

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



“CUIDADO DE ENFERMERIA EN NIÑO CON NEUMONIA
ADQUIRIDA EN COMUNIDAD - SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON – 2017”

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

VERONICA VANESSA CONDORI ALANOCA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

PUNO-PERÚ

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

“CUIDADO DE ENFERMERIA EN NIÑO CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD - SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON – 2017”

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

VERONICA VANESSA CONDORI ALANOCA

PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

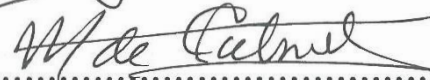
PRESIDENTE

: 
M.Sc. NELVA ENRIQUETA CHIRINOS GALLEGOS

PRIMER MIEMBRO

: 
M.Sc. INES GRACIELA CHOQUE FERNANDEZ

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Enf. MARIA DE LA PAZ CHOQUE DE CALMET

DIRECTOR/ASESOR(A)

: 
Enf. MARIA DE LA PAZ CHOQUE DE CALMET

Área
Tema

: EMERGENCIAS Y DESASTRES
: CUIDADO DE ENFERMERIA EN NIÑO CON NEUMONIA

Fecha de Sustentación

: 18 de Agosto del 2017.

DEDICATORIA

Con eterno amor a Dios , quien me protege y guía cada paso de mi vida, derramando sus bendiciones y fortaleza, para seguir adelante en la formación de mi profesión, e iluminándome constantemente para obrar y cosechar bien

Con infinito amor y gratitud a mis queridos padres Luis y Martha por su inmenso amor, con paciencia, esfuerzo, sacrificio, ayuda, comprensión y estímulo que hicieron posible la culminación de mi carrera

Verónica C. A.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater, Universidad Nacional del Altiplano – Puno por darme la oportunidad de formarme profesionalmente.

A la facultad de Enfermería, por haberme brindado la oportunidad de formarse como profesionales de enfermería.

A los docentes de la segunda especialidad de emergencias y desastres de la universidad nacional del altiplano Puno por los conocimientos teóricos y las experiencias vividas.

INDICE

I.	PRESENTACIÓN DE CASO.....	7
1.1.	Planteamiento del problema de caso seleccionado	7
1.2.	Justificación.....	9
1.3.	Objetivos	11
II.	REVISIÓN TEÓRICA.....	11
III.	PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	25
IV.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	29
V.	CONCLUSIONES	39
VI.	RECOMENDACIONES	40
VII.	BIBLIOGRAFÍA	41

RESUMEN

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta los alveolos pulmonares, llenándose de pus y líquido, lo que dificulta la respiración y absorción de oxígeno, afecta a muchos niños, se considera como una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en niños menores de cinco años de edad. En el Perú, la neumonía es un gran problema de salud pública especialmente en niños menores de cinco años de edad, representa el 24.8 % del total de atenciones por el consultorio externa en el ministerio de salud. En la Región Puno, dichos niños son los mas susceptibles de adquirir la enfermedad, debido principalmente a que está expuesto a bajas temperaturas, heladas, nevadas y el consumo de alimentos de baja calidad nutritiva. El presente trabajo, se realizó en los servicios de emergencia del hospital Regional Manuel Núñez Butrón, mediante un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal. Se analizó el seguimiento, observación y atención de un paciente con neumonía adquirida en la Comunidad de Mazo cruz- Callao. Se determinó la filiación, enfermedad actual que padece, tiempo de la enfermedad, motivo de consulta y acciones Fisiológicas; antecedentes personales: Fisiológicas, patológicos y sociales; examen físico; examen clínico general: cabeza, tórax, aparato cardiovascular, abdomen y aparato locomotor; y examen es auxiliares e impresión diagnóstica. Los datos obtenidos fueron validados y verificados con la familia, la historia clínica, por los registros de otros profesionales y el examen físico; también se realizó la formulación del diagnóstico de enfermería. En la ejecución del trabajo participaron activamente el personal de enfermería de emergencia y con el apoyo de la madre capellán del hospital. Se cumplió el 80 % de las actividades planificadas en el cuidado y todas las acciones para resolver los problemas complejos y de riesgo fueron aplicados con éxito para mejorar la evolución del paciente. Al final con los resultados del proceso de enfermería, se coincidió con muchos de los cuidados que brindan las enfermeras que laboran en el área.

I. PRESENTACIÓN DE CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE CASO SELECCIONADO

La neumonía es definida por la Organización Mundial de Salud (OMS) como un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los alvéolos pulmonares, llenándolos de pus y líquido, lo que dificulta la respiración y absorción de oxígeno. La neumonía afecta a un gran número de niños, se encuentra entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en este grupo, con predominio en los menores de 5 años.

Según la UNICEF la incidencia mundial anual de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se ha estimado entre 1000 y 12 000 por 100 000 niños.

La tasa de hospitalización 22% y 50%, con una tasa de letalidad global del 4% y una tasa de mortalidad de pacientes ambulatorios de casi el 1%. En América Latina y el Caribe, más de 80.000 niños menores de 5 años mueren cada año por infecciones del tracto respiratorio, el 85% por neumonía, en el 2007 el 11,5% del total de muertes en niños fue en el grupo de 0 - 4 años

En el Perú, estas infecciones representan un gran problema de salud pública, especialmente en la población pediátrica menor a 5 años, genera un gran consumo de recursos del Estado. Se estiman sobre 2.2 millones de atenciones a pacientes con este diagnóstico anualmente, representa un 24.8% del total de atenciones de consulta externa realizada en los establecimientos del Ministerio de Salud.

En el 2016, la Dirección Regional de Salud de Lima (DIRESA-LIMA), evaluó la neumonía por episodios informando que el grupo etario más afectado son los niños de 2 a 11 meses con el 20% del acumulado

Los niños menores de 5 años son más susceptibles de adquirir neumonía en la región de Puno no solo por encontrarse a una altura mayor a 3500 msnm, sino que el clima empieza a disminuir paulatinamente desde el mes de abril, acentuándose el descenso en la estación de invierno (junio -agosto), la cual se caracteriza por la mayor frecuencia e intensidad de las heladas, aunado algunas veces con la presencia de nevadas y granizadas.

En la región de Puno, durante 2016 hubo contabilizados más de 60 muertos por el frío más de 40 fueron niños fallecidos por neumonías graves.

La mayor parte de las muertes no ocurren en centros de salud, lo cual hace ver que las atenciones son precarias o los establecimientos públicos de salud inexistentes o muy alejados de las zonas altas en las que las olas de frío azotan duramente a su raleada población indígena

Por lo que la neumonía adquirida en la comunidad constituye un problema de salud pública nacional y local que merece la comprensión e identificación de los factores de riesgo en nuestro medio así como el conocimiento adecuado de las medidas de 3 prevención; puesto que ambos dirigen la atención sobre los agentes causales más probables para guiar el tratamiento empírico apropiado y así poder sugerir acciones oportunas para reducir el riesgo de posibles complicaciones en el contexto de la exposición, fragilidad y resiliencia de la población vulnerable.

El servicio de emergencia del hospital Regional Manuel Núñez Butrón se encarga de dar respuestas a situaciones de amenazas a la comunidad, sean de origen natural o por acciones gestadas por los seres humanos, en los cuáles la seguridad, la vida de las personas y el ambiente puedan exponerse al peligro como es la temporada de bajas temperaturas.

Los servicios de emergencia de las instituciones de salud, a raíz de la creciente demanda de pacientes, hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que prestan se incremente cada vez más, generando en el profesional de enfermería un mayor reto como profesional especializado, porque le permite brindar una atención especializada.

Por consiguiente la atención de enfermería especializada en los servicios de emergencia se hace indispensable para la atención inmediata, precoz y oportuna en el servicio en el marco de los procesos de gestión de riesgos. Teniendo en cuenta la sobre demanda de pacientes que puede tener este, salen a flote las fortalezas y debilidades del personal de enfermería para poder cubrir las necesidades de los pacientes que demandan atención inmediata donde el personal especializado es importante para satisfacer las necesidades de los pacientes con neumonía

Presentación del caso

Paciente pediátrico de 5 años de edad ingresa el 30 de septiembre del 2016 al servicio de emergencias del Hospital Manuel Núñez Butrón a las 07:00 horas acompañado de su madre. A la entrevista la madre refiere que su menor hijo presento hace 4 días antes de ingreso al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón tos no productiva en horas de la mañana, sin presencia de alza térmica, 3 días antes de ingreso presento tos productiva, sin alza térmica, realizando actividades de manera normal, 2 días antes de ingreso no presenta síntomas de ninguna clase, desayuna, almuerza y cena de manera habitual, 1 día antes de ingreso presenta escasa tos seca durante el día, leve sensación de alza térmica, refiere haber ingerido una bebida fría (frugos) en horas de la mañana, posteriormente presenta alza térmica y secreción nasal, por lo que madre le administra remedios caseros, seguidamente presenta vomito de contenido alimenticio, 17 horas antes de ingreso paciente presenta exacerbación en atrás del odio por lo que madre le auto medica Amoxicilina e ibuprofeno en jarabe administrándole 2 cucharadita , inmediatamente presenta vómito, 10 horas antes de ingreso paciente no puede conciliar sueño, no tiene apetito y presenta malestar general por lo que madre administra Panadol en jarabe 2 cucharaditas, durante la noche paciente no descansa bien, 2 horas antes del ingreso paciente presenta dificultad respiratoria, tos seca, por lo que es transportado por su madre al Hospital Manuel Núñez Butrón.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de emergencias deben considerar sus conocimientos con principios éticos y morales al proporcionar los cuidados al paciente que ingresan a emergencias. Su rol es tan complejo, que requiere del dominio de los conocimientos teóricos, habilidades y destrezas en su práctica profesional. Este personal, debe estar capacitado para ofrecer un cuidado integral al paciente que está bajo su responsabilidad, para evitar complicaciones.

Entre los paciente que con frecuencia ingresan a las unidades de emergencia está el paciente pediátrico con neumonía adquirida en la comunidad víctima de factores ambientales fisiólogos culturales. El mismo, puede tener en riesgo su vida, por lo que requiere la atención inmediata y estabilizar al paciente, de esta forma compensar los

desequilibrios ocasionados por no aplicar medidas preventivas (deserción de vacunas, mala higiene personal, etc.)

.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Mejorar la salud del paciente pediátrico con NAC a través del proceso de atención de enfermería

1.3.2. Objetivo Especifico

- Valorar al paciente mediante distintos métodos y técnicas de recopilación de datos.
- Diagnosticar al paciente a través de los datos recolectados para poder identificar problemas reales y potenciales.
- Planificar prioridades inmediatas e intervenciones de enfermería
- Ejecutar los planes de cuidado al paciente.
- Evaluar al paciente a través de la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería.

II. REVISIÓN TEÓRICA

1.1. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

DEFINICIÓN

La Neumonía es una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar con prevalencia importante en la infancia, de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.). Perturbando el intercambio de gases entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂, cursando con dificultad respiratoria

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 últimos 7 días, se incluyen también las que aparecen en las primeras 48 h del ingreso en un centro hospitalario y las que se inician 14 días después del egreso hospitalario. Afecta tanto al niño sano como al que presenta una situación de inmunodeficiencia, aunque sus efectos, características de su presentación clínica y tratamiento, sean completamente diferentes.

Debe diferenciarse de la neumonía nosocomial, que es aquella adquirida en el medio hospitalario y que implica a otro tipo de pacientes y otros agentes etiológicos.

ETIOLOGÍA

En los neonatos, la neumonía no es clasificable como NAC, y en general su tratamiento es el mismo que para las sepsias neonatales tempranas y tardías, y cubre sobre todo gérmenes como las enteras bacterias.

Desde el nacimiento hasta los 3 meses de vida, los gérmenes que pueden infectar el pulmón son fundamentalmente los *Streptococcus beta hemolíticos* del grupo B, las enterobacterias, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, la *Chlamydia trachomatis* y el virus sincitial respiratorio (VRS).

Entre los 3 meses de vida y los 2 años varía la causa de las neumonías siendo el *Streptococcus pneumoniae* el principal responsable de las neumonías bacterianas, como ya hemos dicho, el *Haemophylus influenzae b* era la segunda causa bacteriana, pero desde la vacunación masiva y sistemática frente a este germen su incidencia ha

disminuido en gran medida, aunque continúa causando neumonías en países en desarrollo y en los que no se utiliza la vacuna.

Desde los 2 a los 5 años disminuye la incidencia de los virus, mientras aumenta el protagonismo de las bacterias, sobre todo del *Streptococcus pneumoniae* y ocasionalmente o virus como VSR es el patógeno viral más común

A partir de los 5 y hasta los 10 años, comienza a ser más frecuente la neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* que comparte la etiología con el neumococo, siendo las causadas por virus mucho menos frecuentes en estas edades, mientras que la incidencia de la *Chlamydia pneumoniae* va en aumento.

CUADRO CLÍNICO

Existen cinco elementos fundamentales que apoyan mucho al clínico cuando se evidencia patología respiratoria: sintomatología alta, baja, presencia de fiebre, frecuencia respiratoria y oximetría de pulso.

- Signos sintomatología respiratoria alta: Rinorrea, frémito nasal, malestar general, estornudos
- Signos sintomatologías respiratorias baja: Tos, taquipnea, estridor, sibilancias, dificultad respiratoria, crépitos alveolares y retracciones subcostales
- Taquipnea: Signo más sensible y específico en < 5 años

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la taquipnea como único signo predictor de neumonía con una sensibilidad del 50 - 75% y una especificidad del 67%.

La ausencia de taquipnea tiene un valor predictivo negativo del 80%

Se define TAQUIPNEA como:

- FR > 60 por min. en menores de 2 meses
- FR > 50 por min. En niños de 2 – 12 meses
- FR > 40 por min. En niños de 1 a 5 años

- ***Fiebre:*** La fiebre sola no es parámetro útil para el diagnóstico, la no presencia de fiebre tiene un valor predictivo negativo de hasta un 90%, sin embargo, la ausencia de fiebre en un paciente con neumonía es un factor pronóstico como riesgo de mortalidad o se puede estar ante la presencia de neumonía atípica.
- ***Saturación de oxígeno baja:*** Útil para determinar severidad del cuadro clínico

DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico, la sintomatología de la neumonía infantil varía mucho dependiendo de la edad del niño, de su etiología, del estado nutricional e inmunitario del paciente y en definitiva de cada niño, ya que no hay un patrón característico para cada uno de los tipos de neumonías.

Exámenes Auxiliares

Patología Clínica

Específicas:

- Hemocultivo (especificidad 70 – 80%, sensibilidad 10 - 15%). Debe realizarse en todos los niños en los que se sospeche neumonía bacteriana
- Cultivo nasofaríngeo: No necesariamente indica infección de la vía aérea inferior
- Serología ELISA para virus y bacterias atípicas.

Inespecíficas

- Hemograma completo.
- Proteína C Reactiva cuantitativa (PCR: Valor mayor de 80mg/L
- (específico pero poco sensible para neumonía bacteriana).
- La presencia de leucocitosis, leucopenia, alteración en la fórmula y PCR elevado, por si solos no diferencian entre infección viral y bacteriana (A).
- Análisis de Gases Arteriales (AGA)

Imágenes

- Radiografía de Tórax Antero – Posterior: constituye el diagnóstico de certeza de neumonía. Los hallazgos radiológicos son pobres indicadores de etiología. Se describen dos patrones radiológicos de neumonía: el intersticial (50% son bacterianos) y el alveolar (80%).
- Radiografía lateral de tórax: derrames pleurales, sospecha de adenopatías o proyección frontal no concluyente

TRATAMIENTO

En relación con el tratamiento, en la actualidad se plantean muchas dificultades. Existen muchas dudas e incertidumbre relacionadas con la eficiencia de las vacunas, como son HiB y Neumococo, en lo concerniente a la disminución o no de estos patógenos en la incidencia de NAC en nuestro medio. A su vez, hay gran desconcierto a nivel mundial por los diversos reportes que muestran reportes de resistencia marcada a diferentes antibióticos por parte de gérmenes como Hib y Neumococo

Otro factor de interés está dado por el creciente aumento de gérmenes conocidos como atípicos, como Mico plasma pneumoniae y Moraxellacatarralis en la presentación de NAC en niños previamente sanos y sin factores de riesgo para sufrir la infección

A su vez, las estrategias de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) propuestas para reducir la morbimortalidad por enfermedades frecuentes en niños son tomadas muy en contexto por algunos grupos, sin entender que éstas son una herramienta basada en un lenguaje común que busca mejorar la comunicación entre el personal no médico y médico para simplificar y facilitar la intervención pero no reemplazar el ejercicio clínico que ante cada paciente se debe de hacer buscando llegar a un diagnóstico sindrómico en la totalidad de los casos y en un gran porcentaje a uno causal y clínico de la enfermedad responsable de las manifestaciones clínicas del paciente

Debido a las dificultades para distinguir la neumonía bacteriana, la cual necesita ser manejada con antibióticos, de aquellas no bacterianas cuyo beneficio con el uso de antibiótico es nulo, llevan al clínico en la práctica y ante las múltiples limitaciones de

los métodos diagnósticos específicos (cultivos y aislamiento del germen) a tener que asumir decisiones a partir sólo de datos clínicos, radiológicos y epidemiológicos para indicar o no un tratamiento antibiótico empírico.

Los argumentos con que se cuenta para poder usar empíricamente manejos terapéuticos para esto son:

Los datos clínicos radiológicos y epidemiológicos no siempre permiten definir con certeza el agente causante de la neumonía, aunque algunas imágenes radiológicas podrían apoyar o suponer el probable agente etiológico.

La frecuente superposición en niños menores de 5 años de agentes virales y bacterianos sin una certeza de ante qué evento se está en el paciente. El riesgo que el paciente que no está recibiendo antibióticos pueda progresar hacia la gravedad o pueda presentar neumonía complicada

A pesar de estos datos es necesario ser selectivos y racionales en la determinación del uso de antibióticos, al igual que ante un paciente con certeza diagnóstica de neumonía de etiología viral no usar antibióticos, ya que no brinda ningún tipo de beneficio.

El tratamiento integral de la NAC se basa en 3 pilares fundamentales:

Tratamiento Integral NAC

a) Medidas Específicas:

- Tratamiento antibiótico teniendo en cuenta gérmenes más frecuentes por grupos etéreos de acuerdo con las guías internacionales
- Eficacia e índice de resistencia por población específica
- Seguridad terapéutica

b) Medidas Generales:

- Hidratación y nutrición adecuada
- Administración óptima de O₂ de acuerdo con las necesidades
- Tratar la fiebre y el dolor

- Tratamiento de la patología concomitante como: otitis, broncoespasmo, impétigo, etc.
- Hospitalizar en el nivel requerido o manejar de forma ambulatoria de acuerdo con la gravedad del caso.

c) Tratamiento Médico Antibiótico:

- En esta revisión se excluye el grupo de los neonatos, ya que éstos no clasifican como NAC y su manejo se aproxima al de sepsis neonatal tardía y requieren abordaje terapéutico con antibióticos que cubran entero bacterias, entre otras.

Pacientes entre 3 meses - 5 años y mayores

A febril:

- Eritromicina 30 - 40 mg/k/día
- Azitromicina 10mg/k/día el 1 día y luego a 5 mg/k/día por 4 días más
- Claritomicina 15mg/K/día x 2 semanas

3 meses si se sospecha neumonía atípica.

Febril:

- Amoxicilina 80 – 100 mg/k/día (c/8h)
- Amoxicilina - AC. clavulánico **
- Ampicilina – Sulbactan **
- Trimetropin Sulfa 8mg/k/día (2 dosis)
- CefuroximeAxetil: 30mg/k/día (2 dosis)
- Cefprozil: 30mg/k/día (2 dosis)
- Ceftriaxone IM
- Penicilina procaínica: 25 000 - 50000 u/k/ día IM (1 dosis)

d) criterios de hospitalización:

- Menores de 2 meses
- Apnea

- Signos de dificultad respiratoria: tiraje subcostal, aleteo nasal, cianosis, quejido
- Hipoxemia: saturación < 92% a nivel del mar
- Intolerancia a la vía oral
- Aspecto tóxico
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio
- Neumonía complicada
- Enfermedades subyacente y/o afectación inmunológica
- Residir en un sitio no óptimo para tratamiento o incompetencia familiar para el tratamiento.

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

Tratamiento antibiótico endovenoso de neumonía en niños mayores de 3 meses de vida:

Medicamento	Intervalo	Mg/Kg./día	Efectos Adversos
Ampicilina	c4-6h	100-200	Anafilaxia, eritema multiforme, colitis
Cloranfenicol	c6h	50 – 80	Hipersensibilidad, Sind. Gris, neuritis
Penicilina G	c4-6h	100.000 – 200.000 UI/Kg/d	Anafilaxia
Ceftriaxona	c12h	50 – 80	Colitis pseudomembranosa, anemia
Oxacilina	c6h	100 – 150	Anafilaxia, eritema multiforme
Cefuroxima	c8h	100 – 200	Erupción cutánea
Cefotaxima	c8h	100 – 200	Anafilaxia, eritema multiforme.
Vancomicina	c6h	40 – 60	Anafilaxia, rush, eritema multiforme

FACTORES DE RIESGO

Desnutrición: La prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. Niños de 1 año de edad provenientes de varios países mostraron que la prevalencia media de retardo CPW (debajo de - 2 puntajes Z), fue de 34 % en América Latina y 47% en Asia. El déficit de peso para edad varió de 23 a 53 %, mientras que el desgaste fue menos común, fluctuando de 3 a 19 % respectivamente.

La desnutrición adelgaza la membrana pulmonar con lo que se puede facilitar la entrada de bacterias, además puede debilitar el sistema inmunitario del niño, los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

Con respecto a la nutrición, las cifras muestran que uno de cada cuatro niños peruanos menores de cinco años sufre de desnutrición crónica. Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), el 69% de los niños menores a dos años son anémicos.

La falta de vacunas:

- La vacuna antineumocócica; de polisacáridos en uso es considerada segura e incluye 23 antígenos capsulares polisacáridos de *Streptococcus pneumoniae*, que representan entre 85 y 90% de los serotipos que causan infección neumocócica invasiva en EE.UU.
- Vacuna contra la influenza: la influenza tiene un doble impacto ya que puede provocar tanto neumonía primaria como neumonía bacteriana secundaria. La vacunación anual antes de la temporada de influenza constituye el método principal de prevención frente a la influenza y sus complicaciones. La vacuna contiene las tres cepas (2 de tipo A y 1 de tipo B) con mayor probabilidad de circulación en la temporada en curso.

Los antivirales son útiles en la quimioprofilaxis de la influenza y son un complemento al uso de la vacuna, pero no son un sustituto de la misma. La amantadina y la rimantadina, son inhibidores de la proteína M viral y poseen actividad contra el virus de tipo A pero no sobre el B.

Los niños con la vacunación completada para su edad presentaron una reducción del 32% en el riesgo de contraer neumonía respecto a los niños que no habían completado las inmunizaciones (IC=0,52; 0,88)

- La vacuna pentavalente: solo tendría capacidad de cubrir a la mitad de los serotipos aislados en el Perú, según un estudio de portadores en Lima responsables de neumonía neumocócica. En el estudio de enfermedad neumocócica invasiva en Lima, se encuentra que la vacuna heptavalente tiene una cobertura de 68.8% para los serotipos causantes de neumonía
- Vacuna contra el sarampión El sarampión es causado por un virus de la familia de los paramixovirus que normalmente crece en las células de revestimiento de la faringe y los pulmones.

El virus del sarampión penetra en el organismo a través de la conjuntiva o de las mucosas respiratorias, condicionando una infección localizada con diseminación hacia ganglios linfáticos regionales; dos o tres días después de la exposición se presenta la primera viremia con replicación viral en el sitio primario de infección y en el sistema retículo - endotelial

Es una importante causa de mortalidad infantil en los países en desarrollo, provocando unas 900 000 defunciones al año. El virus del sarampión puede en definitiva ser responsable de más defunciones infantiles que cualquier otro microbio, debido a las complicaciones por neumonía, enfermedades diarreicas y malnutrición.

Contaminación intradomiciliaria: La contaminación de interiores representa un riesgo para la población, por sus efectos sobre la salud, situación que se acentúa por la permanencia de los individuos en ambientes interiores (80% -90% del tiempo) y la deficiente ventilación en viviendas y lugares de trabajo.

En un trabajo se demostró que los contaminantes intradomiciliarios 74,6% identifican al cigarrillo, 65,3% carbón, 62,2% polvo y 54,2% parafina.

Los efectos sobre la salud se dividen en:

- El humo de tabaco es el principal componente de la contaminación intra domiciliar, evidenciándose que la exposición pasiva a este contaminante produce irritación ocular, cefalea, irritación nasal y tos
En población infantil, la exposición involuntaria al humo de cigarrillo aumenta la frecuencia de infecciones respiratorias bajas y de síntomas respiratorios, reduce el nivel esperado de VEF y FEF y aumenta el riesgo de desarrollar otitis media.
- La exposición al humo de leña puede aumentar la frecuencia de infecciones respiratorias bajas. Algunas investigaciones han demostrado que el uso de carbón, leña y parafina como combustibles en la cocina, incrementan la prevalencia de enfermedades respiratorias

Por hacinamiento: La contaminación del aire en el interior de la vivienda y el mayor contacto interhumano contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones.

El hacinamiento aparece como un factor de riesgo importante para la neumonía en esta población. Tanto el elevado número de personas en el domicilio como el elevado número de niños en casa estuvieron significativamente asociados con la neumonía

El Índice de Hacinamiento es la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple

Exposición al frío: las muertes por neumonía aumentan considerablemente durante los meses de invierno.

El incremento de enfermedades virales en cualquier época del año, sabemos que las neumonías, en la mayoría de los casos, son complicaciones de procesos inicialmente de etiología viral

El cambio climático: Según el Centro de Investigación de Cambio Climático Tyndall, Reino Unido 2001, el Perú sería el tercer país más afectado por los efectos del calentamiento global, debido a varios factores. El cambio climático tiene variadas repercusiones. Hace que los procesos del verano e invierno se vuelvan más exagerados.

Cuando llueve, llueve fuertísimo y cuando no llueve, no llueve durante mucho tiempo. Donde aparecen huracanes, que son ciclones tropicales cuyo centro es más cálido, al subir la temperatura del medio los ciclones no se mueven tanto y así se convierten en más destructivos. En el altiplano donde está el lago Titicaca, no se tienen glaciales. Ahí el cambio climático afecta a la zona desde la atmósfera, con las lluvias, granizadas, con el friaje que se da con el tránsito del aire frío que viene del polo sur y se dirige a la Amazonía y, principalmente, con las heladas (se produce cuando la temperatura ambiental baja debajo de cero grados

El altiplano posee un clima frío y semiseco, con una temperatura promedio anual de 8° C. pero, al igual que las lluvias, el clima también es estacional. Los meses de más frío son los llamados de helada, de Junio a Agosto

Contaminación ambiental: En 1990, La cumbre mundial para los niños fue convocada para tratar el deseo de entregar un mejor futuro para cada niño en el mundo. Para la cumbre, UNEP y UNICEF publicaron el informe 1990 Niños y Medio ambiente, con el mensaje “la degradación ambiental está matando niños.” Este tema reconoce que un medio ambiente limpio y saludable es el primer paso para entregar un mejor futuro a los niños. Sin embargo, en los años que han pasado desde la cumbre y la publicación del informe, muchos problemas han persistido y muchos han aparecido.

Los niños provenientes de familias de bajos ingresos muchas veces viven en áreas con altos niveles de contaminación del aire. Muchos niños viven a corta distancia, sino sobre vertederos de basura antiguos o actualmente en uso. Además los pobres de áreas urbanas muchas veces viven muy cerca de autopistas o en el sector industrial urbano, de este modo, están expuestos a los contaminantes que son emitidos por el tráfico o por industrias. De hecho, en los suburbios de Bangladesh, los niveles de plomo en el aire son 3 veces mayores que los recomendados por la OMS

La exposición a la contaminación del aire o gases tóxicos también pueden contribuir a la inflamación de los pulmones, lo que hace que sea más difícil para los pulmones

En los contaminantes extra domiciliarios: 89,4% humo, 74,6% combustión de vehículo, 46,8% tierra - polvo y 71,5% combustión de fábrica

COMPLICACIONES

El inicio oportuno y adecuado del tratamiento antibiótico debe conducir a una evolución favorable en la mayoría de los casos dentro de las primeras 48 h de iniciado el tratamiento, si esto no ocurre se deben descartar complicaciones de tipo supurativas a nivel del parénquima pulmonar, del espacio pleural o también pericárdicas y que incluyen: neumonía necrotizante, absceso de pulmón, neumatocele, gangrena pulmonar, derrame pleural y pericarditis purulenta. Cualquiera de ellas puede significar fiebre prolongada, mayor duración del tratamiento con antibióticos, de la hospitalización y tratamiento quirúrgico en el caso de empiema tabicado. Además pueden presentarse complicaciones extra pulmonares asociadas, como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y el shock séptico que requieren manejo y monitorización en cuidados intensivos.

PREVENCIÓN

El progreso en las condiciones higiénico sanitarias de vida, las facilidades de acceso a los servicios de salud y la educación sanitaria a la población en Cuba, son aspectos que han contribuido al control de la neumonía, sin embargo, la aparición de nuevos patógenos o la modificación de la respuesta de los gérmenes a los tratamientos habituales, son escollos que siguen apareciendo periódicamente en la lucha contra esta enfermedad.

- Entre las medidas que se han mostrado útiles en la prevención de la infección y deben recomendarse están:
- Aportar lactancia materna y darle atención especializada a niños prematuros, con bajo peso al nacer y malnutrición a cualquier edad.
- Evitar la exposición pasiva de los niños al humo de tabaco.
- Limitar la transmisión de infecciones respiratorias mediante el lavado de manos tanto en casa como en los círculos infantiles y escuelas.
- Retrasar la entrada al círculo infantil en el caso de niños muy alérgicos, inmunodeficientes o con cualquiera otra enfermedad de base predisponente.
- Garantizar una nutrición balanceada con aporte adecuado de vitaminas y minerales.

- Aplicar el esquema de vacunación vigente, la vacuna anti Hib es efectiva en la disminución de las enfermedades causadas por este microorganismo y en Cuba se administra de forma sistemática desde hace años.
- Incrementar la inmunización contra los virus influenza y el neumococo, particularmente en grupos de riesgo. En los países en los que se administra de forma sistemática, se ha reducido la incidencia de enfermedad por neumococo.

La neumonía es una enfermedad típicamente curable y no obstante con frecuencia resulta fatal, sobre todo en los niños, 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.

1.2. FUNDAMENTACION DE LA TEORIA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

EL MODELO DE DOROTHEA OREM. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

AUTOCAUIDADO.- La práctica de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo, por sí mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar.

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO.- Se trata de un consejo formulado y expreso sobre las acciones que deben llevar a cabo puesto que, se consideran necesarias para regular los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, de forma continua o en condiciones específicas.

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO UNIVERSALES

- 1.- Mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos
- 2.- Procesos de eliminación
- 3.- Mantenimiento del equilibrio entre la cavidad y el descanso.
- 4.- Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad

- 5.- Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- 6.- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales, según el potencial de la persona y sus limitaciones, así como el deseo de ser normal, entendiendo este término, como lo que se considera esencial y según las características genéticas, constitucionales y de personalidad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Aquellos que están relacionados con los distintos momentos del ciclo vital.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE LAS DESVIACIONES DE SALUD

NECESIDADES DE AUTO CUIDADO TERAPEÚTICO. El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de auto cuidado de la persona.

ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO. Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

AGENTE.- La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en el mismo.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE.- Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO. La relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y las capacidades de auto cuidado no son operativas o adecuadas para cubrir la necesidad.

SISTEMAS ENFERMEROS Las acciones prácticas que realizan los profesionales de enfermería en relación a las necesidades de auto cuidado de los pacientes.

- Sistema de Compensación Total
- Sistema de Compensación Parcial
- Sistema educativo y de apoyo

III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Walter Fonseca, Betty R. Kirkwood, Cesar G. Victora, Sandra R. Fuchs, Jose A. Flores y Chizuru Misago. FACTORES DE RIESGO PARA LA NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN FORTALEZA, BRASIL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. Se Realizó un estudio de metodología de casos y controles, donde se estudiaron los factores de riesgo para la neumonía en niños menores de dos años, en la Región Metropolitana de Fortaleza, Ceará, entre julio de 1989 y junio de 1990. Se utilizaron preguntas normalizadas y pre codificadas.

Se investigó la asociación entre la neumonía y factores de riesgo demográfico, socioeconómico, ambiental, reproductivo materno, nutricional antropométrico y nutricional dietético, y prácticas relacionadas con el cuidado del niño.

Los resultados de este estudio mostraron que las variables relacionadas con el estado nutricional son importantes factores de riesgo para la neumonía en los niños menores de 2 años. Los tres indicadores de déficit de crecimiento estudiados (peso - altura, altura - edad, peso - edad), la ausencia de lactancia y el bajo peso al nacer presentaron una asociación estadísticamente significativa con la neumonía. Otros factores relacionados con la práctica de los cuidados del niño, como la asistencia a guarderías y la madre que trabaja fuera de casa, también se mostraron fuertemente asociados con neumonía. También se constató que la ocurrencia de estos factores es relativamente común en la población estudiada.

Negrón Arroyo Claudia Carolina; Nieto Coronel María Teresa II y Navia Ortuño

Leslie III. CONSIDERACIONES CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE CASOS DE NEUMONIA EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.

El estudio fue llevado a cabo por estudiantes de medicina de la Universidad Mayor De San Andrés – la Paz Bolivia; para determinar la Clínica y Epidemiología de los casos de Neumonía registrados en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría, se incluyeron para el análisis todos los niños menores de diez años que fueron internados en la sala de neumología en el 2005 seleccionándose aquellos que presentaban evidencia de neumonía. Los resultados demuestran que los menores de 5 años de manera especial los

menores de 1 año son los más propensos a adquirir neumonía, el género más afectado es el masculino, la estación del año y la localización geográfica son otros factores que predicen la etiología marcado aumento en los meses de invierno

Luis Jorge Hernández F, Gustavo Aristizabal D, Yenny Salgado, Liseth Cantor C, Katalina Medina y Jesús Reyes. ASOCIACIÓN ENTRE LA CONTAMINACION DEL AIRE Y LA MORBILIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN TRES LOCALIDADES DE BOGOTA.

Este estudio se Realizó en Bogotá en las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón ubicadas en el suroccidente de la sabana de Bogotá, consideradas como una ciudades con mayor contaminación del aire por material articulado menor o igual a 10 micras (PM10). Dando por resultado que la población que más se afecta por la contaminación del aire por material articulado respirable son los niños y niñas menores de 5 años que pasan la mayor parte del día al interior del jardín infantil y su exposición a la contaminación del aire es la sumatoria de sus exposiciones a lo largo del día en sus ámbitos de vida cotidiana.

La contaminación del aire por material particulado no es un factor causal directo de enfermedad respiratoria aguda, sino un factor asociado que, en combinación con otros factores como la desnutrición, la contaminación intramuros por tabaquismo pasivo, el clima, la cercanía a fuentes de emisión de PM otras y la ventilación de las viviendas, produce un aumento de la enfermedad pulmonar

Paulina Bravo J., Paola Olate M., Luis Enrique Vega - Briceño, Eliana Muñoz B., Linus Holmgren P.E Ignacio Sánchez D. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA RECURRENTE EN NIÑOS, EXPERIENCIA DE DOCE AÑOS.

Se Realizó un estudio retrospectivo en el cual se revisaron las fichas de pacientes con diagnóstico de neumonía recurrente controlados en el policlínico de Broncopulmonar Infantil del Departamento de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre enero de 1992 y julio del 2003. Se revisaron un total de 121 pacientes. La mayoría de las neumonías fueron unilobares. En relación a los factores asociados, 19 pacientes eran asmáticos (16%), 15% presentaban trastornos neurológicos de base, 11% trastornos de deglución con aspiración pulmonar. En un 17% no se identificaron factores asociados.

Concluyéndose que los factores asociados más frecuentes encontrados fueron: asma bronquial, hiperactividad bronquial, trastornos neurológicos y aspiración pulmonar. Es necesario estudiar si el control de estos factores asociados puede disminuir los episodios de neumonía

ANTECEDENTES NACIONALES:

Flores, C. y Cueva, L. 1999. “Infecciones respiratorias agudas asociadas a desnutrición en niños menores de 5 años”. Se realizó un estudio retrospectivo observacional en el centro poblado menor de Piobamba ubicado en el distrito de Oxamarca - departamento de Cajamarca, durante el año de 1997. Se revisaron 458 fichas clínicas de niños menores de 5 años que acudieron al puesto de salud de este centro poblado. De los 458 niños, 73 presentaron infecciones respiratorias agudas (IRA), de los cuales 48 (65,8 por ciento) estaban desnutridos. Los grupos atareos más comprometidos fueron los de 12 a 23 meses en 58,3 por ciento y el de 0 a 11 meses en 22,9 por ciento, el 70,8 por ciento era de sexo masculino y 29,2 por ciento de sexo femenino. Concluyéndose que la prevalencia de infecciones respiratorias agudas asociadas a desnutrición en menores de 5 años es de 10,5 por ciento, siendo más frecuente las infecciones respiratorias agudas en niños desnutridos que en eutróficos en una relación de 2 a crónica de primer grado, comprometiendo mayormente al grupo atareo de 12 a 23 meses de edad. (AU)

Yul J Cruz Cusihualpa. “Estudio de la neumonía adquirida en la comunidad en Pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Sur Este ESSALUD – Cusco. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Se estudiaron 91 casos en pacientes mayores 65 años, entre los factores de riesgo más estudiados se encontraron que los pacientes mayores de 65 años se afectaban en un 78.02%, pacientes menores de 65 años en un 21.98%, el sexo masculino vio afectado en un 56.15% y el sexo femenino en un 48.85%, los que vivían en la zona urbana se vieron afectados en un 73.62% y a nivel rural en un 26.38%; 84.62% eran asociados a comorbilidad, 53.83% de los pacientes eran alcohólicos, 27.47% estaban asociados al tabaquismo y postración. Concluyéndose que los pacientes más afectados eran mayores de 65 años, masculinos; siendo más susceptibles si tenían antecedentes de comorbilidad, tabaquismo, alcohólicos y postración.

ANTECEDENTES LOCALES:

Juan C. Ordoñez Ignacio. “infecciones respiratorias altas virales en niños de 0 a 5 años de edad y su relación con los factores de riesgo en los medios urbanos y rural del Distrito de Ilave. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal en el puesto de Salud Checca - Ilave. Se analizaron 82 niños menores de 5 años, dando por resultado que el agente etiológico más frecuente era el rinovirus y que afectaba al ámbito rural en un 48.27%, a nivel urbano con 41.73%; los niños menores de 3 años se vieron afectados por un solo virus en un 33.33% , los niños mayores de 3 años se vieron afectados por 4 virus en un 23.07%, los pacientes con contacto a humo se vieron afectados hasta por 2 virus en un 21.01%, el rinovirus se encontró hasta en un 50% en pacientes que vivían en hacinamiento, las madres de los pacientes afectados tenían secundaria incompleta en un 63.63%, los niños que se vieron afectados por 4 virus eran de un nivel socioeconómico bajo hasta en un 34.14%. Concluyéndose que la educación interviene como factor de riesgo

Más importante en las infecciones respiratorias altas virales en niños de 0 a 5 años en los medios urbanos y rural del Distrito de Ilave

Julia Carrasco. Determinantes socioculturales asociados a la neumonía en Puno, Perú. Se Realizó un estudio prospectivo, descriptivo en Junio de 2009. Se aplicaron técnicas cualitativas que incluyeron grupos focales en trabajadores administrativos de la Dirección Regional de Salud de Puno, trabajadoras asistenciales de un hospital del Ministerio de Salud de la provincia de Juliaca, Puno, y escolares entre 8 y 9 años de una escuela pública de la provincia de Juliaca. Las técnicas proyectivas se aplicaron a los escolares, quienes a través de la entrevista y dibujos libres expresaron sus sentimientos, opiniones, razones para comportamientos y actitudes, tanto de ellos como de sus padres, sobre la neumonía. Concluyéndose que los determinantes socioculturales son la falta de liderazgo y coordinación de los equipos de salud, las demoras en la atención y en los pagos por los servicios, la influencia de la suegra en la toma de decisiones, la automedicación y el acudir tarde al hospital cuando el niño enfermo está grave

IV. ANALISIS Y DISCUSION

ANALISIS

El paciente pediátrico con neumonía adquirida en la comunidad que fue hospitalizado debe ser evaluado constantemente para que no se presente complicaciones. A medida que se van tratando los signos y síntomas para reducir problemas graves. De la misma manera también puede hacerse evidentes complicaciones menos severas y problemas médicos subyacentes. La observación constante del paciente junto a un alto índice de sospecha, facilita el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad. Igualmente es indispensable el monitoreo continuo de los signos vitales y hacer un registro permanente de los mismo con el fin de poder detectar a tiempo cualquier deterioro y actuar en consecuencia. Cuando se tiene un paciente con neumonía, es importante realizar un diagnóstico presuntivo la priorización se puede realizar según considerando que la atención inmediata es importante.

Por lo tanto, de debe contar con un equipo interdisciplinario idóneo para la atención inmediata y eficaz. Partiendo de la premisa conocer para hacer y al no tener bien en claro las etapas de la evaluación completa, la enfermera en la práctica puede cometer errores repercutiendo así negativamente en la salud del paciente, y por ello la enfermera debe poseer un cuerpo de conocimientos actualizado a fin de construir a reducir la morbimortalidad y mejorando la calidad de vida de este grupo vulnerable.

DISCUSIÓN

Proceso de atención en enfermería aplicado al paciente pediátrico con Neumonía en el hospital Manuel Núñez Butrón puno -2017

I. Filiación:

- Nombre : Pacho Pilco
- Edad : 5 años
- Sexo : Masculino
- Grado de instrucción : Inicial
- Ocupación actual y ante : Estudiante
- Lugar de Nacimiento : Comunidad Masacruz – Prov. de Collao

- Lugar de procedencia : Comunidad Masocruz – Prov. de Collao
- Fecha de nacimiento : 01/09/2011
- Nacionalidad : Peruano
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Informante : Madre
- Servicio : emergencia
- Fecha de ingreso : 30/09/ 2016

II. Enfermedad Actual

- **Tiempo de enfermedad** : 4 días aproximadamente.
 - **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo
- **Motivo de Consulta** : tos productiva persistente, dificultad respiratoria en reposo, alza térmica no cuantificada, tiraje subcostal
- **Funciones biológicas**
 - Sed : Aumentada
 - Sueño : disminuido
 - Deposiciones : disminuidas.
 - Micción : Conservada.
 - Apetito : Disminuido por intolerancia y dolor a la deglución.
 -

III. Antecedentes Personales:

Fisiológicos:

- Nacimiento : Parto domiciliario atendido por empírico.
- Inmunizaciones : madre refiere vacunas incompletas
- Crecimiento y desarrollo : Desarrollo psicomotriz adecuado

Patológicos:

- Cardiovasculares : no presenta
- Pulmonares : no presenta
- Digestivos : enfermedades comunes EDAS

- Renales, urinarios : no presenta
- Hospitalizaciones : no refiere
- Alérgicos : No presenta
- Transfusiones : no presenta

Sociales:

- vivienda : material rustico.
- Cocina : leña
- Agua : pozo
- Desagüe : letrina

IV. Examen Físico:**EXAMEN CLINICO GENERAL :**

- **Estado de conciencia** : Glasgow 13/15.
- **Estado general** : Somnoliento en mal estado general
- **Estado de nutrición** : aparentemente con riesgo de desnutrición.
- **Estado de hidratación** : aparentemente semideshidrata
- **Posición, actitud y marcha** : Decúbito dorsal activo optativo.
- **Facies** : Expresión simétrica, descompuesta

Exploración física.

- **T.A.** : 110/70 mmHg
- **F.C.** : 135 por minuto
- **Frec. Resp.** : 38 x´
- **Temp.** : 38.8 °C axilar
- **Peso** : 18 Kg.
- **Talla** : 84 cm

EXAMEN CLINICO REGIONAL:**Cabeza:**

- Piel, faneras y TCS : pálida y elasticidad disminuida ligera cianosis
- Cabeza : normo céfalo, implantación de cuero normal

- Cara : Frente amplia y despejada, ocupada por líneas de expresión, cejas en bastante cantidad separadas por la glabella, pestañas en escasa cantidad, filiformes.
- Ojos : Globo ocular pupilas foto reactivas, isocóricas, movimientos simétricos, iris foto reactivo, pupila reflejo foto motor presente.
- Oídos : permeables, presencia de cerumen en escasa cantidad, aparentemente permeables.
- Nariz : Normorrinea, coloración más acentuada, fosas nasales poco permeables por presencia de abundante secreción nasal.
- Boca : Halitosis, comisuras simétricas, labios levemente cianóticos y secos, se evidencia reflejo tusígeno en repetidas ocasiones.
- Dientes : mala higiene
- Lengua : saburral, semi seca.
- Oro faríngeo : Congestiva se evidencia placas de exudado purulento.

Cuello: Cilíndrico, simétrico, se evidencia macula, móvil a la flexión, extensión, lateralidad y circunducción, ganglios linfáticos cervicales no palpables, supraclaviculares no palpables.

Tórax:

- **pezones y axilas:** Mamas de acuerdo a edad y sexo del paciente no se evidencia alteraciones, no se palpan ganglios congestivos.
- **Aparato respiratorio**
- Inspección: tórax levemente asimétrico durante excursión respiratoria, se evidencia disminución de movimientos de amplexación en hemitorax izquierdo, no se observa cambios de coloración, ni aumentos de volumen.
- Palpación: vibraciones vocales muy disminuidas (casi abolidas) en región media y basal de hemitorax izquierdo; en hemitorax derecho conservadas.
- Percusión: su matidez y matidez en mitad inferior de hemitorax izquierdo, sibilantes en mitad superior izquierda, en hemitorax derecho sonoridad conservada.
- Auscultación: hemitorax izquierdo murmullo alveolar abolido en región basal y media, se evidencia ruidos adventicios no específicos en región basal, crepito,

sibilantes y roncus en región apical; en hemitorax derecho se ausculta roncus y sibilantes en región basal y media; sibilantes en región apical.

- **Aparato cardiovascular:** Pulso , irregular y desigual

Abdomen:

- **Aparato Digestivo:**

Inspección: Panículo adiposo en regular cantidad, no se observan aumentos de volumen abdominal, cicatriz umbilical poco diferenciable

Auscultación: Ruidos hidroaereos disminuidos.

Palpación superficial abdomen tenso poco depresible muy doloroso.

- **Aparato Genital y urinario:** De acuerdo a la edad
- **Aparato Locomotor:** Movimientos cervicales, no dolorosos a la rotación, extensión, flexión, ni circunducción.
-

EXAMENES AUXILIARES:

- Recuento sanguíneo, hemoglobina, glucosa.
- Sedimento Urinario
- Examen de Gases Arteriales.
- Bacilos copia.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- SINDROME BRONCONEUMONICO AGUDO
- BRONCONEUMONIA LOBULO BASAL IZQUIERDO

Validación de datos

Los datos mencionados fueron validados y verifica con la familia, la historia clínica por los registros de otros profesionales y el examen físico como los exámenes y procedimientos.

Diagnostico

Formulación de diagnósticos de enfermería

- Deterioro del intercambio de gases R/C cambios en las membrana alveolo capilar m/p gasometría arterial anormal
- Limpieza ineficaz de las vías áreas R/C secreción bronquial, mucosidad excesiva e infección M/P cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo.
- Hipertermia R/C proceso infeccioso Respiración Ineficaz relacionado a proceso inflamatorio (neumonía) evidenciado por aleteo nasal, tos, dificultad respiratoria, cansancio.
- Alteración del patrón del sueño relacionado a estadía hospitalaria evidenciado por irritabilidad, y facies de cansancio
- Alteración nutricional y metabólica por defecto relacionada con dieta hipo alérgica evidenciado por pérdida de apetito.
- Intolerancia a la actividad relacionada entre el suministro y la demanda de oxígeno evidenciado por disnea respiratoria.
- Riesgo de asfixia R/C proceso patológico

I. VALORACION

DATOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p style="text-align: center;">DOMINIO II</p> <p style="text-align: center;">Nutrición</p> <p>Peso: 18 KG</p> <p>Talla: 84 cm</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades evidenciado por falta de interés en los alimentos.</p> <p>Déficit del volumen de líquidos relacionado con perdida activa del volumen de líquido evidenciado por sequedad de las membranas mucosa</p>
<p style="text-align: center;">DOMINIO 3</p> <p style="text-align: center;">Eliminación e intercambio</p> <p>R: 38 por minuto</p> <p>FC: 110 por minuto</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases R/C respiración anormal m/p gasometría arterial anormal</p>
<p style="text-align: center;">DOMINIO 4</p> <p style="text-align: center;">Actividad / reposo</p> <p>Aleteo nasal</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C aleteo nasal m/p fatiga de músculos respiratorios</p>
<p style="text-align: center;">DOMINIO 11</p> <p style="text-align: center;">Seguridad / protección</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías áreas R/C secreción bronquial, mucosidad excesiva e infección M/P cambios en el ritmo respiratorio, excesiva cantidad de esputo.</p> <p>Hipertermia R/C proceso infeccioso Respiración Ineficaz relacionado a proceso inflamatorio (neumonía) evidenciado por aleteo nasal, tos, dificultad respiratoria, cansancio.</p>

		ESPERADO	
Deterioro del intercambio de gases R/C cambios en las membrana alveolo capilar m/p gasometría arterial anormal	Paciente tendrá gasometría normal	Estado respiratorio normal Intercambio gaseoso normal	Noc: paciente mejorara la saturación sobre 92% al cabo de 1 hora y no presentara taquipnea ni signos de hipoxia Nic: explicar, calma al paciente, posición semi flower, adm. De oxigenoterapia 2 lt/min, control de signos vitales y saturación incial cada ½ hra y al lograr > 90% c/4 hrs
Intolerancia a la actividad relacionada entre el suministro y la demanda de <u>oxígeno</u> evidenciado por disnea respiratoria.	Paciente tendrá un nivel de oxígeno adecuado		Noc: paciente mejorara patrón respiratorio, disminuirá disnea a grado 1 -0, regulara fc, respiratoria de 22 rpm, en 6 horas Nic: Posición semi flower Controlar signos vitales Adm analgésico según indicación medica Aplicar escala de disnea
Hipertermia R/C proceso infeccioso Respiración Ineficaz relacionado a proceso inflamatorio (neumonía) evidenciado por	Paciente tendrá una temperatura normal		Noc: paciente disminuirá la t corporal 1 c° al cabo de una hora Nic: Valorar signos vitales Aplicar medidas físicas Aplicar medidas físicas Ingesta adecuada de



<p>aleteo nasal, tos, dificultad respiratoria, cansancio.</p>			<p>líquidos Administrar antipiréticos</p>
<p>Alteración del patrón del sueño relacionado a estadía hospitalaria evidenciado por irritabilidad, y facies de cansancio</p>	<p>Paciente recuperara el sueño</p>		<p>Noc: paciente disminuirá el nivel de ansiedad al cabo de 2 horas de aplicados los tratamientos y luego de explicar y tranquilizar al paciente Nic: explicar todos los procedimientos al paciente, objetivos y como le ayudan en su recuperación Instruir a los padres sobre signos y síntomas</p>
<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C secreción bronquiales, mucosidad excesiva M/P cambios en el ritmo respiratorio</p>	<p>Paciente tendrá vías aéreas libres de secreción</p>		<p>Determinar si existen contraindicaciones a la fisioterapia pulmonar Determinar los segmentos pulmonares que necesitan se drenados Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse con la posición Utilizar almohadas para dar la posición determinada Practicar percusión y vibración con drenaje pulmonar Auscultar los sonidos respiratorios</p>

EJECUCION

El plan de cuidado se puso en práctica en el cual participó activamente el personal de enfermería de emergencia, se contó también con el apoyo de la madre y capellán del hospital

Sin embargo se presentaron dificultades en cuanto la ejecución de algunos cuidados programados como óptimos, puestos que la comunidad de las mismas con las medidas adecuadas se ve alterada por la ejecución de cada enfermera

EVALUACION

Se cumplió con el plan de cuidado en aproximadamente un 80 % la mayoría de resultados esperados fueron conseguidos.

Todas las acciones para los problemas de complejidad reales y de riesgo fueron aplicados con éxito para mejorar la evolución del paciente. Al culminar con estos resultados del proceso de enfermería, se coincidió con muchos de los cuidados que brindan las enfermeras que laboran en esa área.

V. CONCLUSIONES

En conclusión la neumonía en la edad pediátrica reviste gran importancia por los ingresos hospitalarios que genera, a más de largas estancias hospitalarias, por lo tanto fue importante describir las características de esta patología en nuestra población donde se evidenció mayor afectación del género masculino; por otro lado la frecuencia de los signos clínicos resultó elevada lo que resalta la importancia de una anamnesis y examen físico adecuado dentro del proceso diagnóstico de neumonía; la utilidad de los exámenes complementarios fue valiosa, siendo la más representativa la Rx de tórax con el 100% de positividad; analizando el estado nutricional aunque estadísticamente no se asoció con la estancia hospitalaria en la práctica es evidente que la población con desnutrición se halla en desventaja para hacer frente a este tipo de infecciones, lo que generaría mayor estancia hospitalaria y/o mayor mortalidad.

La neumonía continúa siendo un problema prevalente en nuestra población infantil. La caracterización clínico epidemiológica llevada a cabo proporciona datos sobre esta enfermedad aplicables a nuestra población y crea un perfil del paciente pediátrico; se lograron cumplir los objetivos planteados en el presente estudio.

VI. RECOMENDACIONES

- Concienciar a las madres sobre la importancia que tienen el cuidado al niño n, relacionándolo con las necesidades básicas, fundamental en el bienestar y calidad de vida del niño, así como en la adopción del rol maternal.

- Al jefe de servicio de emergencia que cumpla la norma técnica 022 y las guías practicas

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization WHO. WHO. [Online]. 2013 [cited 2013 Junio.
Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>.
2. Gentile A, Bardach A, Ciapponi A, García - Marti S. Epidemiology of
Community - Acquired Pneumonia in Children of Latin America and the
Caribbean: a Systematic Review and Meta - Analysis.
3. International Journal of Infectious Diseases. 2011 September 12; 16.
4. J. Gomez, C. Munayco, J. Arrasco, L. Suarez, V. Laguna-Torres, P. Aguilar, *et al.* Pandemic influenza in a southern hemisphere setting: the experience in Peru from May to September, 2014 Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull., 14 (42) (2014)
5. El Boletín epidemiológico de la DIRESA- LIMA edición 2016 N (1, Ministerio de Salud
http://www.diresalima.gob.pe/diresa/menu/archivo/epi_2016/BOLETIN%202016/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20SE07-2016.pdf accesadanov.201