



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA

DIMENSION PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO(A) EN
ENFERMERIA

TEMA

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
LACTANTE MENOR DE 8 MESES DE EDAD CON NEUMONIA ADQUIRIDAD
EN LA COMUNIDAD DEL GUASMO SUR**

AUTOR

ENRIQUE ALFREDO VACA VELASQUEZ

TUTOR

MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2020

DEDICATORIA

Este proyecto lo dedico con inmenso cariño principalmente a Dios quien supo guiarme por el buen camino, por haberme dado vida, salud y darme la oportunidad de haber llegado a este día tan anhelado y especial. Por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

Dedico también este proyecto a los pilares fundamentales en mi vida, como lo han sido, lo son y lo serán; mi querida mama Mariana Velásquez Guano y mi adorado hermano mayor Jackson Mora Velásquez que siempre han estado conmigo ayudándome afrontar los obstáculos con esfuerzos y perseverancia apoyándome en los buenos y malos momentos de mi vida.

Siempre están a mi lado cuando más los necesito mostrándome en cada momento su cariño incondicional. Ellos me brindaron aquel interés y motivación para que estudie y me desarrolle completamente en todos los aspectos de mi vida, me han sabido guiar, levantarme y sostenerme. Son la parte esencial de mi formación y han aportado lo más importante en mi vida y me han enseñado valores y fortalezas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinita y gratamente a quienes fueron todos mis educadores, personas que son de gran sabiduría, de mucha paciencia y que siempre se esforzaron para transmitir sus conocimientos de la mejor manera.

Un agradecimiento especial a la MGS. MARTHA ORDÓÑEZ HINOJOZA quien fue mi tutora en este proyecto. Ella me guio, me reforzó y solvento a mejorar cada aspecto del mismo todo con el fin de culminar el desarrollo de mi proyecto con el mayor de los éxitos.

También quiero agradecer cálidamente a la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por su acogida y por brindarme oportunidades infinitas. La etapa universitaria es un reto, es muy esencial porque es donde concierne la vida y un mejor futuro. Por todo esto y mucho más, agradezco a la universidad y a mis docentes.

No ha sido sencillo todo este proceso, pero gracias a sus aportes, a sus entregas, dedicación, cariño en cada enseñanza, a su inmensa bondad y apoyo, todo lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia cada uno de ustedes.

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
LACTANTE MENOR DE 8 MESES DE EDAD CON NEUMONIA ADQUIRIDAD
EN LA COMUNIDAD DEL GUASMO SUR**

RESUMEN

La principal incidencia de mortalidad en niños de 0 a 14 años está ligada a afecciones respiratorias. "Esta fue una de las alarmas emitidas durante el XIX en el Congreso Nacional de Pediatría desarrollada en Quito. La neumonía es la afección que encabeza la lista de dolencias mortales" (CEVALLOS, 2017). Este proyecto tiene el objetivo de ofrecer información actualizada y detallada tanto a estudiantes del área de salud como profesionales de la atención primaria de la misma área, acerca de la NAC (neumonía adquirida en la comunidad) en niños y jóvenes, desde su causa hasta su prevención, por tener diferentes aspectos a los de un adulto. La examinación de la neumonía infantil es primordial en lo clínico, la sintomatología varía mucho, teniendo en cuenta la edad de la persona, de su etiología, del estado nutricional e inmunitario del paciente. La NAC es una afección típicamente curable y no obstante con regularidad resulta fatal, sobre todo en infantes, "por tanto, es necesario mantener la percepción de su importancia como problema de la salud pública y para ello se debe tener un conocimiento claro y actualizado de su etiología, patogénesis, diagnóstico y de las estrategias de su manejo, tratamiento y prevención". (Rodríguez, 2012).

En la mayoría de las veces que se presentan los casos de NAC, no se llega a un juicio etiológico, lo que demuestra que se debe establecer un tratamiento empírico, ante la aparición de síntomas clínicos compatibles con la enfermedad, para prevenir la progresión de la enfermedad y que se presenten complicaciones.

Palabras claves: patogénesis, etiológico, sintomatología, empírico

ABSTRACT

The main incidence of mortality in children from 0 to 14 years of age is linked to respiratory conditions. " This was one of the alarms issued during the XIX in the National Congress of Pediatrics developed in Quito. Pneumonia is the condition that tops the list of fatal ailments"(CEVALLOS, 2017). This project aims to offer up-to-date and detailed information to both health students and primary care professionals in the same area, about CAP (community-acquired pneumonia) in children and young people, from its cause to its prevention, by having different aspects to those of an adult. The examination of childhood pneumonia is essential clinically, the symptoms vary a lot, taking into account the age of the person, its etiology, the nutritional and immune status of the patient. CAP is a typically curable condition and nevertheless it is regularly fatal, especially in infants, " therefore, it is necessary to maintain the perception of its importance as a public health problem and for this it is necessary to have a clear and updated knowledge its etiology, pathogenesis, diagnosis and the strategies for its management, treatment and prevention". (Rodríguez, 2012).

In most cases of CAP cases, an etiological judgment is not reached, which shows that an empirical treatment should be established, before the appearance of clinical symptoms compatible with the disease, to prevent the progression of the disease. disease and complications.

Key words: pathogenesis, etiological, symptomatology, empirical

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

I. MARCO TEORICO

1.1 JUSTIFICACION

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

1.2.2 Objetivos específicos

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

2.3 Examen Físico (exploración clínica)

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

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

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

2.8 Seguimiento

2.9 Observaciones.

CONCLUSIONES

ANEXOS

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades respiratorias agudas del tracto respiratorio, la neumonía tiene una gran implicación por su repercusión, gravedad potencial y elevada tasa de mortalidad, por los cambios epidemiológicos de los microorganismos responsables, junto al incremento de resistencia bacteriana a los antimicrobianos.

La NAC (Neumonía Adquirida por la Comunidad) es una epidemia común y potencialmente grave, el cual provoca una infección en uno o ambos pulmones, esta es causada muchas veces por inhalar o aspirar microorganismo patógenos como las bacterias, virus, hongos y parásitos, adquiridos fuera del ambiente hospitalario y esta tiene una preponderante importancia en la niñez, motivo por el cual, se realiza esta investigación para conocer detalladamente el origen de esta enfermedad e indagar como debe ser tratada en pacientes pediátricos.

Hoy en día existen medios de precaución por el cual se puede llegar a evitar esta enfermedad como lo es a través de inmunizaciones. El tratamiento de antibióticos se dará al paciente una vez se haya detectado en él, esta enfermedad. Debemos estar consciente que el tratamiento de esta afección en pacientes pediátricos no es igual al que recibe un paciente adulto. Por este motivo se presentará un caso de un paciente de 8 meses de edad, para conocer cuál fue el tratamiento que recibió por parte médica y enfermera y cuál fue su evolución mientras estuvo internado en el hospital.

En ciertas edades, esta afección compromete varias atenciones ambulatorias, hospitalizaciones, inasistencia laboral y escolar, lo que tiene una importante impresión en lo económico por gastos de atención, además de afectaciones en

pasar tiempo con la familia y cambios en el desenvolvimiento social y psicológico del paciente.

Este trabajo tiene el objetivo de presentar información detallada y actualizada tanto a estudiantes del área de salud, como a profesionales de atención primaria de salud, sobre la neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes, desde su causa hasta su prevención. Se debe realizar una valoración detallada, correcta exploración física y una exploración radiológica. Todo esto en conjunto, constituye una norma de oro para el diagnóstico oportuno de la neumonía.

I. MARCO TEORICO

DEFINICION

La NAC es una afección que se puede provocar en cualquier tipo de edad, pero tiene una mayor relevancia en pacientes pediátricos por sus signos y síntomas y por el tratamiento que reciben. Su cuidado debe ser más minucioso y controlado, por lo síntomas que pueden aparecer, los cuales deben ser tratados. Luego de ello debemos estar pendientes a la evolución del paciente evitando así, que presente alguna complicación de esta enfermedad.

Las infecciones respiratorias son el principal motivo de consulta por patologías infecciosas en AP (Atención Primaria), con una afectación del sistema respiratorio inferior, alrededor del 10%, según (Primaria, 2013).

Las neumonías vitales, más comunes en niños de menor edad presentan síntomas iniciales como estornudos y congestión nasal que progresan y al cabo de 1-3 días se presenta la tos, fiebre moderada o febrícula y signos de dificultad respiratoria, con estertores audibles a la auscultación pulmonar. En los lactantes pequeños puede haber apnea, rechazo del alimento e irritabilidad, según (Rodríguez, 2012).

En infantes menores de 5 años, los signos que hay que tomar más importancia para el diagnóstico son: la taquipnea, el aumento de trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracciones o tiraje) y la saturación de O₂ menor de 93-94. En los neonatos la sintomatología es la de una sepsis grave no hay signos respiratorios característicos, aunque puede haber un grado variable de compromiso respiratorio con taquipnea, episodios apneicos, tiraje, aleteo nasal y quejido, según (Rodríguez, 2012).

EPIDEMIOLOGÍA

“La Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) es una de las causas infecciosas más común de morbi-mortalidad a nivel mundial, su volumen e inclemencia se concentra en los niños mayor a 1 año que habitan en países en desarrollo. Anualmente se examinan entre 140 y 160 millones de episodios nuevos de NAC con un 8% de hospitalización. La tasa anual es de 270 por 10.000, principalmente entre lactantes mayores de 2 años”, según (Lopez, 2018).

Según el consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) (SLIPE, 2010), las tasas de mortalidad por NAC varían regionalmente 70% se registran en países en vías de desarrollo como África y Asia. Más de la mitad de los casos se han presentado en 5 países donde habita el 44% de los niños mayores de 5 años: India, China, Pakistán, Indonesia y Nigeria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 1.6 millones de las NAC invasoras se debieron a *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*). Este germen es responsable de 0,7 a 1 millón de las NAC en los niños mayores de 5 años que habitan en los países en vías de desarrollo, donde la tasa de ataque es 40 a 100 veces más elevada que la de los países desarrollados

1.1. JUSTIFICACION

La neumonía se halla dentro de las 3 primeras causas de morbimortalidad en la edad pediátrica, siendo esta afección una de los principales motivos de consultas médicas en los servicios de emergencia de los hospitales. “La neumonía adquirida en la comunidad(NAC), es aquella cuyas manifestaciones clínicas se inician en sujetos que conviven en ella y que no han sido hospitalizados en los último 7 días, se incluyen también las que aparecen en las primeras 48h del ingreso en un centro hospitalario y las que se inician 14 días después del egreso hospitalario”, según (Rodríguez, 2012).

“Las infecciones respiratorias son el principal motivo de consulta por patologías infecciosas en AP (Atención Primaria), con una afectación del sistema respiratorio inferior, alrededor del 10%. La elevada incidencia y potencial gravedad de las neumonías originan preocupación y consumo de recursos”, según (Primaria, 2013).

En la mayoría de las circunstancias no se llega a un juicio etiológico lo que demuestra establecer un tratamiento empírico, ante la aparición de signos y síntomas clínicos acorde con la neumonía, para evitar la progresión de la afección y aparición de complicaciones.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Aplicar el proceso del cuidado de enfermería en un paciente lactante menor de sexo masculino, con un diagnóstico médico de Neumonía adquirida por la comunidad, quien se encuentra hospitalizado en el servicio de UCIP del Hospital General "Guasmo Sur".

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los problemas frecuentes con estas patologías
- Formular los Diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados.
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados.
- Ejecutar las acciones de enfermería planificadas.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Lactante de sexo masculino de 8 meses de edad que ingresa con cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución caracterizado por congestión nasal que se acompaña de frémito en el pecho valorada.

Antecedentes perinatales: Durante su estancia en área de alojamiento conjunto presenta a los días de vida hipoglicemia por lo cual es ingresado en el área de ucín, a los 7 días de vida presenta convulsiones asociadas a hipoglicemia siendo manejado con fenobarbital hospitalizado por 1 mes y medio con los siguientes diagnósticos: recién nacido término/adecuado edad gestacional- hipoglicemia- vasculopatía lenticular estriado- convulsiones- dificultad respiratoria- sepsis clínica - error congénito del metabolismo.

Paciente hospitalizado por 3 ocasiones en hospital Roberto Gilbert por neumonía (2 ocasiones) gastroenteritis aguda (1 ocasión), con necesidad de botón gástrico a los 3 meses por enfermedad de reflujo gastroesofágico severo. Ultimo ingreso hace 20 días.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Al tercer día previo a su ingreso el cuadro se reagudiza acompañándose de tos húmeda que no moviliza secreción, rinorrea y dificultad respiratoria, disnea, aleteo nasal, ortonea, por lo que acude valorado en el área de urgencia con score pulmonar moderado se decide su hospitalización en sala de observación para vigilancia y monitoreo de patrón respiratoria. Se inicia cobertura de amplio espectro para gérmenes típicos y atípicos. Por persistencia de signos de dificultad respiratoria se coloca dosis de diurético por sospecha de edema agudo pulmonar y se cambia a dispositivo de alto flujo. Solicitan valoración por área de mayor complejidad para vigilancia y monitoreo de patrón respiratorio. Pasa a área de ucip para manejo especializado.

SIGNOS VITALES

- Tensión Arterial (TA): 112/67 mmHg.
- Temperatura: 37.5 °C
- Frecuencia Respiratoria: 26 RPM.
- Frecuencia Cardíaca: 138 LPM
- Saturación de O₂: 100%
- Antecedentes Patológicos Familiares: Padre hipertenso y Madre sin antecedentes.

2.3 Examen Físico (exploración clínica)

Inspección general

Paciente de sexo masculino, con soporte de oxígeno por cánula nasal, con adecuada expansión torácica, saturando 100%.

- **Neurológico:** despierto, activo reactivo al estímulo, fontanela anterior normotensa, llanto fuerte. Pupilas 3 mm isocóricas, normoreactivas.
- **Facies:** Pálidas
- **Cuello:** acceso venoso periférico izquierdo permeable. No adenopatías.
- **Mucosas orales:** semihumedas.
- **Tórax:** simétrico, campos pulmonares ventilados, estertores crepitantes bilaterales diseminados. roncus basales bilaterales de predominio izquierdos. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- **Abdomen:** blando, depresible, no visceromegalias palpables. Gastrostomía funcionante.
- **Región genital:** sin patología visible, genitales externos masculinos
- **Extremidades simétricas:** no edemas, hipotroficas.

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (teoría de Marjory Gordon).

- **Percepción / Control De Salud:** Familiar refiere "percibir la salud del usuario como enferma, pero dice que está bastante mejor". Familiar refiere que desconoce el motivo del cual su hijo presenta todos esos signos y síntomas.
- **Nutricional Y Metabólico:** el lactante tiene un botón gástrico por enfermedad de reflujo gastroesofágico severo.
- **Eliminación e Intercambio:** Sin alteraciones
- **Actividad / Ejercicio:** sin alteraciones
- **Sueño / Descanso:** Sin alteraciones.
- **Cognitivo / Perceptual:** despierto, activo reactivo al estímulo
- **Seguridad/protección:** sin alteraciones
- **Función Y Relaciones:** se observa somnoliento
- **Sexualidad / Reproducción:** sin alteraciones
- **Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés:** Normal
- **Valores Y Creencias:** católico

Patrones Funcionales Alterados.

- **Percepción / Control De Salud:** Familiar refiere "percibir la salud del usuario como enferma, pero dice que está bastante mejor". Familiar refiere que desconoce el motivo del cual su hijo presenta todos esos signos y síntomas.
- **Nutricional Y Metabólico:** el lactante tiene un botón gástrico por enfermedad de reflujo gastroesofágico severo.
- **Función Y Relaciones:** se observa somnoliento

Formulación de valoración físico previo análisis de datos

- **Piel:** Pálida y con diaforesis
- **Cabeza:** Normocéflica sin exostosis ni hundimientos, implantación de cabello de acuerdo a su edad y sexo.
- **Cara:** Simétrica.
- **Ojos:** Simétricos y movilidad y reflejos conservados.
- **Oreja:** Simétricas, pabellón auricular normal.
- **Nariz:** Sin presencia de anomalías.
- **Boca:** Labios simétricos, deshidratados
- **Cuello:** Simétrico, sin presencia de lesiones ni de ganglios inflamados.
- **Extremidades superiores:** Simétricas, sin alteraciones.
- **Tórax:** espacios intercostales normales, con presencia de ruidos hidroaereos.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- **Genitales:** sin alteraciones
- **Extremidades inferiores:** Simétricas
- **Estado nutricional:** desnutrición severa
- **Marcha y movimiento:** sin alteraciones
- **Estado de conciencia:** Neurológicamente desorientado, somnoliento
- **Impresión diagnóstica:** neumonía adquirida en la comunidad.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

En la anamnesis de todo infante sospechoso de pasar por NAC, se verificará primero su estado vacunal, la probabilidad de una exposición a tuberculosis, así como antecedentes patológicos como presencia de inmunodeficiencia o enfermedades cardíacas.

• RADIOGRAFÍA DE TORAX:

“La radiografía de tórax nos dará el diagnóstico de certeza, es el patrón oro para el diagnóstico, aunque algunos se plantean que, si la sospecha de neumonía es alta y la actitud terapéutica no va a verse modificada, su realización podría evitarse. En caso de ser necesaria la proyección frontal suele ser suficiente, se recomienda no utilizar radiografías laterales de rutina, salvo que se sospeche tuberculosis” (Escartín Madurga L, 2011).

Las representaciones de imágenes radiológicas no permiten predecir firmemente la enfermedad, ya que no hay un patrón patognomónico, aunque nos pueden guiar a la presencia de un derrame pleural el cual indica una infección bacteriana.

• Pruebas Complementarias:

Ninguna prueba complementaria está indicada de forma rutinaria:

- **Hemograma** (recuento de leucocitosis) y reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, procalcitonina)
- **Hemocultivo:** Tiene un menor rendimiento debido al porcentaje bajo de positividad en la neumonía adquirida en la comunidad.
- **La Pulsioximetría:** Esta herramienta nos permitirá determinar el porcentaje de saturación de oxígeno, es útil para establecer la gravedad.

- Tuberculina: Se realizará si se dan estas circunstancias:
 - Exposición personal o familiar a TBC.
 - Viajes a zonas endémicas con alta prevalencia.
 - Siempre que el pediatra lo crea oportuno por razones clínicas o epidemiológicas.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo

Lactante de sexo masculino de 8 meses de edad ingresa con cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución caracterizado por congestión nasal que se acompaña de frémito en el pecho valorada. A los 3 días previo a su ingreso el cuadro se reagudiza acompañándose de tos húmeda que no moviliza secreción, rinorrea y dificultad respiratoria, disnea, aleteo nasal, ortonea, Se inicia cobertura de amplio espectro para gérmenes típicos y atípicos. Por persistencia de signos de dificultad respiratoria se coloca dosis de diurético por **sospecha de edema agudo pulmonar** y se cambia a dispositivo de alto flujo. Se procede a solicitar valoración por área de mayor complejidad para vigilancia, monitoreo de patrón respiratorio, radiografía de tórax más exámenes complementarios. Los cuales ayudaron a diagnosticar una Neumonía adquirida por la comunidad.

Diagnóstico diferencial:

Además de la edad del paciente, las manifestaciones clínicas pueden orientarnos en la sospecha etiológica. Se ha intentado clasificar en 2 formas clínicas: "La típica más propia de bacterias con el *S. pneumoniae* y *H. influenzae* y la atípica relacionada con virus y bacterias atípicas como *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydomphila pneumoniae*", según (Escartín Madurga L, 2011).

NEUMONÍA TÍPICA

- Comienzo súbito
- Fiebre > 38.5
- Tos productiva
- Escalofríos, dolor costal, dolor abdominal, herpes labial
- Auscultación compatible (hipoventilación, soplo tubárico, crepitantes)
- RX: condensación lobar, broncograma, derrame pleural

NEUMONÍA ATÍPICA

- Comienzo gradual
- No fiebre o febrícula
- Tos seca
- Cefalea, mialgias, artralgias
- No focalidad en la auscultación (no es raro encontrar sibilancias)
- RX: predomina patrón intersticial

Diagnóstico Definitivo

Sin duda alguna para poder comprobar una NAC en un paciente pediátrico, se debe de tener siempre en cuenta y conocer los diferentes tipos de neumonía. Por consiguiente, realizar pruebas complementarias ya antes mencionadas, las cuales ayudaran a llegar a un diagnóstico definitivo. Entre ellas tenemos, Radiografía de Tórax, más exámenes complementarios.

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

Domino 4: Patrón Respiratorio Ineficaz (00032) Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

PAE

R/C: ansiedad, fatiga, aleteo nasal, disnea, ortopnea

E/P: alteraciones en la profundidad respiratoria

M
E
T
A
S

Dominio: II Salud fisiológica

Clase: E Cardiopulmonar

Etiqueta: 0415 estado respiratorio

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria	X			X	
Vías áreas permeables	X			X	
Saturación de Oxígeno		X		X	
Disnea en Reposo		X		X	
Somnolencia		X		X	
Fiebre		X		X	

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

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: K Control Respiratorio

Etiqueta: 3310 destete de la ventilación mecánica

ACTIVIDADES

1. Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete)
2. Someter a observación para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete.
3. Administrar los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías áreas y el intercambio gaseoso.

Domino 2: Deterioro de la deglución (00103) clase 1: Ingestión

R/C: ardor de estómago, rechazo de los alimentos, anomalía en la fase esofágica evidenciada por estudio de la deglución

E/P: malnutrición relacionada con proteínas-energía. Trastornos respiratorios, botón gástrico.

M
E
T
A
S

Dominio: II Salud fisiológica

Clase: K Digestión y Nutrición

Etiqueta: 1011 Estado de deglución fase esofágica

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

Campo: 1 Fisiológico Básico

Clase: D Apoyo Nutricional

Etiqueta: Terapia de deglución

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aceptación de la comida	X			X	
Reflujo gástrico	X			X	
Aliento ácido		X		X	
Vómitos nocturnos		X		X	

ACTIVIDADES

1. Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90) para la alimentación.
2. Proporcionar un chupe- chupe al paciente para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua
3. Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir
4. Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente

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

Una de las principales acciones que se realizó en el paciente es ventilación mecánica (CPAP) con fio₂ al 40% con la finalidad de aumentar la saturación de oxígeno del paciente pediátrico, junto a ello se le sumo nebulizaciones con salbutamol 5 gotas por razones necesarias.

Basándonos en el historial del paciente, se evidencia la administración de tratamiento de antibióticos como lo indica la guía práctica clínica de 2017 del MSP. Esta cubrió al agente patógeno *Streptococcus pneumoniae* y a patógenos intracelulares como *M. pneumoniae*. “Se inició un tratamiento empírico con cefalosporina de tercera generación ((ceftriaxona o cefotaxima). Este tratamiento se da a lactantes y niños hospitalizados con inmunización incompleta, en regiones con datos epidemiológicos de cepas de neumococo con resistencia a la Penicilina, o en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad grave con alta mortalidad”, según (Ecuador, 2017). . Se prescribe también macrolidos como lo es la claritromicina, para el tratamiento de patógenos intracelulares como *M. pneumoniae*.

2.8 Seguimiento.

Ingreso del paciente **16/10/2019**: Paciente pediátrico ingresa con un cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución caracterizado por congestión nasal que se acompaña de frémito en el pecho valorada, se encuentra desorientado.

- Se coloca una vía periférica con un plan de hidratación.
- Se controla signos vitales
- Se coloca cánula de oxígeno

19/10/2019: Al tercer día previo a su ingreso el cuadro se reagudiza acompañándose de tos húmeda que no moviliza secreción, rinorrea y dificultad respiratoria, disnea, aleteo nasal, ortonea, por lo que acude valorado en el área de urgencia con score pulmonar moderado. A las 12:00 del mediodía, se decide su hospitalización en sala de observación para vigilancia y monitoreo de patrón respiratoria. Paciente desorientado, somnoliento.

21/10/2019: Recibo paciente pediátrico al momento hiperventilado con intubación endotraqueal bajo apoyo de ventilación mecánica. Médico de guardia inicia cobertura de amplio espectro para gérmenes típicos y atípicos. Por persistencia de signos de dificultad respiratoria se coloca dosis de diurético por sospecha de edema agudo pulmonar. A la 14:00 solicitan valoración por área de mayor complejidad para vigilancia y monitoreo de patrón respiratorio. Pasa a área de UCIP para manejo especializado. Paciente se encuentra estable:

- Se le realiza limpieza de las vías áreas
- Observación de signos de obstrucción de vía área por secreciones.
- Control constante de la acumulación de secreciones
- Posicionar cabecera recta y mantener vía área permeable
- Se le brinda comodidad y confort

- Se administra medicación prescrita

24/10/2019: Paciente al momento hiperventilado con intubación endotraqueal bajo apoyo de ventilación mecánica:

- Se vigila el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda,
- Se observa si hay signos de hipo ventilación inducida por el O₂
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Se mantiene al paciente en cubito supino con cabecera recta.

26/10/2019: paciente al momento hiperventilado con intubación endotraqueal bajo apoyo de ventilación mecánica. Paciente se encuentra con vías aéreas permeables con ausencia de secreciones y signos de obstrucción. Signos vitales estables:

- Tensión Arterial (TA): 112/67 mmHg.
- Temperatura: 37.5 °C
- Frecuencia Respiratoria: 26 RPM.
- Frecuencia Cardíaca: 138 LPM
- Saturación de O₂: 100%

Recibe medicación prescrita y se le brinda plan de cuidado y confort de enfermería.

31/10/2019: Luego de una semana CPAP el medico indica el destete de la ventilación mecánica e iniciar con oxigenoterapia por cánula nasal. La misma que fue retirada al tercer día para evaluar el funcionamiento de la respiración del recién nacido. Paciente lo recibo estable, sin presencia de aleteo nasal.

Partiendo del modelo de Virginia Henderson, las necesidades básicas. Se tomó en cuenta, respirar con normalidad. Con esta necesidad buscamos ayudar con las posturas correctas del cuerpo del paciente, estar atento a ruidos extraños, durante

la respiración y estar pendiente de las secreciones nasales y mucosidades que se pueden presentar.

Las precauciones generales tomadas, van dirigidas asegurar el confort del paciente, una adecuada hidratación, estar atento al estado nutricional del paciente, vigilar si presenta algún tipo de dolor o fiebre, los cuales si llegara a presentar algunos de esos síntomas se procederá a utilizar analgésicos y antipiréticos. Como recomendación del médico tratante se le realizara un control clínico en 48-72 horas, siempre y cuando la evolución no sea la esperada considerar:

- Ineficacia del antibiótico
- Complicaciones
- Etiología vírica

Si la evolución es favorable no será necesaria una Rx de control excepto en los casos de atelectasia, neumatocele, neumonía redonda, absceso pulmonar o derrame pleural.

2.9 Observaciones.

Durante la estancia del paciente pediátrico en el área de UCIP, se pudo observar su evolución, antes y durante de su destete de la ventilación mecánica. Mediante la oxigenoterapia su saturación se mantuvo en un 99%. El paciente permanece en el área de UCIP, se encuentra consciente, recibiendo alimentación y medicación oral mediante el botón gástrico. Se realiza cuidado de la estoma:

- Se limpia diariamente la zona alrededor del botón con agua tibia o gasa, con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Se seca cuidadosamente la zona.
- Se comprueba que la zona alrededor del botón no esté roja o inflamada.

- Si se detecta alguna complicación, se debe indicar inmediatamente al médico.

El paciente se encuentra en constante monitoreo, por el momento responde bien a su tratamiento, la mamá pasa con él, el mayor tiempo posible. Ella trabaja en la noche a las afuera del hospital.

El médico tratante le prescribió Rx de tórax si hay empeoramiento de su cuadro, inestabilidad clínica, o fiebre persistente que no responde al tratamiento durante 48 a 72 horas

CONCLUSIONES

La NAC es una enfermedad que afecta a todo tipo de persona, pero su tratamiento varía dependiendo a dos grupos de personas, pediátricos y personas adultas. En este trabajo se presentó el tratamiento por parte médica y cuidados de enfermería a un paciente pediátrico de 8 meses de edad. Debemos saber que un paciente pediátrico con NAC debe estar en constante vigilancia, verificando sus constantes vitales, si presenta algún tipo de complicación en el transcurso de los días de su tratamiento.

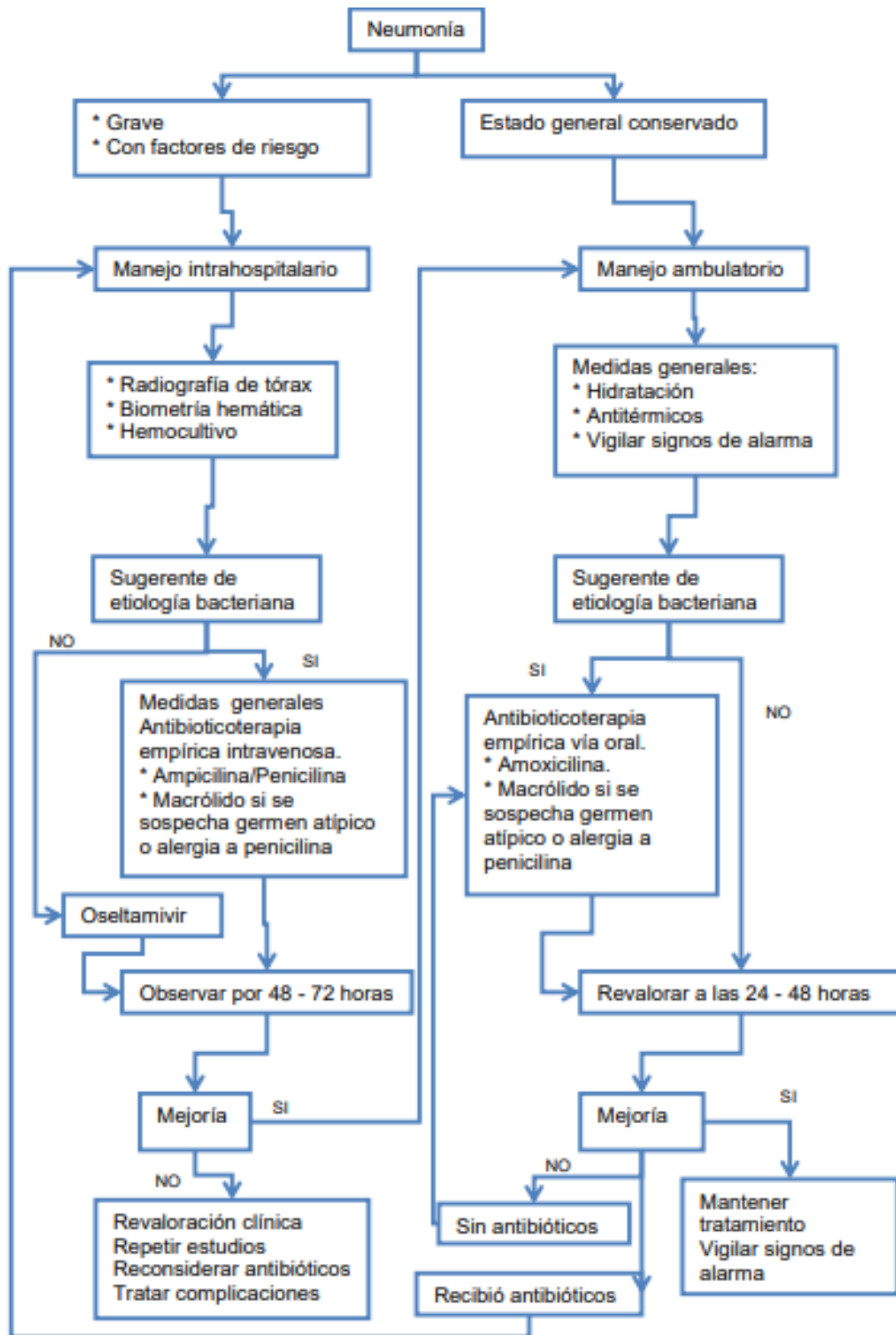
Para prevenir la NAC debe tener un cuidado extremo en estos pacientes, como el mantener el hogar bien ventilado, que el entorno del bebe esté libre de polvo, esporas o bacterias, los cuales son factores que pueden producir esta enfermedad. Las vacunas y la lactancia materna juegan un papel importante para prevenir esta afección, las cuales sirven para que las defensas de este, se mantengan elevados y se encuentre inmunizado.

El paciente se mantiene en el área de UCIP, para evaluar su evolución y estar atento si llega a presentar una Neumonía Recurrente, por el simple hecho que el paciente, ya ha estado internado en dos ocasiones en el hospital Roberto Gilbert por neumonía. Ante un caso de neumonía recurrente, se debe realizar estudio de las posibles causas, iniciándose con una anamnesis y exploración física correctas y solicitar las exploraciones complementarias según la etiología sospechada.

“Una neumonía recurrente en la misma localización orienta hacia una malformación o una obstrucción de la vía aérea, mientras que, episodios en diferentes localizaciones hacen pensar en una alteración de los mecanismos de defensa pulmonares (tos, aclaramiento mucociliar o inmunodeficiencia) o un

estrechamiento difuso de la vía aérea que dificulte el drenaje de las secreciones”, según (L. Sanz Borrell, 2016). Las principales causas se resumen en el anexo 4.

Anexo 1: Algoritmo de tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad en la edad pediátrica.



(Ecuador, 2017)

Anexo 2. Los siguientes medicamentos son los avalados en la presente guía y se encuentran en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (Ministerio de Salud Publica, 2019)

Cefazolina

ATC	J01DB04
Indicación avalada en esta guía	Tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido parenteral 1000 mg
Dosis	150 mg/Kg/día cada 8 horas.*
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Las reacciones de hipersensibilidad cruzada con personas que han presentado reacciones alérgicas a la penicilina en un 10% - Insuficiencia renal (Clearance de Creatinina < 50ml/min) - La administración de este medicamento puede desencadenar diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i>, la misma que puede ser moderada e incluso fatal. - En caso de reacción de hipersensibilidad se deberá discontinuar la administración de este fármaco. - El uso prolongado de Cefazolina puede producir sobre crecimiento de microorganismos no sensibles como <i>Candida</i> spp. - La profilaxis antibiótica en endocarditis está destinada únicamente a pacientes que presentan condiciones cardiacas asociadas a un alto riesgo de presentar endocarditis bacteriana. (Prótesis valvular, antecedentes de endocarditis bacteriana, enfermedad cardíaca congénita, trasplante cardíaco) - Antecedente de convulsiones
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a las cefalosporinas o a algún tipo de derivado betalactámico.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Diarrea, náusea, vómito, reacciones alérgicas.</p> <p>Poco frecuentes: Anorexia, fiebre, incremento de las transaminasas, colitis pseudomembranosa,</p> <p>Raros: Infecciones por <i>Candida</i> spp., Neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, convulsiones, fatiga.</p>
Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Se excreta en la leche materna. Uso con precaución durante este periodo

Claritromicina

ATC	J01FA09
Indicación avalada en esta guía	Neumonía adquirida en la comunidad.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg Sólido oral (polvo) 125 mg/5 ml y 250 mg/ 5ml Sólido parenteral 500 mg
Dosis	Niños: 7,5 mg/kg vía oral cada 12 horas por diez días, o 7,5 mg/kg intravenosa cada 12 horas en infusión intravenosa lenta.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Es considerado un inhibidor moderado del CYP3A4, por lo que interfiere en el metabolismo de las drogas que utilicen esta vía. - Puede provocar prolongación del segmento QT y arritmias. - Puede provocar diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i>. - Insuficiencia hepática. - Miastenia gravis. - Adultos mayores. - Enfermedad coronaria diseminada.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad conocida al fármaco. Coadministración con cisaprida, pimozida o ergotamina. Insuficiencia renal (Clearance Creatinina: < 25 ml/minutos). Porfiria. Historia de ictericia o disfunción hepática asociada al uso de claritromicina. Arritmias ventriculares, bradicardia significativa, isquemia de miocardio o infarto de miocardio. Hipokalemia, hipomagnesemia
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Náusea, sensación de sabor alterado, diarrea, vómito, elevación del nitrógeno ureico en sangre, dolor abdominal, rash cutáneo, dispepsia, dolor abdominal.</p> <p>Poco frecuentes: Cefalea, Insomnio, leucopenia, neutropenia, reacciones alérgicas, alteración de la función hepática, ansiedad, prurito, nefritis intersticial. Pérdida auditiva reversible. Rabdomiolisis.</p> <p>Raros: Fibrilación auricular, prolongación del segmento QT con arritmias cardíacas, extrasístoles, palpitaciones. Vértigo. Colestasis, gastroenteritis. Mialgias. Trombocitopenia, eosinofilia. Síndrome de Stevens-Johnson. Convulsiones, hipoglicemia. Superinfección. Diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i>. Pancreatitis. Alteraciones de conducta, psicosis, alucinaciones, alteraciones psiquiátricas.</p>
Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Presente en la leche materna. Contraindicado durante este periodo especialmente

Anexo 3. Hoja de Kardex de Enfermería. Registro de la medicación del paciente pediátrico

HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

Ministerio de Salud Pública

NOMBRE <i>Genivel Antonio</i>	APELLIDOS <i>Chicaiza Yéwal</i>	SEXO (M/F) <i>M</i>	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA <i>0963793487</i>											
1 MEDICAMENTO		2 ADMINISTRACIÓN													
PRESENTACIÓN VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DÍA Y MES														
	<i>08-11-19</i>	<i>09-11-19</i>		<i>10-11-2019</i>			<i>11-11-2019</i>			<i>12-11-2019</i>					
	HORA	IN	FUN	HORA	IN	FUN	HORA	IN	FUN	HORA	IN	FUN	HORA	IN	FUN
1 <i>Dial 15% en 100ml + cloruro de sodio 30ml + catálisis 10ml</i>															
				<i>2ml</i>			<i>2ml</i>			<i>15 10ml</i>					
2 <i>fenitoina 0.6ml</i>				<i>08 SE lic</i>			<i>08 SE lic</i>			<i>08 SE lic</i>			<i>08 SE lic</i>		
<i>U.O c/12h</i>				<i>20 KV lic</i>			<i>20 KV lic</i>			<i>20 KV lic</i>			<i>20 KV lic</i>		
3 <i>teicoplanin 0.8ml</i>				<i>12 SE lic</i>			<i>12 SE lic</i>			<i>12 SE lic</i>			<i>12 SE lic</i>		
<i>U.O c/12h</i>				<i>24 KV lic</i>			<i>24 KV lic</i>			<i>24 KV lic</i>			<i>24 KV lic</i>		
4 <i>benzetidona 5mg</i>				<i>08 SE lic</i>			<i>08 SE lic</i>			<i>08 SE lic</i>			<i>08 SE lic</i>		
<i>U.O c/6h</i>				<i>16 SE lic</i>			<i>16 SE lic</i>			<i>16 SE lic</i>			<i>16 SE lic</i>		
5 <i>omeprazol 40mg</i>				<i>10 SE lic</i>			<i>10 SE lic</i>			<i>10 SE lic</i>			<i>10 SE lic</i>		
<i>U.O c/d</i>															
6 <i>Cefepime 260mg</i>				<i>06 SE lic</i>			<i>06 SE lic</i>			<i>06 SE lic</i>			<i>06 SE lic</i>		
<i>IV c/8h</i>				<i>14 SE lic</i>			<i>14 SE lic</i>			<i>14 SE lic</i>			<i>14 SE lic</i>		
7 <i>Hidralazina 0.5mg</i>				<i>DC</i>			<i>DC</i>			<i>DC</i>			<i>DC</i>		
<i>IV P.R.N</i>															
8 <i>Paracetamol 75mg</i>															
<i>U.O P.R.N</i>															
9 <i>Multivitaminas 2ml</i>				<i>12 SE lic</i>			<i>10 SE lic</i>			<i>10 SE lic</i>			<i>10 SE lic</i>		
<i>U.O c/d</i>															

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)

Anexo 4. Principales causas de Neumonía Recurrente

<i>Idéntica localización</i>	<i>Diferentes localizaciones</i>	<i>Idéntica o diferente localización</i>
Obstrucción intraluminal - Cuerpo extraño - Tumor endobronquial - Impactación mucosa	Neumonías por aspiración - Incoordinación deglutoria - Fístulas traqueoesofágicas - Reflujo gastro-esofágico	Asma
Compresión extraluminal - Adenopatías - Vasos aberrantes - Tumores	Alteración del aclaramiento mucociliar - Discinesia ciliar - Fibrosis quística	Tuberculosis
Anomalías estructurales de vía aérea o parénquima pulmonar - Malformaciones congénitas (enfisema lobar, atresia lobar o segmentaria, malformaciones congénitas de las vías aéreas pulmonares, secuestro pulmonar, quiste broncogénico...) - Traqueomalacia - Broncomalacia - Bronquiectasias	Inmunodeficiencias - Humorales (Déficit IgA, hipogammaglobulinemia, ID común variable, Bruton...) - Celulares (SIDA, síndrome DiGeorge, ID combinada severa...) - Déficit complemento - Alteraciones de fagocitosis - Síndrome Hiper IgE	Cardiopatías congénitas - CIV - <i>Ductus</i> arterioso persistente - Transposición grandes arterias - Canal A-V

(L. Sanz Borrell, 2016)

REFERENCIAS

CEVALLOS, D. A. (2017). LA NEUMONIA UNA INFECCION POTENCIALMENTE GRAVE EN EL ECUADOR.

Ecuador, M. d. (2017). Neumonía adquirida en la comunidad . *Guia Practica Clinica*.

Escartín Madurga L, M. J. (2011). PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS DE 3 MESES A 14 AÑOS. *SALUD SERVICIO ARAGONEA DE SALUD*.

L. Sanz Borrell, M. C. (2016). Neumonía y neumonía recurrente. *Pediatría Integral*.

Lopez, D. C. (2018). NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN PACIENTE PEDIÁTRICO. *Neumonía en Pediatría*.

Ministerio de Salud Publica, C. N. (2019). CUADRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS BASICOS. *10MA REVISION*.

Primaria, G. d. (2013). NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. *El Pediatra de Atención Primaria y la Neumonía*.

Rodríguez, D. I. (2012). Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. *Cubana de Medicina General Integral*.

SLIPE. (2010). Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).

SPEIT. (2009). NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS.