



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería.

TEMA:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LACTANTE MENOR CON
GASTROENTERITIS MAS INFECCIÓN A LAS VÍAS URINARIAS

AUTOR:

MILAGROS ALEXANDRA COBOS TUMAILLA

TUTORA:

LIC. AMADA GOMEZ PUENTE

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TÍTULO DEL CASO CLINICO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.3 Datos generales.....	16
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	17
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE)	17
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	17
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	18
2.4. ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIO	21
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	22
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	23
.....	26
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	27
2.8. SEGUIMIENTO	27
2.9. OBSERVACIONES	29
CONCLUSION	30
Bibliografía	31
ANEXOS	34

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por bendecir cada día y mantenerme hasta este momento con salud y vida, protegiéndome y fortaleciéndome para llegar a la meta trazada en mis estudios.

A mi amado padre, Vicente Cobos quien me apoyo, aconsejo y confió en mi en este duro camino a pesar de todas nuestras dificultades, a mis hermanos Fernando y Martha quienes también me motivan a seguir adelante, a mi tía Patricia Cobos quien fue uno de los pilares fundamentales, quienes me dieron su apoyo para poder emprender mis estudios universitario.

A mi madre Rosa Tumailla, mi razón de seguir adelante y cumplir con mis metas propuestas.

A mi mejor amiga Stephany Guzmán, quien fue un gran apoyo y ayuda en los momentos más difíciles, pero logramos salir siempre adelante juntas

A la gente que creyó en mí y me dio su apoyo moral y a los que no creyeron en mí también, porque me ayudó a demostrarles que si es posible.

COBOS TUMAILLA MILAGROS ALEXANDRA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por permitirme llegar hasta esta etapa de mi carrera, por darme las fuerzas y la sabiduría para lograr tener este logro.

A mis padres y a mis hermanos, que son el motor que me ayudo a perseverar, que me mantiene en pie cada día y no me permitió retroceder hasta lograr alcanzar mi meta.

A mis tíos que siempre me aconsejaron y me dieron aliento, primos que hoy me ven como una inspiración para también avanzar en sus estudios.

A mis compañeros de clases y de internado que pusieron su fe en mí y me apoyaron y no me dejaron retroceder (tanto de la universidad como los que conocí en mi internado).

A mis docentes que durante estos años me impartieron no solo conocimientos, sino también consejos he inspiración, que me enseñaron lo hermoso de esta tan noble profesión.

COBOS TUMAILLA MILAGROS ALEXANDRA

TÍTULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LACTANTE MENOR
CON GASTROENTERITIS MAS INFECCIÓN A LAS VÍAS URINARIAS**

RESUMEN

La gastroenteritis es una inflamación de las membranas mucosas del tracto gastrointestinal, que a menudo ocurre al mismo tiempo, causando principalmente fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. La diarrea se define como un aumento en el número o volumen de las heces, o una disminución en el líquido en comparación con los hábitos intestinales previos de un individuo. Si dura menos de 3-4 semanas, se considera aguda, y si dura más, se considera persistente/crónica.

El presente estudio de caso se realizó, con un paciente de sexo femenino, lactante menor de 9 meses de edad, que acude a la casa de salud, por presentar \pm 4 horas de evolución caracterizado por presentar deposiciones fecales líquidas en un número de 10 aproximadamente, madre refiere que el menor presentó emesis no cuantificada, hipertermia no cuantificada, aftas bucales. Paciente lactante menor es hospitalizado en la casa de salud en compañía de su progenitora, es atendido por personal de salud inicialmente con acceso venoso para hidratación, se aplica medicación prescrita, se vigila la evolución del paciente tras exámenes de laboratorio correspondientes y se continúa con el Proceso de Atención de Enfermería planteado.

Para la realización de este estudio de caso se utilizó una metodología de diagnóstico donde utilizaremos la historia clínica del paciente, en conjunto al examen físico y el diagnóstico médico de nuestro paciente.

PALABRAS CLAVES: gastroenteritis, náuseas, vómitos, crónica, hidratación.

ABSTRACT

Gastroenteritis is an inflammation of the mucous membranes of the gastrointestinal tract, which often occurs at the same time, mainly causing fever, nausea, vomiting, diarrhea and abdominal pain. Diarrhea is defined as an increase in the number or volume of stool, or a decrease in fluid compared to an individual's previous bowel habits. If it lasts less than 3-4 weeks, it is considered acute, and if it lasts longer, it is considered persistent/chronic.

The present case study was carried out with a female patient, infant under 9 months of age, who goes to the health home, presenting \pm 24 hours of evolution characterized by presenting liquid fecal depositions in a number of approximately 10, mother reports that the minor presented unquantified emesis, unquantified hyperthermia, mouth ulcers. A minor nursing patient is hospitalized in the health home in the company of his mother, he is cared for by health personnel initially with venous access for hydration, prescribed medication is applied, the evolution of the patient is monitored after corresponding laboratory tests and treatment continues. Nursing Care Process raised.

To carry out this case study, a diagnostic methodology was used where we will use the patient's medical history, together with the physical examination and the medical diagnosis of our patient.

KEY WORDS: gastroenteritis, nausea, vomiting, chronic, hydration.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis es una infección o inflamación del revestimiento del estómago o del intestino delgado que puede ser causada por un agente infeccioso. Virus, bacterias, parásitos, toxinas químicas, drogas. En los países más desarrollados, la prevalencia de este virus gástrico se acerca a los 38 millones por año, se asocia a una mortalidad de 325-425 por año y es una causa común de hospitalización en la población pediátrica (9% en menores de 5 años). (Sánchez Monge, 2021).

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre las infecciones bacterianas más comunes en pediatría, con 8 a 10% niñas y 2 a 3% niños que tienen ITU sintomática antes de los siete años, más comunes en los niños durante el primer trimestre. la supervivencia y la fertilidad aumentan predominantemente en niñas después de un año de edad, con una alta probabilidad de recurrencia (>30%) debido a la reinfección por un microbio diferente al de la primera presentación, especialmente durante el primer año después del brote inicial. (González Rodríguez & Rodríguez Fernández, 2014)

En el presente caso clínico se expondrá el caso de un paciente de sexo femenino, lactante menor de 9 meses de edad que presenta un cuadro clínico de \pm 4 horas de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal, deposiciones fecales liquidasen un numero de 10, madre refiere que el menor presentó emesis no cuantificada, hipertermia no cuantificada, aftas bucales. Tras la respectiva atención médica se procede a realizar la exploración física, posteriormente se envía a realizar exámenes de laboratorio para un diagnóstico definitivo y a su respectivo tratamiento médico y enfermero.

1. MARCO TEÓRICO

Definición

Gastroenteritis

La gastroenteritis es la inflamación de las membranas mucosas del tracto gastrointestinal, principalmente del estómago y los intestinos, de origen infeccioso, que a menudo ocurre simultáneamente, causando fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal como debilidad predominante. (Laura García Albarrán, 2018)

La gastroenteritis es una disfunción o inflamación intestinal causada por microorganismos, que pueden ser bacterias, virus, parásitos o protozoos o sus toxinas enterotoxinas, citotoxinas, neurotoxinas. Es una de las principales causas de enfermedad a nivel mundial y una de las principales causas de muerte en los países en desarrollo. (Manuel Mirón Rubio, 2008)

Diarrea

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la diarrea se define como heces sueltas o acuosas, tres o más veces al día. La diarrea es la segunda causa principal de muerte en niños menores de 5 años y mata a 525.000 niños cada año.

Deshidratación

La deshidratación ocurre cuando el cuerpo pierde más agua de la que absorbe, es decir, cuando el balance hídrico es negativo, se desplaza hacia la deshidratación. A menudo acompañado de alteraciones en el equilibrio corporal de minerales o electrolitos, especialmente sodio y potasio. (Cieh, 2019)

Etiología

Hay muchos tipos de bacterias, virus y parásitos que pueden causar gastroenteritis. Los agentes implicados con mayor frecuencia variaron según las condiciones socioeconómicas y sanitarias de la zona y la edad del paciente. En países con mejores condiciones sanitarias, como Chile, las etiologías virales

tienden a predominar, mientras que las bacterias y los parásitos son más comunes en las regiones menos desarrolladas. La variación con la edad puede explicarse por los cambios en los hábitos alimentarios y de comportamiento, la consecución de una respuesta inmunitaria eficaz y la presencia de comorbilidades. (Lucero, 2014)

TABLA 1

ETIOLOGIA	EPIDEMIOLOGIA	PRESENTACION CLINICA
Virus: Rotavirus	Causa mas frecuente de la GEA severa en niños <5 años. Responsable de 20-40% de las hospitalizaciones por GEA en este grupo.	Incuba 1-3 días; se presenta con fiebre, vómitos y diarrea acuosa que habitualmente dura 3-7 días
Norovirus:	Causa mas frecuente de brotes de GEA, puede afectar todas las edades. Se asocia a 10-20% de las GEA que requieren hospitalización en niños <5 años	Incuba de 12-48 horas; se presenta con vómitos y diarrea que habitualmente duran de 2-5 días; ocasionando fiebre.
Bacterias: Shigella spp.	Causa mas frecuente de disentería en niños <5 años de países en desarrollo.	Incuba de 12-48 horas. Fiebre alta, anorexia, náuseas, dolor abdominal y diarrea acuosa y/o disentería. Ocasionalmente puede asociarse a encefalopatía y convulsiones.
Salmonella spp.	Zoonosis. Causa frecuente de brotes de GEA asociada a alimentos. La variante S. enteritidis es la mas frecuente. Alta frecuencia de resistencia a antibióticos.	Incuba de 6-72 horas; luego comienzo agudo. Fiebre, dolor abdominal y diarrea (habitualmente acuosa y autolimitada). La disentería es menos frecuente que en

		Shigella y ECEH. Puede asociarse a enfermedad invasora en inmunocomprometidos.
Escherichia coli diarreogenica	En conjunto representa 15-30% de las GEA que requieren hospitalización. Actualmente se reconocen 6 patotipos: ECET, ECEP, ECEH, ECEA, ECEI, ECAD. La frecuencia de cada uno varia de acuerdo a la región.	La mayoría de los patotipos se asocia a diarrea acuosa, que puede llegar a ser severa, asociada a vómitos. ECEH puede producir diarrea con sangre y eventualmente desencadenar el síndrome hemolítico urémico.
Campylobacter spp.	Zoonosis. Mayor frecuencia en países desarrollados (5-20% de GEA hospitalizados) que en vías de desarrollo. La especie más frecuente es C. jejuni, seguida por C. coli.	Incuba de 1-7 días. Puede producir diarrea acuosa o disentería. Puede asociarse a compromiso sistémico, fiebre e intenso dolor abdominal (puede confundirse con apendicitis aguda). Posteriormente puede desencadenar el Síndrome de Guillan Barre.
Clostridium difficile	Causa frecuente de brotes de GEA en hospitales y asilos, afectando especialmente a adultos mayores y pacientes tratados recientemente con antibióticos de amplio espectro. En los últimos años ha emergido una variante denominada	Se asocia a diarrea acuosa o disentería, eventualmente podrían aparecer pseudomenbranas en las deposiciones. En pacientes debilitados puede dar fiebre y deshidratación severa.

	“hipervirulenta” que se asocia a los brotes de GEA severa.	
PARASITOS: Cryptosporidium parvum	Zoonosis, transmisión por consumo de agua y alimentos contaminados, 3-20% de diarrea aguda en <5 años de países en desarrollo. Frecuente en inmunosuprimidos.	Incuba de 3-12 días; luego comienzo agudo de diarrea acuosa que puede ser profusa, fiebre, vómitos y dolor abdominal. Duración habitual de la diarrea de 7-10 días, puede prolongarse hasta un mes. Diarrea crónica en inmunosuprimidos.

Elaborado por: Milagros Cobos

Fuente: (Lucero, 2014)

La mayoría de los niños tienen episodios de gastroenteritis que provocan diarrea y vómitos. La causa más común es el virus que se transmite por el aire o por contacto con heces infectadas. Las bacterias en los alimentos o bebidas también pueden causar gastroenteritis, la mayoría de los ataques son leves, pero los ataques agudos pueden ser graves, especialmente en niños pequeños que pueden deshidratarse (Collins, 2003).

Epidemiología

Cada año ocurren entre 3 y 5 mil millones de casos, principalmente en países en desarrollo y en niños menores de 5 años. En los países en desarrollo, donde los niños son más vulnerables y el acceso a la atención de la salud no es fácil, se estima que entre 1,5 y 2,5 millones de niños mueren cada año a causa de la diarrea por gastroenteritis. En los países desarrollados, donde los niños están bien alimentados y tienen acceso a una excelente atención médica y, lo que es más importante, líquidos por vía intravenosa cuando es necesario, las consecuencias no son tan graves. Sin embargo, la gastroenteritis aguda sigue siendo un problema común en Ecuador. Cada año, la gastroenteritis es la causa

de aproximadamente 1,5 millones de visitas al médico, 200 000 hospitalizaciones y de 100 a 300 muertes. (Cochran, 2020).

Factores de riesgo

Existen varios posibles factores de riesgo para la gastroenteritis, pues es bien sabido que puede ser causada por bacterias, virus y parásitos y entre los principales factores tenemos:

Vía fecal – oral: las personas con gastroenteritis suelen sentirse incómodas al evacuar, si durante este proceso no se limpian adecuadamente y después de preparar alimentos y objetos, esta acción puede volverse peligrosa, convirtiéndose en la puerta de entrada para la propagación del virus. (J. Reyna Figueroa, 2015)

Alimentos o agua contaminados: Esta será la ruta más probable de transmisión de enfermedades, porque estos alimentos y agua contaminados contienen bacterias, especialmente bacterias como E. coli, Salmonella. Por lo tanto, es extremadamente importante mantener la higiene y almacenar adecuadamente estos alimentos y agua. (Gómez-López, 2015)

La edad: los niños menores de 5 años, los lactantes suelen ser más susceptibles a estos patógenos y corren el riesgo de propagar la enfermedad con mayor facilidad, los esquemas de vacunación inadecuados también inciden en este problema de salud.

Inmunocomprometidos: Las poblaciones que mantienen una mala salud del sistema inmunológico o VIH-SIDA, son propensas a infecciones virales. (Gutiérrez Castrellón, 2015)

Desnutrición: Los recién nacidos tienen las defensas débiles, tienden a ser susceptibles a las infecciones, y no ser amamantado durante los primeros 6 meses de vida puede ser perjudicial para la vida del niño, puede provocar enfermedades digestivas, diarreas o gastroenteritis. Falta de higiene: La falta de higiene es definitivamente la causa de la gastroenteritis, por eso no debemos descuidar la higiene en la vida para prevenir la gastroenteritis.

Manifestaciones clínicas

Gastroenteritis viral

Entre las infecciones virales, la diarrea acuosa es el síntoma más común; las heces rara vez tienen moco o sangre. En bebés y niños pequeños, la diarrea causada por el rotavirus puede durar de 5 a 7 días. Se presentan vómitos en el 90 % de los pacientes y fiebre $>39\text{ }^{\circ}\text{C}$ ($>102,2\text{ }^{\circ}\text{F}$) en alrededor del 30 %. La norovirus generalmente causa vómitos de inicio agudo, calambres abdominales y diarrea, con síntomas que duran de 1 a 2 días. En los niños los vómitos son más importantes que la diarrea, mientras que en los adultos suelen predominar los vómitos. El paciente también presentó fiebre, dolor de cabeza y dolor muscular. (Boyce, 2019)

El signo revelador de la gastroenteritis por adenovirus es la diarrea que dura de 1 a 2 semanas. Los bebés y niños afectados pueden experimentar vómitos leves, que generalmente ocurren 1 o 2 días antes del inicio de la diarrea. El paciente número 50 tenía hipertermia leve. Los síntomas respiratorios pueden estar presentes. Los síntomas suelen ser leves, pero pueden durar más que otras causas virales de gastroenteritis. (Boyce, 2019)

Gastroenteritis bacteriana

- ✓ Las bacterias patógenas que ingresan al cuerpo del paciente tienen fácilmente manifestaciones clínicas como fiebre, tenesmo, sangre en las heces.
- ✓ La infección por *E. coli* generalmente comienza con diarrea acuosa que dura de 1 a 2 días, seguida de diarrea sanguinolenta. Sin fiebre ni temperatura baja.
- ✓ Las bacterias que producen enterotoxinas a menudo causan diarrea acuosa. *S. aureus* y algunas cepas de *B. cereus* provocan principalmente vómitos.

Gastroenteritis parasitaria

En general, las infecciones parasitarias provocan diarrea subaguda o crónica. La

mayoría causa diarrea sin sangre; una excepción es e. histolytica, responsable de la disentería amebiana. La fatiga y la pérdida de peso son comunes con la diarrea persistente. (Boyce, 2019)

Transmisión

Las infecciones gastrointestinales se pueden transmitir:

- ✓ Por alimentos contaminados
- ✓ Transmisión de persona a persona: si una persona infectada va al baño y sale sin lavarse las manos, sosteniendo alimentos y objetos.
- ✓ En mariscos recolectados en aguas contaminadas.
- ✓ En la carne cruda molida, la leche sin pasteurizar está contaminada.
- ✓ El agua potable contaminada cuando se ingiere puede causar infección.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico requiere valoración y evaluación los siguientes aspectos:

- ✓ Antecedentes familiares de gastroenteritis en contacto con la población afectada.
- ✓ Edad, los lactantes son los más susceptibles a la enfermedad.
- ✓ Historia de consumo de alimentos contaminados.
- ✓ Historia de nuevos alimentos.
- ✓ Antecedentes de toma de laxantes, antibióticos.
- ✓ Características de las deposiciones.
- ✓ Fiebre alta

Si un examen físico adicional muestra deshidratación moderada o severa, haga lo siguiente: Hemograma

- ✓ Ionograma, urea, creatinina, glucemia.
- ✓ Gasometría.
- ✓ Análisis de orina: uroanálisis, densidad u osmolalidad.
- ✓ Coprocultivo en casos que muestre un interés epidemiológico.

(Joan Costa, 2015)

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, cabe señalar que la rehidratación es la clave del tratamiento, debe iniciarse lo antes posible, y durante el tratamiento de la gastroenteritis, no se debe interrumpir la alimentación regular y, de ser así, solo cuando sea necesario. Por lo general, no se necesita medicación, sin embargo, la duración y la intensidad de los síntomas pueden reducirse mediante el uso de probióticos seleccionados. (Joan Costa, 2015)

Si hay un grado de deshidratación, la acción recomendada es:

- ✓ Rehidratación oral durante 4 -6 horas, excepto en casos de deshidratación severa o vómitos frecuentes.
- ✓ Mantener la alimentación del niño o alimentarlo nuevamente dentro de las 5 horas de la rehidratación.
- ✓ No dejar de amamantar.
- ✓ El consumo de probióticos en dosis adecuadas siempre que lo prescriba un médico.
- ✓ fluidos y electrolitos.
- ✓ El uso de antibióticos profilácticos es controvertido. Se debe considerar el autotratamiento (tratamiento temprano por el mismo paciente) en lugar de profiláctico, ya que muestra una eficacia similar.

(Badillo Navarro k, 2020)

Prevención

El factor clave para prevenir la gastroenteritis, además del tratamiento médico prescrito por su médico, será siempre en primer lugar, el correcto lavado de manos, con agua y jabón, para cualquier procedimiento que se realice, entre muchos más. d la importancia de la preparación de los alimentos, antes de dar este paso debemos asegurar la higiene de manos y alimentos para evitar ingerir bacterias que se encuentran en frutas, verduras, legumbres, mantener los

alimentos limpios son muy importantes para evitar problemas de salud graves. En el caso de un paciente con gastroenteritis bacteriana, es importante seguir una serie de pasos para una recuperación óptima. Los padres, representantes y tutores de un niño, al ser dado de alta del hospital, son los primeros responsables del cuidado de un menor, es necesario mencionar ciertas actividades que permitirán que el niño tenga una evolución positiva:

- ✓ Dar a los niños suficiente agua para beber regularmente.
- ✓ Tome soluciones de rehidratación, según lo sugiera su médico.
- ✓ Iniciar una dieta regular lo antes posible.
- ✓ Si es un infante, no deje de amamantar o darle biberón.
- ✓ Esté atento a los signos de deshidratación.
- ✓ Respetar los medicamentos recetados.
- ✓ Mantener la máxima higiene para evitar el contacto.

(Cinfa, 2018)

Infecciones del tracto urinario en niños.

La ITU es una infección del tracto urinario. La infección puede afectar diferentes partes de las vías urinarias, incluida la vejiga (cistitis), los riñones (pielonefritis) y la uretra, que es el conducto que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior. (Medline Plus, 2018)

Causas

- ✓ Las infecciones del tracto urinario (ITU) pueden ocurrir cuando las bacterias ingresan a la vejiga o los riñones. Estas bacterias son comunes en la piel alrededor del ano. También pueden estar presentes cerca de la vagina. Normalmente, no hay bacterias en el tracto urinario. Sin embargo, ciertos factores pueden facilitar que las bacterias entren o permanezcan en el tracto urinario. Incluido:
 - ✓ Un problema en las vías urinarias, llamado reflujo vesicoureteral.
 - ✓ Esta condición a menudo está presente al nacer, lo que permite que la orina regrese a los uréteres y los riñones.

- ✓ Las enfermedades del cerebro o del sistema nervioso (como mieloma, lesión de la médula espinal, hidrocefalia) dificultan el vaciado de la vejiga.
- ✓ Tomar un baño de burbujas o usar ropa muy apretada (niñas).
- ✓ Anomalías congénitas o estructurales del tracto urinario.
- ✓ No orinar con la suficiente frecuencia durante el día.
- ✓ Limpiarse desde atrás (cerca del ano) hacia adelante después de ir al baño. En las niñas, esto puede llevar bacterias a la estoma urinaria.

Epidemiología

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre las infecciones bacterianas más comunes en pediatría, con 8 a 10% niñas y 2 a 3% niños que tienen ITU sintomática antes de los siete años, más comunes en los niños durante el primer trimestre. La supervivencia y la fertilidad aumentan predominantemente en niñas después de un año de edad, con una alta probabilidad de recurrencia (>30%) debido a la reinfección por un microbio diferente al de la primera presentación, especialmente durante el primer año después del brote inicial. En cuanto a las tasas de ITU por raza, algunos estudios han mostrado una mayor prevalencia en los asiáticos, seguidos de los niños y niñas blancos e hispanos, y por último entre los estadounidenses. La afectación renal aguda se produce en el 50- 80% los niños y niñas con ITU febril, de los cuales desarrollarán afectación cicatricial parenquimatosa aproximadamente un 20%, lo que supone un 10-15% todos los pacientes, y en menor proporción y según el grado de afectación, hipertensión arterial (HTA), proteinuria y progresión del daño renal. La prevalencia de reflujo vesicoureteral (RVU) diagnosticado tras una ITU oscila entre el 18 y el 38%, siendo mucho menor la de otras uropatías subsidiarias de intervención quirúrgica desde la generalización de los estudios ecográficos rutinarios durante la gestación, si bien la repercusión de dichos estudios con respecto al riesgo de anomalías nefro urológicas en niños con ITU no ha sido bien establecida ni estandarizada (González Rodríguez & Rodríguez Fernández, 2014)

Definición y clasificación

Conceptualmente, las infecciones urinarias asociadas con el crecimiento bacteriano en el tracto urinario suelen ser estériles combinadas con síntomas

clínicos consistentes y deben diferenciarse de las infecciones urinarias asintomáticas (BA) No hay síntomas o signos de una infección del tracto urinario. Desde un punto de vista práctico, las ITU sintomáticas se pueden clasificar en una que afecta al parénquima renal (pielonefritis aguda [PAN]) y otra que no lo afecta (infección del tracto urinario inferior o cistitis). En la práctica clínica diaria, el término infección urinaria febril se utiliza a menudo para referirse a la PNA, pero se debe aclarar que esto no significa necesariamente que la infección urinaria febril se asocie con daño renal. Las ITU se consideran recurrentes si hay dos o más episodios de APN, un episodio de ANP y uno o más episodios de cistitis, o tres o más episodios de cistitis en un año. Finalmente, las infecciones del tracto urinario deben considerarse atípicas o complicadas si el paciente presenta sepsis, masa abdominal o vesical, diuresis baja, creatinina plasmática elevada o falta de respuesta al tratamiento después de 8 a 72 horas e infecciones del tracto urinario causadas por otros organismos que *Escherichia coli*.

Proceso de atención de enfermería

Definición

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para recopilar información e identificar problemas individuales, familiares y comunitarios para la planificación, implementación y evaluación de los cuidados de enfermería. Por lo tanto, la aplicación del método científico en el trabajo de enfermería. El proceso de enfermería requiere habilidad especializada y habilidades emocionales, cognitivas y motoras para observar, evaluar, decidir, actuar, evaluar e interactuar con los demás. Asimismo, se requiere conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todos estos son necesarios para ayudar a los destinatarios de los cuidados, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su máximo potencial de salud.

Importancia del proceso de enfermería

El proceso de enfermería como herramienta de la práctica profesional puede garantizar un cuidado de calidad para los cuidados: individuos, familias o comunidades. También proporciona la base para el control operativo y los medios

para sintetizar y realizar la investigación en enfermería. Asegurar que la atención personalizada beneficie al cuidador ya la persona que recibe el cuidado, y se pueda evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería (AR de Taborda, 1999)

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso está organizado para operar en cinco fases cíclicas, interdependientes y progresivas:

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planeación
4. Ejecución-Intervención
5. Evaluación

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Esta etapa ayuda a identificar factores y circunstancias que orientan la identificación de problemas actuales, potenciales o potenciales que reflejan el estado de salud del individuo.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La segunda etapa, diagnóstico de enfermería, es una declaración del problema real de alto riesgo o condición de salud del sujeto del cuidado que requiere intervención para abordarlo o minimizarlo con conocimiento de enfermería.

TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN

Esta tercera fase del proceso de enfermería busca desarrollar estrategias específicas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

En la cuarta etapa de atención, se realizan intervenciones de enfermería.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La etapa final del cuidado de enfermería evalúa de manera regular y sistemática la respuesta del paciente a las intervenciones implementadas para determinar su progreso hacia el logro de las metas establecidas, diagnosticar diagnósticos de enfermería, metas y/o plan de atención.

(MJP Hernández · 2002)

1.1 JUSTIFICACIÓN

La gastroenteritis bacteriana es una enfermedad caracterizada por el deterioro de la función intestinal con infección directa del estómago y los intestinos, causada por bacterias que se pueden encontrar en diversos lugares, incluyendo agua contaminada, alimentos contaminados o mal procesados que, al ser ingeridos, provocan un sinnúmero de problemas de salud. Entre ellos, esta patología mencionada. Es muy importante estudiar este tema, ya que este es un problema de salud que se está volviendo urgente en nuestra sociedad, en la atención primaria de salud, estos casos son muy frecuentes, sobre todo en grupo de lactantes, debido a que son vulnerables por falta de conocimiento para ingerir esta sustancia tipo de factores, es importante resaltar la importancia del cuidado de los padres, que en muchos casos es ocasionado por esta condición. Allí es necesario educar a las familias sobre esta enfermedad, sus manifestaciones clínicas, sus riesgos y cómo prevenirla.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre las infecciones bacterianas más comunes en pediatría, con 8 a 10 niñas y 2 a 3 niños que tienen ITU sintomática a los siete años, más comunes en los niños durante el primer trimestre. La supervivencia y la fertilidad aumentan predominantemente en niñas después del año de edad, con una alta probabilidad de recurrencia (>30%) debido a la reinfección por un microbio diferente al de la primera presentación, especialmente durante el primer año después del brote inicial.

Los objetivos principales de este estudio de caso fueron implementar cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con gastroenteritis e infecciones del tracto

urinario, y desarrollar un plan de cuidados de enfermería y restablecer el estado de salud de los pacientes. enfermería a través de la clasificación NANDA, revelando los diagnósticos de enfermería, realizando las intervenciones correctas de la NIC y posiblemente alcanzando las metas futuras de la NOC.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería a lactante menor con desnutrición gastroenteritis más infección de vías urinarias

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fundamentar científicamente la patología manifestada por la lactante y su trastorno.
- Realizar la valoración de enfermería mediante técnicas seleccionadas de acuerdo al caso.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas identificados en el paciente.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería al paciente utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Evaluar los resultados de la aplicación del proceso de atención de enfermería mediante el seguimiento de la evolución clínica del paciente.

1.3 Datos generales

Nombres y Apellidos: NN

Nacionalidad: ecuatoriana

Provincia: Bolívar

Edad: 9 meses

Sexo: Femenino

Historia clínica: 0000000000

Raza: mestizo

Hijos: Ninguno

Fecha de nacimiento: 14 de julio del 2021

Estado civil: Ninguno

Nivel académico: Ninguno

Grupo sanguíneo: ORH+

Lugar de nacimiento: Guaranda/Bolívar

Lugar de Residencia: San Miguel de Bolívar

Ocupación: Ninguna

Nivel sociocultural/económico: medio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE)

Lactante femenino de 9 meses de edad, nacido por medio de parto normal es trasladado por su progenitora hasta esta casa de salud, ingresa al área de triage del Hospital Básico San Miguel para solicitar atención medica de pediatría pues refiere que su niño hace diarreas en número de 10 en aproximadamente un lapso de tiempo de 4 horas, madre refiere que el infante presentaba vómitos inexplicables sin datos específicos, dolor abdominal, no especificado. Hipertermia, orina amarilla, indica que el niño orina muchas veces con poca presencia de aftas bucales, al momento el lactante se presenta con estado general decaído e irritable.

Antecedentes personales

Antecedentes alérgicos: sin antecedentes alérgicos.

Antecedentes quirúrgicos: sin antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes patológicos personales: sin antecedentes patológicos.

Antecedentes familiares

Antecedentes paternos: no refiere

Antecedentes maternos: no refiere

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

Lactante masculino de 9 meses de edad, al momento presenta dolor abdominal, diarreas en número de 10 en aproximadamente un lapso de tiempo de 4 horas, emesis no cuantificadas y sin datos característicos, alza térmica no cuantificada, la orina de color amarillo orina muchas veces en pocas cantidades, presencia de aftas bucales, tras sintomatología se procede a realizar exámenes de laboratorio, mismos que serán anexados en información de exámenes complementarios por lo que el medico decide su ingreso hospitalario.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Valoración céfalo caudal

Cabeza: Simétrica, buena implantación de cabello y distribución normal sin alteraciones en cuero cabelludo, no alopecia color marrón, facies pálidas, pupilas normales isocóricas y reactivas, nariz fosas nasales permeables y semihúmedas, no se evidencia desviación del tabique nasal permeables, oreja con implantación normal, conducto auditivo externo permeable, boca mucosa deshidratada.

Cara: mucosas orales semi húmedas, facies pálidas, pupilas isocóricas normo reactivas.

Cuello: Simétrico, no presenta adenopatías, flexible no doloroso a los movimientos ni a la palpación, extensión y flexión.

Tórax: Se auscultan campos pulmonares ventilados, movimientos torácicos simétricos.

Abdomen: Blando, distendido, doloroso a la palpación, superficial y profunda, ruidos intestinales presentes.

Genitales: sin signos clínicos de infección, no cicatrices, no edema.

Ano: sin lesiones.

Extremidades: simétricas, no presencia de edema, no cianosis.

Estado de Conciencia: lactante letárgico.

Medidas antropométricas

✓ **Peso:** .8.5 Kg

✓ **Talla:** 70 cm

SIGNOS VITALES

Frecuencia cardiaca: 140x'

Frecuencia respiratoria: 44x'

Temperatura axilar: 37°C

Saturación de Oxígeno: 97%

Escala de Glasgow: 13/15

Valoración por patrones funcionales según Marjorie Gordon

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud

Lactante de sexo femenino al momento permanece en su unidad se encuentra al cuidado de su madre, debido a su corta edad. Se realiza interrogatorio para tener conocimiento de la percepción de la salud a la madre quien no conoce de la enfermedad es poco colaboradora, pero se observa que el lactante no está en buenas condiciones higiénicas refiere madre que tiene el esquema de vacuna completo hasta la edad, pero no lo lleva a controles médicos solo cuando se enferma. Patrón funcional alterado

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Madre refiere que tiene una buena succión de leche materna, pero por cuestiones del trabajo de la madre no le da el pecho materno las veces necesarias a pesar de que dice que ya le incrementa coladas y comida de la que consumen ellos y algunas veces comen en la calle de la cual también es alimentado él bebe. Paciente tras internación y valoración pediátrica permanece con lactancia materna la misma que es bien tolerada, se le mantiene con hidratación por vía intravenosa y administración de medicamento. Patrón funcional alterado.

Patrón 3: Eliminación e intercambio

Ha tenido muchas deposiciones líquidas a más de emesis, la micción es de color amarillo y varias veces al día no cuantificada las veces por lo que usa pañal desechable, pero lo empapa mucho, lo cual va acompañada también por vómitos. Patrón funcional alterado

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Paciente no refiere ninguna alteración, lactante se encuentra consciente muy poco dinámico.

Patrón funcional no alterado.

Patrón 5: Descanso-Sueño

Paciente al momento se encuentra somnoliento, tras cuadro clínico de vómitos y diarreas, pero no presenta alteraciones. Patrón funcional no alterado.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo:

Paciente al momento se encuentra activo, responde a estímulos físicos y verbales, pero su dolor lo expresa en llanto. Patrón funcional alterado.

Patrón 7: Autopercepción – Auto concepto:

Paciente al momento no presenta alteración a nivel psicológico y emocional. Patrón funcional no alterado.

Patrón 8: Rol – Relaciones:

Madre del lactante refiere que el menor no tiene inconvenientes con su entorno social, tiene buena relación con su familia. Patrón funcional no alterado.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción:

Paciente se encuentra en etapa de lactancia materna con vida sexual inactiva. Patrón funcional no alterado.

Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés:

Paciente muestra tranquilidad frente a los cuidados que le prestan los médicos en la unidad hospitalaria, tras supervisión de su madre, quien en brazos lo mantiene para su cuidado. Patrón funcional no alterado.

Patrón 11: Valores y creencias:

Madre e hijo tienen confianza y creencia en Dios y en su pronta recuperación del menor. Patrón funcional no alterado.

Patrones Disfuncionales

- Percepción-Manejo de la Salud
- Patrón eliminación e intercambio

- Nutricional-Metabólico
- Cognitivo – perceptivo

2.4. ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIO

Los exámenes de laboratorio que se realizaron:

TABLA 2: HEMOGRAMA

HEMOGRAMA		
	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
WBC	9.34 10 ⁹ /l	[5.00 – 11.00] 10 ⁹ /l
LYM	2.12 10 ⁹ /l	[1.30 – 4.00] 10 ⁹ /l
MID	0.29 10 ⁹ /l	[0.30 – 1.00] 10 ⁹ /l
GRA	6.94 10 ⁹ /l	[2.40 – 7.00] 10 ⁹ /l
LIM%	22.60 %	[19.1 – 48.5] %
MID%	3.10 %	[4.5 – 12.1] %
GRA%	74.30 %	[43.6 – 73.4] %
RBC	4.22 10 ¹² /l	[3.79 – 5.78] 10 ¹² /l
HGB	11.60 g/l	[1.5 – 17.3] g/l
HCT	34.98 %	[34.00 – 53.9]0 %
MCV	83.00 fl	[84 – 96] fl
MCH	27.40 pg	[27.5 – 32.4] pg
MCHC	33.10 g/l	[31.7 – 34.2] g/l
RDWs	34.40 fl	[36.2 – 49.7] fl
RDWcv	14.50 %	[11.1 – 14.0] %
PLT	316 10 ⁹ /l	[156 – 342] 10 ⁹ /l
PCT	0.26 %	[0.16 – 0.36] %
MPV	8.10 fl	[8.3 – 12.1] fl
PDWs	12.40 fl	[11.1 – 19.7] fl
PDWcv	40.00 %	[37.8 – 43.6] %

FUENTE: PROPIA - EXAMENES DE LABORATORIO

TABLA 3: COPROPARASITARIO

ESPORAS	++
---------	----

POLIMORFOS	20%
A. COLI	+

FUENTE: PROPIA - EXAMENES DE LABORATORIO

TABLA 4: UROANALISIS

Células epiteliales	++
Leucocitos	1-3 xc
Hematíes	1-2 xc
Cristales	
Cilindros	
Bacterias	+++
Filamentos mucosos	++

FUENTE: PROPIA - EXAMENES DE LABORATORIO

Los resultados que se obtuvieron tras realizar los respectivos exámenes de laboratorio en conjunto a la valoración física dieron como respuesta el diagnóstico de gastroenteritis por E. coli. El paciente lactante menor es hospitalizado en emergencia pediátrica con diagnóstico de gastroenteritis con la sintomatología presentada, aplicando al paciente pediátrico acceso venoso periférico para hidratación parenteral, administración de medicamentos, nada por vía oral, aseo diario y cuidados de enfermería para evolución positiva

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

- **Diagnóstico presuntivo**

Paciente con dolor abdominal

- **Diagnóstico diferencial**

Lactante con dolor abdominal y deshidratación

- **Diagnóstico definitivo**

Lactante con gastroenteritis más infección de vías urinarias

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

En base a los datos recabados del paciente y cuando se realiza el diagnóstico médico (gastroenteritis), se aplica el protocolo de enfermería, valorando los diversos cambios presentes en el paciente, se instaura el tratamiento precoz, debido a la aplicación de intervenciones de enfermería, vida. Se previnieron complicaciones que amenazaban sus manifestaciones clínicas ya existentes.

Conductas que determinan el origen del problema

- Consumo de alimentos contaminados.
- Ajuste su dieta en consecuencia.
- Consumir agua no pura y contaminada

Indicaciones médicas

En el caso de gastroenteritis bacteriana, el personal de enfermería debe actuar lo antes posible, tratando de estabilizar al paciente, siendo el caso de pacientes pediátricos que requiere mucha más precaución, previa evaluación médica, se realizarán las siguientes intervenciones:

- ✓ Control y vigilancia de signos vitales.
- ✓ Hidratación a través de acceso venoso periférico.
- ✓ Administración adecuada de medicamentos
- ✓ Nada por vía oral.
- ✓ Aseo diario del paciente.
- ✓ Peso diario del paciente
- ✓ Cuidados de enfermería.

Tratamiento

Destroza en agua al 5% 1000ml más 40 UEQ sodio más 20 MQ potasio pasar 52 ml por hora

Paracetamol 220 mg IV cada 6 horas

Ampicilina más sulbactam 725 ml IV cada 6 horas (200mg/kg/día)

Metamizol 150 mg IV PRN

Prebióticos avial vía oral cada 12 horas

Sulfato de zinc 1 ml VO QD

Metronidazol 3ml VO cada 8 horas

NANDA: 00013

NOC: 0501

NIC: 0460

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O

(00013) Diarrea

R/C: inflamación gastrointestinal

E/P: pérdida de heces líquidas más de 3 en 24 horas

Dominio II: salud fisiológica

Clase: (F) Eliminación

Etiqueta: Eliminación intestinal

Campo I: Fisiológico básico

Clase: 2B Control de Eliminación

Etiqueta: manejo de diarrea (0460)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación				x	
Control de movimientos intestinales			x		
Cantidad de las heces				x	
Ruidos abdominales			x		

ACTIVIDADES

- Identificar el origen de la diarrea.
- Evaluación del perfil de fármacos por efectos secundarios gastrointestinales
- Evaluar la ingesta registrada observando el contenido de nutrientes observar si hay signos y síntomas de la diarrea.
- Practicar acciones activas relacionadas con el descanso (dieta NPO)
- Infusión de fluidos parenterales y medicamentos según indicación.
- Control de ingresos y gastos a través del balance hídrico.
- Recoja muestras de heces para cultivo y prueba de sensibilidad si la diarrea persiste.
- Observe la piel alrededor del ano en busca de irritación o úlceras.

NANDA: 00016
NOC: 0503
NIC: 0590

(00016) Deterioro de la eliminación urinaria

R/C: infección del tracto urinario

E/P: micciones frecuentes

Dominio II: salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación				x	
Micción frecuente			x		
nicturia				x	

Clase: (F) Eliminación

Etiqueta: (0503) eliminación urinaria

ACTIVIDADES

- Registrar la hora de la primera micción después del procedimiento según corresponda
- Controlar la producción de orina, incluida la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color, según corresponda.
- Registrar la hora de la última excreción de orina, según corresponda.

Campo I: fisiológico básico

Clase: 2B Control de Eliminación

Etiqueta: 0590 manejo de eliminación urinaria

M
E
T
A
S

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

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La profesión de enfermería desde sus inicios ha fomentado el arte de cuidar a las personas, considerándolo un bien privado que propicia el gozo físico y mental de muchas personas en momentos en que su salud decae, es por esto que la profesión de enfermería Nutrir no es solo una profesión, es una vocación que hay que cuidar y desear, como el arte de la sublimación a través de las generaciones.

En el caso clínico actual, se basa en la teoría de Sor Callista Roy. Adaptarse, porque en su experiencia profesional como enfermera, a través de su paso por varios hospitales, incluido el de pediatría, ha podido comprobar que los pacientes pediátricos son capaces de una adaptabilidad asombrosa. El modelo de Callista Roy se define y conoce como una teoría que contiene cinco elementos esenciales que son:

- El paciente, persona que recibe la atención y cuidados.
- Meta establecidas que se adapten a los cambios expuestos.
- Salud.
- Entorno.
- Actividades enfermeras que permitirán una adaptación positiva.

Todos los elementos que forman parte de esta teoría están interrelacionados. Así, por la adaptación del grupo a través de sus cuatro modos y subsistemas de estabilidad e innovación, la comunidad gana salud, es decir, adaptación. Para Roy, la salud consiste en ser y llegar a ser un todo integrado, una unidad de persona o grupo en relación armoniosa con el medio ambiente. (Aarón Muñoz Devesa, 2015). El objetivo de esta teoría es que los pacientes pediátricos puedan adaptarse activamente a los cambios a los que estarán expuestos, brindándoles cuidados y actividades adecuadas para una evolución clínica positiva.

2.8. SEGUIMIENTO

25/04/22

Paciente pediátrico junto al cuidado de su familiar tranquila consiente, orientada febril semi hidratada fascias rosadas, abdomen blando doloroso a la palpación

presenta deposiciones diarreicas en mucha cantidad se canaliza vía periférica permeable se administra medicación prescrita, la paciente realiza 10 deposiciones diarreicas más un vomito de contenido alimenticio ingresa al área de pediatría y se brinda cuidados de enfermería

26/04/22

Paciente pediátrico durante la noche descansa a intervalos en compañía de familiar activa reactiva realiza alzas térmicas fascias pálidas mucosas hidratadas abdomen suave depresible doloroso a la palpación realiza deposiciones blandas de color verdoso en poca cantidad, se administra medicación prescrita se brinda cuidados de enfermería, pendiente exámenes de laboratorio.

27/04/22

Niña de 9 meses de edad durante el turno activo reactivo bajo la compañía y cuidados del familiar signos vitales dentro de los valores normales fascias ligeramente pálidas, mucosas orales semi hidratadas tórax simétrico abdomen suave poco doloroso a la palpación presenta deposiciones diarreicas por ocasiones de característica verdosa liquidas mal olor se brinda cuidados de enfermería se administra prescripción prescrita por medico vía periférica permeable.

28/04/22

Paciente pediátrica femenina de 9 meses de edad activa reactiva durante la noche descansa tranquila en compañía de su familiar afebril los signos vitales dentro de parámetros normales sus fascias pálidas abdomen suave depresible no doloroso a la palpación su vía periférica permeable con hidratación se administra la medicación prescrita se brinda cuidados de enfermería

29/04/22

Paciente pediátrico de 9 meses de edad durante el día permanece bajo el cuidado de su familiar tranquila ambulatoria en condiciones estables consiente orientada signos vitales dentro de parámetros normales afebril hidratada fascias pálidas abdomen suave depresible no doloroso a la palpación eliminaciones fisiológicas presentes vía periférica permeable se administra medicación prescrita y se brinda cuidados de enfermería

2.9. OBSERVACIONES

Gracias a los cuidados de enfermería y prescripción de medicamentos, el paciente evolucionó sin problemas. Durante la estancia hospitalaria, el paciente pediátrico estuvo en estricto control con manifestaciones clínicas de gastroenteritis e infección urinaria, según profesional de guardia, utilizamos medicamentos para ayudarlo a recuperarse pronto.

CONCLUSION

Al final de este estudio clínico, se puede desarrollar un plan de enfermería que presente pacientes pediátricos con gastroenteritis en riesgo de infección, utilizando las clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Se determinó qué patrones funcionales estaban afectados y por lo tanto los diagnósticos de enfermería eran idénticos a partir de los problemas identificados. presentado, debido a los exámenes de laboratorio porque como enfermeras tenemos que hacer promoción y prevención de la salud.

En este documento encontramos un caso clínico de un lactante menor de 9 meses que padecía de gastroenteritis e infección de vías urinarias, por manipulación inadecuada de alimentos y consumo de agua impura, complicación de salud que ha padecido personal no supervisado. Aquí es donde entra el padre o tutor, impartiendo los conocimientos proporcionados por el personal médico. Debemos cooperar en lo posible con el paciente y la familia del paciente para que sepan cómo tratar al paciente cuando regrese a casa, recordando que este paso es muy importante, para la recuperación completa del paciente determinado.

Bibliografía

- Aarón Muñoz Devesa, I. M. (2015). El modelo de Adaptación de Callista Roy en el proceso de institucionalización de la Enfermería. Revista de actualización de enfermeras, 12.
- Badillo Navarro k, B. G.-H. (2020). Diarrea del viajero. Prevención y tratamiento. Guía de infecciones en pediatría. Guía rápida para el tratamiento antimicrobiano empírico., 2. Obtenido de <https://guia-abe.es/temas-clinicos-diarrea-del-viajero-prevencion-y-tratamiento>
- Boyce, T. G. (Junio de 2019). Manual MSD. Obtenido de Gastroenteritis: Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/gastroenteritis/gastroenteritis>
- Cieha. (Octubre de 2019). Cieha. Obtenido de Deshidratación: Obtenido de <https://cieah.ulpgc.es/es/hidratacion-humana/deshidratacion>
- Cinfa. (5 de Noviembre de 2018). Cinfa. Obtenido de ¿Cómo tratar la gastroenteritis infantil?: Obtenido de <https://www.cinfa.com/noticia/como-tratar-lagastroenteritis-infantil-adios-al-mito-de-la-dieta-blanda/>
- Cochran, W. J. (Febrero de 2020). Manual MSD. Obtenido de Gastroenteritis en niños: Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/trastornos-digestivos-en-ni%C3%B1os/gastroenteritis-en-ni%C3%B1os>
- Colledge, H. (2019). Healthtools. Obtenido de Gastroenteritis bacteriana: Obtenido de <https://healthtools.aarp.org/es/health/los-diferentes-aspectos-de-lagastroenteritis-bacteriana>
- Collins, D. J. (2003). La salud del bebé y del niño. Madrid, España: R.R. Donnelley.
- Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández, D. J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 50.}
- Gómez-López, A. D. (2015). Infección por astrovirus en niños con gastroenteritis. Enfermedades infecciosas y microbiología, 199-201. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X01726122?via%3Dihub>
- Gutierrez Castellón, P. A. (2015). Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años; Un enfoque basado en la evidencia. Anales de pediatría, 220-220.
- J. Reyna Figueroa, V. V.-H.-A. (2015). Evaluación de la seguridad de la vacuna contra rotavirus en lactantes. Vacunas, 54-60. Obtenido de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1576988710700121?via%3Dihub>

- Joan Costa, I. P. (2015). Gastroenteritis aguda en el niño. Guía Práctica clínica, 28-28. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_464_Gastroenteritis.pdf
- Laura García Albarrán, R. A. (Septiembre de 2018). GASTROENTERITIS AGUDA. GUÍAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS, 11. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/guia-actuacion-gea.pdf>
- Lucero, Y. (Mayo de 2014). Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Elsevier, 25. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articuloetiologia-manejo-gastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>
- Lucerol, Y. (Mayo de 2014). Elsevier. Obtenido de Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos: <https://www.elsevier.es/esrevista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etilogia-manejogastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>
- Manuel Mirón Rubio, O. E. (2008). Protocolos tratamiento antimicrobiano. Sociedad Española de Medicina Interna, 11. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/guia-actuacion-gea.pdf>
- Martín, C. G. (2017). Gastroenteritis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, 12.
- Mayo Clinic. (10 de Octubre de 2010). Obtenido de E. Coli: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/e-coli/symptomscauses/syc-20372058>
- Mundial, C. M. (2021). BupaSalud. Obtenido de Gastroenteritis: <https://www.bupasalud.com.ec/salud/gastroenteritis>
- OMS. (2 de Mayo de 2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Enfermedades diarreicas: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diarrhoealdisease#:~:text=Se%20define%20como%20diarre%20la,de%20heces%20sueltas%20o%20l%C3%ADquidas>

- Sánchez, M. (30 de Julio de 2020). CuidatePlus. Obtenido de Gastroenteritis : <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/gastroenteritis.html>
- Sánchez-Monge, M. (27 de Enero de 2021). Cuídate Plus. Obtenido de Gastroenteritis: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/gastroenteritis.html>
- AR de Taborda, (1999). Proceso de atención de enfermería. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5331980.pdf>
- MJP Hernández, (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería.
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
-

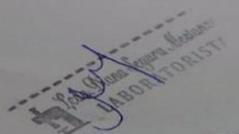
ANEXOS

BIOMETRIA HEMATICA

	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GLOBULOS BLANCOS	5,800mm ³ ✓	5.000- 10.000 mm ³
HEMATOCRITO	37,1 % ✓	40 %- 52%
HEMOGLOBINA	12,9 g/dl ✓	13,3g/dl- 15,0g/dl
GLOBULOS ROJOS	3'900.000 mmc	4' 500.000-6' 200.000 mmc
PLAQUETAS	268.000 xmm ³ ✓	150.000 – 400.000mm ³

FORMULA LEUCOCITARIA

	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
SEGMENTADOS	75,9 % ✓	40%- 60%
LINFOCITOS	17,9%	20%- 40%
OTRAS CELULAS	6,2 %	



LABORATORISTA



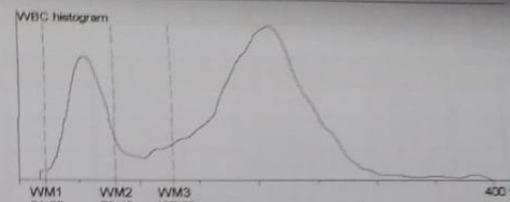
DIANA MIRYAN
SEGURA
MESTANZA

FIRMA

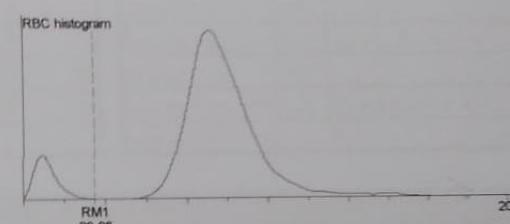
Parameter:	Result:	Limit:
WBC:	9.34 10 ⁹ /l	[5.00 - 11.60]
LYM:	2.12 10 ⁹ /l	[1.30 - 4.00]
MID:	0.29 10 ⁹ /l	[0.30 - 1.00]
GRA:	6.94 10 ⁹ /l	[2.40 - 7.60]
LYM%:	22.60 %	[19.1 - 48.5]
MID%:	3.10 %	[4.5 - 12.1]
GRA%:	74.30 %	[43.6 - 73.4]

RBC:	4.22 10 ¹² /l	[3.79 - 5.78]
HGB:	11.60 g/l	[11.5 - 17.3]
HCT:	34.98 %	[34.00 - 53.90]
MCV:	83.00 fl	[84 - 98]
MCH:	27.40 pg	[27.5 - 32.4]
MCHC:	33.10 g/l	[31.7 - 34.2]
RDWs:	34.40 fl	[36.2 - 49.7]
RDWcv:	14.50 %	[11.1 - 14.0]

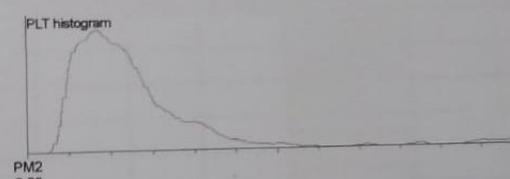
PLT:	316.00 10 ⁹ /l	[156 - 342]
PCT:	0.26 %	[0.16 - 0.36]
MPV:	8.10 fl	[8.3 - 12.1]
PDWs:	12.40 fl	[11.1 - 19.7]
PDWcv:	40.00 %	[37.8 - 43.6]



WBC histogram



RBC histogram



PLT histogram

Recibo: 1200pm

Dra. Carmen Calderón Z
Esp. Medicina General Integrada
C.I. 1721344545



Doctor.

1 HEMATOLOGICO

HCTO	%	HB	g/l	VCM		RETICULOCITOS	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN		mm/h		HCM		DREPANOCITOS	
PLAQUETAS		mm ³		CHCM		GRUPO - FACTOR Rh	
LEUCOCITOS				HPOCROMIA		COOMBS DIRECTO	
METAM	%	BASOF		% ANISOCITOSIS		COOMBS INDIRECTO	
CAYAD	%	MONOC		% POIKILOCIT		TIEMPO DE SANGRIA	
SEGME	%	LINFO		% MICROCITOSIS		TIEMPO DEPTROMBINA	mg
EOSIN	%	ATIP		% POLICROMAT		TIEMPO T. PARCIAL	mg

3 COPROLÓGICO

COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS	H	FIBRAS	
CONSIST		GLOBULOS ROJOS		MOJOS		ALMIGÓN	
pH		POLIMORFOS	20%	MOCO		GRASA	
PROTOZOARIOS		QUISTE		TROFOZOITO		HELMINTOS	
						HUEVO	
						LARVA	

S. Coli (H) *S. Coli (B. enter)*

2 UROANÁLISIS

ELEMENTAL	MICROSCÓPICO
DENSIDAD	LEUCOCITOS POR CAMPO
pH	PROCTOS POR CAMPO
PROTEÍNA	ERITROCITOS POR CAMPO
GLUCOSA	CELULAS ALTAS
CETONA	BACTERIAS
HEMOGLOBINA	HONGOS
BILIRRUBINA	MOCO
UROBILINOGENO	CRISTALES
NITRITO	CILINDROS
LEUCOCITOS	

4 QUÍMICA

DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINA SA PIRUVICA (ALT)			
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA DIALACETICA (AST)			
UREA				FOSFATASA ALCALINA			
CREATININA				FOSFATASA ACIDA			
BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL			
BILIRRUBINA DIRECTA				COLESTEROL HDL			
ACIDO URICO				COLESTEROL LDL			
PROTEINA TOTAL				TRIGLICÉRIDOS			
ALBUMINA				HIERRO SERICO			
GLOBULINA				AMILASA			

5 SEROLOGIA

VDRL		LATEX	
AGLUTINACIONES FEBRILES		ASTO	

6 BACTERIOLOGIA

7 OTROS

FECHA: 01/2/2011 HORA: NOMBRE DE PROFESIONAL: [Firma] CODIGO: FIRMA: NUMERO DE HOJA:



LABORATORIO CLÍNICO - INFORME

Original

Document Information

Analyzed document	Cobos.Milagros.Caso.cinico.para.analisis.docx (D142057390)
Submitted	7/15/2022 12:05:00 AM
Submitted by	
Submitter email	loterot@utb.edu.ec
Similarity	10%
Analysis address	loterot.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W URL: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11430/E-UTB-FCS-ENF-000651.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
Fetched: 7/12/2022 9:56:53 PM



Firmado electrónicamente por:
**AMADA
VIRGINIA
GOMEZ PUENTE**



Firmado electrónicamente por:
**MILAGROS
ALEXANDRA COBOS
TUMAILLA**