



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREESCOLAR CON
BRONQUIOLITIS**

AUTOR:

CRISTIAN GONZALO SANDOYA MOREIRA

TUTORA:

HINOJOSA GUERRERO MARILU MERCEDES

BABAHOYO - LOS RÍOS – ECUADOR

2021

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	2
Fisiopatología.....	2
Signos y Síntomas	2
Diagnóstico	3
Tratamiento.....	3
1.1 JUSTIFICACIÓN	4
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.3 DATOS GENERALES	6
DATOS PERSONALES	6
HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	6
Hábitos Fisiológicos:.....	6
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	8
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	8
Motivo de la consulta	8
Antecedentes.....	8
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	8
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	9
2.3.1 Valoración Céfal – Caudal	9
2.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍAS DE MARJORY GORDON).....	10
2.3.3 PATRONES FUNCIONES ALTERADOS.....	12
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	12
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	14
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	14

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	20
Proceso de intervención de enfermería.	23
2.8 Seguimiento	23
2.9 Observaciones.	24
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo especialmente a Dios por darme las fuerzas de continuar cuando estado a punto de caer, de igual manera a mis padres que han sido mis pilares fundamentales para seguir, por todo su amor y comprensión en este camino. A mis docentes por brindarme sus conocimientos y a todas las personas que han estado siempre apoyándome y han hecho posible que esté a un paso de culminar mi carrera profesional

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios por permitirme llegar a este momento y darme la fortaleza y sabiduría que he necesitado, a mis padres por su gran apoyo y siempre creer en mí y no dejarme vencer, a mi familia que me brindaron su apoyo en este trayecto de mi vida. A mi tutora Lcda. Marilú Hinojosa por la paciencia y ayuda brindada, a cada uno de mis docentes por los conocimientos brindados, a mis compañeros de carrera que me han ayudado de una u otra manera para llegar a la meta.

TEMA:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREESCOLAR CON
BRONQUIOLITIS**

RESUMEN

El presente caso clínico se realizó en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, pertenece a una paciente pediátrica de sexo femenino, de 2 años edad con un diagnóstico médico de Bronquiolitis, la paciente ingresa de manera ambulatoria al área de emergencia, en compañía de sus padres, orientada en tiempo, espacio, persona y lugar por presentar un cuadro clínico de 24 horas de tos productiva, congestión y secreción nasal, disnea de mediano esfuerzo acompañada de tiraje intercostal; en la auscultación presenta ruidos estertores roncus y sibilancias, el médico menciona que la niña presenta un cuadro respiratorio. Fue atendida en el área de emergencia general, sus signos vitales eran: Presión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 35 x¹, Frecuencia Cardíaca: 95 x¹, Temperatura: 38.5 °C, Saturación de Oxígeno: 91%.

La aplicación del proceso de atención de enfermería nos permite brindarle los cuidados de enfermería necesarios al paciente por el cual se realiza valoración cefalocaudal, por patrones funcionales de Marjory Gordon y exámenes de laboratorio: hemograma completo, bioquímica sanguínea, electrolitos PCR; exámenes de imagen: radiografía de tórax AP, es ingresado a hospitalización de pediatría, se le brindan los cuidados de enfermería, se realiza canalización de vía endovenosa periférica, administración medicamentos de acuerdo a la prescripción médica, control y registro de signos vitales, oxigenoterapia por cánula nasal y demás intervenciones con el objetivo de recuperar la salud del paciente. Palabras Claves: Bronquiolitis Aguda, dificultad respiratoria, proceso de atención de enfermería.

Palabras Claves: BRONQUIOLITIS, DISNEA, CONGESTIÓN NASAL.

RESUME

The present clinical case was carried out at the Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, it belongs to a female pediatric patient, 2 years old with a medical diagnosis of Bronchiolitis, the patient enters the emergency area as an outpatient, in the company of her parents, oriented in time, space, person and place for presenting a 24-hour clinical picture of productive cough, nasal congestion and runny nose, dyspnea on medium exertion accompanied by intercostal retractions; On auscultation, she had rales and wheezing noises. The doctor mentioned that the girl had a respiratory condition. She was treated in the general emergency area, her vital signs were: Blood Pressure: 90/60 mmHg, Respiratory Rate: 35 x1, Heart Rate: 95 x1, Temperature: 38.5 oC, Oxygen Saturation: 91%.

The application of the nursing care process allows us to provide the necessary nursing care to the patient for whom a cephalocaudal assessment is performed, by Marjory Gordon's functional patterns and laboratory tests: complete blood count, blood biochemistry, CRP electrolytes; Imaging tests: AP chest x-ray, he is admitted to pediatric hospitalization, nursing care is provided, peripheral intravenous cannulation is performed, medication administration according to medical prescription, control and recording of vital signs, oxygen therapy by nasal cannula and other interventions with the aim of recovering the patient's health. Keywords: Acute Bronchiolitis, respiratory distress, nursing care process.

Keywords: BRONCHIOLITIS, DYSPNEA, NASAL CONGESTIO

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se realizó en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, pertenece a una paciente pediátrica de sexo femenino, de 2 años edad con un diagnóstico médico de Bronquiolitis, la paciente ingresa de manera ambulatoria al área de emergencia, en compañía de sus padres, orientada en tiempo, espacio, persona y lugar por presentar un cuadro clínico de 24 horas de tos productiva, congestión y secreción nasal, disnea de mediano esfuerzo acompañada de tiraje intercostal; en la auscultación presenta ruidos estertores roncus y sibilancias, el médico menciona que la niña presenta un cuadro respiratorio. Fue atendida en el área de emergencia general, sus signos vitales eran: Presión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 35 x¹, Frecuencia Cardíaca: 95 x¹, Temperatura: 38.5 °C, Saturación de Oxígeno: 91%.

El médico envió una orden de exámenes hematológicos, una radiografía de los pulmones para confirmar la presencia de una Bronquiolitis. Se traslada a la paciente a la sala de pediatría con la saturación de oxígeno en sus valores normales y con la medicación para ser administrada para su pronta recuperación. Se procede a brindar la atención de enfermería basado en los principios básicos de control, cuidado de la paciente más la atención pertinente basada en las necesidades afectadas que presente la paciente para brindarle calidad, cuidado y control de riesgos, se procede el control de signos vitales, realizar examen físico céfalo- caudal, logrando obtener resultados para la historia clínica y estabilizar a la paciente aplicando los cuidados específicos de enfermería adecuados, para referir al médico para la prescripción del tratamiento.

El seguimiento y las actividades que se realizan con la paciente son informadas a los familiares, así como su estado de evolución es vigilado por el personal de salud como son los médicos pediatras y las licenciadas en enfermería, el seguimiento de la paciente pediátrica se realizará en sus días de hospitalización.

I. MARCO TEÓRICO

La bronquiolitis es una infección respiratoria que afecta a la vía aérea pequeña y, principalmente, a los bronquiolos, originando edema, aumento en la producción de moco y, por lo tanto, obstrucción. El principal agente causante es el virus respiratorio sincitial (VRS), y presenta un patrón de incidencia estacional. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, no siendo necesaria la realización sistemática de exámenes complementarios.

Esta enfermedad es una causa importante de hospitalización en niños, se manifiestan en menores de 2 años, muchos niños sanos con bronquiolitis pueden tratarse de forma ambulatoria; sin embargo, los niños con enfermedades pulmonares crónicas debidas a la prematuridad, cardiopatía congénita termodinámicamente significativa, debilidad neuromuscular, experimentan un riesgo aumentado de enfermedad grave. Los niños adquieren la infección por exposición a miembros de la familia infectados, en muchos casos se presentan infecciones en el trato respiratorio superior a niños infectados en guarderías.

Fisiopatología

La bronquiolitis ocurre cuando los virus infectan las células epiteliales de los bronquios y pequeños bronquiolos, causando daño directo e inflamación. El edema, el aumento de mucosidad y el desprendimiento de las células epiteliales recambiadas conducen a obstrucción de las vías aéreas pequeñas y atelectasias. La bronquiolitis es causada en su mayoría por infecciones virales. Aunque la proporción de los diferentes virus causantes de bronquiolitis varía entre estaciones y años, el virus respiratorio sincitial (VRS) es el más frecuente. (Sanz, 2016).

Signos y Síntomas

El cuadro se desarrolla a lo largo de 5-7 días. Comienza con sintomatología de vías respiratorias altas (rinitis, tos y estornudos); al cabo de 2-3 días, aparece dificultad respiratoria con taquipnea, retracciones intercostales, subcostales y

xifoideas. En la auscultación pulmonar aparece alargamiento del tiempo espiratorio con sibilancias. No es habitual la progresión a insuficiencia respiratoria, aunque se considera que con taquipnea >60 rpm aparece hipoxemia e hipercapnia. A los 5-7 días mejora notablemente el cuadro, aunque puede persistir tos o alargamiento de la espiración. En ocasiones puede asociarse, en el curso de la enfermedad, una otitis media o una neumonía. (N Clerigué Arrieta, 2018).

Diagnóstico

El diagnóstico de la Bronquiolitis es clínico, basado en la historia clínica y el examen físico. Actualmente no se recomienda hacer exámenes para diagnosticar la etiología, ya que la identificación del virus no cambia el tratamiento y no es predictor de mejoría clínica en el paciente, únicamente se recomienda buscar el VSR mensualmente en niños que reciben profilaxis, para determinar cuándo es prudente suspender el tratamiento. En cuanto a la radiografía de tórax, se pueden identificar marcas peri bronquiales, hiperinflación, atrapamiento de aire, infiltrados, atelectasias y/o signos de neumonía viral. A pesar de esto, tomar placas de tórax no mejora los resultados clínicos y está asociado a un mayor uso de antibióticos, si hay sospecha de otras enfermedades que presenten un cuadro clínico similar al de la bronquiolitis, es aconsejable hacer los exámenes pertinentes para su diagnóstico. (Nicolás Estrada, 2017).

Tratamiento

1. Mantener una correcta hidratación por vía oral, ofreciendo al lactante líquidos en tomas pequeñas y frecuentes; en aquellos pacientes con bronquiolitis leve que no tienen problemas para alimentarse. Los lactantes que presentan dificultad respiratoria pueden precisar la administración de fluidos intravenosos.
2. Lavados nasales con suero fisiológico y aspirar secreciones para aliviar la congestión nasal, especialmente antes de comer, antes de aplicar cualquier terapia inhalada y antes de dormir.
3. Realizar el uso de medicamento Antitérmicos como lo son “Acetilsalicílico, el paracetamol y/u ibuprofeno” si el paciente presenta un cuadro febril.

4. Posición semi-incorporada, en decúbito supino.
5. Corregir la hipoxia administrando oxígeno con mascarilla facial, a 6-8 litros por minuto de flujo, a los lactantes con una saturación <95%. (A, 2018).

1.1 JUSTIFICACIÓN

La bronquiolitis permanece estando en una de las causas de morbimortalidad en la especialidad de pediatría, incluyendo altas cifras de prevalencia en esta patología, concretamente en pacientes con factores de riesgo en los recién nacidos inmunodeprimidos o transportadores de enfermedades crónicas. (MARIA & CAROLINA, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el principal virus causante de la bronquiolitis, el VRS, tiene un papel predominante en la muerte de casi 4 millones de niños cada año. (OMS, 2020).

La bronquiolitis es la principal causa de hospitalización infantil en los Estados Unidos, con casi 150.000 admisiones por año, siendo más común en los menores de 12 meses de edad. Las tasas de hospitalización por bronquiolitis en los Estados Unidos en los lactantes se han duplicado entre 1980 y 1996, y la proporción de hospitalizaciones por bronquiolitis se ha triplicado, de 5% a 16%.

En el Ecuador la bronquiolitis es considerada como la segunda causa de morbilidad, esta patología se presenta en época de invierno, en otros países del mundo se presenta en verano y otoño e incluso primavera, esta patología tiene mayor prevalencia de acuerdo a las estadísticas INEC, el sexo masculino que femenino, solo un pequeño porcentaje requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales. En las épocas epidémicas (enero a abril en Ecuador), es una de las causas más frecuentes de admisión hospitalaria y uno de los principales motivos de consulta en las unidades de urgencias pediátricas. Aproximadamente el 2% de los casos requieren hospitalización y la mayor parte de los pacientes hospitalizados se encuentran entre los 2 a 6 meses de edad. (Herrera Arreaga & Polonio Andrade, 2017).

Clásicamente, hablar de bronquiolitis implicaba hablar de infección por virus sincitial respiratorio (VSR). Sin embargo, existen otros muchos virus implicados en su etiología. Es importante destacar la alta frecuencia de coinfecciones entre virus y la frecuente asociación entre VSR y neumococo. (TAIPE, 2015).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar intervenciones de enfermería en preescolar pediátrica de 2 años con diagnóstico de Bronquiolitis utilizando la metodología del proceso de atención de enfermería P.A.E.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la sintomatología, y causas de la patología, mediante la valoración del preescolar.
- Valorar por medio de patrones funcionales de Marjory Gordon a la paciente con diagnóstico de Bronquiolitis.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería a la paciente con diagnóstico de Bronquiolitis.
- Evaluar los resultados de evolución del preescolar.

1.3 DATOS GENERALES

DATOS PERSONALES

- **Número de Historia:** 2456789
- **Numero de cedula:** xxxxxxxxxxx
- **Apellido:** xxxxxxxx xxxxxxxxxxx
- **Nombre:** xxxxxxxx xxxxxxxxxxx
- **Nivel de estudio:** Preescolar
- **Edad:** 2 Años
- **Sexo:** Femenino
- **Etnia:** Mestizo
- **Fecha de Nacimiento:** 25/11/2018
- **Estado Civil:** Soltera
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana.
- **Teléfono:** xxxxxxxxxxx
- **Lugar de Nacimiento:** Quevedo
- **Dirección:** Parroquia San Camilo
- **Residencia Actual:** Quevedo.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Hábitos Fisiológicos:

Alimentación: Realiza 3 comidas durante el día, en las cuales consume alimentos sólidos y líquidos, además de 2 aperitivos a la meda mañana y a la media tarde.

Diuresis: Normal

Digestión: Normal

Sueño: Normal

Sexualidad: Soltera

ENF. DE LA INFANCIA: Bronquiolitis.

ENFERMEDADES:

CARDIOVASCULARES:	Sin antecedentes patológicos
RESPIRATORIO:	Bronquiolitis.
GASTROINTESTINALES:	Sin antecedentes patológicos.
NEFROUROLOGICOS:	Sin antecedentes patológicos.
NEUROLOGICOS:	Sin antecedentes patológicos
HEMATOLOGICOS:	Sin antecedentes patológicos.
INFECTOLOGICOS:	Sin antecedentes patológicos.
ENDOCRINOLOGICOS:	Sin antecedentes patológicos.
QUIRÚRGICOS:	Sin antecedentes patológicos.
TRAUMATOLÓGICOS:	Sin antecedentes patológicos.
GINECOLOGICOS:	Sin antecedentes patológicos.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Motivo de la consulta

Paciente pediátrica de sexo femenino de 2 años, acude a emergencia general de manera ambulatoria en compañía de sus padres por un cuadro clínico de tos recurrente acompañada de congestión y secreción nasal, disnea de mediano esfuerzo, acompañado de tiraje intercostal, rostro expresivo por la incomodidad de no respirar de una manera adecuada, a la auscultación presenta estertores roncos y sibilancias, presenta hipertermia, madre refiere que la niña presentó un cuadro respiratorio repetitivo.

Antecedentes

Antecedentes Patológicos personales	Antecedentes familiares	Antecedentes alérgicos	Antecedentes quirúrgicos
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere

2. 2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente pediátrica al momento de ingreso al área consciente, orientada en tiempo espacio y persona con disnea saturando 91%, presencia de tos, con hipertermia; valorada por el médico general de la sala de emergencia, recaba radiografía de tórax con la presencia que da el diagnóstico de Bronquiolitis, después es trasladada a la sala de pediatría.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

2.3.1 Valoración Céfaló – Caudal

Cabeza: normo céfalo, con buena implantación sin presencia de cicatrices, no tumores ni malformaciones, movimientos oculares pupilas isocóricas, normal, foto reactivas, sacos lacrimales permeables, sin edemas.

Oídos: simétricos con buena agudeza auditiva, sin lesiones.

Nariz y senos paranasal: simétricos, poco permeables con abundante congestión y secreción nasal presenta cánula nasal 2 litros x min. Dentadura completa con dientes sin mudar.

Cuello: Simétrico corto movable ausencia de masas no presenta edemas, ganglios no inflamados.

Tórax: simétrico, con abundantes estertores roncus y sibilancias por la Bronquiolitis que presenta.

Abdomen: abdomen blando distendido no doloroso a la palpación con movimientos peristálticos normales.

Genitales: normales no presentan anomalías, con buena higiene, sin presencia de ayuda para miccionar (no hay lesiones en la zona).

Extremidades superiores: simétricas no edematizadas, sin presencia de cicatrices.

Extremidades inferiores: simétricas, sin presencia de cicatrices.

Peso: 12 kg

Talla: 87 cm

IMC: 16

Signos vitales

Presión arterial: 90/60 mmHg

Frecuencia cardiaca: 95 x¹

Frecuencia respiratoria: 29 x¹

Temperatura: 38.9 °C

SPO₂= 91%

2.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍAS DE MARJORY GORDON).

Paciente Pediátrica de sexo femenino de 2 años de edad, consciente, orientada en tiempo espacio y persona, facies semipálidas, toses recurrentes seca, congestión y secreción nasal, rostro expresivo de desesperación por no poder respirar de una manera adecuada con disnea de mediano esfuerzo acude de una manera ambulatoria a emergencia general con sus padres, después es trasladada a sala de pediatría para sus cuidados y valoración.

Patrón Percepción – Manejo de la Salud.

La paciente pediátrica desde pequeña ha tenido problemas con su aparato respiratorio porque ha habido complicaciones el cuadro clínico repetitivo de bronquiolitis que presenta la niña, la primera vez que la niña recayó así mismo fue su diagnóstico de Bronquiolitis.

Patrón Nutricional – Metabólico.

Tiene un peso de 12 kg y una altura de 87 cm su índice de masa corporal es de 16, considerando que la paciente se encuentra con un bajo peso durante su hospitalización la niña mantenía una dieta general, comiendo poco y a veces sin ganas de comer.

Patrón de Eliminación.

Región Abdominal no doloroso a la palpación con movimientos peristálticos normales, eliminación normal y Balance hídrico positivo.

Patrón Actividad - Ejercicio.

Refiere la mamá de la niña que en la casa ella es activa juega con sus primitos que viven junto con ella, cuando ella enfermo y empezó con la disnea ella de mostraba irritable y sin ánimos. Mientras se encontraba hospitalizada la niña dormía normalmente.

Patrón Sueño y Descanso

La paciente en el momento que estuvo hospitalizada durmió con normalidad, no se despertaba ni tampoco se desvelaba. Al inicio de la disnea me menciona la mamá que por lo general la niña cuando jugaba se cansaba constantemente, pero después empezaron las crisis que no podía respirar ya normalmente y no podía conciliar el sueño por la congestión y secreción nasal.

Patrón Cognitivo – Perceptual.

La paciente ingresa a emergencia general llorando por la disnea, congestión y secreción nasal y toses recurrentes que presentaba en ese momento, la mamá se encontraba preocupada al ver el estado de su hija. Le dieron pase a sala de pediatría la paciente llega consciente, orientada en tiempo espacio y persona llorando por su estado de estrés, se valoran sus signos vitales, en el cual su frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno no se encontraban en sus valores normales, piel caliente al tacto, se valoraron sus sentidos no presentaba alteraciones, sus facies son semipálidas.

Patrón Autopercepción – Autocontrol.

Sin ninguna alteración.

Patrón Rol – Relaciones

La paciente se encuentra acompañada de su madre, sus padres están pendientes de ella siempre, la paciente convive con sus tíos, primos y abuelitos en la cual lleva una buena relación con ellos. La paciente juega con sus primos siempre.

Patrón sexualidad – reproducción.

Patrón no apto para la edad.

Patrón Adaptación – Tolerancia al Estrés.

La paciente, en sala de pediatría estaba irritada al momento de administrar medicamentos, las terapias respiratorias no las soportaba no colaboraba la mascarilla se la quería sacar, la vía permeable se le tapaba porque la niña se le movía mucho.

Patrón Valores y Creencias

Familia Católica.

2.3.3 PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- **Patrón Percepción – Manejo de la Salud.**
- **Patrón Nutricional – Metabólico.**
- **Patrón Actividad- Ejercicio.**
- **Patrón Cognitivo – Perceptual.**
- **Patrón Adaptación- Tolerancia al Estrés.**

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

El diagnóstico de bronquiolitis es clínico, por lo que no son necesarios exámenes complementarios de rutina en los pacientes ambulatorios. Se solicitará radiografía de tórax en el paciente que requiera internación. En la paciente se realizó exámenes complementarios para determinar si además de

una Bronquiolitis existe otra enfermedad asociada en ella. (Davenport MC, 2018) .

Los análisis de diagnósticos en cuanto al estudio parlamentario biometría sanguínea como es el siguiente:

Hemograma completo:

- **HCTO:** 37.1% **LEU:** 25.35 **NEU:** 87.5% **LINF:** 7.5% **PLAQ:** 350

Bioquímicos:

- **GLUCOSA:** 70 mg/dl **CREAT:** 0,4 **SODIO:** 138 mEq/L.

Exámenes Radiológicos:

Las características radiológicas de las bronquiolitis son muy variables y se relacionan con la extensión de la afectación, la cronicidad del trastorno y la presencia o ausencia de alteración parenquimatosas subyacente. Con frecuencia y, sobre todo, al principio del proceso, aunque exista lesión histológica subclínica, la radiografía de tórax (Rxt) suele ser normal. En fases más avanzadas los patrones radiológicos a tener en cuenta serán:

- Hiperinsuflación: cuando se ha comparado el grado de variabilidad Inter observador e intraobservador en la interpretación en una Rxt, de los distintos datos de bronquiolitis el hallazgo de hiperinsuflación ha sido el más reproducible.
- Atenuación periférica de las marcas vasculares: en relación con la reducción del calibre de los vasos y/o con la vasoconstricción hipoxémica.
- Bronquiolo ectasias: serán visibles imágenes sugestivas de bronquiectasias sobre todo cuando se afectan vías de mayor calibre, como en el pan bronquiolitis difusa. La clasificación radiológica es de gran utilidad para el

clínico ya que le permite identificar la bronquiolitis con técnicas no invasivas. En condiciones normales la tomografía axial computarizada de tórax con cortes finos (0,63 a 1,25 mm) (TACAR) no permite ver los bronquiolos (estructuras de un diámetro < 2 mm), pero la inflamación, fibrosis, dilatación y la ocupación intraluminal y peribronquiolar engruesan sus paredes haciéndolos visibles en la TACAR.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

En el actual caso clínico se refiere como el **Diagnóstico Presuntivo:** Bronconeumonía. **Diagnóstico Definitivo:** Bronquiolitis.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Al mantener un diálogo con la mamá de la paciente para registrar los datos correspondientes nos indicó lo siguiente:

- La niña desde que cumplió un año de edad empezó con problemas respiratorios con gripes leves y consecutivas.
- Después de las gripes consecutivas empezaron los periodos de toses recurrentes, pensando la mamá que era unos simples resfriados.
- La niña después una fuerte gripe fue llevada al médico en donde le dijo que la niña si no la cuidaba de una manera adecuada puede desarrollar neumonía o bronquio neumonía.
- La niña después de esos simples resfriados, comenzó con fiebre y con problemas de disnea.

Procedimientos a realizar

- La niña llega acompañada de sus padres a la sala de emergencia con disnea, congestión y secreción nasal, toses recurre, en la sala de emergencia, fue valorada por el personal de salud y se determina la presencia de Bronquiolitis.

- Se estabiliza la disnea, congestión y secreción nasal para pasar a la sala de pediatría con la historia clínica y medicamentos listos para administrar.
- Se recibe a la paciente junto a su familiar en la sala de pediatría, con sus medicamentos listos para administrar, se revisa la historia clínica junto con exámenes de laboratorio y radiológicos y su canastilla para el tratamiento.
- Control de signos vitales, se revisa que la vía este permeable para administración de medicamentos.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos mediante la succión.
 - Se atienden las necesidades de la paciente, se registran los medicamentos que se proceden administrar bajo prescripción médica en el Kardex.
 - Se procede a realizarlas las terapias respiratorias con los medicamentos prescritos por el médico.

NANDA: 0032 Patrón respiratorio ineficaz
 NOC: 0403 Estado respiratorio
 NIC: 3140 Manejo de la vía aérea.



Patrón Respiratorio Ineficaz

R/C: Bronquiolitis, Bronconeumonía.

E/P: Disnea, Aleteo Nasal, Alteración de movimientos torácicos, Fatiga.

Dominio: 2: Salud Fisiológico

Clase: Cardiopulmonar

Etiqueta: Estado Respiratorio (0415)

Campo: Fisiológico: Complejo

Clase: Control respiratorio

Etiqueta: Manejo de la vía área (3140)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Disnea de pequeños esfuerzos				X	
Vías áreas permeables			X		
Ruidos respiratorios auscultados			X		
Tos			X		
Uso de músculos accesorios				x	

ACTIVIDADES

- Monitoreo y control de signos vitales cada seis horas.
- Control y permeabilidad de las vías aéreas.
- Oxigenoterapia al 99% por cánula nasal si el paciente lo necesita.
- Eliminación las secreciones fomentando la tos o mediante succión.
- Realizar Terapias Respiratorias con medicamentos prescritos por el médico.
- Administración de medicamentos prescritos por el médico.
- Revisión de la vía permeable.
- Revisión de micro goteo.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S



NANDA: 00033 Patrón Deterioro de la respiración espontanea
 NOC: 0702 Estado inmune
 NIC: 3302 Manejo de la ventilación mecánica no invasiva

Deterioro de la Respiración Espontanea

R/C: Factores metabólicos, Fatiga de los músculos respiratorios.

E/P: Disnea, Empleo de la musculatura respiratoria accesoria, Disminución de la Sa O2.

M
E
T
A

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Dominio: salud fisiológico

Clase: cardio pulmonar

Etiqueta: Estado inmune

Campo: Salud fisiológica

Clase: Respuesta inmune

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Estado Respiratorio			X		
Temperatura corporal		X			
Integridad cutánea			X		
Integridad mucosa			X		

- ACTIVIDADES:**
- Colocar al paciente en una posición semi-Fowler.
 - Aplicar el dispositivo no invasivo asegurando un ajuste adecuado y evitar grandes fugas de aire (cuidado en pacientes desdentados o con barba).
 - Aplicar protección facial si es necesario para evitar daño por presión en la piel.
 - Observar continuamente al paciente en la primera hora después de la aplicación para evaluar la tolerancia.

NANDA: 00007
NOC: 0800
NIC: 3900

DX: Hipertermia
Dominio: Seguridad y Protección **Clase:** Termorregulación

Etiqueta: Ma

R/C: Bronquiolitis

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Regulación metabólica (I)

Resultado: Termorregulación

Campo: Fisiológico complejos

Clase: Termorregulación

Etiqueta: Regulación de la temperatura

E/P: Elevación de la temperatura corporal por encima de los límites normales, Piel enrojecida y caliente,

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria		X			
Temperatura cutánea aumentada		X			
Irritabilidad		X			
Cambios de coloración cutánea			x		

ACTIVIDADES

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
- Utilizar colchón refrigerante y baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

En el presente caso clínico, en lo que corresponde a la teoría de autocuidado específicamente se planteará el de Virginia Henderson citando de ellas las 14 necesidades que se encuentran afectadas en el paciente, como estableció Henderson en cuidado de enfermería es esencial en usuarios que lo necesitan y saber determinarlos simplemente con la evaluación que lo realiza el profesional de enfermería.

De acuerdo a este modelo Virginia Henderson, considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole”. La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad. (Maria Adoración Alba Rosales, 2018).

Las catorce necesidades de Virginia Henderson consideran importante para el óptimo cuidado de las personas y como un desarrollo eficaz y eficiente en el profesional de enfermería. Desde el punto que involucra directamente el profesional sanitario y la persona que en ese momento carece de salud para ayudarla y mantener un vínculo especial.

El profesional enfermero y el paciente forman un equipo para el cuidado rápido, estableciendo un plan de cuidado holístico, en todo ámbito, físico, psicológico, social, y ambiental, mejorando su condición, supliendo las necesidades que tenga afectación o que simplemente ellos no la puedan realizar debido a la patológica que enfrentan.

Todo esto se considera por parte del profesional sanitario como una fuente principal de desarrollo de la carrera por la cual ejerce, lo fundamental es ayudar al prójimo cuando lo necesite y lo requiera hasta lograr el propósito que es el que el individuo recupere su salud.

Henderson además acató que dentro de su modelo teórico que hoy en día es muy mencionado y puesto en práctica por los enfermeros y enfermeras del mundo, establece que es necesario que el paciente a la cual nosotros le brindamos el cuidado tenga la participación directa para dirigir su control y autocuidado. El caso actual de la paciente necesita el cuidado por parte del profesional de enfermería para el proceso de recuperación, el cumplimiento del tratamiento de las terapias respiratorias y el cuidado de sus padres para evitar que la paciente vuelva a enfermarse.

El Objetivo de la teorizante es que los padres asuman la responsabilidad, y la participación del cuidado de la paciente por el bien de ella, evitar que la niña vuelva enfermarse, evitar recaídas y peor aún que empeore. El personal de enfermería está constantemente capacitando a las personas sobre el autocuidado y responsabilidades a la población para evitar enfermedades de todo tipo.

Otros de los puntos de la teorizante que manifestó Virginia Henderson es que es necesario que el profesional de enfermería acompañe a los pacientes hasta su proceso de partida, el acompañamiento hasta el final y hacer todo lo posible para que la persona muera de una manera digna, tranquila y en paz. Existen profesionales que se preparan exclusivamente para esta etapa forman a los familiares y al paciente para este duro momento.

Bajo el PAI descrito anteriormente el cual bajo la teorizante y la utilización de los libros de diagnóstico enfermero NANDA, NOC Y NIC, estos se basan en las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de Virginia Henderson, las cuales se encuentran afectadas en el paciente que refiere el caso expuesto en el actual desarrollo y proceso de enfermería identificaremos los siguientes:

- 1. Respirar normalmente:** Primera afectación de la paciente por la disnea, aleteo nasal que presenta por el diagnóstico de Bronquiolitis.
- 2. Alimentarse e hidratarse:** Se alimenta de una manera inadecuada, el resultado está siendo reflejado por el bajo peso que la niña mantiene.
- 3. Eliminar por todas las vías corporales:** Eliminación urinaria y fecal normal.

4. **Moverse y mantener posturas adecuadas:** Sus movimientos durante su hospitalización ha sido excesivos, la niña ha estado muy inquieta por la presencia de la vía.
5. **Dormir y descansar:** Cuando la niña empezó con la tos recurrente no podía dormir, por la congestión y secreción nasal y la disnea.
6. **Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse:** se mantiene con ropa ligera y cómoda.
7. **Mantener la temperatura corporal:** Al momento del ingreso presentaba alza térmica y con los medicamentos prescritos por el médico mejoró.
8. **Mantener la higiene y la integridad de la piel:** La condición de su piel es normal, no existe desaseo, el cabello, corte largo y normal, las uñas bien cortadas.
9. **Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas:** La niña vive con sus familiares y sus primos.
10. **Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores:** La niña en su tiempo de hospitalización estuvo acompañada de su mamá y su papá, estaba inquieta e irritable.
11. **Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias:** Su familia es católica y la mamá menciona que a su hija le va a inculcar la misma religión.
12. **Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal:** Ninguna ocupación.
13. **Participar en actividades recreativas:** La paciente juega con sus primos y amigos.
14. **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles:** No por el momento.

De las 14 necesidades que se mencionan, las que se encuentran afectadas en la paciente fueron indicadas con el contexto anterior, por lo cual la intervención de enfermería de manera directa por el patrón que se encuentra más afectado a continuación se detalla es el: “Patrón Respiratorio Ineficaz”.

Proceso de intervención de enfermería.

- Monitoreo y control de signos vitales cada seis horas.
- Control de permeabilidad de la vía canalizada.
- Control de micro goteo.
- Administración de medicamentos prescritos por el médico
- Tratamiento de Terapias Respiratorias con Salbutamol y Solución Salina al 0,9 %
- Control de Balance Hídrico.
- Alimentación adecuada.
- Monitoreo de escala de riesgo de caídas
- Correcta colocación de la pulsera de identificación.

2.8 Seguimiento

La paciente de sexo femenino de 2 años de edad con diagnóstico de Bronquiolitis consciente, orientada en tiempo espacio y persona, con facies semipálidas, mucosas húmedas por la congestión y secreción nasal, cuello sin alteraciones, se administra oxígeno por cánula nasal en la sala de emergencia, extremidades simétricas tanto superiores como inferiores, abdomen no doloroso a la palpación, pasa a sala de pediatría con signos vitales estables, a excepción de la saturación y la frecuencia respiratoria con cánula nasal a 2 ltrs x minuto, con vía venosa permeable en el miembro superior izquierdo con tratamiento pasando por el plan de hidratación se brinda confort y cuidados de enfermería control de signos vitales, administración de medicamentos y terapias respiratorias según indicadas por el médico.

Desde el momento de su ingreso la paciente requiere estar bajo constante observación debido a sus signos vitales, fijar de manera adecuada la vía canalizada, para evitar que la misma se salga o se obstruya, por el tratamiento de las terapias respiratorias. Al segundo día la paciente se mostraba un poco inquieta por su deseo de jugar y moverse, pero por la vía canalizada casi no podía hacer. Dejó de utilizar la cánula nasal su saturación y su frecuencia respiratoria fueron estables. La administración de medicamentos prescritos por el médico y las terapias respiratorias cada dos horas fueron de gran ayuda para

la evolución de la paciente. Se realizaba control de signos vitales y control de balance hídrico en cada guardia.

Al tercer día la prescripción de medicamentos siguió siendo la misma a excepción de las terapias respiratorias que fueron cuatro horas con medicamentos para la Bronquiolitis, la disnea ya no se había vuelto a presentar tenía dos días en observación médica y de enfermería. Se administraba por vía oral el Bromuro de Ipratropio cada tres horas eso le ayudaba mucho a desgarrar secreciones nasales.

Al cuarto día la niña fue valorada por el médico, ausculto los pulmones de la niña y mencionó, no escuchar sibilancias y estertores roncus y determinó darle el alta pues la evolución de la niña había sido favorable, siguió con tratamiento para el asma utilizando un inhalador de Bromuro de Ipratropio.

Medicación prescrita por el médico:

- Cloruro de sodio al 0.9% 1000ml pasar IV a 50 ml/h.
- Ceftriaxona 600mg pasar IV cada 12 horas
- Hidrocortisona 20mg pasar IV cada 8 horas
- Bromuro de Ipratropio 2 puff cada 3 horas
- **TERRES:** Cloruro de Sodio al 0,9% 3 ml + Salbutamol 12 gotas + 2 UI de Dexametasona cada 2 horas
- Oxígeno por cánula nasal a 2 litros por razones necesarias.

2.9 Observaciones.

La paciente cuando llegó fue ingresada primero a emergencia por la falta de aire presentaba disnea y saturaba 91% el equipo de salud la estabilizó y después le dieron el pase parase sala de pediatría, se le brindan los cuidados de enfermería y control del personal del área de la unidad, la evolución de la niña fue favorable mejorando en los tres días siguientes, sin la necesidad de colocarle de nuevo la cánula de oxígeno, gracias a los cuidados de enfermería y las prescripciones del médico la niña se recuperó y se fue de alta.

CONCLUSIONES

En el presente caso clínico la conclusión fue la siguiente:

La paciente de 2 años de edad que fue diagnosticada con Bronquiolitis, es una enfermedad en niños mortal si no es tratada a tiempo y si no sigue un tratamiento riguroso, la niña en cuatro días fue evolucionando y mejorado poco a poco porque desde un principio se siguió una serie de técnicas y procedimientos para que mejore su salud rápidamente, el personal que la atendió en la sala de emergencia la atendió de una manera inmediata, ya en el paso a la sala de pediatría fue atendida y supervisada para que la niña cumpla su tratamiento con sus medicamentos y principalmente sus terapias respiratorias que fueron de gran ayuda para ayudar en su proceso de recuperación.

Los padres de la paciente aseguraron el cumplimiento del tratamiento en casa para evitar más riesgos en su proceso respiratorio.

Al igual que a los médicos el profesional de enfermería mantiene a través de su intervención oportuna en su preparación y diagnósticos de enfermería, emiten al médico la condición del paciente y esto podría salvar la vida del mismo, Es necesario que el profesional y el paciente creen un vínculo especial para completar el tratamiento de una manera rápida y sencilla, la madre de la paciente quedara muy agradecida por que se recupera de una manera muy rápida y eficiente y nosotros cómo profesionales de la salud tendremos una satisfacción de haber ayudado a su recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A, C. C. (2018). Bronquitis y Bronquiolitis . *Pediatría Integral* , 35-40.
- Davenport MC, L. M. (2018). *PEDIATRIA PRACTICA* . Argentina .
- García, R. A. (2018). *Bronquiolitis* . España : Adventure Books.
- Herrera Arreaga, D. M., & Polonio Andrade, E. C. (29 de 08 de 2017). *Prevalencia de Bronquiolitis en niños menores de 2 años*. Obtenido de Prevalencia de Bronquiolitis en niños menores de 2 años: <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/3710>
- Maria Adoración Alba Rosales, J. C. (2018). *Proceso Enfermero dese el modelo de cuidados de Virginia Henderson*. España : Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén .
- MARIA, H. A., & CAROLINA, P. A. (29 de 07 de 2017). *Trabajo de Titulación* . Obtenido de Trabajo de Titulación : <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/3710/1/PREVALENCIA%20DE%20BRONQUIOLITIS%20EN%20NI%C3%91OS%2C%20HERRERA%20Y%20POLONIO.pdf>
- N Clerigué Arrieta, M. C. (2018). *Bronquiolitis* . España : Ribadeo .
- Nicolás Estrada, P. A. (2017). Bronquiolitis: una perspectiva actual. *Revista Pediátrica* , 73-77.
- OMS. (2020). *Infolusus*. Obtenido de Infolusus: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-estima-principal-virus-causante-bronquiolitis-causa-muerte-millones-ninos-ano-20081202180757.html>
- Sanz, J. P. (2016). Bronquiolitis y Bronquitis . *Pediatría Integral*, 28- 37.

Anexos



Ingreso de signos vitales del paciente al sistema



Revisión de medicamento, antes de su respectiva administración al paciente



Se supervisa a la paciente, para verificar mejoría sobre tu

Document Information

Analyzed document	Cristian Sandoya Moreira.docx (D130910229)
Submitted	2022-03-20T13:41:00.0000000
Submitted by	Hinijosa Guerrero Marilu
Submitter email	mhinojosa@utb.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	mhinojosa.utb@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/ Fetched: 2020 11-13T11:33:41.3600000	 1
W	URL: https://www.octavioroman.com/bronquiolitis/ Fetched: 2021 02-05T05:36:20.8570000	 1
W	URL: https://www.doccity.com/es/bronuiolitis-en-recien-nacido/7254510/ Fetched: 2022 03-20T13:41:22.3400000	 1
W	URL: https://www.apelizalde.org/revistas/2018-1-ARTICULOS/RE_2018_1_PP_1.pdf Fetched: 2021-10-04T15:45:43.9970000	 1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / AGUIRRE VELOZ CINTHIA BEATRIZ.docx Document AGUIRRE VELOZ CINTHIA BEATRIZ.docx (D112593497) Submitted by: loterot@utb.edu.ec Receiver: loterot.utb@analysis.arkund.com	 1



Firmado electrónicamente por:
MARILU MERCEDES
HINOJOSA GUERRERO