronquiolitis aguda en el grupo experimental con el 30%, que en el grupo control, con el 37%.

Conclusiones: La mediación de educación sanitaria sobre bronquiolitis aguda reduce la cifra de casos de bronquiolitis aguda y la cifra de admisiones hospitalarios puede ser aprobados para estudios posteriores.

RIZA PÉREZ (VALLADOLID –2017) Realizo el trabajo de investigación sobre “Características epidemiológicas de las hospitalizaciones por bronquiolitis”.

Resultados: Existe un mayor predominio de bronquiolitis aguda en lactantes masculino y de ascendencia urbana. Con un 66,4% por VRS. A partir de los 6-9 meses de edad, con el 2,7% es trasladado a UCI.

Conclusiones: Desde los inicios del año 2000, hay una notable disminución de casos aproximada mente del 2% por año. Se con mayor frecuencia en invierno es muy importante la labor que se desempeña el personal de enfermería en promoción, prevención y recuperación de la salud frente a esta enfermedad.

MENDOZA CENDEJAS (MÉXICO 2016) realizo el trabajo de investigación sobre "Tratamiento de la bronquiolitis aguda con solución salina hipertónica al 3 % versus solución salina hipertónica al 3 % más epinefrina para disminuir la severidad del clínico y estancia hospitalaria" Aguascalientes, México.

Resultados: Se llegaron a comparar 25 pacientes del grupo A, a los cuales se le administró una solución salina hipertónica al 3% más L-epinefrina. En el grupo B se seleccionaron 25 pacientes, a quienes se les administró solución salina hipertónica al 3% sola. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos a las 3 horas de evaluación de la escala clínica de severidad, sin embargo, a las 6 horas el grupo A presentó mayor mejoría clínica. Como efectos adversos en el grupo A se observó 10 pacientes con taquicardia sin presentar repercusión hemodinámica, a comparación del grupo B en donde solo 3 pacientes presentaron taquicardia sin repercusión hemodinámica.

Conclusiones: La solución salina hipertónica al 3% nebulizada con L- epinefrina es probable que tenga una mayor eficacia en la disminución de la severidad del cuadro clínico a las 6 horas de tratamiento. No existió diferencia significativa en los días de estancia hospitalaria. Este estudio demuestra como el uso de broncodilatadores y/o esteroides no modifica el curso clínico de la enfermedad ni los días de estancia hospitalaria y genera un mayor gasto y posibles efectos adversos.

PILARCÉS VIRGILI (ZARAGOZA 2016) realizo el trabajo sobre plan de cuidados de enfermería estandarizado en domicilio para intervenciones preventivas de la bronquiolitis en niños.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas en relación a la prevención, tratamiento y cuidados de enfermería sobre la bronquiolitis. Asimismo, se han consultado diferentes protocolos y guías clínicas. Para su desarrollo se ha utilizado la taxonomía NANDA Internacional (2012-2014), resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Conclusiones: A través del Plan de Cuidados Estandarizado se pueden obtener unos cuidados de calidad, además de conseguir mejorar y afianzar los conocimientos para poder realizar una educación sanitaria de calidad.

BARRANCO BALERO (ZARAGOZA 2015) realizo un estudio sobre “plan de atención de enfermería al lactante con bronquiolitis”.

Conclusiones: Se concluyó que el enfermero tiene un papel importante en el tratamiento y cuidado del niño con bronquiolitis, priorizando el mantenimiento de la vía aérea despejada y monitoreando la retención de líquidos del paciente.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

ESPINOZA (HUANCAYO 2020) Realizo un estudio sobre “estudio clínico epidemiológico de la bronquiolitis aguda del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen”.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, la muestra fue no probabilística donde se analizó a 125 historias clínicas, se aplicó una ficha de recolección de datos.

Resultados: Según los análisis realizados a 125 historias clínicas con bronquiolitis aguda, se vio que el 76 % fue menor de seis meses de edad, siendo el 50,4% de sexo masculino y el 91% de procedencia urbana. El 20,8% de los pacientes no recibían lactancia materna exclusiva y además eran prematuros. La sintomatología clínica con mayor porcentaje fue la tos con un 96%, seguido por rinorrea con 66,4% y disnea 58,4%. El tratamiento usado en el 95,2% de pacientes fue la nebulización

con cloruro de sodio al 3%, con oxigenoterapia se trató al 76,8% y con broncodilatadores al 68,8%.

Conclusiones: Los menores de 6 meses presentan con más frecuencia bronquiolitis aguda, no existen diferencias en cuanto al género, incidencia alta en abril y la estación de otoño. La alimentación por lactancia materna no exclusiva fue uno de los antecedentes más frecuentes. La mitad de los pacientes manifestó tos, rinorrea y disnea, además se observa estancia hospitalaria prolongada.

DÍAZ (TARAPOTO 2019) Realizo el trabajo de investigación sobre “Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en pacientes pediátricos menores de 2 años en el servicio de pediatría del Hospital 2 - 2 de Tarapoto. enero - julio 2019

Materiales y métodos: Se trabajó con una muestra de 70 pacientes menores de 2 años diagnosticados de bronquiolitis.

Conclusión: Los riesgos más visibles asociados al bronquiolitis en pacientes en pacientes menores de dos años son los lactantes menores de 6 meses, la historia familiar de atopia o asma, hermanos o parientes en edad escolar, hacinamiento, procedencia de zona urbana y la falta de lactancia materna exclusiva.

GÁMEZ (LIMA 2018) Realizo el trabajo de investigación sobre “características clínicas, epidemiológicas del bronquiolitis en niños menores de dos años atendidos en el servicio de urgencias del Arzobispado Nacional de Loaiza entre enero y diciembre de 2018.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyó a los pacientes atendidos en el servicio de emergencia menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis durante los meses enero a diciembre que cumplan con los criterios de inclusión. Se recolectaron datos de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos.

Resultados: El sexo masculino presento el mayor porcentaje de casos con un 65,8% femenino 34,2%. Los pacientes menores de 6 meses fueron los más afectados, con un 63,3% del total. Mayo y junio 32% y 14%, respectivamente, fueron los meses con mayor número de casos. Las principales manifestaciones clínicas fueron sibilancias (90%), tos (89,2%), náuseas (85%) y convulsiones (70,8%). Fiebre (52,5%),

respiración acelerada (28,3). La mayoría de los pacientes tenían severidad moderada (71,7%).

Conclusiones: La mayoría de los casos de bronquiolitis ocurren en niños menores de 6 meses de edad, siendo los varones los más afectados. Entre las principales manifestaciones clínicas: sibilancias, tos, secreción nasal, convulsiones, fiebre y taquipnea. Siendo necesaria el internamiento en la mayoría de los casos, donde la gravedad inicial se presenta como moderada.

BUSTAMANTE APONTE (LIMA 2017) Realizo el trabajo de investigación sobre “Factores asociados a evolución desfavorable en pacientes con bronquiolitis aguda fue ingresados en el Departamento de Pediatría de la Clínica Good Hope. Entre enero y noviembre de 2017.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, se revisaron historias clínicas, 243 pacientes pediátricos menores de 2 años diagnosticadas de Bronquiolitis Aguda.

Resultados: De los 243 pacientes pediátricos con bronquiolitis aguda, el 33,3% tuvo un resultado desfavorable y el 66,7% tuvo un resultado positivo después de 1 semana de tratamiento.

Conclusiones: El parto prematuro, los episodios de apnea, la neumonía y la gripe tipo A son factores de riesgo asociados para una evolución desfavorable en pacientes con bronquiolitis aguda.

TAFUR SANTILLAN (CHACHAPAYAS 2017) Realizo el trabajo de investigación sobre “nivel de satisfacción de los padres sobre el cuidado de enfermería al niño menor de 5 años con bronquiolitis aguda. servicio de pediatría. hospital regional virgen de Fátima. Chachapoyas 2017.

Metodología: La muestra estuvo conformada por 50 padres de familia que tuvieron sus niños menores de 5 años con el diagnóstico mencionado.

Los resultados fueron: del 100% de los padres de familia que tuvieron sus hijos con diagnóstico médico: bronquiolitis aguda, el 24 % presentó un nivel de satisfacción alto, el 34% nivel de satisfacción medio y el 42% un nivel de satisfacción bajo.

Conclusión: existe en la mayoría un nivel bajo de satisfacción de los padres sobre el cuidado de enfermería al niño menor de 5 años con bronquiolitis aguda en el servicio de pediatría del Hospital Regional Virgen de Fátima.

2.2. BASE TEÓRICA

Enfermería hoy en día es una disciplina que se caracteriza por realizar una ardua labor en el cuidado del paciente, familia y comunidad, Los modelos y teorías de enfermería se ocupan de evidenciar las relaciones que existe entre los cuidados, salud, enfermedad y entorno, nos sirven como base y guía de investigación para mejorar el proceso de cuidados del paciente, Como base teórica del presente trabajo tenemos a dos grandes teóricos aquí hago referencia con las que me siento identificada para brindar cuidado de calidad al paciente .

2.2.1. TEORÍA DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería

La teoría del autocuidado: El autocuidado por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, la teoría es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orden propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso,

soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados: Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.
- Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

2.2.2. TEORÍA DE MARJORY GORDON: PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Marjory Gordon fue una teórica y profesora en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts y fue la primera presidenta de la NANDA, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud.

La Teoría de Marjory Gordon señala la Identificación de patrones funcionales como perfil de conductas bastante comunes entre todas las personas, y que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano;

los patrones funcionales, permite la valoración de la enfermera en forma sistemática, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, facilitando el mismo análisis; es decir, cumple todos los requisitos para una valoración correcta y su intervención de enfermera

Según la NANDA (2021 – 2023), se sugiere el uso de 11 muestras funcionales de Marjorie Gordon para realizar la evaluación de enfermería en diferentes especialidades. La adecuada valoración del paciente permite establecer estándares y criterios que avalan y garantizan el éxito de las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes sanos, lactantes o en recuperación, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es nuestra máxima prioridad.

Los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, permiten establecer los cuidados de enfermería en la parte de promoción y prevención de la salud, en el ámbito hospitalario, recuperativo y en el proceso del duelo por la pérdida de un familiar o persona cercana en el paciente, familia y entorno.

- 1) Patrón Percepción y Control de la salud:** Describe el patrón percibido por el paciente acerca de su salud y bienestar, así como su modo de manejar la salud, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones sobre la percepción de la salud: dimensión física, dimensión emocional, dimensión social, dimensión intelectual, dimensión laboral, dimensión espiritual.
- 2) Patrón nutricional- Metabólico:** Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, otros datos que se

obtienen son: somatometría, peso, talla, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT), perímetro abdominal (PA), segmento superior (SS) y glicemia capilar. Características de la piel, cabello, uñas. Mucosa oral hidratada, encías, coloración de tegumentos. Los reflejos primitivos de succión y deglución si están presentes. Aporte hídrico a través de soluciones endovenosas calculadas. Es alimentado con seno materno o fórmula por medio de una sonda orogástrica o ayuno.

- 3) Patrón eliminación:** Describe la capacidad real y percibida para eliminar los desechos del organismo: Renales, Intestinales, Respiración, Piel, Estomas.El paciente cuantas micciones presenta sus características si fue espontáneas con diuresis/Kg/h y evacuaciones características. En 24 horas cuantas micciones y evacuaciones presento. Laboratorios examen general de orina, urocultivo y coproparasitoscópico.
- 4) Patrón Actividad /ejercicio:** Dentro del patrón actividad/ejercicio del paciente abarca el movimiento, el tipo de frecuencia cardiaca, presión arterial. El tipo de apoyo ventilatorio en fase I, II, III modalidad, la frecuencia respiratoria, (ritmo, frecuencia, intensidad), vigilar disnea, dificultad respiratoria , cambios de coloración, valorar la saturación de oxígeno, tos ,soplos cardiacos, llenado capilar, auscultación de latidos cardiacos (ritmo, frecuencia, intensidad), campos pulmonares (ruidos pulmonares), palpar los pulso periféricos y centrales , presión arterial, si presenta secreciones describir las características de las mismas , la consistencia , la cantidad por boca, nariz y Tubo endotraqueal . Movimientos de los miembros superiores e inferiores, posición corporal, fuerza muscular, temperatura corporal, temperatura de la incubadora.
- 5) Patrón Sueño- Descanso:** Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo de las 24 horas del día. Incluye: Percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso.
- 6) Patrón Cognitivo-Perceptivo:** Describe los patrones sensitivo-perceptuales y cognitivos. Adecuación de las formas sensoriales (órganos de los sentidos vista, gusto, tacto, olfato) y las compensaciones o prótesis utilizadas. Percepción del

dolor si procede y tratamiento que cada paciente le da. Capacidades/habilidades funcionales cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones).

- 7) **Patrón Auto percepción- autoconcepto:** Este patrón describe la percepción que el cliente tiene de sí mismo (imagen corporal, identidad personal, autoestima, sentido general de valía)
- 8) **-Patrón Rol- Relaciones:** Los individuos establecen relaciones para satisfacer la necesidad humana de contacto e interacción con otros. Describe las responsabilidades adquiridas del rol y de las relaciones que posee. Se refiere a la percepción del individuo, de los roles y responsabilidades en su situación actual.
- 9) **-Patrón Sexualidad y Reproducción:** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción. Alteraciones percibidas en las relaciones sexuales. Seguridad en las relaciones sexuales Satisfacción percibida por la persona y las alteraciones.
- 10) **Patrón Adaptación Tolerancia al estrés:** Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones y efectividad de la persona con la tolerancia al estrés.
- 11) **Patrón Valores y Creencias:** Describe los patrones de valores, objetivos o creencias, incluidas las espirituales, que guían la elección o decisión personal. Describe los valores, sentimientos o creencias, metas y compromisos que una persona, familia o comunidad elige en su vida y que explica de algún modo su actitud hacia ella.

Dichas teorías y modelos han contribuido de manera significativa a estructurar una tendencia holística en la realización de intervenciones de Enfermería. Al realizar un análisis comparativo entre las teorías antes mencionadas se consideró emplear la teoría de Marjory Gordon, ya que cada patrón es una expresión de integración psicosocial; los patrones funcionales, de acuerdo con estos planteamientos, están influidos por factores biológicos, culturales, sociales y espirituales. Con la enfermedad pueden aparecer patrones de salud disfuncionales, aunque también pueden conducir a ella.

Emplear los patrones funcionales para realizar un proceso de atención de Enfermería resulta muy beneficioso, ya que permite identificar e integrar condiciones de las personas que deben mantenerse o tender al equilibrio para recuperar o conservar la salud; Además, son una herramienta muy útil de valoración, pues al estar jerarquizados de acuerdo a los dominios de la NANDA, agilizan el proceso de diagnóstico y por consecuencia disminuyen el tiempo entre la valoración y la ejecución de las intervenciones.

2.3. BASE CONCEPTUAL

2.3.1. BRONQUIOLITIS

La bronquiolitis es la inflamación aguda de los bronquiolos, provocada frecuentemente por el virus sincitial respiratorio. En 1983 Mc Connochie considera la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancias antecede a la aparición de un cuadro clínico de infección vírica en niños menores de dos años

Es una inflamación aguda y difusa de las vías respiratorias inferiores, de carácter infeccioso, que conduce a una obstrucción clínicamente menor de las vías respiratorias, bronquiolo con antecedentes de nasofaringitis de inicio rápido (24-48 horas) y una combinación de uno de los siguientes: disnea respiratoria con pólipos respiratorios, contracciones de la subclavia, espasmos intercostales o supra esternal, distensión torácica (clínica o radiológica), signos de dificultad respiratoria ,sibilancias , crepitantes en la auscultación en un paciente menor de 2 años de edad,y en general tiene un comportamiento estacional.

2.3.2. EPIDEMIOLOGIA

La bronquiolitis es un motivo importante de hospitalización en recién nacidos, presentándose en menores de 2 años con mayor frecuencia entre los 3 y 6 meses. Significa que un número significativo requiere atención hospitalaria, con consecuencias a corto y largo plazo para el desarrollo y bienestar de las personas y sus familias biológicas, físicas y psicológicas.

La mayoría de los casos de bronquiolitis son causados por el virus respiratorio sincitial (VSR). La hospitalización por bronquiolitis ocurre con más frecuencia en

áreas urbanas que en áreas rurales y es más común en lactantes varones; la Bronquiolitis se presenta con mayor frecuencia a lo largo del invierno y comienzos de la primavera, generalmente durante los meses de abril a septiembre, sin embargo, pueden manifestarse casos esporádicos a lo largo del año.

2.3.3. ETIOLOGÍA

La bronquiolitis es originada primeramente por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en un 70% de los casos, seguido por otros agentes etiológicos y responsables como es, el rinovirus, virus para influenza, enterovirus, metapneumovirus humano, virus influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humanos.

El VRS es un virus extremadamente contagioso que puede subsistir hasta 7 horas en espacios no porosas. Se propaga a través de las secreciones nasofaríngeas de una persona infectada por contacto directo o por gotitas de saliva. Los puntos de entrada del virus son la conjuntiva del ojo y las membranas mucosas de la nariz y la boca. La transmisión suele ser por contacto directo, pero también puede ser por manos o por contacto con elementos infectados, que se propaga por contacto cercano o directo con secreciones contaminadas, y puede persistir en manos y espacios dentro de los 30 minutos. Tiene un período de incubación de 2 a 8 días. La mayoría de los niños se infectan con RSV durante los dos primeros años de vida, siendo la infección inicial la más grave.

2.3.4. FISIOPATOLOGÍA

El VSR se transmite por contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada o por contacto indirecto a través de material infectado con secreciones respiratorias (vajillas, juguetes, manos, pasamanos de escaleras, mesas, cunas, etc.) que pueden ingresar por mucosa nasal, conjuntival y/o bucal. La infección se inicia en el tracto respiratorio superior extendiéndose al epitelio respiratorio inferior (bronquiolos). La inflamación en bronquiolos se caracteriza por daño ciliar, infiltración celular, edema de la submucosa y adventicia, pudiendo ocasionar necrosis tisular. El edema, la secreción de moco y el daño del epitelio respiratorio generan obstrucción parcial o total de la vía aérea, atelectasias y

alteración de la relación ventilación – perfusión, ocasionando hipoxemia, polipnea y taquipnea en el paciente infectado.

2.3.5. FACTORES DE RIESGO

La totalidad de los casos de bronquiolitis son leves y no exige hospitalización, pero existen algunos factores que, cuando están presentes, amplían la probabilidad de desarrollar bronquiolitis y su curso desfavorable. Entre los factores de riesgo asociados a la bronquiolitis social y del huésped se encuentran:

Factores del huésped

- Falta de lactancia materna
- Vacunación incompleta para la edad
- Antecedentes de Prematuras
- Desnutrición
- Menores de 6 meses
- Inmunodeficiencias –cardiopatías
- Género –sexo masculino.
- Bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos)
- Tener antecedentes familiares de alergias o asma
- Cardiopatía congénita
- Enfermedad pulmonar crónica: displasia broncopulmonar: hasta un 10% de estos pacientes son hospitalizados con bronquiolitis antes de los dos años
- Fibrosis quística
- Anomalías pulmonares congénitas
- Enfermedades neuromusculares
- Síndrome de Down

Factores sociales

- Tabaquismo en el entorno familiar.
- Invierno
- Época invernal

- Ayuda con la guardería
- Madre analfabeta
- Madre adolescente
- Contaminación del medio ambiente o del agua
- Hermanos en edad escolar.

2.3.6. CUADRO CLÍNICO

La mayoría de los lactantes afectados con bronquiolitis tienen antecedentes de estar en contacto con niños o adultos de alguna enfermedad respiratoria, los recién nacidos se consideran contagiosos de 24 a 48 horas antes de que aparezcan los síntomas y hasta varios días después de que aparezcan los síntomas, el periodo de incubación es entre 2 y 8 días el lactante presenta una infección leve de las vías respiratorias altas que cursa con coriza, secreción nasal, estornudos y tos con o sin fiebre, esto generalmente dura varios días, durante 1 a 4 días la tos se vuelve más persistente, parece maliciosa, rechaza la comida, respira rápidamente y se vuelve difícil respirar, a la auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria.

La dificultad respiratoria de intensidad a los 24- 72 horas, la apnea puede ser el síntoma más notorio en bebés menores de 3 o 1 mes. La cianosis es poco común excepto en casos severos y puede verse en el área alrededor de la boca. El examen físico revela signos de aumento de la frecuencia respiratoria, taquipnea, uso de músculos accesorios, flotabilidad y contracción, frecuencia respiratoria superior a 70 latidos/min, hipoxemia e hipercapnia y agitación. La percusión del tórax muestra un aumento del eco debido al aire atrapado. Hiperventilación con ronquidos, crepitantes por acumulación de secreciones, espiración prolongada, sibilancias y espiración.

Las calificaciones clínicas de la bronquiolitis		
Leve	Moderada	Grave
<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea hasta 40 respiraciones por minuto • No hay cianosis • El lactante se alimenta y duerme bien • A la auscultación: murmullo vesicular conservado • Espiración prolongada y /o sibilancias • Retracción intercostal 	<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea de 40 a 60 resp/min • Retracción subcostal, intercostal y /o supraclavicular • Aleteo nasal • Puede haber cianosis peri bucal • Dificultad para la alimentación y el sueño • A la auscultación: murmullo vesicular disminuido <p>Espiración prolongada y / o sibilancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea de igual o mayor a 60 resp/min • Respiración superficial • Tiraje subcostal, intercostal y /o supraclavicular • Murmullo vesicular apenas perceptible • Disminución de la PaO₂ y elevación del PaCO₂

2.3.7. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la bronquiolitis aguda es clínico, basado en la historia y el examen físico. Por lo general, no se necesitan pruebas adicionales, excepto en casos muy específicos.

ANAMNESIS

La manera más conveniente de confirmar el diagnóstico de bronquiolitis es seguir los criterios de diagnósticos de bronquiolitis en lactantes de McConnochie:

- Edad < 24 meses.
- Primer episodio de sibilancias en niños menores de 2 años.

- Síntomas respiratorios altos de 3 a 5 días de duración, tos persistente, taquipnea, retracciones, sibilancias y/o estertores (crepitantes) en la auscultación del tórax. En algunos casos se puede presentar aumento de esfuerzo respiratorio: aleteo nasal, retracciones torácicas, entre otros
- Signos de enfermedad respiratoria viral: tos, secreción nasal, fiebre, otitis media, sí o no signos de distrés respiratorio agudo, neumonía.
- Edad < 6 semanas.
- Antecedentes de prematuridad.
- Tabaquismo en el entorno
- Ausencia de lactancia materna.
- Hacinamiento y pobreza.
- Bajo peso al nacimiento (< 2500 g).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe realizar una exploración física íntegra con el dispositivo, cediendo especial atención al estado de hidratación y signos de dificultad respiratoria. Al escuchar el corazón del feto, la exhalación se prolonga, sibilancias, su crepitantes y zonas de falta de ventilación. Ante un niño con bronquiolitis, primero se debe determinar la gravedad del cuadro clínico mediante una escala o escala, en bronquiolitis utilizamos el **Score de TAL**: nos permite evaluar con mayor precisión la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, el puntaje mínimo es 0 y el máximo 12.

Escala 1: Bareman y Pierson modificada Score de TAL

Puntaje	Frecuencia respiratoria (en un minuto)		Sibilancia	Cianosis	Retracción
	< 6 meses	>6 meses			
0	Menor de 40	Menor de 30	NO	NO	NO
1	41 a 55	31 a 45	Espiración con estetoscopio	Perioral al llanto	LEVE un paquete muscular
2	56 a 70	46 a 60	Espiratoria e inspiratoria con estetoscopio	Perioral en reposos	MODERADA dos paquetes musculares
3	Mayor a 70	Mayor de 60	Espiratoria e inspiratoria sin estetoscopio o tórax silente	Generalizada en reposo	SEVERA más de dos paquetes musculares

Grados: Leve: 1 a 5 puntos; Moderada: 6 a 9 puntos; Severa: 10 a 12.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

PULSIOXIMETRÍA TRANSCUTÁNEA (SATO2)

Debe utilizarse en la evaluación inicial de todos los pacientes y para monitorear los cambios clínicos en niños con insuficiencia respiratoria, para calcular las necesidades de oxígeno del niño.

GASOMETRÍA CAPILAR

No se recomienda hacer esto sistemáticamente. Sólo debe considerarse en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que puedan iniciar insuficiencia respiratoria, ya que en estos casos se requiere conocer la pCO₂ y el pH.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

No se recomienda realizar de rutina en los pacientes con bronquiolitis aguda sin elementos de riesgo ni complicaciones. Se utiliza para los pacientes que generan

dudas diagnósticas, frente a bronquiolitis grave o con mala evolución en las cuales se sospecha complicaciones.

HEMOGRAMA, PROTEÍNA C REACTIVA, HEMOCULTIVO

No se debe realizar un hemograma completo en pacientes con bronquiolitis aguda típica, ya que sus resultados son inespecíficos y no alteran el tratamiento. La leucocitosis con desviación a la izquierda debe hacer sospechar una infección bacteriana.

Las dosis de proteína C reactiva (PCR) y/o procalcitonina pueden ser beneficiosas en pacientes con: bronquiolitis aguda e hipertermia, sospecha de infección bacteriana o sobreinfección (infiltración alveolar, fiebre persistente, debilidad general), el paciente está deshidratado, el diagnóstico es dudoso.

SEDIMENTO Y/O UROCULTIVO

Aunque no se recomiendan inspecciones periódicas adicionales en bronquiolitis aguda típica, en la que se ha observado una mayor incidencia de infección del tracto urinario en lactantes <3 meses de edad con bronquiolitis aguda y fiebre alta, debe excluirse de este grupo de pacientes.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En niños menores de 2 años que presentan tos seca y disnea con/sin sibilancias, el diagnóstico diferencial debe considerarse en los siguientes temas:

- Asma, principalmente aquellos en niños mayores de 6 meses y con antecedentes familiares con asma.
- Neumonía: si presenta fiebre alta más de 39°C y/o compromiso del estado general, presencia de estertores, crepitaciones en áreas focales del tórax.
- Tosferina
- Aspiración de cuerpo extraño.
- Fibrosis quística
- Enfermedad de reflujo gastroesofágico
- Infección por *Chlamydia trachomatis*

- Sepsis con apneas
- Neumotórax.
- Neuropatías intersticiales.
- Inmunodeficiencias.
- Anomalías pulmonares congénitas.
- Infecciones
- Insuficiencia cardíaca congestiva

2.3.8. TRATAMIENTO

El tratamiento de la bronquiolitis se basa fundamentalmente en medidas de apoyo o de soporte, no siendo necesario el uso de fármacos de forma rutinaria. En gran número los casos son leves, por lo tanto, consiguen ser tratados en el propio domicilio y controlados en Atención Primaria. Sin embargo, algunos niños pueden progresar hacia formas más graves, requiriendo ingreso hospitalario. Por ello es necesario advertir a los padres de esta posibilidad, enseñándoles los signos de empeoramiento como es:

- Rechazo de alimentos o intolerancia gastrointestinal.
- La existencia de un coma.
- La historia de apnea.
- Ritmo respiratorio según su edad
- Ardor de nariz, calambres severos, murmullos y cianosis.

TRATAMIENTO DE SOPORTE

DESOBSTRUCCIÓN NASAL

Ayuda a garantizar la ventilación de las vías respiratorias superiores y a mantener la ventilación y puede contribuir a disminuir el riesgo de algunas complicaciones como la otitis media. Se realizará de forma suave, superficial, no traumática, mediante lavado y aspiración nasal con suero fisiológico. La aspiración debe realizarse antes de la administración, antes de cada terapia de inhalación, cuando se observen signos de obstrucción de las vías respiratorias superiores (ruido de secreciones y aumento del esfuerzo respiratorio).

TRATAMIENTO POSTURAL

La posición de la cama del bebé debe ser supina, con la cabeza ligeramente deprimida y 30 grados elevada.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

En casos leves, se recomienda tomarlo en pequeñas porciones, y súper visada, en los casos graves debe ser por vía Parenteral o enteral por sonda nasogástrica. Cuando la frecuencia respiratoria es superior a 60 x y se acompaña de una importante congestión nasal, el riesgo de aspiración es real, por lo que la alimentación oral puede no ser segura. En estos casos, la alimentación por sonda nasogástrica es una opción a considerar. Los líquidos intravenosos se consideran en casos graves en los que no se puede lograr una hidratación adecuada por otros medios. La cantidad de líquido utilizada corresponde a las necesidades de base que se deben sumar a las pérdidas anteriores y actuales (considerar fiebre y multirrespiración como tales).

OXIGENOTERAPIA

El objetivo principal del tratamiento es corregir la hipoxia. Para ello, se debe administrar oxígeno a través de una cánula nasal o un casco para reducir el trabajo respiratorio y mantener una saturación de oxígeno adecuada, se aconsejan cuando la SatO₂ está por debajo del 95%, se recomienda la administración de oxígeno de forma intermitente, interrumpiéndola cuando los valores sean > 95%, o ya haya disminuido el trabajo respiratorio y el lactante pueda alimentarse de forma adecuada.

MODALIDADES DE OXIGENOTERAPIA:

DE BAJO FLUJO: Estos son sistemas de suministro de oxígeno donde el paciente inhala aire de la atmósfera y lo mezcla con el oxígeno suministrado. La oxigenoterapia debe iniciarse con una cánula nasal a un caudal de unos 2 l/min. Si se desea un caudal mayor, es necesario cambiar al uso de cascos de seguridad y máscaras (con o sin tanque).

DE ALTO FLUJO (OAF): Se caracteriza por la entrega de todos los gases inspirados por el paciente a una concentración constante, independientemente de su patrón respiratorio (flujo respiratorio, volumen corriente, velocidad y frecuencia respiratoria). Proporciona un caudal de 5 a 40 litros X' de oxígeno tibio y humidificado (33-41 °C) a pacientes que respiran a través de una cánula nasal. Está indicado en casos de exacerbación de síntomas o SatO₂ a pesar del tratamiento con oxígeno a bajo flujo, o directamente en pacientes críticos con hiperventilación. El uso de HFNC se está volviendo más popular después de que se haya observado su uso en varios estudios para mejorar las medidas clínicas, respiratorias y de frecuencia cardíaca, y para reducir la necesidad de intubación y hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. Por lo tanto, debe usarse temprano, con moderación y bajo estrecha supervisión clínica, especialmente dentro de las primeras 2 horas.

VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA (CPAP) Esta opción de tratamiento debe considerarse en caso de insuficiencia respiratoria inminente (signos de fatiga, disminución del esfuerzo respiratorio, apnea, incapacidad para mantener una saturación adecuada a pesar de la oxigenoterapia).

MEDIDAS HIGIÉNICAS

El VRS es altamente contagioso y se propaga a través de las secreciones de las manos o entre las uñas, donde puede persistir de 6 a 12 horas. Las gotas pueden extenderse hasta dos metros. Se destruye con agua y jabón o alcohol gel. En pacientes hospitalizados, con objeto de evitar la infección nosocomial, se deben instaurar las medidas de aislamiento pertinentes, insistiendo en lavado sistemático de manos, uso de guantes, batas y sujeciones para visitantes. En este sentido, es necesario realizar una educación dirigida a los trabajadores de la salud y las familias. Se recomienda aislar a los pacientes con bronquiolitis aguda o no agruparlos en el hospital según su etiología.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA Dado que no se ha demostrado beneficio clínico, no se ha determinado su uso en la fase aguda. Se puede tomar en cuenta su uso en pacientes con padecimientos asociadas (atrofia muscular espinal, traqueomalacia severa) que además requieran drenaje del exudado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Actualmente no hay evidencia que respalde su uso común

BRONCODILATADORES (adrenalina, agonistas beta 2 y bromuro de ipratropio). Debido a la falta de datos de apoyo claros sobre la eficacia de estos agentes, no se recomienda el tratamiento de rutina con broncodilatadores en el tratamiento de la bronquiolitis. Estos son los medicamentos más recetados. Inicialmente se puede considerar una prueba con un broncodilatador, siendo la adrenalina la primera opción para muchos profesionales. No se recomienda el uso de agonistas β_2 (salbutamol) en el tratamiento de la bronquiolitis aguda porque su uso no ha demostrado ser efectivo, ya que no afecta la resolución del proceso y no altera la tasa de bronquiolitis. La tasa o número de hospitalizaciones. El número de días en el hospital.

GLUCOCORTICOIDES, a pesar de que son fármacos suficientemente utilizados con eficacia demostrada en otras enfermedades respiratorias, no existe evidencia que apoye su uso en la bronquiolitis. Tienen poco o ningún efecto, y tanto en forma oral (dexametasona) como inhalada (budesónida, fluticasona), no han demostrado ser efectivos en la fase aguda ni en la prevención de las sibilancias pos bronquitis

SUERO SALINO HIPERTÓNICO (SSH) Debido a sus posibles efectos beneficiosos como estimulador del aclaramiento de la mucosa, el aerosol SSH se ha investigado en varios experimentos. En su mayor parte, se ha utilizado SSH al 3%, con o sin broncodilatador, y su uso aún es muy debatido. La AAP, en su actualización de 2014, deja la posibilidad de utilizarlo a los pacientes ingresados en centros con una estancia superior a tres días, pudiendo reducirse el tiempo de ingreso a un día. La

mayoría de los estudios han utilizado SHS en combinación con broncodilatadores, pero su uso no parece reducir la incidencia de eventos adversos de la hiperreactividad bronquial inducida por SHS (27).

ANTIBIÓTICOS Los antibióticos no se recomiendan de forma rutinaria en la bronquiolitis aguda a menos que se observe una infección bacteriana. Cuando se halla una infección bacteriana (otitis media, infección de vías urinarias,), se requiere el mismo tratamiento en ausencia de bronquiolitis. En pacientes con bronquiolitis aguda grave que requieren ventilación mecánica, existe una alta tasa de coinfección bacteriana pulmonar. El uso de antibióticos debe ser evaluado en estos pacientes. Por el contrario, en pacientes con bronquiolitis con atelectasia o desplazamiento alveolar, no se recomienda el uso rutinario de antibióticos.

2.3.9. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

En general los casos de bronquiolitis son leves y su manejo no exige internamiento; habrá necesidad de hacerlo en los siguientes casos:

- Negación de alimentos o intolerancia gastrointestinal (ingesta estimada inferior al 50% de lo normal)
- Lactante menor 6 meses que rechaza la vía oral.
- Deshidratación
- Letargia
- No orinar en 12 horas.
- Historia de apnea
- Antecedentes de una enfermedad muy grave
- Ritmo respiratorio según su edad
 - Por encima de 60/min para niños menores de dos meses.
 - Más de 50/min en lactantes de 2 a 12 meses de edad.
 - Más de 40/min en niños de 1 a 2 años.
- Insuficiencia respiratoria moderada o grave (susurros, dolor agudo, calambres o cianosis)
- Saturación de oxígeno <92-94 % del aire ambiente respirable

- Enfermedad grave según la escala utilizada
- Dudar del diagnóstico
- Edad < 2-3 meses o 6 semanas
- Incluyendo enfermedades
- Los síntomas aparecen en menos de 72 horas por el riesgo de exacerbación

2.3.10. CRITERIOS DE INGRESO A UNIDAD DE UCI

El ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos está indicado si la saturación de oxígeno no se puede mantener al 92% a pesar de la oxigenoterapia mejorada, o si la condición respiratoria empeora con signos de empeoramiento de la dificultad respiratoria, o signos de fatiga, y si el paciente tiene apnea frecuente.

2.3.11. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

Hay poca evidencia de criterios de alta, y solo unas pocas guías de manejo hacen recomendaciones al respecto. En general, se considera que un paciente es elegible para el tratamiento ambulatorio si:

- La frecuencia respiratoria es inferior a 50 por minuto y no hay signos clínicos de empeoramiento de la insuficiencia respiratoria
- Un cuidador que este en la capacidad puede limpiar las vías respiratorias.
- La respiración del paciente se mantiene sin oxígeno suplementario durante 8-12 horas de seguimiento e incluye un período de sueño o con suministro constante de oxígeno y puede continuarse en casa
- Consumir lo suficiente para evitar la deshidratación.
- Contar con recursos familiares adecuados y padres seguros y capacitados
- Seguimiento conveniente (visita domiciliaria si es necesario, notificación periódica al pediatra y alta) (28).

2.3.12. COMPLICACIONES

Las complicaciones más comunes son:

- Atelectasia por obstrucción interna (secreción) en los bronquios pequeños: Es la más frecuente y se presenta en el 25% de los pacientes hospitalizados.

- Neumotórax
- La respiración se ha detenido
- Infección bacteriana: 1 a 2% de los casos (2). Otras rarezas son:
- Infecciones extrapulmonares
- Alteraciones de agua y electrolitos como resultado de la incapacidad del niño para beber
- Cardiovasculares.
- Rotura parenquimatosa con neumotórax, enfisema intersticial y subcutáneo, raro y extremadamente peligroso.

2.3.13. PREVENCIÓN

La prevención se apoya en medidas higiénicas para evitar infecciones, profilaxis inmunológica en pacientes con riesgo de desarrollar bronquiolitis respiratoria celular grave e intentar prevenir los factores de riesgo mencionados, especialmente los sociales. En cuanto a las medidas de higiene, se debe explicar la importancia de estas medidas a los padres y cuidadores, al nacer, al alta y durante las visitas de seguimiento posteriores a los niños:

EN LA COMUNIDAD:

- Educar a los padres y/o cuidadores sobre cómo lavarse las manos correctamente con jabón.
- Restringir el número de visitas, especialmente en el caso de bebés prematuros o niños pequeños.
- Eludir el contacto con personas con infecciones respiratorias
- Prevenir la exposición al humo ya entornos cargados de entornos cargados
- Enseñar a los padres y/o acerca de los síntomas de la bronquiolitis.
- Evitar, en lo posible, bebés prematuros y niños con factores de riesgo para la asistencia escolar temprana.
- Fomentar la lactancia materna.

- Informar a los trabajadores de la salud ya los padres/tutores sobre las vías de transmisión y las medidas a tomar.
- Enfermeras que cuidan a niños que están en riesgo de no poder cuidar a niños a los afectos de bronquiolitis.
- Lavarse las manos (el procedimiento más importante) por anticipado y luego del contacto directo con el paciente y los objetos ambientales, después de quitarse los guantes. Se recomienda utilizar gel de alcohol hidrogenado.
 - Medidas de barrera como el uso de batas y guantes desechables. Use una máscara si están en contacto directo con el paciente (dentro de un metro) y si está manipulando muestras respiratorias.
- Desinfección de superficies de contacto y equipos médicos
- Esterilizar el estetoscopio con gel hidroalcohólico durante la visita interna y al finalizar la exploración.
- Aislamiento de pacientes con bronquiolitis.
- Limitar las visitas a personas con infecciones respiratorias.

CAPITULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE CUIDADOS DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCION.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE LACTANTE CON BRONQUIOLITIS

I. VALORACION.

3.1. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos:** Matheus Alfred Gonzales Maguiña
- **Edad:** 2 meses
- **Sexo:** Masculino
- **F. Nacimiento:** 10/05/2022
- **F. Ingreso:** 08 /07/2022
- **H.C:** 547278
- **Tipo de seguro:** SIS integral
- **Raza:** Mestiza
- **Religión:** católico
- **L. Nacimiento:** san juan de Lurigancho

DATOS MATERNOS:

- **Madre:** Marlín Maguiña Rímac
- **Edad:** 38 años
- **N de hijos:** 03
- **Control prenatal:** 07
- **G de instrucción:** Secundaria Incompleta.
- **Ocupación:** ama de casa

- **L de procedencia:** Huancavelica
- **Dirección actual:** AAHH nueva alianza MZ. K LT.8.SJL.

3.1.1. MOTIVO DE INGRESO A EMERGENCIA

Paciente lactante ingresó al servicio de emergencia TS I a las 21:40 horas, Con malestar general, piel pálida, con fiebre t°39 Saturando 88%, cianosis distal, disminución del apetito, presenta dificultad para respirar, tos, 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 rayos x de tórax, se coloca oxígeno x CBN A 3 litros x', más hidratación, con todos los resultados determinan su hospitalización en el servicio de pediatría.

3.1.2. INFORME DE LA MADRE

La madre refiere que su niño desde hace 3 días, inicia con congestión nasal, estornudos, no tos, hace 2 días se agrega tos productiva poco exigente esporádica, congestión nasal acude al centro de salud Dx: infección viral , indican tratamiento para el hogar ,hoy día por la mañana nota respiración rápida ,tos más exigente, madre refiere “que se hunde las costillas, está muy agitado” , secreción nasal, pérdida del apetito, 1 vómitos, indica haber tenido fiebre, moradas los dedos de las manos y pies, tiraje subcostal, por lo que acude a emergencia del Hospital de Emergencias pediátricas.

3.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente lactante menor, sexo masculino ingresa al servicio de Hospitalización de Pediatría el día 08 de julio del 2022 a las **22.50 horas**, con funciones vitales T° axilar: 39.3°C, diaforético, F.C:170 X', con taquipnea F.R: 63 X', con apoyo de oxígeno por CBN a 3 litros x' SatO2: 95%, P/A: 96/64mmHg, con dificultad respiratoria, aleteo nasal, tiraje subcostal, pálido, adelgazado, rinorrea, disminución del apetito, espiración prolongada, sibilancias a la auscultación.

23.30 horas, cursa con aumento de F.R. y aumento de trabajo respiratorio (se observa por lactancia materna) por lo que se indica súper lactancia directa e iniciar alimentación por SOG y oxígeno por casco cefálico a 15 litros x´.

3.20 am, se evidencia mantiene taquipnea y distrés respiratorio marcado a pesar de estar con oxígeno por casco cefálico a 15 litros x, por lo que se indica suspender y colocar oxígeno por CNAF a fio2 al 50 %, flujo 15 litros x´.

3.1.4. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERINATALES

- **Natales:** Parto por cesárea.
- **E.G:** 38 semanas.
- **P.N:** 2,860gr.
- **Apgar:** 1' (9) 5' (9)
- **Talla:** 49 cm.
- **P.C:** 35 cm
- **P.A:** 34.5 cm
- **P.T:** 34 cm

ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Mamá:** 38 años, aparentemente sano, Niega enfermedades
- **Papá:** 41 años, aparentemente sano, Niega enfermedades
- **Hermanos:** Mujer de 10 años y de 8 años, sanos.
- **Abuelos Paternos:** Con hipertensión
- **Abuelos Maternos:** Diabetes.

. ANTECEDENTES PERSONALES

- **IRAS:** A los 15 días de nacido.
- **EDAS:** no presente
- **Vacunas:** Recibió BCG, polio.
- **CRED:** 2 Controles
- **Hermanos:** aparentemente sanos.

ANTECEDENTES SOCIECONOMICOS Y CULTURALES

- **Vivienda:** Material noble
- **Tipo de vivienda:** Alquilado
- **Servicios:** Cuenta con agua, luz y desagüe.
- **Ocupación de la madre:** Ama de casa
- **Ocupación de padre:** Comerciante

3.1.5. EXAMEN FÍSICO

Al monitoreo de las funciones vitales se encuentra:

- **T° axillar:** 39.3°C
- **F.C.:** 170X'
- **F.R.:** 63 X'
- **SatO2:** 95% con apoyo de oxígeno por CNAF con fio2 50%, flujo 15 litros x'
- **P/A:** 96/64mmhg
- **PESO:** 7.050 kg
- **TALLA:** 60 CM

Exploración céfalo caudal:

- **Cabeza:** normocefálico, simétrico, con movimientos activos no se evidencia adenopatías ni tumoraciones
- **Cráneo:** con fontanela anterior normotensa y posterior puntiforme Integro, proporcional al cuerpo, no masas.
- **Pupilas:** isocóricas, fotoreactivas,
- **Oídos:** Buena implantación.
- **Nariz:** Mediana alineada y simétrica sin lesiones, vías permeables con presencia de secreción transparente, aleteo nasal, con CNAF.
- **Boca:** Integra, Labios con leve cianosis, paladar normal. ausencia dentaria por la edad, mucosas húmedas, hidratadas con presencia de SOG para alimentación
- **Piel:** piel pálida, diaforética conservado, sin lesiones, caliente al tacto, llenado capilar <2 seg

- **Cuello:** Normal sin alteraciones.
- **Tórax:** cilíndrico regular y simétrico, con tiraje subcostal, intercostal y taquipnea respiración con apoyo ventilatorio de oxígeno por CNAF con fio2 50%, flujo 15 litros x'
- **Pulmón:** MV no pasa bien en ACP, espiración prolongada, sibilancias a la auscultación.
- **Corazón:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, sin alteraciones
- **Abdomen:** A la palpación blando, depresible, no manifiesta dolor a la palpación, ligera distención.
- **Hígado:** No se palpa anomalías.
- **Genitales:** Íntegros, sin lesiones, con pañal
- **Testículos:** en bolsas escrotales.
- **Pene:** Normal de acuerdo a edad.
- **Recto:** Normal y permeable.

Diagnostico

- Bronquiolitis aguda x VSR
- D/C infección por COVID 19
- Anemia

3.1.6. EXAMENES AUXILIARES.

RADIOGRAFIA DE TORAX



HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

Servicio de DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

NOMBRE Y APELLIDO: GONZALES MAGUIÑA, ALFREDO
ESTUDIO RX TORAX A-P
N° DE HISTORIA CLINICA: 491271
FECHA DE EXAMEN: 8-07-2022 HORA: 22:29 HS
FECHA DE INFORME: 9-07-2022 HORA: 12:35 HS

PULMONES ADECUADAMENTE INSUFLADOS
LIGERA ASENTUACION DE LA TRAMA BRONQUIAL BILATERAL
SILUETA CARDIACA DENTRO DE LIMITES NORMALES
SENOS COSTODIAFRAGMATICOS LIBRES



HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

NOMBRE Y APELLIDO: GONZALES MAGUIÑA, ALFREDO
ESTUDIO: EXAMEN DE LABORATORIO
N° DE HISTORIA CLINICA: 491271
FECHA DE INGRESO DE LA MUESTRA INSROM: 8-03-2022
HORA: 22:29 HS
LUGAR DE TOMA DE MUESTRA: 00006212 HEP HORA: 23:30 HS0

TIPO DE MUESTRA PRIMARIA: HISOPADO NASAL Y FARINGEO FECHA DE OBTENCION :8/07/2022 COG.DE MUESTRA: 1SLCFAMPPC			
FECHA DE RESULTADO	ANALISIS	METODO	RESULTADOS
8/07/2022 – 23:30	SARS-coronavirus 2 ARN (Presencia) en muestra respiratoria por RT-PCR en tiempo real	RT-PCR en tiempo real	NEGATIVO

3.1.7. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

• Hemograma completo



HOSPITAL DE
EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

NOMBRE Y APELLIDO: GONZALES MAGUIÑA, ALFREDO
ESTUDIO: EXAMEN DE LABORATORIO
N° DE HISTORIA CLINICA: 491271
FECHA DE EXAMEN: 08-07-2022 HORA: 22:33 HS
FECHA DE INFORME: 08-07-2022 HORA: 23:35 HS

EMOGRAMA COMPLETO	
LEUCOSITOS	8,070 X mm ³
HEMATES	3,000,000 X mm ³
HEMATOCRITO	27%
HEMOGLOBINA	9.4 g %
FORMULA DIFERENCIAL	
ABASTONADOS	0%
SEGMENTADOS	44%
EOSINOFILOS	1%
VASOFILOS	0%
MONOSITOS	3%
LINFOSITOS	52%
RECUESTRO DE PLAQUETAS	
N° DE PLAQUETAS	546,000 / mm ³
CONSTANTES CORPUSCULARES	
MCV	87 fl
MCH	30 pg.
MCHC	34%
PCR, PROTEINAS C. REACTIVA	NEGATIVO mg / dl
PRUEBA RAPIDA COVID19 ANTIGENA	
INMUNOCROMATOGRFIA	NO REACTIVO

NOMBRE Y APELLIDO: GONZALES MAGUIÑA, ALFREDO
 ESTUDIO: EXAMEN DE LABORATORIO
 N° DE HISTORIA CLINICA: 491271
 FECHA DE EXAMEN: 08-07-2022 HORA: 24:29 HS
 FECHA DE INFORME: 10-07-2022 HORA: 12:35 HS

IFI SERICO - IGM	
LEGIONELLA PHEUMOPHILA	NEGATIVO
MYCOPLASMA PNEUMONIA	NEGATIVO
COXIELLA BURNETTI	NEGATIVO
CHLAMEDIA PNEUMONIAE	NEGATIVO
ADENOVIRUS	NEGATIVO
VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	POSITIVO
INFLUENZA A	NEGATIVO
INFLUENZA B	NEGATIVO
PARAINFLUENZA 1, 2, 3	NEGATIVO
PRUEBA RAPIDA COVID19 ANTIGENA INMUNOCROMATOGRAFIA	NO REACTIVO

3.1.8. TRATAMIENTO:

- NPO X 4 horas,
- Suspender lactancia materna, luego probar tolerancia oral si F.R es < 40x'
- Formula maternizada al 13% 130 cc x toma x 8 tomas por SOG.
- Oxigeno por CNAF fio2 a 0.50%, flujo 15 litros x'
- Cloruro al 9% a 70 ml /hora
- Hidrocortisona 70 mg cada 8 horas
- Nebulización continua por 3 veces salbutamol 4 gotas más suero fisiológico 3 ml, luego continuar con salbutamol inhalación 4 puff cada hora.
- Posición semi fawler.

- Monitoreo respiratorio
- Aspiración de secreciones a demanda.
- Metamizol 210 mg stat
- Paracetamol 100 mg vía oral si T°> 38 °C
- Monitor cardiaco permanente.
- C.F.V + BHE.

3.2. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y

CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2 Gestión de la salud:

Madre refiere Hace 3 días inicia enfermedad con congestión nasal, estornudos, no tos, hace 2 días se agrega tos productiva poco exigente esporádica, congestión nasal, por la mañana inicia con respiración rápida, tos más exigente, continua con secreción nasal, presenta 1 vómitos, fiebre, color azulado en los dedos de las manos y pies, tiraje subcostal, por lo que es traído a la emergencia.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1 Ingestión:

lactante recibe lactancia mixta, con disminución del apetito, Madre refiere: “Mi bebe se cansa cuando toma mi leche “, Se observa al lactante diaforético, mucosa oral hidratada, con poco apetito, se observa que bebe se cansa cuando lacta, presenta taquipnea tiraje subcostal, intercostal, abdomen levemente distendido, blando depreciable, ruidos hidroaéreos conservados, Peso 7,050 gr y mide 60 cm, con Hgb 9.4 g/dl, Hto 27%, con SOG para alimentación.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función respiratoria

La madre refiere “mi bebe a orinado varias veces durante el día y la noche, orina y deposición espontaneo dentro de las características normales, usa pañal, temperatura T=39.3°C, piel diaforética, taquipnea, FR= 63 x', taquicardia, tos productiva. Con CNAF Fio2 50 %, flujo 15 litros x', tiraje subcostal, intercostal, Sat.O2 95%

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 1: Reposo / sueño, Clase 2: Actividad / ejercicio y clase 3: equilibrio de energía, clase 5: autocuidado.

Madre del lactante refiere “por momentos irritable, llorosa, temerosa, piel caliente, mejillas rubicundas, respira muy rápido, se cansa cuando lacta, duerme por momentos”, se mantiene en posición semifowler en su cuna, a la auscultación sibilantes en bases pulmonares, con presencia de hidratación endovenosa según prescripción médica. Presenta regular higiene y cuidado personal, madre colabora con el baño de su bebe.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN /COGNICIÓN

Clase 3: Sensación – percepción

Nivel de conciencia: activo, piel caliente al tacto con hipertermia 39.3°C y presencia de sudoración, FC =170X´, FR= 63X´, irritabilidad.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Auto concepto

Se observa al lactante con estado de ánimo decaído, irritable, con tendencia al llanto. madre manifiesta estar cansada y querer ir a su casa, pues esta incomoda no tiene un lugar donde dormir bien por un momento, además por haber dejado a sus otros hijos.

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador y Clase 3: Desempeño del rol

Lactante con disminución del apetito, sin poder lactar con normalidad por presentar dificultad respiratoria, taquipnea ,1 vómitos, madre se queda al cuidado de su niño. Mama refiere: “Vivo con mis hijas y mi esposo, Se observa siempre a la madre al lado de su bebe, no hay presencia del padre; tiene dos niñas más de 10 y 8 años, los cuales se han quedado al cuidado de la abuela, y de su padre

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Paciente lactante de 2 meses de edad. Sexo masculino, a la evaluación se observa genitales acordes a su edad.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Lactante depende totalmente de su madre, madre preocupada, ansiosa por la salud y los días de estancia hospitalaria de su bebe, así como también preocupación por sus otras hijas, Se observa a lactante irritable e inquieto frente a los cuidados de enfermería y cumplimiento del tratamiento médico indicado.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

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

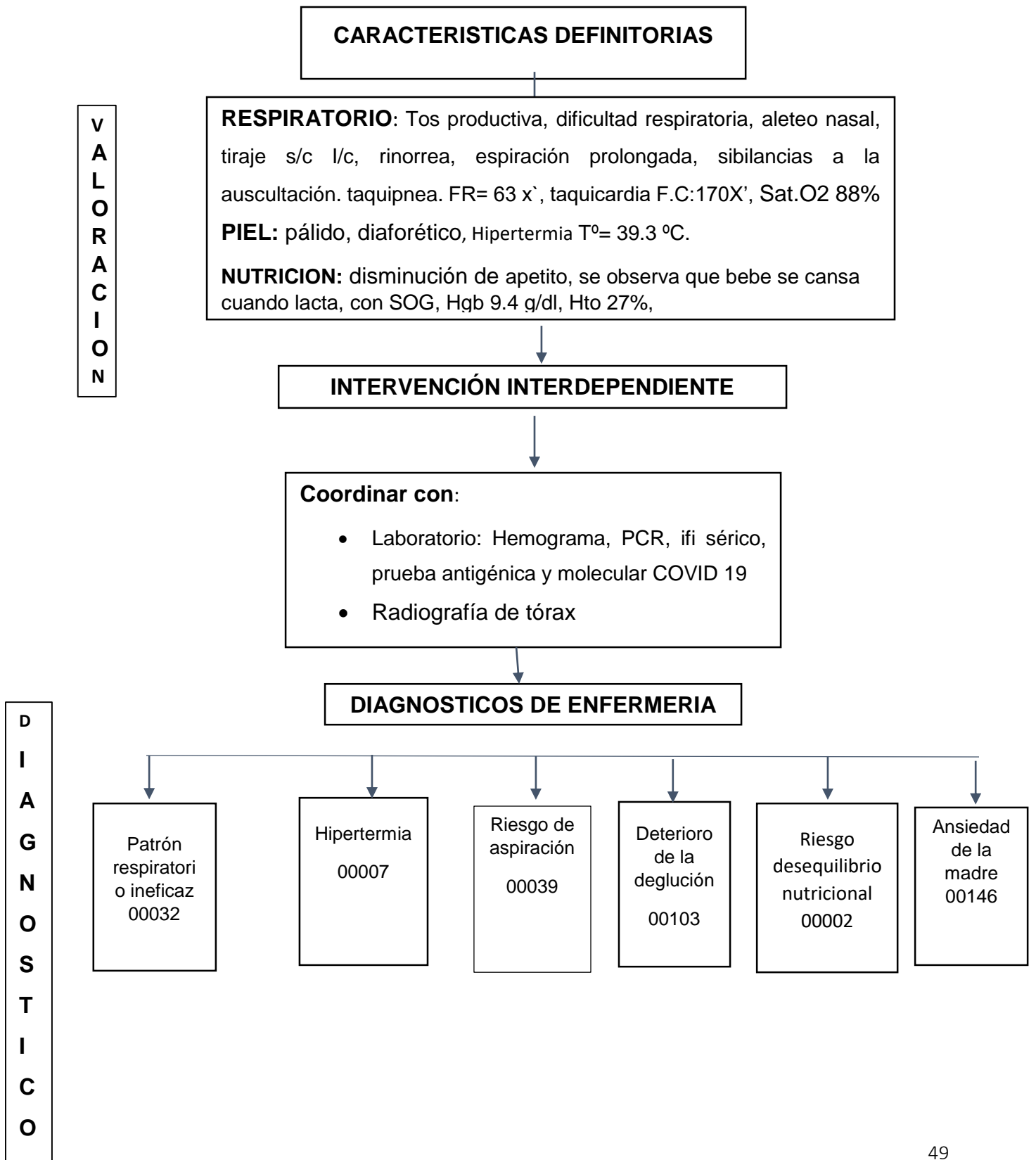
De familia católica, quienes asisten en pocas ocasiones a la iglesia, Madre refiere que su bebe no está bautizado, la madre no relaciona la enfermedad del niño con ninguna creencia.

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 1: infección, clase 2: lesión física, Clase 6: termorregulación Diagnóstico médico: Bronquiolitis moderada a grave por VSR, D/C infección por COVID 19, anemia, con presencia de vía periférica pasando cloruro al 9 % a 70 cc / hora, piel pálida ++/++ , 1 vómitos fiebre 39.3°C, diaforético, tos productiva con resultados de virus sincitial respiratorio positivo, con CNAF con parámetros ya programados ,taquipnea , lactante se mantiene en la cama en posición semi fowler con las barandas elevadas con la presencia de la madre.

3.3. ESQUEMA DE VALORACION

Flujograma 1



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

3.3.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Respiración ineficaz
- Cianosis prioral y distal
- Tiraje s/c, l/c
- piel pálida
- saturación de oxígeno 88%
- diaforético.
- taquipnea. FR= 63 x`
- Hipertermia (39.3°C)
- Ansiedad del niño
- Irritabilidad y llanto del niño
- Disminución del apetito
- Cansancio al momento de lactar
- Ansiedad de la madre, Cansancio de la madre
- Hgb 9.4 g/dl, Hto 27%,
- Taquicardia F.C:170X'

3.3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA SEGUN DATOS SIGNIFICATIVOS

1. Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar
2. Hipertermia R/C a proceso infeccioso, M/P por piel caliente al tacto irritabilidad, T°= 39.3°C.
3. Deterioro de la deglución R/C trastornos respiratorios M/P Cansancio al momento de lactar, taquipnea
4. Riesgo de aspiración R/C dificultad en la deglución M/P taquipnea, cansancio al momento de lactar
5. Riesgo desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad de recibir lactancia materna exclusiva, M/P cansancio al momento de lactar, disminución del apetito, taquipnea.
6. Ansiedad de la madre R/C estado de salud de su niño M/P facie de ansiedad y preocupación madre.

3.3.3. ESQUEMA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: M.G.M

Edad: 2 meses

DX: Bronquiolitis aguda x VSR, D/C infección por covid 19, Anemia.

PROBLEMAS	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Respiración ineficaz	Taquipnea FR>63 X MIN cansancio de los músculos respiratorios	Cianosis perioral aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar, tiraje S/C, I/c	Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P aleteo nasal, taquipnea, F.R >63 X , uso de los músculos accesorios para respirar
Hipertermia (39.3°C)	a proceso infeccioso	por piel caliente al tacto irritabilidad, T°= 39.3°C ,diaforesis.	Hipertermia R/C a proceso infeccioso, M/P por piel caliente al tacto irritabilidad, T°= 39.3°C.
Riesgo de aspiración	dificultad en la deglución	taquipnea, cansancio al momento de lactar	Riesgo de aspiración R/C dificultad en la deglución M/P taquipnea, cansancio al momento de lactar

Deterioro de la deglución	trastornos respiratorios	Cansancio al momento de lactar, taquipnea	Deterioro de la deglución R/C trastornos respiratorios M/P Cansancio al momento de lactar, taquipnea
Riesgo desequilibrio nutricional	incapacidad de recibir lactancia materna exclusiva	cansancio al momento de lactar, disminución del apetito, taquipnea	Riesgo desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad de recibir lactancia materna exclusiva, M/P cansancio al momento de lactar, disminución del apetito, taquipnea.
Ansiedad de la madre	Ansiedad de la madre	facie de ansiedad y preocupación de la madre.	Ansiedad de la madre R/C estado de salud de su niño M/P facie de ansiedad y preocupación madre

3.4 PLANIFICACION

3.4.1 Esquema de Planificación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Código: 00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, M/P aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar</p>	<p>Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <p>F.R < 40 X´</p> <p>SatO2 < 95%</p>	<p>Monitorización respiratoria (3350)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración • Registrar los movimientos torácicos, observar la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares • Vigilar si hay fatiga de músculos diafragmáticos • Verificar la necesidad de aspiración auscultando ambos campos pulmonares para ver si hay sonidos agredados como sibilantes, crepitos o roncus en la vía aérea principales • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire • Realizar el seguimiento de los informes radiológicos • Colocar al paciente en cubito lateral, según se indique para evitar la aspiración 	<p>Paciente lactante se encuentra en su unidad, logro disminuir el esfuerzo respiratorio.</p> <p>F.R < 50 x´</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar el tratamiento de terapia respiratoria (Nebulizador) cuando sea necesario • Auscultar ACP para ver si hay ruidos agregados como estridor, roncus crepitantes, sibilantes. <p>Monitorización de los Signos Vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente de presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio • Controlar periódicamente los sonidos pulmonares • Observar si hay cianosis central y periférica • Observar si hay llenado capilar normal • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales • Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio (Profundidad y simetría) • Controlar periódicamente de púlsiosimetría 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<p>Manejo de la vía aérea (3140)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de la vía aérea con la técnica de elevación del mentón o elevación del mentón o tracción mandibular, si es que procede • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible • Identificar al paciente que requiera de manera real / potencial la entubación de vía aéreas • Realizar succión nasal, si es necesario • Administrar tratamientos con aerosol si está indicado • Administración de oxígeno humidificado • Ajuste la ingesta de líquidos para mejorar el equilibrio hídrico • Colocar al paciente en una posición en una disnea • Permeabilizar las fosas nasales con cloruro al 9%, si hay necesidad iniciar con aspiración de secreciones según necesidad. • Colocar y Mantener un acceso venoso permeable 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<p>Oxigenoterapia: (3320)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar la secreción bucal, nasales si es que procede • Mantener la Permeabilidad de la vía aérea • Tener el equipo de oxígeno preparado y administrar a través de un sistema calafateado y humidificado • Colocar en Posición semi fowler paciente • Administrar oxígeno suplementaria por cánula nasal de alto flujo (CNAF), flujo 15 litros x', fio2 a 0.50% • Controlar la eficacia de oxigenoterapia (Saturación de oxígeno, gasometría de sangre arterial), si procede • Si el paciente no mejora en las primeras horas no dudar en un soporte más avanzado • Observar cualquier daño en las fosas nasales producidas por el oxígeno 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay signos de hipoventilación, toxicidad inducida por el oxígeno. • Revisar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita por el medico • Controlar las actividades que aumentan el consumo de Oxígeno (fiebre, escalofríos, dolor o actividades básicas de Enfermería) que pueden desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una • Asegurar la presencia del equipo de emergencia en la cabecera del paciente en todo momento (bolsa de reanimación manual conectada al oxígeno, mascarillas, etc. • Observe otros signos de alarma y solicite reevaluación medica según condición del paciente 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización del estado circulatorio y ventilatorio del paciente previo, durante y posteriormente de cada procedimiento. <p>Administración de medicación intravenosa (23149)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación • Verificación la colocación y permeabilidad del catéter • Administrar la medicación endovenosa con la velocidad adecuada • Administre terapia según indicación médica: corticoides, nebulizador, inhaladores y otro. • Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Código: 00007 Hipertermia R/C proceso infeccioso E/P piel caliente, irritabilidad, temperatura corporal 39.3°C</p>	<p>Termorregulación 0800) T=36.5 a 37 °C</p>	<p>Regulación de la temperatura (3900)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas • Vigilar la temperatura del paciente hasta que se estabilice • Observar el color y la temperatura de la piel • Ajustar a la temperatura ambiental a la necesidad del paciente • Administrar la medicación antipiréticos. • Vigilar estado de hidratación del niño. • Observar periódicamente el color, la humedad y la temperatura de la piel • Vigilar el estado de conciencia observando si presenta convulsiones • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. 	<p>Paciente lactante se encuentra en su unidad afebril , T° 36.6 °C</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<p>Tratamiento de la hipertermia (3786)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales, presión sanguínea, presión arterial, pulso, temperatura y la respiración • Administración de medicamentos antipirético según prescripción médica. • Administrar medicamentos antipiréticos, metamizol 210mg EV stat, luego paracetamol 100 mg vía oral si T° > 38 °C • Realizar baño en tina por 15 o 20 min. Si no se reduce la fiebre. • Aligerar cubiertas y retirar exceso de ropa en el niño. • Realizar medios físicos, con paños de agua tibia en la frente, axila y pies. • Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar balance hídrico estricto. • Fomentar el aumento líquidos intravenosos según indicación médica. • No tapar excesivamente al niño. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del niño 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Código: 00103 Deterioro de la deglución r/c trastornos respiratorios E/P rechazo a la alimentación taquipnea F.R: <63X</p>	<p>Estado de deglución (1010)</p>	<p>Alimentación por sonda (1056)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insertar una sonda orogástrica de acuerdo con el protocolo del hospital • Fijar las sondas de alimentación con esparadrapo • Observar la posición correcta de la sonda examinar la cavidad oral, comprobando el residuo gástrico • Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos x antes de la administrar alimentos o medicaciones • Observar si hay presencia de sonido intestinales cada 4 a 8 horas • Elevar la cabecera de la cama durante de 30 a 45 minutos durante la alimentación 	<p>Lactante queda en su unidad con presencia de sonda orogástrica para alimentación</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal • Irrigar la sonda después de cada alimentación • Comprobar la existencia de residuos cada 4 a 6 horas durante las primeras 24 horas <p>AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACION 1803</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorice signos vitales • Colocar al paciente en una Postura óptima para la alimentación. • Realizar peso diario al paciente, valorando evolución • Valore y vigile el estado de nutricional en forma continua. • Favorecer la alimentación precoz, pero lenta y fraccionada por SOG • Formula maternizada al 13% 130 cc x toma x 8 tomas por SOG 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Efectivice Balance Hídrico estricto • Prestar atención del lactante durante la alimentación • Precauciones para evitar la aspiración. • Valore y vigile el estado de nutricional en forma continua. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Código: 00039 Riesgo de aspiración R/C dificultad a la deglución E/P taquipnea, cansancio al momento de lactar.</p>	<p>Prevención de signos de la aspiración (1918)</p>	<p>Precauciones para evitar la aspiración (3200):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos y capacidad deglutida • Mantener vía aérea permeable • Colocar en posición semi fowler • Mantener el equipo de aspiración disponible • Comprobar la colocación de sonda orogasticos antes de la alimentación • Comprobar los residuos orogasticos antes de la alimentación • Evitar la alimentación, si los residuos son abundantes • Mantener la cabecera de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación • Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración. 	<p>Lactante se encuentra en su unidad con vías aéreas superiores permeables.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<p>Aspiración de las vías aéreas (3160)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolver la necesidad de la aspiración oral y /o traqueal • Auscultación del corazón del feto antes y después del aborto • Disponer precauciones universales: guantes, gafas, mascarillas y mandilones} • Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Código: 00002</p> <p>Riesgo desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad de recibir lactancia materna exclusiva, cansancio al momento de lactar, disminución del apetito.</p>	<p>Ingesta de nutrientes</p> <p>Estado nutricional: (1009)</p>	<p>Monitorización nutricional (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente a los intervalos establecidos • Prestar atención del lactante durante la alimentación • Asegurar las tomas mínimo cada 2 horas • Verificar producción láctea (cantidad suficiente según peso del paciente) • Favorecer la alimentación precoz, pero lenta y fraccionada por SOG • Vigilar la tendencia de pérdidas y ganancias de peso • Observar la presencia de náuseas y vómitos. <p>Manejo de líquidos /electrolitos. (2080)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos de deshidracion. • Peso diario y evaluar la evolución 	<p>Lactante queda en su unidad con SOG recibiendo formula maternizada al 13% 130 cc x toma x 8 tomas por día.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Balance Hídrico estricto (Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones) • Administrar solución intravenosa (cloruro al 9% a 70ml/hora) a un nivel de flujo constante. • Administrar formula maternizada al 13% 130 cc x toma x 8 tomas por SOG. • Vigilar los resultados de laboratorio resultantes en la retención de líquidos (disminución del hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad de la orina) 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Código:00146 Ansiedad de la madre R/C estado de salud de su niño M/p facie de ansiedad y preocupación</p>	<p>Nivel de ansiedad (1211) Impaciencia</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre todos los procedimientos a realizar, incorporando las probables percepciones que se han de probar a lo largo del procedimiento. • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Permanecer con la madre del paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Crear un ambiente que facilite la confianza • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Enseñar a la madre cómo cooperar o participar durante el procedimiento a realizar al lactante. • Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista. • Escuchar con atención. 	<p>Madre se muestra más tranquila y acepta sugerencias.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro • Definir claramente las expectativas de conducta Intentar entender la perspectiva del paciente en una situación estresante • Permanecer con él/ella, para darle seguridad • Dar órdenes simples • Mantener contacto visual al momento de hablar con la madre • Favorecer una respiración lenta y profunda • Reafirmar al paciente en su seguridad persona • Permanecer con el paciente • Utilizar distracción si procede • Instruir a la madre sobre métodos que disminuyan la ansiedad 	

3.5. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

3.5.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:

- S** La madre “refiere que su niño desde hace 3 días, inicia con congestión nasal, estornudos, no tos, hace 2 días se agrega tos productiva poco exigente esporádica, congestión nasal acude al centro de salud Dx: infección viral , indican tratamiento para el hogar , hoy día por la mañana nota respiración rápida ,tos más exigente, madre refiere “que se hunde las costillas, está muy agitado” , secreción nasal, pérdida del apetito, 1 vómitos, indica haber tenido fiebre, los dedos de las manos y de los pies están morados” , por lo que acude al del Hospital de Emergencias pediátricas.
- O** Paciente lactante menor, sexo masculino se encuentra en su unidad de hospitalización pálido, adelgazado, rinorrea, con T° axilar: 39.3°C, diaforético, F.C:170 X', con taquipnea F.R: 63 X', con apoyo de oxígeno por CBN a 3 litros x' SatO2: 95%, P/A: 96/64mmHg, con dificultad respiratoria, aleteo nasal, tiraje subcostal, , disminución del apetito, espiración prolongada, sibilancias a la auscultación.**23.30 horas**, cursa con aumento de F.R. y aumento de trabajo respiratorio (se observa por lactancia materna) por lo que se indica súper lactancia directa e iniciar alimentación por SOG y oxígeno por casco cefálico a 15 litros x'. **3.20 am**, se evidencia mantiene taquipnea y distrés respiratorio marcado a pesar de estar con oxígeno por casco cefálico a 15 litros x, por lo que el Dr. Indica se indica suspender oxígeno por casco cefálico y colocar CNAF a 15 litros x' y fio2 al 50 %.
- A** Disnea, fatiga de los músculos respiratorios R/C, M/P nasal alta, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar
- Hipertermia R/C a proceso infeccioso, M/P por piel caliente al tacto irritabilidad, T°= 39.3°C.
 - Deterioro de la deglución R/C trastornos respiratorios M/P Cansancio al momento de lactar, taquipnea

- Riesgo de aspiración R/C dificultad en la deglución M/P taquipnea, cansancio al momento de lactar
- Riesgo desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad de recibir lactancia materna exclusiva, M/P cansancio al momento de lactar, disminución del apetito, taquipnea.
- Ansiedad de la madre R/C estado de salud de su niño M/P facie de ansiedad y preocupación madre

P - Paciente será capaz de mantener Patrón respiratorio adecuado con apoyo del personal de salud durante el turno.

- Lactante será capaz de mantener temperatura corporal dentro de parámetros normales.
- Lactante mantendrá vías aéreas superiores permeables.
- Lactante queda en su unidad con SOG para alimentación
- Madre se muestra más tranquila y acepta sugerencias.

i Se realizó la valoración del estado general mediante el examen físico.

- Se colocó al paciente en posición semifowler.
- Se mantuvo vías aéreas permeables.
- Se administró aporte de oxígeno por CNAF a 15 litros x, fio2 50%.
- Se controlaron funciones Vitales especialmente la Temperatura cada 2 horas.
- Se administró tratamiento metamizol 210 mg E.V stat según indicación médico.
- se realizó Aspiración de secreciones según necesidad.
- Se realizó Nebulización continua por 3 veces salbutamol 4 gotas más suero fisiológico 3 ml, luego continuar con salbutamol inhalación 4 puff cada hora.
- colocación de sonda orogástrica.

- Se administró antipirético prescrito paracetamol 100 mg vía oral si $T^{\circ} > 38^{\circ}C$
- Se aplicaron medios físicos (Baño en tina por 20 minutos, y compresas húmedas) en una habitación cerrada evitando las corrientes de aire.
- Se administró cloruro de sodio 9% x 1000cc a 70 cc/hora
- Se brindó educación a la madre en el cuidado de su bebe.
- Se promovió el descanso de la madre apoyándola por un periodo considerable para que la madre descanse.
- Se administró tratamiento indicado de hidrocortisona 70mg E.V. cada 6 horas
- Recibió Formula maternizada al 13% 130 cc x toma x 8 tomas por SOG.

E Luego de brindar los cuidados de enfermería, se dejó estable al paciente, con temperatura de $36,6^{\circ}C$, disminuyo el distrés respiratorio, fue disminuyendo el aporte de oxígeno en forma gradual, logrando así mismo que el bebé se muestra más tranquilo, así mismo la madre se sienta más tranquila.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo académico, se utilizó el proceso de atención de enfermería como herramienta para poder guiar el cuidado a un paciente lactante con Bronquiolitis, según el diagnóstico de enfermería encontrados patrón respiratorio ineficaz, implicó una estrecha vigilancia, conservar las vías aéreas permeables, evitar la aspiración y asegurar una ventilación adecuada. Enfermería puede aportar a ello brindando una atención integral, evitando que pueda aparecer complicaciones posteriores.

Se concluye que de acuerdo a los problemas identificados en el paciente lactante se elaboró el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, considerando el modelo de Marjory Gordon para la valoración por patrones funcionales. Se logró dar solución a los problemas identificados según la taxonomía NANDA; se llevó cabo la planificación de los cuidados, se utilizó para los resultados a través de la taxonomía NOC y para las intervenciones (actividades) se utilizó la taxonomía NIC. En la etapa del proceso de ejecución con planes de cuidados de enfermería principalmente enfocados al estado respiratorio, derivado de ellos se implementaron las actividades satisfactorias ya que su estado de salud del paciente mejoro de manera global y finalmente logro la recuperación absoluta culminando con el alta hospitalaria por mejoría.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permitió brindar un cuidado de enfermería forma integral, con calidad y cáliz, favoreciendo la recuperación del su estado de salud. Así mismo es de suma importancia que los profesionales de enfermería tengan conocimiento y manejo de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje contribuyendo a estudios similares al presentado.

El presente trabajo fue útil conforme a las necesidades identificadas para orientar al padre y/o cuidadores del paciente.

RECOMENDACIONES

1. La dirección del Hospital Emergencias Pediátrica fortalecerá la capacitación de los enfermeros del servicio de hospitalización a fin de reducir la estancia de los niños.
2. Actualizar la guía clínica en el proceso asistencial de la bronquiolitis en pacientes pediátricos en el servicio de hospitalización de pediatría del Hospital de emergencias pediátricas, de esa forma mejorar la calidad de la atención y satisfacción del paciente y familia.
3. Reforzar los conocimientos al personal de salud sobre los factores de riesgo asociados a los problemas con bronquiolitis, para una prevención y/o detección precoz de esta enfermedad y así poder ayudar a la disminución de la morbimortalidad de la misma
4. Implementar con trípticos, afiches, 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.
5. Realizar charlas educativas a los padres de familia sobre la importancia de prevenir la bronquitis y como reconocer los signos de alarma en caso de complicaciones de su niño.
6. concientizar a los padres de familia para que lleven oportunamente a sus hijos a las citas programadas en Crecimiento y desarrollo, para llevar un control adecuado de la salud.
7. orientar a la población en general sobre la importancia de las inmunizaciones en los niños menores de 5 años
8. capacitar a las madres sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida para prevenir enfermedades como la bronquiolitis.
9. Brindar información y educación a las madres para el cuidado del lactante durante su estancia hospitalaria.
10. Concientizar a los padres y cuidadores sobre la importancia del lavado de manos para evitar el contagio de los virus respiratorios y recomendarles su realización frecuente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. González Gómez, Efectividad de una intervención educativa en la afectación del bronquiolitis aguda en lactantes Tesis Doctoral España: La Universidad de Barcelona 2018 Disponible en:
<https://www.tdx.cat/handle/10803/665479?locale-attribute=es#page=4>
2. Riza Pérez, Características epidemiológicas de las hospitalizaciones por bronquiolitis. Trabajo Fin de Grado España: Complejo Asistencial Universitario de Palencia 2019 Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/40951>
3. Mendoza Cendejas, Manejo de la bronquiolitis aguda con solución salina hipertónica al 3% vs solución salina hipertónica al 3% más epinefrina para disminuir la severidad del clínico y estancia hospitalaria. Para obtener el grado de especialistas en Pediatría Medica. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes 2016 Disponibles en: <http://hdl.handle.net/11317/464>
4. Pilarce Virgili, Plan de cuidados de enfermería estandarizado en domicilio para intervenciones preventivas de la bronquiolitis en niños. Trabajo fin de grado. España: Universidad de Zaragoza 2016 Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/289987648.pdf>
5. Barranco Balero, Plan de atención de enfermería al lactante con bronquiolitis Trabajo fin de grado. España: Universidad de Zaragoza 2015 Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/289982012.pdf>
6. Espinoza Vera, Estudio clínico epidemiológico de la bronquiolitis aguda del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Tesis para Optar El título profesional. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes 2020 Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12848/1676>
7. Díaz Trigoso, Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en pacientes menores de 2 años en el Servicio de Pediatría del Hospital II - 2 Tarapoto Tesis para Optar El título profesional. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín 2019. Disponible en:
<https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3691/MEDICNA%20>

HUMANA%20-

%20Miler%20D%c3%adaz%20Trigoso.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Gómez Carhuas, Características clínicas, epidemiológicas de la bronquiolitis en menores de 2 años que fueron atendidos en el servicio de emergencia del hospital nacional arzobispo Loayza. Tesis para optar el título profesional Lima: Universidad Federico Villareal 2018, Disponible en:
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2908/UNFV_GOMEZ_CARHUAS_SIDNEY_ALINA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Carbonell Estrany X, Quero Jiménez J; Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección del virus respiratorio sincitial. An Esp Pediatric 2000; 52: 372-4
10. Bustamante Aponte, Factores asociados a evolución desfavorable en pacientes con bronquiolitis aguda hospitalizados en el servicio de pediatría en la Clínica Good Hope Tesis para optar el título profesional. Lima: Universidad Ricardo Palma 2017 Disponible en:
<https://1library.co/document/y8gl14rz-factores-asociados-desfavorable-pacientes-bronquiolitis-hospitalizados-pediatria-noviembre.html>
11. Sánchez Nina, Incidencia, características clínicas y factores asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años en el hospital regional Manuel Núñez butrón de Puno en el año 2019. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/14981/Sanchez_Nina_Ivette_Vanessa.pdf?%20sequence=1&isAllowed=y
12. Barranco Valero, Plan De Atención De Enfermería Al Lactante Con Bronquiolitis Trabajo Fin De Grado. España: Universidad de Zaragoza
<https://zaguan.unizar.es/record/47477/files/TAZ-TFG-2015-2823.pdf>
13. Baquero Rodríguez R, Granadillo Fuentes A. Guía práctica clínica: bronquiolitis. Salud Uninorte 2009; 25: 135-49.
14. Tafur Santillán, Nivel De Satisfacción De Los Padres Sobre El Cuidado De Enfermería Al Niño Menor De 5 Años Con Bronquiolitis Aguda. Servicio De Pediatría. Hospital Regional Virgen De Fátima. Tesis. Chachapoyas 2017 Disponible en:

<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/4445/BC-TES-TMP-3266.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: BRONQUIOLITIS AGUDA
Ludovico Pediatría - VOL 20 #02 - DICIEMBRE 2017
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906430/05_guia_proc_inst-2017-nro-2-pag-26-a-32.pdf
16. Ralston S, Hill V, Martinez M. Nebulized hypertonic saline without adjunctive bronchodilators for children with bronchiolitis. Pediatrics 2010; 126 (3): 520-5

ANEXOS
EVIDENCIA FOTOGRAFICA



ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



BRINDANDO ATENCION AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA



PACIENTE CON OXIGENO POR CASCO CEFALICO



PACIENTE CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO



PACIENTE CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO



CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTE CON CNAF



PACIENTE CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO Y MONITOREO DE F.V.



PACIENTE CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO



PACIENTE CON CANULA NASAL DE ALTO FLUJO



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDRIATICOS



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDRIATICOS