



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

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

**TEMA:**

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

**AUTOR:**

**JOEL EVERARDO CABRERA BARRAGAN**

**TUTORA:**

**Babahoyo - Los Ríos – Ecuador**

**2024**

## **Dedicatoria**

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

A mi Abuelita Teresa Mejía quien me apoyo, aconsejo y confió en mi en este duro camino a pesar de todas nuestras dificultades y que ahora ella me está bendiciendo del cielo, a mi Madre Leidi Barragán quien ha sido también un pilar fundamental y quien me motiva a seguir adelante y por ellas son todos mis triunfos que he logrado hasta el momento y quienes me dieron su apoyo para poder emprender mis estudios universitario.

A mi Padrastro Marcelo Carriel quien a pesar de que no soy su hijo de sangre supo apoyarme y ayudarme en lo económico para poder lograr mis metas.

A mis demás familiares quienes me han sabido ayudar con su apoyo moral para nunca rendirme.

A mi Enamorada quien siempre estuvo apoyándome con su apoyo incondicional y aconsejándome que nunca me rinda y motivándome a que no me rindiera.

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

## **Agradecimiento**

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

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

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

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

## **Autorización de la autoría intelectual**

## **Certificación del tutor**

## **Aprobación del tutor**

## **Informe final del sistema Anti-plagio**

## Índice General

Carátula .....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento .....	III
Autorización de la autoría intelectual .....	IV
Certificación del tutor.....	V
Aprobación del tutor .....	VI
Informe final del sistema Anti-plagio.....	VII
Índice General.....	VIII
Índice de tablas.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Resumen .....	X
Abstract.....	XI
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3. JUSTIFICACIÓN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
4. OBJETIVOS.....	3
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6. MARCO TEÓRICO .....	4
Gastroenteritis .....	4
Diarrea .....	4
Deshidratación .....	4
Epidemiología .....	8
Factores de riesgo .....	8
Manifestaciones clínicas.....	9
Transmisión .....	10
Diagnóstico .....	10
Tratamiento.....	11
Prevención.....	12
Infección urinaria en niños.....	12
Causas.....	13
Epidemiología .....	13
Definición y clasificación.....	14

Proceso de atención de enfermería.....	15
Definición .....	15
La Importancia del proceso de enfermería .....	15
Fases del proceso de atención de enfermería.....	15
7. MARCO METODOLÓGICO .....	18
8. RESULTADOS.....	19
9. CONCLUSIONES .....	31
10. REFERENCIAS.....	32
ANEXOS.....	35

## Resumen

La gastroenteritis se define como una irritación del revestimiento del tracto gastrointestinal, que comúnmente se manifiesta con síntomas como fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y, en especial, dolor en el abdomen. La diarrea se distingue por un incremento en el volumen o cantidad de las heces, o una reducción en la firmeza de las mismas en relación con evacuaciones anteriores. Se clasifica como aguda si persiste menos de 3-4 semanas y persistente o crónica llegase a durar más tiempo.

Este caso clínico expone la historia médica de una lactante femenina de aproximadamente 11 meses, que llega a un centro de salud con síntomas que incluyen deposiciones líquidas aproximadamente diez veces en cuatro horas, según la madre. Además, la paciente presenta vómitos, fiebre y aftas bucales. Es hospitalizada junto con su madre, recibiendo un tratamiento inicial de rehidratación por vía intravenosa y medicación prescrita por un médico. Se lleva a cabo un monitoreo del progreso del paciente mediante análisis de laboratorio y se aplica el Proceso de Atención de Enfermería.

El enfoque diagnóstico para el presente estudio de caso involucra el análisis de la historia clínica, la evaluación física y la determinación clínica del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** gastroenteritis, náuseas, vómitos, crónica, rehidratación.

## **Abstract**

Gastroenteritis is defined as an irritation of the lining of the gastrointestinal tract, which commonly manifests itself with symptoms such as fever, nausea, vomiting, diarrhea, and especially pain in the abdomen. Diarrhea is distinguished by an increase in the volume or quantity of stool, or a reduction in firmness of stool relative to previous evacuations. It is classified as acute if it persists for less than 3-4 weeks and persistent or chronic if it lasts longer.

This clinical case presents the medical history of a female infant of approximately 11 months, who arrives at a health center with symptoms that include liquid stools approximately ten times in four hours, according to the mother. Additionally, the patient presents vomiting, fever, and mouth ulcers. She is hospitalized along with her mother, receiving initial treatment of intravenous rehydration and medication prescribed by a doctor. Patient progress is monitored through laboratory analysis and the Nursing Care Process is applied.

The diagnostic approach for the present case study involves history analysis, physical evaluation, and clinical determination of the patient.

**KEYWORDS:** gastroenteritis, nausea, vomiting, chronic, rehydration.

## 1. INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis constituye una irritación de las membranas que revisten el estómago y el intestino delgado, provocada por una variedad de agentes patógenos, incluyendo virus, bacterias, parásitos, sustancias químicas nocivas y medicinas. En naciones avanzadas, se reportan cerca de 38 millones de incidencias anuales de este problema gastrointestinal, con una mortalidad relacionada de entre 325 y 425 fallecimientos al año. Representa la razón más común de ingreso hospitalario en la población pediátrica, afectando alrededor del 9% de niños menores de cinco años (Sánchez Monge, 2021).

Los problemas urinarios ocurren con mayor regularidad en los bebés, en particular en las niñas, registrándose una prevalencia del 8 al 10% antes de alcanzar los 7 años. Si bien son más frecuentes en los niños durante los primeros tres meses de vida, la prevalencia se incrementa de manera notable en las niñas después del primer año. Se destaca que las recurrencias son probables, superando el 30%, con una mayor tendencia durante el primer año posterior al primer episodio y con una alta probabilidad de reinfección por microorganismos diferentes a los del episodio inicial (González-Rodríguez & Rodríguez-Fernández, 2014).

El caso clínico presentado involucra a una lactante de sexo femenino, menor de 9 meses, con un cuadro clínico de aproximadamente cuatro horas de duración, con antecedentes de dolor abdominal, unas diez deposiciones blandas, vómitos leves, hipertermia leve y úlceras bucales, según lo informado por su madre. Después de recibir atención médica adecuada, se lleva a cabo una evaluación física y análisis de laboratorio para establecer un diagnóstico definitivo, para comenzar el tratamiento médico y de enfermería correspondiente.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gastroenteritis bacteriana es una enfermedad que altera el funcionamiento del intestino y se infecta directamente a través de lugares como agua contaminada, alimentos mal procesados o alimentos almacenados inadecuadamente. La manifestación de esta afección generalmente resulta en el desarrollo de una variedad de síntomas y complicaciones de salud asociados con la gastroenteritis bacteriana.

Debido a que tiene relación con el tema que concierne a la salud en el corto plazo, la investigación sobre este tema es muy importante. Estos incidentes son muy frecuentes entre pacientes de atención primaria, especialmente en la población pediátrica, quienes son susceptibles por su desconocimiento sobre este tipo de ingesta al no tener aún control sobre el consumo de drogas.

Es importante señalar que la negligencia de los padres juega un papel enorme en la mayoría de los casos, ya que el factor de culpa suele recaer en este miembro de la familia porque es responsable de tomar adecuadamente y mantener las drogas fuera del alcance de los niños, de modo que los niños puedan consumirlas sin saberlo y verse afectados. A partir de esta problemática surge de forma natural el desarrollo de medidas educativas encaminadas a incrementar el nivel de educación de las familias sobre la naturaleza, síntomas, riesgos y medidas de prevención de estas patologías.

La infección del tracto urinario (ITU) es una infección bacteriana importante en pediatría. Aproximadamente del 8 al 10% de las niñas y del 2 al 3% de los niños presentan síntomas de infección del tracto urinario antes de los 7 años, con una mayor incidencia en los niños en los primeros tres meses de vida aumentando gradualmente, especialmente en las niñas a partir de un año. La probabilidad de recurrencia (>30%) es muy alta debido a la reinfección con bacterias distintas al patógeno inicial dentro del primer año después del inicio.

El propósito de este caso clínico es implementar el proceso de enfermería en un paciente pediátrico con diagnóstico de gastroenteritis e infección del tracto

urinario. Se discute el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería destinado a restaurar la salud del niño mediante la aplicación del sistema de clasificación NANDA para diagnosticar adecuadamente los problemas de enfermería y utilizando NIC y NOC para su identificación y determinación de las intervenciones necesarias.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Emplear el proceso de atención de enfermería a un lactante menor que presenta desnutrición gastroenteritis e infecciones de vías urinarias

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Abordar científicamente la patología presentada por la lactante y su trastorno.
- Realizar la valoración de enfermería por medio de técnicas acondicionadas al caso.
- Formular diagnósticos de enfermería en relación a los problemas identificados en el paciente.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería asistida para el paciente utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Evaluar los resultados de la aplicación del procedimiento de atención de enfermería mediante el seguimiento de la correspondiente evolución clínica del paciente.

## 6. MARCO TEÓRICO

### **Gastroenteritis**

Se trata de una inflamación de la membrana mucosa que recubre el sistema digestivo, especialmente el estómago y los intestinos, que usualmente es de naturaleza infecciosa y puede presentarse en conjunto, desencadenando fiebre, mareos, arcadas, evacuaciones líquidas y sobre todo dolor en el vientre (Laura García Albarrán, 2018).

Esta patología del intestino causada por microorganismos, incluyendo microorganismos como bacterias, virus, parásitos o protozoarios, junto con sus toxinas, incluidas enterotoxinas, citotoxinas y neurotoxinas; constituyendo una de las causas primordiales de padecimientos en todo el mundo y una causa primordial de mortalidad en naciones desarrolladas (Manuel Mirón Rubio, 2008).

### ***Diarrea***

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la diarrea se caracteriza por la evacuación de deposiciones líquidas tres o más veces al día. Esta condición representa la segunda causa principal de defunción en niños menores de cinco años, resultando en el fallecimiento de 525,000 infantes anualmente.

### ***Deshidratación***

Se produce cuando el organismo expulsa más líquido del que consume, lo que resulta en un desequilibrio hídrico negativo. Este desequilibrio conlleva a una falta de hidratación. Generalmente, este proceso viene acompañado de cambios en la concentración de minerales o electrolitos en el organismo, principalmente de sodio y potasio (Cieh, 2019).

### **Etiología**

Hay una variedad de bacterias, virus y microbios capaces de provocar la enfermedad de gastroenteritis. Las medidas preventivas que son generalmente habituales cambian según la condición económica y atención médica de la zona de

estudio, así como la edad del individuo. En lugares con un buen sistema de sanitario, como Chile, las causas virales son más predominantes, así como en zonas con menos nivel de desarrollo, los microorganismos bacterianos y parasitarios son más comunes. Las modificaciones que suceden conforme se avanza en edad pueden atribuirse a modificaciones en las prácticas dietéticas y de conducta, la formación de una reacción inmunitaria adecuada y la existencia de enfermedades concurrentes (Lucero, 2014).

**TABLA 1**

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>EPIDEMIOLOGIA</b>	<b>PRESENTACION CLINICA</b>
<b>Virus:</b>  Rotavirus	Principal motivo de GEA severa en menores de 5 años, siendo responsable del 20-40% de las internaciones por GEA en esta población.	Tiene un período de incubación de 1-3 días, con manifestaciones como fiebre, vómitos y diarrea líquida que comúnmente persisten de 3 a 7 días
<b>Norovirus:</b>	Principal origen de epidemias de GEA, afectando a individuos de todas las edades. Está vinculada al 10-20% de los casos de GEA que necesitan ingreso hospitalario en niños menores de 5 años	Tiene un periodo de incubación de 12 a 48 horas, con síntomas como vómitos y diarrea que comúnmente se extienden hasta 2-5 días, provocando fiebre.
<b>Bacterias:</b>  Shigella spp.	Principal factor de disentería en menores de 5 años en naciones en desarrollo	Periodo de incubación de 12 a 48 horas. Presenta fiebre elevada, pérdida de apetito, náuseas, dolor en el abdomen y diarrea líquida y/o disentería. En ocasiones, puede estar ligado a encefalopatía y convulsiones.

Salmonella spp.	Enfermedad transmitida por animales. Motivo habitual de epidemias de GEA relacionadas con el consumo de alimentos. La cepa S. enteritidis es la predominante. Presenta una elevada resistencia a los antibióticos.	Período de incubación de 6 a 72 horas; se inicia de forma brusca. Manifestaciones incluyen fiebre, dolor en el vientre y diarrea (usualmente líquida y de resolución espontánea). La aparición de disentería es menos común que con Shigella y ECEH. Puede estar relacionado con enfermedades e individuos con inmunodeficiencia
Escherichia coli diarreogenica	En total, constituye el 15-30% de los casos de GEA que necesitan ingreso hospitalario. Hoy en día se identifican 6 patotipos: ECET, ECEP, ECEH, ECEA, ECEI, ECAD. La distribución de cada tipo difiere según la región.	Gran parte de patotipos están relacionados con la aparición de diarrea acuosa, que en ocasiones puede ser grave y acompañada de vómitos. La (ECEH) puede ocasionar diarrea con presencia de sangre y, en casos extremos, dar lugar a la enfermedad urémica hemolítica.
Campylobacter spp.	Enfermedad transmitida por animales. Predomina en países avanzados (5-20% de GEA en hospitalizados) en comparación con los países en desarrollo. La especie más habitual es C. Jejuni, y le sigue C. Coli.	El intervalo de incubación varía de 1 a 7 días. Los signos se manifiestan como diarrea acuosa o disentería y pueden ir acompañados de afectaciones sistémicas, fiebre y fuerte dolor abdominal, lo que a veces se puede confundir con una apendicitis aguda. A posteriori, esta enfermedad puede ser un

		detonante del síndrome de Guillain-Barré.
Clostridium difficile	Motivo común de (GEA) en entornos hospitalarios y residencias de ancianos, causando impacto principalmente en personas de edad avanzada y a pacientes que han recibido recientemente tratamientos con antibióticos de espectro amplio. En los últimos tiempos, ha emergido una variante conocida como "hipervirulenta", asociada a epidemias de GEA intensa.	Manifiesta diarrea líquida o disentería, pudiendo surgir eventualmente tejidos con características pseudomembranosas en las heces. En individuos en condición vulnerable, puede provocar fiebre y una deshidratación grave.
<b>PARASITOS:</b>  Cryptosporidium parvum	Enfermedad zoonótica, transmisión a través del consumo de agua y comestibles contaminados, responsable del 3-20% de los casos de diarrea aguda en menores de 5 años, sobre todo en naciones en proceso de desarrollo. Afecta a personas con el sistema inmunitario comprometido.	Período de incubación de 3 a 12 días; seguido de un inicio brusco de diarrea líquida que podría ser intensa, fiebre, náuseas y dolor en el abdomen. La diarrea suele persistir de 7 a 10 días, aunque podría extenderse hasta un mes. En personas con inmunodeficiencia, la diarrea puede volverse crónica.

Elaborado por: Joel Cabrera

Fuente: (Lucero, 2014)

La gran parte de los niños experimenta episodios de gastroenteritis, resultando en diarrea y vómito. El agente causante más común es un virus que se propaga mediante partículas aéreas o el contacto con heces contaminadas por el virus. Las bacterias presentes en alimentos o líquidos igualmente pueden provocar

gastroenteritis. Aunque la mayoría de estos episodios son de carácter leve, los casos severos pueden llevar a deshidratación (Collins, 2003).

### ***Epidemiología***

Anualmente, se registran entre 3.000 millones y 5.000 millones de casos de gastroenteritis, provenientes de países en proceso de desarrollo y en niños por debajo de los cinco años. En las naciones en vías de desarrollo, donde los infantes son especialmente susceptibles y enfrentan restricciones en el acceso a servicios de salud, alrededor de 1.5 a 2.5 millones de niños mueren cada año por causas relacionadas con la diarrea derivada de la gastroenteritis. Por otra parte, en naciones avanzadas, donde los infantes reciben una nutrición adecuada, tienen disponibilidad de servicios de salud de alta calidad y, crucialmente, se les brinda líquidos intravenosos cuando es necesario o las complicaciones son menos severas, la incidencia y las consecuencias son menos graves. A pesar de esto, la gastroenteritis aguda continúa siendo un asunto de gran importancia en Ecuador. Anualmente, se registran alrededor de 1,5 millones de consultas a especialistas médicos, 200 000 hospitalizaciones y entre 100 y 300 fallecimientos en lactantes debido a esta enfermedad. (Cochran, 2020).

### ***Factores de riesgo***

Varios factores de riesgo pueden provocar gastroenteritis, siendo las bacterias, virus y parásitos las causas principales, están:

**Vía fecal – oral:** Los pacientes suelen experimentar molestias al defecar, de no realizarse una limpieza adecuada durante este proceso y haciendo contacto posterior con alimentos y objetos, este comportamiento puede actuar como un canal para la difusión del virus (J. Reyna Figueroa, 2015).

**Alimentos o agua contaminados:** Representa el medio de transmisión de enfermedades más frecuente, ya que, por medio de estos elementos, tanto los alimentos como el agua contaminados albergan bacterias, destacando entre las más comunes a E. Coli y Salmonella. Por esta razón, resulta primordial la limpieza y el almacenamiento apropiado de estos productos y aguas (Gómez-López, 2015)

**Edad:** Infantes y niños menores de cinco años suelen ser más vulnerables a estos agentes patógenos y tienen una mayor predisposición a las infecciones; los

calendarios de vacunación no completados igualmente aportan a esta problemática sanitaria.

**Inmunodeficiencia:** Individuos con deficiencias inmunitarias o con VIH-SIDA son propensos a contagios virales (Gutiérrez Castellón, 2015).

**Mala nutrición:** Los niños con bajos niveles de protección son susceptibles a infecciones, no amamantar en el primer semestre de existencia, puede repercutir de manera negativa en el bienestar del niño y ser causa de diarrea o gastroenteritis.

**Falta de higiene:** La insuficiencia de higiene se reconoce como la causa más significativa de la gastroenteritis, lo que hace que sea inapropiado el descuido de la higiene personal para evitar la gastroenteritis.

### ***Manifestaciones clínicas***

#### **Gastroenteritis viral**

En situaciones de infección viral, la manifestación más habitual es la diarrea líquida; es muy poco común que las deposiciones incluyan moco o sangre. En bebés y niños de corta edad, la diarrea causada por el rotavirus suele extenderse entre cinco y siete días. El vómito se presenta en el 90% de los casos, y una temperatura superior a 39° C (más de 102,2° F) se observa en cerca del 30%. El norovirus, por su parte, es usualmente responsable de provocar vómitos severos, dolor en el abdomen y diarrea, con síntomas que persisten de uno a dos días. En bebés y niños, los vómitos tienden a ser más severos que la diarrea, mientras que, en los adultos, es la diarrea la que predomina. De forma similar, los afectados pueden sufrir fiebre, dolor de cabeza y muscular (Boyce, 2019)

El rasgo característico de la gastroenteritis por adenovirus es la diarrea persistente que se extiende desde una y dos semanas. Puede ocurrir vómitos leves en lactantes y niños pequeños enfermos, que generalmente ocurren uno o dos días antes del inicio de la diarrea. Se observa hipertermia leve en el 50% de los afectados. Es posible la aparición de síntomas relacionados con el sistema respiratorio. Los signos suelen ser suaves, aunque pueden prolongarse más en comparación con otras causas virales de gastroenteritis (Boyce, 2019)

## **Gastroenteritis bacteriana**

- Los causantes de estas enfermedades invasivas en los pacientes tienen más probabilidades de presentar manifestaciones clínicas como fiebre, colapso y diarrea con sangre.
- La infección por E. Coli típicamente inicia con diarrea líquida de uno a dos días de duración, que luego evoluciona a diarrea sanguinolenta. No se presenta fiebre o baja temperatura corporal.
- Las bacterias que generan enterotoxinas suelen inducir diarrea líquida. Staphylococcus aureus y ciertas variantes de Bacillus cereus principalmente causan vómitos repetitivos en los afectados.

## **Gastroenteritis parasitaria**

Las infecciones por parásitos a menudo generan cuadros subagudos o crónicos. La mayoría induce diarrea que no contiene sangre; E. histolítica constituye una excepción notable. Las células histolíticas que causan colitis provocadas por amebas. Si la diarrea persiste, es muy común la fatiga y la pérdida de peso (Boyce, 2019).

### ***Transmisión***

Las infecciones del tracto gastrointestinal pueden propagarse mediante:

- Mediante alimentos contaminados.
- Contagio directo entre personas: si un individuo infectado usa el baño y no se lava las manos antes de tocar alimentos u objetos, pudiendo así contaminarlos.
- A través de crustáceos capturados en aguas contaminadas.
- Por consumir carne de res picada cruda o leche no pasteurizada que esté contaminada.
- El consumo de agua potable contaminada también puede provocar infecciones.

### ***Diagnóstico***

La determinación clínica implica el análisis de los siguientes elementos:

- Historial familiar de gastroenteritis o interacción con personas infectadas.
- La etapa de vida en la que los bebés son especialmente susceptibles.
- Historial de ingesta de comestibles contaminados.
- Registro de introducción de alimentos nuevos.
- Historial de consumo previo de laxantes y antibióticos.
- Atributos de las deposiciones.
- Presencia de temperatura elevada.

En caso de que una evaluación física adicional indique deshidratación de nivel moderado a severo, proceder de la siguiente manera:

- Conteo sanguíneo completo.
- Perfil de electrolitos, niveles de urea, creatinina y glucosa en sangre.
- Estudio de gases en sangre.
- Examen de orina: evaluación urinaria, densidad o osmolalidad.
- Efectuar cultivo de heces en situaciones de relevancia epidemiológica (Joan Costa, 2015)

### ***Tratamiento***

En relación con la estrategia terapéutica, es crucial destacar que la rehidratación constituye el pilar esencial, debiendo efectuarse a la mayor brevedad posible. Durante el manejo de la gastroenteritis, no se debe suspender la alimentación habitual del niño, y en el caso de ser necesario, solo se aconseja la rehidratación. Generalmente, el uso de medicamentos no es imprescindible, no obstante, la selección de probióticos puede atenuar la duración y severidad de los síntomas (Joan Costa, 2015)

Ante la presencia de un cierto nivel de deshidratación, las medidas sugeridas incluyen:

- Efectuar rehidratación oral a lo largo de 4 a 6 horas, salvo en situaciones de deshidratación grave o vómitos recurrentes.
- Continuar alimentando al lactante o vuelva a alimentarlo dentro de las cinco horas posteriores a la rehidratación.
- No dejes de amamantar por lactancia materna.

- Tome la dosis adecuada de probióticos según las indicaciones del médico.
- Profiláctico antimicrobiano, como autotratamiento (terapia temprana por parte del propio individuo) debe considerarse más que la prevención, ya que se ha demostrado que tiene efectos similares. (Badillo Navarro k, 2020)

### **Prevención**

El aspecto más relevante para evitar la gastroenteritis, además de seguir el tratamiento farmacológico indicado por un profesional de la salud, consiste en el lavado frecuente y adecuado de las manos con agua y jabón, para cualquier método de operación que planea realizar, es importante preparar la comida antes de realizarla, debemos asegurarnos de desinfectar nuestras manos y alimentos para evitar ingerir bacterias provenientes de frutas, verduras, frijoles y la higiene en las proteínas, frutas y demás productos para prevenir problemas graves de salud.

En el caso de pacientes con gastroenteritis de origen bacteriano, es crucial seguir diversos procedimientos para asegurar una óptima recuperación. Los tutores o padres de los pacientes infantiles deben ser los primeros responsables del cuidado de los menores luego del alta hospitalaria, por lo que cabe recalcar algunas actividades que permiten el desarrollo positivo del menor:

- Dar al niño una cantidad suficiente de líquidos con regularidad.
- Administración de soluciones de rehidratación, si así lo sugiere el médico.
- Comenzar con la alimentación regular lo antes posible.
- El ser un lactante, no deje de amamantarlo.
- Vigile signos de poca hidratación.
- Seguir con medicamentos prescritos por el médico.
- Mantener y adherirse a estrictas normas de higiene para evitar la transmisión de infecciones (Cinfa, 2018)

### **Infección urinaria en niños**

Consiste en la proliferación infecciosa de microorganismos que forman parte del sistema urinario. La infección puede llegar a afectar diferentes partes del tracto urinario, incluyendo el órgano de almacenamiento urinario (cistitis), el órgano de filtración sanguínea (pielonefritis) y el tubo por el que fluye la orina hacia fuera del organismo (Medline Plus, 2018).

## **Causas**

Una infección urinaria se desarrolla cuando microorganismos penetran en el órgano de almacenamiento urinario o los órganos de filtración sanguínea. Estos microorganismos suelen estar presentes en el área cutánea alrededor del ano y, en ocasiones, próximos al área vaginal. Normalmente, el sistema urinario está libre de microorganismos. No obstante, diversos elementos pueden facilitar la entrada o retención de estos agentes en el sistema urinario.

Estos incluyen varios:

- Afección del tracto urinario, llamado reflujo vesicoureteral.
- Este trastorno, que comúnmente se presenta desde el nacimiento, facilita el reflujo de orina hacia los uréteres y órganos de filtración sanguínea.
- Las patologías del sistema neurológico o cerebral (tal como mielomeningocele, daño en la médula espinal, hidrocefalia) dificultan el proceso de vaciado del órgano de almacenamiento urinario.
- Decidirse por sumergirse en un baño espumoso o llevar ropa excesivamente ceñida (en mujeres).
- Malformaciones de nacimiento o irregularidades en la configuración del sistema urinario.
- Evitar miccionar regularmente a lo largo del día.
- Al utilizar el sanitario, limpiarse desde la parte posterior (cerca del ano) hacia la anterior. En las mujeres, esta acción puede trasladar microorganismos a la entrada por donde se expulsa la orina.

## **Epidemiología**

La infección urinaria representa una de las patologías bacterianas más habituales en el ámbito pediátrico; un 8 a 10% de las niñas y un 2 a 3% de los niños experimentan una infección urinaria sintomática antes de cumplir 7 años. Es más común en varones durante los primeros tres meses de vida y muestra un incremento gradual, especialmente en niñas desde el primer año de vida,

presentando una elevada tendencia a la reiteración (>30%) por infecciones bacterianas secundarias, que no se manifiestan inicialmente, dentro del año siguiente al primer evento.

Respecto a la frecuencia de infecciones urinarias según etnicidad, los estudios indican una mayor incidencia en asiáticos, seguidos por caucásicos e hispanos, y en menor medida, los afroamericanos. La afectación renal aguda se observa en el 50 al 80% de los niños afectados por una infección urinaria con fiebre, de los cuales alrededor del 20% desarrolla cicatrices en el tejido renal, representando esto entre un 10 y un 15% del total de casos, variando en severidad según el nivel de compromiso renal, la evolución hacia la hipertensión arterial, la presencia de proteinuria y el daño renal subsecuente.

La incidencia de reflujo vesicoureteral diagnosticado tras una infección urinaria varía entre el 18 y el 38%, y la prevalencia de complicaciones urinarias postquirúrgicas ha disminuido desde que se implementó el uso rutinario del ultrasonido durante el embarazo. Además, aunque estos hallazgos son relevantes para las afecciones urinarias, el riesgo de anomalías nefrourológicas en niños con infecciones urinarias aún no se ha clarificado ni normalizado (González Rodríguez & Rodríguez Fernández, 2014)

### ***Definición y clasificación***

La infección urinaria se caracteriza por la proliferación bacteriana en un sistema urinario usualmente libre de gérmenes, presentando síntomas clínicos relevantes, y se debe diferenciar de la bacteriuria sin síntomas (BS), que no induce una reacción inflamatoria ni manifestaciones clínicas urinarias. Desde una perspectiva práctica, las infecciones urinarias sintomáticas se clasifican en las que comprometen el tejido renal (pielonefritis aguda [PA]) y las que no (infección urinaria o cistitis).

En el ámbito clínico cotidiano, se emplea el término "infección urinaria con fiebre" para describir la PA, aunque esto no implica necesariamente asociación con daño renal. Una infección urinaria se considera recurrente si se presentan dos o más episodios de PA, un episodio de PA y uno o más de cistitis, o tres o más episodios de cistitis en el lapso de un año. Además, se indica el tratamiento de infección urinaria ante situaciones como sepsis, presencia de una masa en el abdomen o

vejiga, flujo urinario inadecuado, aumento de la creatinina en sangre, ausencia de mejoría con el tratamiento después de 48 a 72 horas, y una infección urinaria provocada por agentes diferentes a Escherichia Coli.

## **Proceso de atención de enfermería**

### ***Definición***

El protocolo de cuidados de enfermería constituye un método organizado y estructurado para recabar información y reconocer los problemas individuales, familiares y comunitarios, con el propósito de diseñar, ejecutar y evaluar la asistencia brindada. Por ende, se trata de la aplicación de principios científicos a la práctica enfermera.

El proceso de enfermería demanda que los profesionales posean destrezas emocionales, cognitivas y motoras, así como la capacidad de observar, valorar, decidir, actuar, evaluar e interactuar con otros. Asimismo, es imprescindible contar con conocimientos en ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todos estos aspectos son esenciales para asistir a los beneficiarios de cuidados en la consecución de su máximo bienestar a través del proceso de enfermería, lo cual representa la máxima prioridad en esta disciplina: alcanzar el óptimo nivel de salud.

### ***La Importancia del proceso de enfermería***

El proceso opera como un instrumento del ejercicio profesional que asegura la calidad del cuidado de la persona cuidada (individual, familiar o comunitaria). Además, da una proporción de un marco de control operativo y un procedimiento para fusionar y llevar a cabo las respectivas investigaciones enfermeras. Asegura que el servicio sea individualizado, que beneficie tanto al que ejerce el cuidado como al receptor de la atención, y posibilita medir el efecto de las acciones enfermeras (AR de Taborda, 1999)

### ***Fases del proceso de atención de enfermería***

El modelo se divide en cinco etapas con sentido cíclico, interrelacionadas y progresivas:

1. Valoración

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

### **PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN**

Permite definir los elementos y condiciones que determinan los problemas actuales, potenciales o posibles, reflejan el estado de salud del paciente.

### **SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

El segundo paso, es la declaración del fenómeno, eventualidad o condición de salud real de alto riesgo del receptor de la atención que requiere una intervención utilizando la experiencia de enfermería para resolverlo o aliviarlo.

### **TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN**

La tercera fase del proceso de atención consiste en utilizar enfoques, medidas y prácticas específicas para controlar, disminuir o corregir los problemas que se mencionaron durante el diagnóstico.

### **CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN**

Implica la ejecución de las acciones enfermeras.

### **QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN**

La última fase de la atención implica una evaluación organizada del estado actual del paciente con las demás fases aplicadas, de modo que se mide el progreso de las metas, diagnóstico y/o planes de intervención (MJP Hernández · 2002).

### **1.3 Datos generales**

**Nombres y Apellidos:** NN

**Nacionalidad:** ecuatoriana

**Provincia:** Guayas

**Edad:** 11 meses

**Sexo:** Femenino

**Historia clínica:** 0000000000

**Raza:** mestizo

**Hijos:** Ninguno

**Fecha de nacimiento:** 14 de julio del 2023

**Estado civil:** Ninguno

**Nivel académico:** Ninguno

**Grupo sanguíneo:** ORH+

**Lugar de nacimiento:** Guayaquil/Guayas

**Lugar de Residencia:** Guayaquil Pascuales

**Ocupación:** Ninguna

**Nivel sociocultural/económico:** medio

## 7. MARCO METODOLÓGICO

## 8. RESULTADOS

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

Una lactante femenina de 11 meses, nacida por parto normal, quien es trasladada por su madre al Hospital General Monte Sinaí para recibir atención médica pediátrica debido a episodios de diarrea, con un aproximado de 10 deposiciones en un lapso de 4 horas. La madre también reporta vómitos sin detalles específicos, dolor abdominal, fiebre no cuantificada y orina frecuente, pero en pequeñas cantidades, además de la presencia de aftas bucales. En el momento de la consulta, el lactante se encuentra irritable y con estado general decaído.

#### **Antecedentes personales**

**Antecedentes alérgicos:** No registra.

**Antecedentes quirúrgicos:** No registra.

**Antecedentes patológicos personales:** No registra.

#### **Antecedentes familiares**

**Antecedentes paternos:** no refiere

**Antecedentes maternos:** no refiere

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

La lactante presenta dolor abdominal, diarrea abundante, vómitos, fiebre, micción frecuente y aftas bucales. Se realizan exámenes de laboratorio y se decide su ingreso hospitalario para su evaluación y tratamiento.

### 2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

#### **Valoración céfalo caudal**

**Cabeza:** Simétrica, correcta implantación de cabello y distribución normal sin alteraciones en cuero cabelludo, sin alopecia, color marrón oscuro.

**Cara:** facciones faciales pálidas, pupilas de tamaño normal isocóricas y reactivas, nariz fosas nasales permeables y semihúmedas, sin desviación evidente del tabique nasal, orejas con implantaciones normales, conducto auditivo externo permeable, boca mucosa deshidratada.

**Cuello:** Simétrico, sin adenopatías, flexible y no doloroso.

**Tórax:** Se auscultan campos pulmonares ventilados y movimientos torácicos simétricos.

**Abdomen:** Blando, distendido y doloroso a la palpación, con ruidos intestinales presentes

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

**Ano:** sin lesiones.

**Extremidades:** simétricas, no edema, no cianosis.

**Estado de Conciencia:** lactante letárgico.

### **Medidas antropométricas**

□ **Peso:** .8.5 Kg

□ **Talla:** 70 cm

### **SIGNOS VITALES**

**Frecuencia cardiaca:** 140x'

**Frecuencia respiratoria:** 44x' **Temperatura**

**axilar:** 37°C

**Saturación de Oxígeno:** 97%

**Escala de Glasgow:** 13/15

### **Valoración por patrones funcionales según Marjorie Gordon**

#### **Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud**

La lactante femenina actualmente se encuentra en su unidad de cuidados, bajo el cuidado de su madre debido a su corta edad. Se lleva a cabo un interrogatorio para comprender la percepción de la salud por parte de la madre, quien demuestra poco

conocimiento sobre la enfermedad y brinda una colaboración limitada. Sin embargo, se observa que el lactante no está en óptimas condiciones de higiene. La madre informa que la lactante ha completado el esquema de vacunación recomendado para su edad, pero solo la lleva a controles médicos cuando está enferma. Esto indica un patrón funcional alterado.

## **Patrón 2: Nutricional-Metabólico**

La madre menciona que el lactante se alimenta adecuadamente con leche materna, pero debido a compromisos laborales, no puede amamantarlo con la frecuencia necesaria. Pese a ello, indica que le proporciona comidas adicionales, tanto caseras como de establecimientos fuera del hogar, de las cuales también se alimenta el bebé. Después de ser hospitalizado y evaluado por pediatría, el lactante sigue siendo amamantado con éxito, aunque también recibe hidratación intravenosa y medicación. Este patrón de alimentación se considera alterado.

## **Patrón 3: Eliminación e intercambio**

El paciente ha experimentado múltiples deposiciones líquidas, además de episodios de vómitos. La micción es de color amarillo y ocurre varias veces al día, aunque no se ha cuantificado con precisión, lo que requiere el uso frecuente de pañales desechables, que se saturan rápidamente. Esta situación se acompaña también de vómitos. Se identifica un patrón funcional alterado en relación con la eliminación e intercambio.

## **Patrón 4: Actividad-Ejercicio**

Paciente no presenta alteración, lactante es consciente y muy poco dinámico.

Patrón funcional no alterado.

## **Patrón 5: Descanso-Sueño**

Paciente al momento está somnoliento, producto de cuadro clínico de vómitos y diarreas, no presenta alteraciones. Patrón funcional no alterado.

## **Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo:**

Paciente actualmente se encuentra activo, responde a estímulos físicos y verbales, sin embargo, su dolor lo expresa con llanto. Patrón funcional alterado.

**Patrón 7: Autopercepción – Auto concepto:**

Paciente al momento no registra alteración a nivel psicológico o emocional. Patrón funcional no alterado.

**Patrón 8: Rol – Relaciones:**

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

**Patrón 9: Sexualidad y reproducción:**

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

**Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés:**

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

**Patrón 11: Valores y creencias:**

Madre e hija tienen confianza, fortalecen su confianza en Dios y en su pronta recuperación. Patrón funcional no alterado.

**Patrones Disfuncionales**

- ✦ Percepción-Manejo de la Salud
- ✦ Patrón eliminación e intercambio
- ✦ Nutricional-Metabólico
- ✦ Cognitivo – perceptivo

**2.4. ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIO**

Los exámenes de laboratorio que se realizaron:

**TABLA 2: HEMOGRAMA**

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

**FUENTE:** PROPIA - EXAMENES DE LABORATORIO

**TABLA 3: COPROPARASITARIO**

ESPORAS	++
POLIMORFOS	20%
A. COLI	+

**FUENTE:** PROPIA - EXAMENES DE LABORATORIO

**TABLA 4: UROANALISIS**

Células epiteliales	++
---------------------	----

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

**FUENTE:** PROPIA - EXAMENES DE LABORATORIO

Después de realizar los análisis de laboratorio y la evaluación física correspondiente, se obtuvo el diagnóstico de gastroenteritis causada por *Escherichia coli*. El lactante fue atendido en emergencia pediátrica con dicho diagnóstico, acorde a los síntomas presentados. Se le realizó acceso venoso periférico para la administración de líquidos intravenosos, medicamentos, ayuno oral, cuidado diario e intervenciones de enfermería para promover una evolución favorable.

## **2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.**

- **Diagnóstico presuntivo**

Paciente con dolor abdominal

- **Diagnóstico diferencial**

Lactante con dolor abdominal y deshidratación

- **Diagnóstico definitivo**

Lactante con gastroenteritis más infección de vías urinarias

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

El proceso de enfermería se realizó aplicando un diagnóstico médico de gastroenteritis e identificando los datos clínicos del paciente recolectados con el fin de evaluar múltiples alteraciones, de ahí una intervención temprana con el

tratamiento adecuado. A través de estas intervenciones de enfermería, se abordaron de inmediato los signos más críticos y posteriormente se ayudó a evitar posibles complicaciones que podrían haber empeorado su situación.

### **Conductas que determinan el origen del problema**

- La infección de personas por productos alimenticios contaminados, la alteración del equilibrio dietético adecuado y la ingestión de agua impura y contaminada.

### **Indicaciones médicas**

Si se confirma el diagnóstico y se identifica que el paciente tiene gastroenteritis bacteriana, corresponderá a la enfermera tomar medidas inmediatas para estabilizar al paciente, teniendo en cuenta que el proceso de reanimación requerirá el debido cuidado, especialmente con respecto a un paciente pediátrico. El curso de acciones posterior a la evaluación clínica implica:

- Control y supervisión de los signos vitales.
- Acceso venoso periférico como medio de hidratación.
- Entrega inadecuada de medicamentos, estado de DNR y limpieza minuciosa de la persona del paciente diariamente.
- La atención en la profesión de enfermería se completa cuando se comunica una noticia, por ejemplo, una nueva llegada a la unidad.

### **Tratamiento**

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

Paracetamol 220 mg IV cada 6 horas

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

Metamizol 150 mg IV PRN

Prebióticos avial vía oral cada 12 horas

Sulfato de zinc 1 ml VO QD

Metronidazol 3ml VO cada 8 horas

NANDA: 00013

NOC: 0501

NIC: 0460

M  
E  
T  
A  
S

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O

(00013) Diarrea

R/C: inflamación gastrointestinal

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

Dominio II: salud fisiológica

Clase: (F) Eliminación

Etiqueta: Eliminación intestinal

Campo I: Fisiológico básico

Clase: 2B Control de Eliminación

Etiqueta: manejo de diarrea (0460)

### ESCALA DE LIKERT

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

### ACTIVIDADES

- Determinar el origen de la diarrea
- Controlar el llanto del menor
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales
- Evaluar la ingesta registrada por ver el contenido nutricional
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea
- Practicar acciones que suponga un descanso intensivo (NPO-dieta)
- Administración de líquidos parenterales y medicamentos prescritos.
- Controlar ingresos y egresos mediante balance hídrico.
- Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase.
- Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración

**NANDA:** 00016  
**NOC:** 0503  
**NIC:** 0590

(00016) Deterioro de la eliminación urinaria

R/C: infección del tracto urinario

E/P: micciones frecuentes

Dominio II: salud fisiológica

**ESCALA DE LIKERT**

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

Clase: (F) Eliminación

Etiqueta: (0503) eliminación urinaria

**ACTIVIDADES**

- Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color según corresponda.
- Controlar el llanto del menor
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria según corresponda
- Registrar la hora de la primera micción después del procedimiento según corresponda

Campo I: fisiológico básico

Clase: 2B Control de Eliminación

Etiqueta: 0590 manejo de eliminación urinaria

M  
E  
T  
A  
S

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

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

La enfermería ha evolucionado hasta la fecha como un cuidado humano donde la enfermera, con el corazón, responde a la salud y la felicidad de las personas. La enfermería no es sólo una profesión; es un llamado que debe ser reverenciado y apreciado por su arte divino transmitido de generación en generación. El caso clínico se basó en la teoría de la hermana Callista Roy. La adaptación, extraída de su carrera de enfermería, se confirmó a través de la experiencia práctica en diferentes departamentos del hospital, uno de ellos la unidad de pediatría, donde los pequeños pacientes se adaptan increíblemente al entorno. El modelo de Callista Roy se caracteriza y distingue como una teoría que incorpora cinco elementos.:

- ✦ Paciente, persona que recibe la atención y cuidado.
- ✦ Desarrollar metas que se adapten a los cambios encontrados.
- ✦ Salud.
- ✦ Medio ambiente
- ✦ Actividades de enfermería que aseguren una adaptación positiva.

Todos los elementos que componen esta teoría están interrelacionados. Por lo tanto, a través de los cuatro modos del grupo y la adaptación de los subsistemas estables e innovadores, el grupo consigue salud, es decir, la adaptación. Estar saludable, para Roy, significa ser una persona o unidad íntegra y cohesionada con el entorno. Aarón Muñoz Devesa (2015) alguna vez afirmó que esta es la filosofía detrás de la enfermería, diciendo que ayuda a las personas a alcanzar su potencial mediante la consecución de una salud óptima. El objetivo del teórico es garantizar que los pacientes pediátricos puedan adaptarse fácilmente a los cambios que encontrarían, así como brindarles atención e intervenciones adecuadas para obtener resultados clínicos favorables.

## **2.8. SEGUIMIENTO**

### **DIA 1**

El paciente pediátrico está siendo cuidado por su familiar, que denota tranquilidad y consciencia. La paciente está febril, parcialmente hidratada y presenta una coloración rosada en las fascias. Su abdomen está blando y doloroso al tacto, y ha tenido numerosas deposiciones diarreicas. Se ha colocado un acceso intravenoso periférico y se ha administrado la medicación recetada.

Posteriormente, la paciente experimenta diez episodios adicionales de deposiciones diarreicas y un vómito de contenido alimenticio. Se traslada al área de pediatría, donde se le brindan cuidados de enfermería.

## **DIA 2**

Durante la noche, el paciente pediátrico descansa intermitentemente con la compañía de un familiar. Está alerta y responde a estímulos. Experimenta episodios de fiebre intermitente. Sus fascias muestran una coloración pálida y sus mucosas están hidratadas. Al examinar su abdomen, se encuentra que está blando, depresible y doloroso al tacto. Presenta deposiciones blandas de color verdoso en cantidades pequeñas. Se le administra la medicación recetada y se le brindan los cuidados de enfermería necesarios. Se están esperando los resultados de los exámenes de laboratorio.

## **DIA 3**

Una niña de 11 meses de edad muestra actividad y reactividad durante el turno, estando bajo el cuidado de un familiar. Sus signos vitales se encuentran dentro de los valores normales y presenta fascias ligeramente pálidas. Las mucosas de la boca están parcialmente hidratadas y su tórax es simétrico. Al examinar su abdomen, se encuentra que está blando y presenta poco dolor a la palpación. Ha tenido deposiciones diarreicas de color verdoso y mal olor en varias ocasiones. Se le están proporcionando cuidados de enfermería y se está administrando la medicación prescrita por el médico a través de una vía intravenosa permeable.

## **DIA 4**

Durante la noche, la paciente pediátrica, una niña de 11 meses de edad, está activa y reactiva, pero descansa tranquilamente con la compañía de su familiar. No presenta fiebre y sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales. Su piel muestra una tonalidad pálida y su abdomen está blando, depresible y sin dolor a la palpación. La vía intravenosa periférica está permeable

y recibiendo hidratación. Se le administra la medicación recetada y se le brindan los cuidados de enfermería necesarios.

#### **DIA 5**

Durante el día, el paciente pediátrico de 11 meses de edad está siendo cuidado por un familiar y se encuentra tranquilo y ambulatorio, con condiciones estables. Está consciente y orientado, con signos vitales dentro de los parámetros normales y sin fiebre. Su piel muestra una tonalidad pálida y su abdomen está blando, depresible y sin dolor a la palpación. Presenta eliminaciones fisiológicas normales y su vía periférica está permeable. Se le administra la medicación recetada y se le proporcionan los cuidados de enfermería correspondientes.

#### **2.9. OBSERVACIONES**

Siguiendo los cuidados de enfermería y la prescripción médica respectiva la paciente ha ido evolucionando favorablemente para su salud, Durante su hospitalización se mantuvo un riguroso y completo seguimiento a la paciente pediátrica con un cuadro clínico de gastroenteritis más infección de vías urinarias, según la prescripción enviada por el medico se administró medicamentos para su pronta recuperación.

## 9. CONCLUSIONES

En este estudio de caso clínico, se formuló un plan de cuidados de enfermería para un paciente pediátrico diagnosticado con gastroenteritis y considerado en riesgo de infección. Utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC se identificaron los patrones funcionales afectados. Se describieron los problemas, se establecieron los diagnósticos de enfermería correspondientes y luego se llevaron a cabo en el proceso de brindar una buena atención que condujera a una recuperación exitosa. En este caso, asegurar una adecuada hidratación tras un diagnóstico de deshidratación severa mediante análisis de laboratorio se realizó mientras realizamos la promoción y prevención de la salud como parte de nuestras funciones como personal de enfermería.

El presente trabajo de investigación describe el caso clínico de una lactante menor de 9 meses que presenta gastroenteritis y una infección de las vías urinarias, posiblemente debido a la manipulación inadecuada de alimentos y al consumo de agua no purificada, lo que conllevó a una complicación de salud en ausencia de supervisión por parte de sus cuidadores. En este punto, la madre u otro representante del paciente juega un papel crucial al transmitir los conocimientos proporcionados por el personal médico. Es importante colaborar con el paciente y su familia para asegurarse de que estén informados sobre cómo manejar adecuadamente al paciente una vez que regresen a casa, ya que comprende una fase crucial para la recuperación definitiva del paciente.

## 10. REFERENCIAS

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

[%3Dihub](#)

- ✦ Gutierrez Castellón, P. A. (2015). Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años; Un enfoque basado en la evidencia. Anales de pediatría, 220-220.
- ✦ J. Reyna Figueroa, V. V.-H.-A. (2015). Evaluación de la seguridad de la vacuna contra rotavirus en lactantes. Vacunas, 54-60. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1576988710700121?via%3Dihub>
- ✦ Joan Costa, I. P. (2015). Gastroenteritis aguda en el niño. Guía Práctica clínica, 28-28. Obtenido de [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_464\\_Gastroenteritis.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_464_Gastroenteritis.pdf)
- ✦ Laura García Albarrán, R. A. (Septiembre de 2018). GASTROENTERITIS AGUDA. GUÍAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS, 11. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/guia-actuacion-gea.pdf>
- ✦ Lucero, Y. (Mayo de 2014). Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Elsevier, 25. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revistarevista-medica-clinica-las-condes-202-articuloetiologia-manejo-gastroenteritisaguda-infecciosa-S071686401470063X>
- ✦ Lucero, Y. (Mayo de 2014). Elsevier. Obtenido de Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articuloetiologia-manejogastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>
- ✦ Manuel Mirón Rubio, O. E. (2008). Protocolos tratamiento antimicrobiano. Sociedad Española de Medicina Interna, 11. Obtenido de <file:///C:/Users/user/Downloads/guia-actuacion-gea.pdf>
- ✦ Martín, C. G. (2017). Gastroenteritis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, 12.

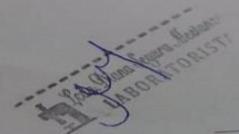
- ✦ Mayo Clinic. (10 de Octubre de 2010). Obtenido de E. Coli:  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ecoli/symptomscauses/syc-20372058>
- ✦ Mundial, C. M. (2021). BupaSalud. Obtenido de Gastroenteritis:  
<https://www.bupasalud.com.ec/salud/gastroenteritis>
- ✦ OMS. (2 de Mayo de 2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Enfermedades diarreicas:  
<https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/diarrhoealdisease#:~:text=Se%20define%20como%20diarrea%20la,de%20heces%20sueltas%20o%20l%C3%ADquidas>
- ✦ Sánchez, M. (30 de Julio de 2020). CuidatePlus. Obtenido de Gastroenteritis :  
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/gastroenteritis.html>
- ✦ Sánchez-Monge, M. (27 de Enero de 2021). Cuidate Plus. Obtenido de Gastroenteritis:  
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/gastroenteritis.html>
- ✦ AR de Taborda, (1999). Proceso de atención de enfermería. Obtenido de  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5331980.pdf>
- ✦ MJP Hernández, (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería.  
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
- ✦

## ANEXOS

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

<b>FORMULA LEUCOCITARIA</b>		
	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
SEGMENTADOS	75,9 % ✓	40%- 60%
LINFOCITOS	17,9%	20%- 40%
OTRAS CELULAS	6,2 %	




DIANA MIRYAN SEGURA NESTANZA

FIRMA

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

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

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

Recibo: 1200pm

**Dra. Carmen Calderón Z**  
Esp. Medicina General Integ.  
C.I. 1721344545

Doctor: \_\_\_\_\_



1 HEMATOLOGICO					
HCTO	%	HB	g / dl	VCM	RETICULOCITOS
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION		mm/h		HCM	DIFERENCIADOS
PLAQUETAS		mm <sup>3</sup>		CHCM	GRUPO - FACTOR Rh
LEUCOCITOS				HIPOCROMIA	COEMBS DIRECTO
METAM	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS	COEMBS INDIRECTO
CAYAD	%	MONOC	%	POIKILOCIT.	TEMPO DE SANGRIA
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS	TEMPO DEPTROMBINA
EOSIN	%	ATIP	%	POLICROMAT.	TEMPO T. PARCIAL

3 COPROLÓGICO					
COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS	H FIBRAS
CONSIST		GLOBULOS ROJOS		MICELIOS	ALMIDON
pH		POLIMORFOS	20%	MOGO	GRASA
PROTOZOARIOS		QUISTE		TRICHOZOTO	HELMINTOS
					HUEVO LARVA

2 UROANÁLISIS		
ELEMENTAL	MICROSCÓPICO	
DENSIDAD	LEUCOCITOS POR CAMPO	
pH	PIOCITOS POR CAMPO	
PROTEÍNA	ERITROCITOS POR CAMPO	
GLUCOSA	CÉLULAS ALTAS	
CETONA	BACTERIAS	
HEMOGLOBINA	HONGOS	
BIURRUBINA	MOGO	
UROBILINOGENO	CRISTALES	
NITRITO	CILINDRIOS	
LEUCOCITOS		

4 QUÍMICA							
DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)			
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)			
UREA				FOSFATASA ALCALINA			
CREATININA				FOSFATASA ACIDA			
BIURRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL			
BIURRUBINA DIRECTA				COLESTEROL HDL			
ACIDO ÚRICO				COLESTEROL LDL			
PROTEÍNA TOTAL				TRIGLICÉRIDOS			
ALBUMINA				HIERRO SERICO			
GLOBULINA				AMILASA			

5 SEROLOGIA		
VDRL		LATEX
AGLUTINACIONES FEBRILES		ASTO

6 BACTERIOLOGÍA	

7 OTROS	

LABORATORIO CLÍNICO - INFORME  
 FECHA: 01/12/2011 HORA: NOMBRE DE PROFESIONAL: FIRMA: CÓDIGO: NÚMERO DE HOJA:

# CASO-CLINICO-JOEL-CABRERA

## 1

**9%**  
Textos  
sospechosos



**9% Similitudes**  
0% similitudes entre comillas  
0% entre las fuentes mencionadas  
**< 1% Idiomas no reconocidos (Ignorado)**  
0% Textos potencialmente generados por la IA

**Nombre del documento:** CASO-CLINICO-JOEL-CABRERA 1.pdf  
**ID del documento:** e1adead1e4b2bb0b8268e5666817b701e008b037  
**Tamaño del documento original:** 310,72 kB

**Depositante:** ROSA ERLINDA BUSTAMANTE CRUZ  
**Fecha de depósito:** 9/4/2024  
**Tipo de carga:** interface  
**fecha de fin de análisis:** 9/4/2024

**Número de palabras:** 6378  
**Número de caracteres:** 43.833

Ubicación de las similitudes en el documento:



### Fuente principal detectada

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/12581/1/E-UTB-FCS-ENF-000692.pdf">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/12581/1/E-UTB-FCS-ENF-000692.pdf</a>	9%		Palabras idénticas: <b>9%</b> (573 palabras)

### Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11432/3/E-UTB-FCS-ENF-000654.pdf.txt">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11432/3/E-UTB-FCS-ENF-000654.pdf.txt</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)
2	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/12753/E-UTB-FCS-ENF-000756.pdf?sequence=1">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/12753/E-UTB-FCS-ENF-000756.pdf?sequence=1</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)

### Fuentes ignoradas

Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>JOEL EVERARDO CABRERA BARRAGAN CASO CLINICO.docx</b>   JOEL EVERAR... #21c6a2 El documento proviene de mi biblioteca de referencias	17%		Palabras idénticas: <b>17%</b> (1099 palabras)
2	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11430/1/E-UTB-FCS-ENF-000651.pdf">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11430/1/E-UTB-FCS-ENF-000651.pdf</a>	3%		Palabras idénticas: <b>3%</b> (210 palabras)
3	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11430/3/E-UTB-FCS-ENF-000651.pdf.txt">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11430/3/E-UTB-FCS-ENF-000651.pdf.txt</a>	3%		Palabras idénticas: <b>3%</b> (158 palabras)
4	<b>DUARTE JAÑA JEFFERSON JAIME.docx</b>   DUARTE JAÑA JEFFERSON JAIME #b63cf4 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (42 palabras)
5	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4556/E-UTB-FCS-ENF-000122.pdf?sequence=1">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4556/E-UTB-FCS-ENF-000122.pdf?sequence=1</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
6	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/4556/6/E-UTB-FCS-ENF-000122.pdf.txt">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/4556/6/E-UTB-FCS-ENF-000122.pdf.txt</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)
7	<b>dspace.utb.edu.ec</b> <a href="http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10395/E-UTB-FCS-ENF-000529.pdf?sequence=1">http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10395/E-UTB-FCS-ENF-000529.pdf?sequence=1</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
8	<b>CASO CLINICO MIRIAN CAJO(1).docx</b>   CASO CLINICO MIRIAN CAJO(1) #229546 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)