



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA

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

AUTOR

AGUIRRE VELOZ CINTHIA BEATRIZ

TUTOR

LCDA. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1. Justificación.....	12
1.2. Objetivos	13
1.3. Datos generales.....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	15
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	15
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	16
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	18
2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo ...	20
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	20
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	24
2.8. Seguimiento.....	24
2.9. Observaciones	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	30

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo especialmente a Dios por darme las fuerzas de continuar cuando estado a punto de caer, de igual manera a mis padres que han sido mis pilares fundamentales para seguir, por todo su amor y comprensión en este camino, a mi amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme y luchar para que la vida nos depare un mejor futuro. A mis docentes por brindarme sus conocimientos y a todas las personas que han estado siempre apoyándome y han hecho posible que yo este a un paso de culminar mi carrera profesional.

CINTHIA AGUIRRE VELOZ

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios por permitirme llegar a este momento y darme la fortaleza y sabiduría que he necesitado, a mis padres por su gran apoyo y siempre creer en mí y no dejarme vencer, a mi hijo que ha sido mi fuerza e inspiración de seguir y demás familiares que me brindaron su apoyo en este trayecto de mi vida. A mi tutora Lcda. Ingrid Aguirre por la paciencia y ayuda brindada, a cada uno de mis docentes por los conocimientos brindados, al personal del Hospital General Babahoyo y Centro de Salud Barreiro por todas las enseñanzas y experiencias compartidas, a mis compañeros de carrera que me han ayudado de una u otra manera para llegar a la meta.

CINTHIA AGUIRRE VELOZ

TÍTULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREESCOLAR CON
BRONQUIOLITIS AGUDA

RESUMEN

El presente estudio de caso clínico consiste en el proceso de atención de enfermería en paciente pre- escolar con bronquiolitis aguda, que acude al área de emergencia del Hospital General IESS Babahoyo, por presentar un cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por tos, rinorea hialina y dificultad respiratoria, sin alza termica; la bronquiolitis aguda es aquel proceso infeccioso en el existe una reaccion bronquial inflamatoria con mayor frecuencia en niños menores de 2 años, esta enfermedad casi siempre es producida por el virus respiratorio sincitial y se presenta con mayor frecuencia durante los meses de invierno.

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

Palabras Claves: Bronquiolitis Aguda, dificultad respiratoria, proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

The present clinical case study consists of the nursing care process in a preschool patient with acute bronchiolitis, who attends the emergency area of the General Hospital IESS Babahoyo, due to presenting a clinical picture of 72 hours of evolution characterized by cough, hyaline rhinorrhea and respiratory distress, without thermal rise; Acute bronchiolitis is that infectious process in which there is an inflammatory bronchial reaction more frequently in children under 2 years of age, this disease is almost always produced by the respiratory syncytial virus and occurs more frequently during the winter months.

The application of the nursing care process allows us to provide the necessary nursing care to the patient for which cephalocaudal evaluation is performed, by Marjory Gordon functional patterns and laboratory tests: complete blood count, blood chemistry, PCR electrolytes; Imaging examinations: AP chest X-ray, he is admitted to pediatric hospitalization, nursing care is provided, peripheral intravenous cannulation is performed, administration of medications according to medical prescription, control and registration of vital signs, oxygen therapy by nasal cannula and other interventions with the aim of recovering the patient's health.

KeyWords: Acute Bronchiolitis, respiratory distress, nursing care process.

INTRODUCCION

La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad respiratoria e infección viral originada principalmente por el virus respiratorio sincitial (VSR), aunque hay una considerable cantidad de virus respiratorios capaces de producir bronquiolitis, este es el patógeno implicado con mayor frecuencia en su etiología. Este proceso da inicio en el tracto respiratorio superior evolucionando a la infección del tracto respiratorio inferior.

Se define como el primer episodio de dificultad respiratoria sibilante en el lactante menor de 24 meses. Es la infección respiratoria más frecuente en los primeros 12 meses de la vida. Es más común la época de invierno (diciembre-marzo) y pueden llegar a representar un 15% de los motivos de consulta en Urgencias Pediátricas; aunque no llegan al 1% los que necesitan ingreso en UCIP. El mecanismo de transmisión son las partículas en el aire espirado y la autoinoculación al tocar superficies contaminadas. (Gallinas Victoriano, Clerigué Arrieta, & Chueca Guindulain, s.f.)

El presente caso clínico tiene como finalidad obtener más conocimiento acerca de la Bronquiolitis, las causas de esta patología y cómo actuar correctamente ante un paciente pediátrico con dicho diagnóstico, a través de la aplicación del PAE para así contribuir al mejoramiento de la salud del paciente, desarrollando cada una de las fases de enfermería como es la valoración cefalocaudal y por patrones funcionales de Marjory Gordon, el diagnóstico de enfermería como resultado de la valoraciones, una planificación en la que se elabora un plan de cuidados de enfermería conforme a las alteraciones halladas, la ejecución de las diversas intervenciones y la evaluación donde obtendremos resultados del estado de nuestro paciente con bronquiolitis aguda.

I. MARCO TEÓRICO

BRONQUIOLITIS

La bronquiolitis es una enfermedad causada por la infección viral del tracto respiratorio inferior en menores de 2 años de edad, con un pico de incidencia entre los 3-6 meses. Se caracteriza por inflamación aguda, edema, aumento en la producción de secreciones y necrosis de las células epiteliales de la pequeña vía aérea. (Szulman, 2017)

BRONQUIOLITIS AGUDA

La bronquiolitis aguda (BA) es la infección respiratoria de vías bajas más frecuente en los menores de 2 años, pero no hay un consenso universal en su definición y las diferencias son tan importantes, como en la edad máxima de presentación, polarizada entre 1 y 2 años. (Mar Duelo, 2020).

ETIOLOGIA

El 80% de los episodios de bronquiolitis están causados por el virus respiratorio sincitial. Su excreción se da a través de las vías respiratorias del niño infectado y dura alrededor de una semana en un sistema inmunológico competente. La inmunidad adquirida por la primo infección del VRS por lo general es escasa y solo la reinfección mejora esa respuesta inmunitaria. Otros virus relacionados a BQL: Parainfluenza, Metaneumoviru, Rinovirus. (Abadía Guerrero, 2016).

Fisiopatología

La bronquiolitis ocurre cuando los virus infectan las células epiteliales de los bronquios y pequeños bronquiolos, causando daño directo e inflamación. El edema, el aumento de mucosidad y el desprendimiento de las células epiteliales recambiadas conducen a obstrucción de las vías aéreas pequeñas y atelectasias. (Pérez Sanz, 2016)

Manifestaciones Clínicas

El cuadro típico de presentación es el inicio de síntomas como rinorrea hialina y tos seca durante los primeros días, progresivamente, la tos aumenta y se asocian síntomas generales como adinamia junto con signos de dificultad respiratoria: retracciones, tirajes y taquipnea. La fiebre puede manifestarse en forma leve o estar ausente, la auscultación pulmonar revela en la gran mayoría sibilancias de alta y baja tonalidad. De acuerdo a la severidad del cuadro puede asociar cianosis. Generalmente, las apneas se presentan en lactantes menores de 6 meses, prematuros y recién nacidos de bajo peso. (Morales López, 2014)

Epidemiología

Las hospitalizaciones a causa de bronquiolitis han ido en aumento durante los últimos años. Es una enfermedad estacional con prevalencia durante la época lluviosa y fría. Los niños menores de 2 años son la población más afectada. Durante el primer año de vida hasta un 80% ya estuvo en contacto con el virus, en el segundo año de vida el 100% de los niños han desarrollado anticuerpos específicos. 15% de estos niños desarrolla enfermedad y solo 2-4% tiene manifestaciones clínicas significativas que ameriten hospitalización. La incidencia en esta edad se debe al menor diámetro de la vía aérea (principalmente entre los 2 y 5 meses). El sexo masculino se ve más afectado que el femenino. La forma de contagio es por medio de un nexa epidemiológico positivo, en el ambiente hospitalario por medio del personal de salud que actúa como vector o por medio de la autoinoculación (más importante) por contacto con enfermos o fómites. Debido a este mecanismo es de suma importancia enfatizar el lavado de manos exhaustivo tanto en el hogar como en el nosocomio. (Abadía Guerrero, 2016).

Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico, basado en la historia típica y los hallazgos en la exploración física. No es necesario el uso rutinario de exploraciones complementarias, aunque pueden ser útiles en determinadas circunstancias.

1. **Síntomas y signos clínicos:** a los síntomas descritos en el apartado anterior hay que asociar el hallazgos de crepitantes inspiratorios difusos y/o sibilancias en la auscultación.
2. **Radiografía de tórax:** hasta el 86% de los pacientes atendidos en urgencias tienen radiografías normales. La realización rutinaria de radiografía de tórax se ha asociado con un mayor uso indebido de antibióticos. Por tanto no está indicada en la bronquiolitis típica, pero puede considerarse cuando:
 - Existen dudas diagnósticas o sospecha de complicaciones pulmonares.
 - El paciente presenta patología de base como enfermedad cardiopulmonar o inmunodeficiencia.
 - Se produce un empeoramiento brusco.

Los hallazgos más frecuentes son:

- Hiperinsuflación pulmonar bilateral y engrosamientos peribronquiales (patrón obstructivo, propio de niños mayores de 3-6 meses).
 - Atelectasias, infiltrados (neumonía viral) (patrón restrictivo más frecuente en menores de 3 meses). La presencia de fiebre alta e hipoxemia aumentan la probabilidad de encontrar anomalías radiológicas.
3. **Análisis de laboratorio:** el hemograma no ha demostrado ser útil ni en el diagnóstico de bronquiolitis ni en la orientación terapéutica. Por tanto no es útil ni necesario en la mayoría de los casos. Podría estar indicada la realización de hemograma, PCR y bioquímica:
 - Sospecha de coinfección o sobreinfección bacteriana (infiltrados alveolares, fiebre persistente, deterioro del estado general...).
 - Paciente deshidratado.
 - Dudas diagnósticas.
 - Valoración de otra patología asociada: anemia...

4. **Test virológicos:** su resultado tiene implicaciones epidemiológicas pero no terapéuticas ni pronósticas. Facilitan el aislamiento de pacientes y previenen la transmisión nosocomial. Por tanto estarían indicados en los pacientes que van a ingresar en el hospital. Se debe tener en cuenta la alta tasa de coinfecciones que presentan estos pacientes.
5. **Test bacteriológicos:** no indicados de rutina. Se debe considerar la realización de cultivo de orina en pacientes menores de 60 días con fiebre alta. Podrían ser útiles también en el diagnóstico diferencial con otros procesos como la infección por *Chlamydia tracomatis* y la tosferina.
6. **Gasometría:** sólo indicada en la valoración de pacientes con compromiso respiratorio. (Pérez Rodríguez, Otheo de Tejada Barasoain, & Ros Pérez, 2010).

Tratamiento

El tratamiento sigue siendo de soporte, mediante la administración de oxígeno y manteniendo una adecuada hidratación. Cuando no se logra disminuir el trabajo respiratorio o corregir la hipoxemia se puede utilizar la presión positiva en la vía aérea para prevenir y controlar la insuficiencia respiratoria. (Vega-Briceño, 2021).

Criterios de ingreso hospitalario

Se recomienda el ingreso en los pacientes con:

- edad inferior a 4-6 semanas,
- rechazo de alimento o intolerancia digestiva (ingesta aproximada inferior al 50% de lo habitual),
- deshidratación,
- letargia,
- historia de apnea,
- taquipnea para su edad,
- dificultad respiratoria moderada o grave (quejido, aleteo nasal, tiraje o cianosis), • saturación de oxígeno < 92 % en aire ambiente,
- presencia de las comorbilidades: cardiopatía clínicamente significativa, hipertensión pulmonar, enfermedad neuromuscular, neumopatía dependiente de oxígeno e inmunodeficiencia,

- cuando el diagnóstico es dudoso
- la presencia de otras comorbilidades: cardiopatía, enfermedad pulmonar crónica, historia de prematuridad, síndrome de Down,
- el inicio de la sintomatología < 24-48 h y la evolución rápida de la sintomatología,
- situación socioeconómica del entorno, factores geográficos y dificultad de transporte,
- capacidad de los padres o cuidadores para evaluar la gravedad del niño/a (Carbonell Estrany, y otros, 2010).

Criterios de ingreso en UCIP

Se indica ingreso en UCIP si existe incapacidad para mantener la saturación de oxígeno a pesar de oxigenoterapia en aumento, si existe un deterioro del estado respiratorio con signos de distrés respiratorio en aumento o signos de agotamiento y si el paciente presenta apneas recurrentes. (Carbonell Estrany, y otros, 2010).

Prevención

La prevención se basa en las medidas de control para evitar el contagio y la inmunoprofilaxis en pacientes con alto riesgo de desarrollar un cuadro grave de bronquiolitis por VRS.

Las medidas higiénicas, tanto en los hogares como en los centros sanitarios, son fundamentales para el control de la enfermedad.

Las recomendaciones para los padres incluyen: lavado frecuente de manos, evitar el tabaquismo pasivo y evitar el contagio a través de hermanos en edad escolar y la asistencia a guardería.

Con respecto a la inmunoprofilaxis, disponemos de anticuerpos monoclonales humanizados frente al virus respiratorio sincitial, palivizumab. Palivizumab es un fármaco de prescripción y administración hospitalaria para lactantes con factores de riesgo.

En la actualidad, no existe ninguna vacuna disponible para la prevención de la infección por VRS. (Cansino Campuzano, 2012)

1.1. Justificación

La bronquiolitis aguda es una enfermedad de enorme importancia en la práctica pediátrica ya que constituye a una de las enfermedades respiratorias de mayor frecuencia en la infancia la cual es responsable de una significativa demanda asistencial en atención primaria y en los servicios de urgencias de las unidades hospitalarias, dando lugar al principal motivo de ingreso por infección respiratoria aguda (IRA) de vías bajas en niños menores de dos años.

El presente caso clínico tiene como propósito aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente masculino preescolar de 2 años, el cual ingreso con un cuadro clínico evolutivo de 72 horas presentando, tos, rinorrea, taquipnea y disnea, siendo estas manifestaciones clínicas de la bronquiolitis aguda sé tiene como finalidad mejorar las acciones de enfermería hacia pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda, y de esta manera junto a las indicaciones médicas contribuir a una pronta mejoría del paciente.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en preescolar con bronquiolitis aguda.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Valorar al preescolar cefalocaudal y por patrones funciones de Marjory Gordon, identificando alteraciones en el mismo.
- Establecer el diagnóstico de enfermería utilizando el NANDA de acuerdo a patrones alterados del preescolar con bronquiolitis aguda.
- Ejecutar las acciones de enfermería utilizando taxonomía NIC predisponiendo los patrones más afectados del preescolar.
- Evaluar los resultados de la aplicación del plan de cuidados en el preescolar con bronquiolitis aguda.

1.3. Datos generales

Nombres y Apellidos: NN

Nacionalidad: ecuatoriano

Provincia: Los Ríos

Edad: 2 años y 2 meses

Sexo: Masculino

Raza: mestizo

Estado civil: soltero

Grupo sanguíneo: ARH+

Lugar de nacimiento: Babahoyo- Los Ríos

Lugar de Residencia: Babahoyo

Nivel sociocultural/económico: medio alta

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo masculino de 2 años 2 meses de edad que ingresa por emergencia en compañía de su madre por presentar cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por tos, rinoreo hialino y dificultad respiratoria, afebril, campos pulmonares crepitantes y silibancias bilaterales.

Antecedentes patológicos personales

Distres Respiratorio

Alergias: no refiere

Antecedentes patológicos familiares

No refiere

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

Paciente preescolar de sexo masculino, ingresa por el área de emergencia acompañado de su madre refiriendo, que el inicio de su cuadro clínico es aproximadamente de 72 horas de evolución con tos seca que luego se vuelve húmeda, rinoreo más taquipnea, no refiere alza térmica.

2.3. Examen físico (exploración clínica)

Valoración cefalocaudal

Cabeza: Normocéfalo, simétrica, cabello bien implantación, color castaño claro sin presencia de cicatrices, ni protuberancias.

Cara: Facie pálida, mucosas hidratadas.

Ojos: Simétricos, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz.

Oídos: Pabellones auriculares bien implantados, conductos auditivos permeables.

Nariz: Simétrica, presencia de secreciones.

Cuello: Simétrico, cilíndrico, móvil, no adenopático, sin ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, presenta campos pulmonares con crepitantes, taquipnea, sibilancias bilaterales, ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos.

Abdomen: Blando depresible, no doloroso a la palpación profunda y superficial.

Genitourinario: Genitales normo configurados, sin lesiones ni cicatrices en el área, buena higiene personal.

Extremidades superiores e inferiores: Simétricas, sin presencia de edemas, lesiones o cicatrices, pulso periférico presente.

Peso: 11.7 kg

Talla: 88 cm

Signos vitales

- **Presión arterial:** 95/58 mmhg
- **Frecuencia cardiaca:** 63 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 35 rpm
- **Temperatura:** 36.5 C
- **Saturación de oxígeno:** 93%

Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon)

Paciente preescolar de sexo masculino consciente, orientado en tiempo y espacio, facie pálida, afebril acuden a la unidad de salud por el área de emergencia por presentar cuadro clínico de 72 horas de evolución con rinorrea mas taquipnea y tos seguido de disnea.

Patrón 1 Percepción – Manejo de la Salud

Paciente preescolar de sexo masculino, consciente, orientado en tiempo y espacio, no refiere alergias, carnet de vacunación completo, poca colaboración en los procedimientos a realizar.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico

Madre manifiesta que su hijo tiene buena apetencia por la comida, lleva una alimentación equilibrada con leche de formula y complementaria, sin alergias alimenticias, medidas antropométricas e índice corporal acorde a su edad, con facies pálidas, encuentra afebril.

Patrón 3 Eliminación

No presenta cambios en las micciones ni evacuaciones.

Patrón 4 Actividad/Ejercicio

Paciente presenta frecuencia respiratoria 35 por minuto, frecuencia cardíaca 63 por minuto, tensión arterial 95/58 mmHg y saturación de oxígeno 93%, madre refiere que antes de presentar los síntomas era un niño muy activo, pero desde que presento síntomas el niño presenta irritabilidad y llanto debido a su malestar por la tos, taquipnea y disnea.

Patrón 5 Sueño/Descanso

Madre refiere que duerme por lo general de 9 a 10 horas diarias pero debido a la tos y disnea que presenta no logra mantener el sueño por tiempos prolongados.

Patrón 6 Cognitivo/Perceptivo

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.

Patrón 7 Autopercepción – Autoconcepto

Sin alteraciones

Patrón 8 Rol – Relaciones

Madre refiere que el niño vive juntos a sus ambos padres y sus hermanas, pero la mayor parte del tiempo lo pasa con ella y sus dos hermanas.

Patrón 9 Sexualidad – Reproducción

Paciente preescolar de sexo masculino

Patrón 10 Adaptación Tolerancia al Estrés

Se observa inquieto debido a que debe tener una vía endovenosa periférica para su fluidoterapia.

Patrón 11 Valores y Creencias

Madre refiere ser católicos

Patrones Funcionales Alterados

Patrón 4 Actividad/Ejercicio

Patrón 5 Sueño/Descanso

Patrón 1 Percepción – Manejo de la Salud

Patrón 10 Adaptación Tolerancia al Estrés

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Los exámenes de laboratorio del presente caso clínico fueron:

BIOMETRÍA HEMÁTICA	VALORES	VALOR REFERENCIAL
Leucocitos	12.46	5-10 K/ μ L
Hemoglobina	12.8	12-15 g/dL
Hematrocito	39.1	35-42%

Volumen Medio Plaquetario	6.7	7.4-10.4 fL
Monocitos	0.67	0-1 K/ μ L
Eosinofilos	0.42	0-7 K/ μ L
Linfocitos	2.19	1-7 K/ μ L
Neutrofilos	9.06	1.1 – 6.6 K/ μ L
Basofilos	0.11	K/ μ L
Plaquetas	236,000	150,000 – 400,000 M/cL
Volumen Corpuscular medio	82.1	72-90 fL
Conc. Media Hemoglobina (MCH)	26.9	24-32 pg
Conc. Hgb. Corp. Med (MCHC)	32.8	28-36 g/dL
PCR Cuantitativo Ultrasensible	19.49	0-5 mg/L

ELECTROLITOS	VALORES	VALOR REFERENCIAL
Sodio en suero	136	135-155 meq/L
Potasio en suero	5.2	3.5-5 meq/L
Cloro en suero	100	98-106 meq/L

PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA PARA IMUNOLOGIA	
IgG	Negativo
IgM	Negativo

- Radiografía de Tórax

Se visualiza en las imágenes obtenidas de tórax en proyección AP:

- Acentuación de la trama broncovascular bilateral, silueta cardiaca de forma y tamaño normal.
- Seno Costo y Cardiofrenicos libres.
- Hemidiafragmas en posición normal.
- No presenta derrame pleural aparentemente en este estudio.
- Esqueleto Regional radiográfico sin alteraciones aparentes.

2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo:** Bronquiolitis, Bronquitis, Asma
- **Diagnóstico diferencial:** Neumonía, Bronquitis
- **Diagnóstico definitivo:** Bronquiolitis Aguda

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

A continuación, se estudiará el origen del problema:

- **Biológicas:** antecedentes patológicos personales: distres respiratorio
- **Ambientales:** madre refiere que por donde vive es un sector donde las calles no se están asfaltada, por lo tanto cuando pasan los vehículos se levanta mucho polvo.
- **Física:** paciente manifiesta un cuadro clínico de dificultad respiratoria ligada a una bronquiolitis aguda.
- **Sociales:** madre del preescolar alega que su hijo se encuentra muy inquieto e irritable ante la situación que esta.

Procedimientos a realizar

- Monitorización constante de signos vitales.
- Oxigenoterapia por cánula nasal 2L/min
- Exámenes de laboratorio: Biometría Hemática, PCR, Electrolitos, Panel respiratorio: Virus sincitial respiratorio, influenza, Covid 19.
- Radiografía AP de tórax.
- Canalización de vía endovenosa periférica para administración de medicamentos de acuerdo a prescripción médica y registro en Kardex.
- Comunicar novedades a pediatría de guardia

Indicaciones médicas farmacológicas

- Salbutamol 2 puff cada 2 horas con inhalocámara
- Bromuro de ipratropio 2 puff cada 4 horas con inhalocámara
- Hidrocortisona 120 mg IV stat
- Hidrocortisona 24 mg IV cada 6 horas (2mg/kg/dosis)
- Loratadina 3,5 mg (3,5 cc) VO cada día
- Dextrosa 5% en Agua 1000 cc + Cloruro de sodio 10 cc + Cloruro de potasio 10 cc pasar IV a 43 cc/h
- Omeprazol 12 mg IV cada día
- Amoxicilina + Acido Clavulanico 400 mg iv cada 8 horas
- Claritromicina 90 mg iv cada 12 horas
- Ácido ascórbico 250 mg IV cada día
- Paracetamol 120 mg IV PR

NANDA: 00032
NOC: 0415
NIC: 3140

PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

R/C: Fatiga de los músculos respiratorios

E/P: Patrón respiratorio anormal, Disnea, Taquipnea, ruidos respiratorios: Sibilancias

M
E
T
A
S

Dominio: Salud Fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Etiqueta: 0415 Estado Respiratorio

Campo: Fisiológico Complejo (2)

Clase: Control Respiratorio (K)

Etiqueta: 3140 Manejo de la vía aérea

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041501 Frecuencia Respiratoria			X		
041504 Ruidos respiratorios a la auscultación			x		
041508 Saturación de oxígeno			x		
041514 Disnea			x		
041530 Tos		x			

ACTIVIDADES

1. Vigilar Signos Vitales
2. Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación.
3. Administrar broncodilatadores.
4. Administrar aire u oxígeno humidificado.
5. Enseñar a la madre de paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.
6. Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños.
7. Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea
8. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

NANDA: 00146

NOC: 1211

NIC: 5820

M
E
T
A
S

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

Ansiedad

R/C: Ambiente hospitalario, complicación del estado de salud

E/P: Inquietud, Llanto, Irritabilidad

Dominio: Salud psicosocial (III)

Clase: Bienestar psicosocial (M)

Etiqueta: 1211 Nivel de ansiedad

Campo: Conductual (3)

Clase: Disminución de la comodidad
Psicológica (T)

Etiqueta: 5820 – disminución de la ansiedad

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Inquietud				X	
Irritabilidad			X		

ACTIVIDADES

1. Animar al familiar a permanecer con el paciente, si es el caso.
2. Proporcionar objetos que simbolizen seguridad
3. Crear un ambiente de confianza

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

El cuidado de enfermería siempre se debe plantear fundamentado en una teoría, con el único objetivo de contribuir a la rehabilitación de la salud del paciente de una manera íntegra y oportuna, desde el componente científico, técnico, investigativo y humano.

En este caso, basado en mi experiencia en el cuidado de un paciente pediátrico, fundamento este proceso de atención de enfermería en la teorizante de Sor Callista Roy, porque considero que esta es una patología donde se debe valorar el nivel de adaptación y los estímulos que el paciente requiere para confrontar los cambios en su salud, agregando a la valoración realizada por patrones funcionales; la valoración de la conducta y de los estímulos, con los que he podido observar que la enfermedad ha causado en el paciente un grado de ansiedad, inquietud e irritabilidad por el desarrollo de la enfermedad y el plan terapéutico a seguir por parte del personal de salud.

El Modelo de la Adaptación nos aporta instrumentos ideales que contribuyen a comprender al paciente pediátrico de una forma global, y de esta manera incluir a la familia en los procesos de afrontamiento; por ende, es necesario que el personal de enfermería se impulse a su utilización.

2.8 Seguimiento

Día 1 (17/12/2020)

Se tiene el primer contacto con el paciente de sexo masculino de 2 años de edad dentro de la unidad hospitalaria, al llegar por el área de emergencia y con un cuadro clínico evolutivo de 72 horas , el paciente se encuentra consciente orientado en tiempo y espacio, se le coloca el brazalete de identificación, se realizan exámenes complementarios, se canaliza vía endovenosa periférica en la extremidad superior izquierda para hidratación, se administra oxigenoterapia y se traslada al área de hospitalización de pediatría, se sigue plan de cuidados y la administración de medicamentos con la prescripción médica respectiva.

Día 2 (18/12/2020)

Paciente de sexo masculino de 2 años y 2 meses de edad con diagnóstico de bronquiolitis aguda, cursa su segundo día de hospitalización, con los signos vitales; temperatura de 36.2, frecuencia cardiaca 110 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, tensión arterial 99/60 mmHg, saturación de oxígeno 96% con oxigenoterapia por cánula nasal, vía endovenosa periférica permeable y se mantienen prestando los mismos cuidados de enfermería propuestos.

Día 3 (19/12/2020)

Paciente de sexo masculino de 2 años y 2 meses de edad con diagnóstico de bronquiolitis aguda consciente, activo reactivo, cursando su tercer día de hospitalización por cuadro respiratorio que había iniciado hace 5 días a su ingreso, se encuentra actualmente con los signos vitales estables, se encuentra afebril, saturando en 98% durante 12 horas de evolución, se retira cánula nasal, Se aplican cuidados de enfermería:

- Control y registro de signos vitales.
- Administrar medicamentos según prescripción médica.
- Control de riesgo de caída.
- Realizar toma de muestra para exámenes de laboratorio según prescripción médica.

Día 4 (20/12/2020)

Paciente de sexo masculino de 2 años y 2 meses de edad con diagnóstico de bronquiolitis aguda, activo reactivo se encuentra con los signos vitales dentro de los rangos normales, sin alza térmica, ni dificultad respiratoria, con exámenes de laboratorio y Radiografía de tórax normales, recibe el alta médica y se brindan las siguientes indicaciones a mamá:

- Continuar con tratamiento farmacológico según indicaciones médicas
- Educar sobre los factores de riesgo de las enfermedades respiratorias
- La importancia del lavado de manos correcto

- Acudir a los controles médicos al centro de salud mas cercano

Medicación prescrita por el medico de turno:

- Loratadina 3cc cada 12 horas
- Ibuprofeno 3cc cada 8 horas por 5 días
- Claritromicina 5cc cada 12 horas por 7 días
- Realizar aseo nasal con Marimer

2.9 Observaciones

Paciente preescolar que acudió acompañado de su madre por el área de emergencia del Hospital General IESS Babahoyo, fue diagnosticado con Bronquiolitis aguda, se le brinda los correspondientes cuidados de enfermería de acuerdo a sus síntomas y diagnostico el cual responde satisfactoriamente al tratamiento terapéutico logrando así una evolución favorable en un lapso de tiempo venturoso; se retiró la oxigenoterapia, consiguiendo mejorar su estado respiratorio y recibir el alta médica.

CONCLUSIONES

Para culminar con este estudio de caso clínico, se obtuvo como conclusión que al valorar al preescolar a través de examen físico cefalocaudal y por patrones funcionales de Marjory Gordon se encontró las siguientes alteraciones en el Patrón 1 Percepción – Manejo de la Salud , patrón 4 actividad/ejercicio , patrón 5 sueño /descanso y Patrón 10 Adaptación Tolerancia al Estrés, realizándole también exámenes de laboratorio como: hemograma completo, bioquímica sanguínea, electrolitos PCR; exámenes de imagen: radiografía de tórax y la respectiva recolección de datos que fueron de suma importancia para obtener el diagnóstico definitivo, también se aplicó la taxonomía NANDA, ayudándonos a plantear el correspondiente diagnóstico enfermero conforme a las causas y sintomatología del paciente, la planificación con el NIC especificando las diversas intervenciones de enfermería hacia el paciente, y la evaluación y calificación del estado de nuestro paciente utilizando el NOC el cual nos llevó a una evolución satisfactoria de nuestro paciente mejorando su cuadro clínico y obteniendo así el alta médica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Szulman, G. (2017). Revisión de las recomendaciones. *Revista Pediatría*. Obtenido de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2017/06/Num-265-Revision-de-las-recomendaciones-para-el-manejo-de-Bronquiolitis.pdf>
- Vega-Briceño, D. (2021). ACTUALIZACION DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA. *Artículos de Revisión*. Obtenido de <https://www.neumologia-pediatria.cl/index.php/NP/article/view/326/296>
- Abadía Guerrero, S. (2016). Bronquiolitis. *Revista Médica Sinergia*. Obtenido de <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dialnet-Bronquiolitis-7070347.pdf>
- Cansino Campuzano, A. (2012). Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integral*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/>
- Carbonell Estrany, X., Cintora Cacho, R., Claret Teruel, G., González Pérez-Yarza, E., Luaces Cubells, C., Martín Torres, F., . . . Torregrosa Bertet, M.-J. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Bronquiolitis Aguda. *Sociedad Española de Urgencias de Pediatría*. Obtenido de https://seup.org/pdf_public/gt/respiratoria_g_bronquio.pdf
- Gallinas Victoriano, F., Clerigué Arrieta, N., & Chueca Guindulain, M. (s.f.). BRONQUIOLITIS. *Servicio Navarro de Salud -Osasunbidea*. Obtenido de <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf>
- Mar Duelo, M. (2020). Bronquiolitis aguda:¿seguimos la evidencia científica? *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_Bronquiolitis%20aguda.pdf
- Morales López, A. (2014). BRONQUIOLITIS AGUDA: UN ENFOQUE DIRIGIDO HACIA EL MEDICO GENERAL. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA* LXXI. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/609/art06.pdf>

Pérez Rodríguez, M., Otheo de Tejada Barasoain, E., & Ros Pérez, P. (2010). Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. *Revista terapeutica volumen 34 N°*.
Obtenido de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/BoletinVol34n1_3a11.pdf

Pérez Sanz, J. (2016). Bronquitis y bronquiolitis. Obtenido de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/03/n1-028-037_JosuePerez.pdf

ANEXOS

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL BABAHYOYO
KARDEX DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

CODIGO: FTO-ENT-27
VERSION: 0.5
FECHA: 22/01/2019

N° DE LA HISTORIA CLINICA: 412260

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO	FECHAS DE ADMINISTRACION											
	DIA 14			DIA 15			DIA 16			DIA 17		
	DI	NO	BA	DI	NO	BA	DI	NO	BA	DI	NO	BA
Induccion Solucao 0,5% 10cc Inducao Solucao												
Hidrocortisona 120mg Intravenoso stat												
Solutoaud. 8 puff. c/2horas												
Broncosol de Fortipico 2mg c/4horas.												
Hidrocortisona 24mg Intravenoso c/6horas												
Doxitacina 3,5mg. (3,5cc) Via oral c/2da.												
Dextrosa 5% 100cc + Solutoaud. 8 puff. + Solutoaud. 4 puff. Intravenoso 4cc/2horas												

Juan Aguiñeta y By Pass, Telef.: 052-2571688
Babahoyo - Ecuador

Renovar para actuar,
actuar para servir

www.iss.gov.ec

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL BABAHYOYO
KARDEX DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

CODIGO: FTO-ENT-27
VERSION: 0.5
FECHA: 22/01/2019

NOMBRE: [REDACTED]

N° DE LA HISTORIA CLINICA: [REDACTED]

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO	FECHAS DE ADMINISTRACION											
	DIA 16			DIA 17			DIA 18			DIA 19		
	DI	NO	BA	DI	NO	BA	DI	NO	BA	DI	NO	BA
Dextrosa 5% 100cc + Solutoaud. 8 puff. + Solutoaud. 4 puff. IV 20cc/1h												
Amoxicilina + Ac. Clavulánico 400mg IV c/8horas												
Clarithromicina 90mg IV c/12horas												
Hidrocortisona 6mg IV c/6horas												
Levofloxacina 500mg VO c/2da												
Omeprazol 40mg IV c/2da												
Acido Sacarico 250mg IV c/2da												

Juan Aguiñeta y By Pass, Telef.: 052-2571688
Babahoyo - Ecuador

Quitar medica
10/1/2019

