



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

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

TEMA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO
CON NEUMONIA NO ESPECIFICADA MAS CONVULSION FEBRIL**

AUTOR

MEDINA VELIZ WILLY SANTIAGO

TUTOR

MARTIN ESTEVEZ LIZETTE

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020 – 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DE CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION	9
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.3 DATOS GENERALES.....	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).....	12
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	13
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	13
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).	14
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	16
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	17
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	18
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	23
2.8 SEGUIMIENTO	24
2.9 OBSERVACIONES.....	28
CONCLUSION	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
ANEXOS	32

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer a Dios, a mis hijos y esposa quienes son los pilares fundamentales que sostienen mi vida y me dan fuerzas para seguir adelante. Este triunfo va dedicado a mis padres quienes son muestra de respeto, orgullo y admiración, por darme su inteligencia, enseñarme de la vida, regalarme consejos sin pedir nada a cambio. Y lo más importante, por bendecirme y amarme cada día de mi vida.

MEDINA VELIZ WILLY SANTIAGO

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia en esta fecha especial de mi agradecimiento, a mis queridos hijos y amada esposa quien me ha apoyado y ha estado ahí, en los momentos malos como en los buenos, en mis triunfos y caídas, siempre ha estado para mí y estoy muy agradecido y lo estaré por el resto de mi vida.

A mi estimada tutora de mi estudio de caso clínico Martín Estévez Lizette por brindarme de su ayuda y haberme guiado en este proceso de investigación con mucha paciencia y comprensión. Y un agradecimiento especial a la Universidad Técnica de Babahoyo por formarme y pulirme en todos estos años de preparación académica como licenciado en enfermería.

MEDINA VELIZ WILLY SANTIAGO

TEMA DE CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO
CON NEUMONIA NO ESPECIFICADA MAS CONVULSION FEBRIL**

RESUMEN

Mediante el estudio y el desarrollo de mi caso clínico refiero que fue indispensable la aplicación del proceso de atención de enfermería. Debido que es un método de trabajo importante e indispensable que consiste en un sistema con pasos relacionados que nos permitirá identificar y satisfacer todas las necesidades requeridas por el paciente. Y así también, resolver los problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y a la comunidad. Motivo por el cual, este presente trabajo investigativo se logró llevar a cabo teniendo como objetivo principal la aplicación el proceso del cuidado de enfermería en un paciente pediátrico de 4 meses de edad que fue diagnosticado con neumonía no especificada más convulsión febril, por presentar un cuadro clínico de taquipnea, taquicardia, hipertermia, tiraje intercostal y convulsiones tónico clónicas en 2 ocasiones. Sin embargo, a la hora de su ingreso se realizó la valoración empelando dos técnicas. La primera fue la recolección de datos donde se entrevista y se obtienen datos subjetivos aportados por un familiar del paciente y en segundo lugar, se realizó la valoración mediante un examen físico al paciente. No obstante, todos los datos recogidos sirvieron para poder formular los diagnósticos de enfermería después de haber detectado los patrones disfuncionales a tratar, para de esta manera realizar la planificación y ejecución de las actividades de enfermería, acorde a las necesarias que requiere el paciente para contribuir en la restauración de su salud durante su hospitalización.

Palabras claves: Neumonía, taquicardia, tiraje intercostal, convulsiones tónico clónicas, hipertermia, PAE.

SUMMARY

Through the study and development of my clinical case, I say that the application of the nursing care process was essential. Because it is an important and indispensable work method that consists of a system with related steps that will allow us to identify and satisfy all the needs required by the patient. And so too, solve the health problems that affect the human being in their context, family and the community. Reason why, this present research work was carried out with the main objective of applying the nursing care process in a 4-month-old pediatric patient who was diagnosed with unspecified pneumonia plus febrile seizure, due to presenting a picture clinical presentation of tachypnea, tachycardia, hyperthermia, intercostal drawing and tonic-clonic seizures on 2 occasions. However, at the time of admission, the assessment was carried out using two techniques. The first was data collection where subjective data provided by a relative of the patient were interviewed and obtained, and secondly, the assessment was carried out by means of a physical examination of the patient. However, all the data collected served to be able to formulate the nursing diagnoses after having detected the dysfunctional patterns to be treated, in order to carry out the planning and execution of the nursing activities, according to those necessary that the patient requires to contribute in restoring your health during your hospitalization.

Key words: Pneumonia, tachycardia, intercostal drawing, tonic-clonic seizures, hyperthermia, PAE.

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una infección que causa inflamación o infección en el parénquima pulmonar de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química) Desequilibrando el intercambio de gaseoso entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂, cursando con dificultad respiratoria y provocando neumonía (Campos, 2017).

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud manifiesta que a nivel mundial mueren alrededor de 15 millones de niños menores de cinco años anualmente. De los cuales 5 millones (30%) lo hacen por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Y en más del 90 % de los casos, la causa principal de muerte es la neumonía. Sin embargo, en América Latina alrededor de 28 mil niños menores de cinco años mueren anualmente por neumonía. Mientras que Incidencia de neumonía en América Latina es de 120 mil casos cada año (García, Aguirre, & Bernaola, 2019).

Las manifestaciones clínicas de la neumonía van a variar dependiendo de la gravedad, la causa y la edad del paciente. No obstante, los signos y síntomas incluyen hipertermia, tos progresiva, disnea, angina de pecho, emesis, náuseas, diarrea, tiraje intercostal, cianosis o SpO₂ < 90%, aliento nasal, estridor y sibilancias (García, Aguirre, & Bernaola, 2019).

Para poder diagnosticar la neumonía se deberá realizar la anamnesis del paciente, donde se preguntará sobre su historia clínica y el cuadro clínico presente antes de su ingreso. De igual manera, se solicitará pruebas de radiografía de tórax, exámenes de sangre, hemocultivo, prueba de esputo, tomografía computarizada del tórax, cultivo de líquido pleural, broncoscopia (Borrell & Segura, 2018).

En cuanto a su tratamiento específico, también va a depender del tipo y la gravedad de la neumonía, edad y el estado de salud general. Las opciones para combatir la neumonía son la administración de antibióticos, medicamentos para la tos y antifebriles/analgésicos (GPC, 2019).

I. MARCO TEORÍCO

CONCEPTO

Se define como neumonía a la infección o inflamación grave en la que los sacos de aire se llenan de pus y de otros líquidos. Esto ocurre en los pulmones y es causada por bacterias, virus o irritantes químicos (GPC, 2017).

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial de la Salud reporta 156 millones de casos de neumonía anualmente. Sin embargo, más del 95% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo. En menores de 5 años de edad, la neumonía es la principal causa de muerte a nivel mundial, fuera de la etapa neonatal. Causando 920.136 muertes al año. Se calcula que alrededor de 920.136 niños menores de 5 años de edad en el 2016 murieron a causa de la neumonía (MSP, 2020)

En el Ecuador se registró que en el año 2020 se reportaron alrededor de 29.187 casos de neumonía. La provincia de pichincha notifica el mayor número con 10.345 casos. Mientras que en Guayaquil se registraron 2.429, en Tungurahua 2.213, Azuay 1.526, Napo 1.323, Chimborazo 1.119, Loja 1.095, Manabí 1.046, Cotopaxi 996, Imbabura 989, Esmeraldas 720, Pastaza: 597, El Oro 420 y Los Ríos 237 casos (MSP, 2020).

FISIOPATOLOGÍA DE LA NEUMONIA

La neumonía es una infección aguda que es ocasionada por un desequilibrio entre las defensas del huésped y la patogenicidad e invasividad del agente causal. Los agentes patógenos ingresan a la vía aérea o por diseminación hematógena, y deben superar los mecanismos de defensa del tracto respiratorio: mecanismos de barrera e inmunológicos (humoral y celular) (Sansano, Murcia, & Monzó, 2017).

Sin embargo, los gérmenes que las superen van a colonizar el parénquima pulmonar, ocasionando inflamación del intersticio y/o de los alvéolos con exudado de fluidos que son los causantes de generar una disminución de la

distensibilidad pulmonar, obstrucción de las vías aéreas pequeñas y alteración de la relación ventilación – perfusión, causando neumonía (Sansano, Murcia, & Monzó, 2017).

CAUSAS

La neumonía puede ser causada por uno o varios agentes etiológicos que son los siguientes mencionados:

Múltiples bacterias como:	Streptococcus pneumoniae, Mycoplasmas pneumoniae, Chlamydias pneumoniae.
Hongos como:	Pneumocystis jiroveci, cándida.
En lactantes y preescolares la neumonía es causada por:	Streptococcus pneumoniae, <i>Chlamydia trachomatis</i> y por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> .
Niños mayores de cinco años	<i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Mycoplasma pneumoniae</i> .
En inmunocomprometidos	Bacterias gramnegativos, <i>Pneumocystis jiroveci</i> , Citomegalovirus, hongos, y <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
Neumonías nosocomiales	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , hongos y <i>Staphylococcus aureus</i> .
Neumonía atípica	Virus, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> y <i>Chlamydia pneumoniae</i> .
En RN las neumonías suelen ser causadas por:	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> y ocasionalmente bacilos Gram negativos.
Pneumocystis jiroveci	Es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/sida.

Elab por: GPC. (11 de Junio de 2017). Neumonías en pacientes de 3 meses a 15 años de edad. (A. Ortiz, & E. Herrera, Edits.) *Guía Práctica Clínica*, 12-46.

FACTORES DE RIESGOS

Los principales factores de riesgo que causan neumonía, están asociados al:

Medio Ambiente:

- Contaminación por humos de combustión de compuestos orgánicos.
- Exposición al humo de tabaco.
- Hacinamiento.

Estilos de vida e higiene:

- Ausencia de lactancia materna exclusiva.
- Vacunación incompleta o ausente.
- Práctica inadecuada del lavado de manos.
- Asistencia a guarderías.
- Contacto con persona enferma (Córtes, Murua, & Gómez, 2017).

Factores hereditarios y genéticos

- **Enfermedades genéticas que predisponen a contraer neumonía:** Inmunodeficiencias, fibrosis quística, discinesia ciliar primaria, entre otras (Córtes, Murua, & Gómez, 2017).

Factores de riesgo para neumonía grave

- Edad menor de 6 meses.
- Prematuridad.
- Desnutrición moderada a severa.
- Infección por VIH.
- Enfermedad cardíaca congénita (Córtes, Murua, & Gómez, 2017).

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LA NEUMONIA

En función del agente causal:

- Neumocócica.
- Neumonía estafilocócica.
- Neumonía por *Klebsiella*
- Neumonía por *Legionella*

Por la afectación anatomopatológicas:

- Neumonía alveolar o lobar.
- Neumonía multifocal o bronconeumonía.
- Neumonía intersticial.
- Neumonía necrotizante o absceso pulmonar.

En función de la reacción del huésped:

- Neumonía supurada.
- Neumonía fibrinosa.

En función del tipo de huésped:

- Neumonía en paciente inmunocompetentes.
- Neumonía en paciente inmunodeprimido (Fuentes, 2018).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas de la neumonía varían dependiendo de la gravedad, la edad, tipo de germen que causó la infección y el estado de salud de la persona (García, Aguirre, & Bernaola, 2019).

El cuadro clínico que se presenta al contraer neumonía es:

- Disnea.
- Angina de pecho.
- Tos con presencia de esputo.
- Fatiga.
- Hipertermia.
- Náuseas, emesis o diarrea (García, Aguirre, & Bernaola, 2019).

Los signos o criterios de gravedad (neumonía grave) incluyen:

- Tiraje intercostal.
- Cianosis o SpO₂ < 90%.
- Aleteo nasal.
- Estridor.
- Sibilancias.
- Somnolencias.
- Alteraciones de conciencia.
- Rechazo a líquidos.
- Desnutrición grave (García, Aguirre, & Bernaola, 2019).

DIAGNÓSTICO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Para poder diagnosticar la neumonía se deberá realizar la anamnesis del paciente. Donde se preguntará sobre su historia clínica y el cuadro clínico presente antes de su ingreso.

- Se realizará un examen físico donde lo primordial será la auscultación pulmonar con un estetoscopio (Borrell & Segura, 2018).

Después de haber finalizado la valoración, se solicitará:

- Radiografía de tórax.
- Exámenes de sangre.
- Hemocultivo.
- Prueba de esputo.
- Tomografía computarizada del tórax.
- Cultivo de líquido pleural.
- Oximetría de pulso o prueba de nivel de oxígeno en la sangre.
- Broncoscopia (Borrell & Segura, 2018).

TRATAMIENTO

El tratamiento adecuado para tratar la neumonía dependerá del tipo de neumonía, qué germen la causa y su gravedad:

- Los antibióticos combaten la neumonía bacteriana y algunos tipos de neumonía fúngica. Sin embargo, no funcionan para la neumonía viral.
- Los medicamentos antimicóticos tratan otros tipos de neumonía fúngica (Acuña, 2017).

Tratamiento complementario

- **Hipertermia:** Paracetamol vía oral o intravenosa.
- **Lactantes:** Mantenerlos en termocuna electrónicas.
- Desobstrucción de la rinofaringe (lavado con cloruro de sodio 0,9% si es necesario).
- Oxigenoterapia o ventilación mecánica, si requiere (Acuña, 2017).

COMPLICACIONES

- **Pulmonares:** Derrame pleural, empiema, distress respiratorio, neumotórax, enfisema intersticial pulmonar.
- **Cardiacas:** Arritmias, fallo cardiaco, infarto de miocardio.
- **Endocrinas:** Hiperglicemia e hipoglicemia.
- **Renales:** Insuficiencia renal aguda y fallo renal.
- **Neurológicas:** Delirium, alteración de estado mental.
- **Sistémicas:** Sepsis y bacteriemia (Cofré & Pavez, 2019).

CONVULSION FEBRIL

CONCEPTO

Se puede definir a las convulsiones febriles como los episodios convulsivos que ocurren cuando un niño tiene alza térmica que supera los 38 °C (100,4 °F) (Campos, 2017).

EPIDEMIOLOGIA

Según la Organización Mundial de la Salud manifiesta que la mortalidad a causa de la neumonía es del 1.7% paciente reportado como fallecido cada año en el área pediátrica. Sin embargo, las convulsiones febriles suelen ser más frecuentes en varones con un porcentaje del 56.3, lactantes menores con el 47.4%, con un promedio de 12 meses de edad, la causa más frecuente es de origen febril se establece alrededor del 44% (OMS, 2019).

FISIOPATOLOGIA DE CONVULSION FEBRIL

La fisiopatología de las convulsiones febriles depende de uno o más cambios estructurales y bioquímicos en el tejido cerebral de los pacientes pediátricos. Se han encontrado algunas diferencias estructurales entre el cerebro del niño y el adulto, las que han sido señaladas como factores que influyen en la relación edad – dependencia de las convulsiones febriles, que son:

- Pobre mielinización de la sustancia blanca cerebral.
- La migración neuronal no se ha completado.
- Menor número de conexiones dendríticas.
- Un consumo mayor de oxígeno.

Los cambios celulares y bioquímicos causantes de las convulsiones febriles no se conocen en su totalidad. Pero se ha demostrado que el inicio de las convulsiones está muy relacionado con el incremento de los niveles de glutamato y neuropéptidos en la corteza cerebral e hipocampo (Naranjo, 2016).

En tanto que la elevación de los niveles de histamina y ácido gamma amino butírico (GABA), un tiempo después del comienzo de las convulsiones muestra la participación del sistema histaminérgico neuronal central y del gabaérgico, en la inhibición de los ataques asociados con enfermedades febriles (Naranjo, 2016).

CAUSAS MAS FRECUENTE DE LAS CONVULSIONES

Neonatos	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatía hipoxico – isquémica • Infección sistémica o del SNC • Alteraciones hidroelectrolíticas • Déficit de piridoxina • Errores congénitos del metabolismo • Hemorragia cerebral. • Malformaciones del SNC.
Lactantes y niños	<ul style="list-style-type: none"> • Infección sistémica y del SNC. • Convulsión febril. • Alteraciones hidroelectrolíticas • Intoxicaciones. • Epilepsia-

Elab por: GPC. (11 de Junio de 2017). Neumonias en pacientes de 3 meses a 15 años de edad. (A. Ortiz, & E. Herrera, Edits.) *Guia Practica Clinica*, 12-46.

FACTORES DE RIESGOS

- Edad menor a 12 meses y antecedentes en familiares de primer grado.
- Breve duración entre el inicio de la hipertermia y de la convulsión.
- Neuropatía previa (Cerisola, Chaibùn, & Cibils, 2018).

CLASIFICACION

- **Convulsiones febriles simples:** Son generalizadas clónicas o tónicas, con duración inferior a 15 – 20 minutos. No repiten más de una vez en un periodo de 24 horas, y no dejan secuelas permanentes, ni transitorias.
- **Convulsiones febriles complejas:** Son generalizadas o focales, duración superior a 15 – 20 minutos. Se repiten en el mismo proceso febril y/o quedan secuelas transitorias o permanentes (Lozano & Borbujo, 2017).

MANIFESTACIONES CLINICAS

- **Todo el cuerpo:** Hipertermia o desmayo.
- **Musculares:** Espasmos musculares o rigidez muscular.
- **También comunes:** Episodios de mirada fija o temblor severo (Cerisola, Chaibùn, & Cibils, 2018).

DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS DE LABORATORIO

- **Exploración clínica** (neurológica): Es lo más necesario en casos de convulsiones febriles.
- Hemograma.
- Ionograma.
- Punción lumbar.
- **Electrocardiograma:** sólo en algunos niños con CF complejas y pasados 8-10 días (Casabuenas & Velez, 2016).

TRATAMIENTO

Existen 3 posibilidades de tratamiento para las convulsiones febriles y son:

- Tratamiento profiláctico continuo: Fenobarbital.
- Tratamiento profiláctico intermitente: Diazepam líquido o en supositorios.
- Prevención de convulsión febril prolongada: Diazepam líquido (rectal) (Cofré & Pavez, 2019).

1.1 JUSTIFICACIÓN

A través de este estudio de caso clínico, puedo justificar que durante su elaboración realizada en un paciente pediátrico de 4 meses de edad que fue diagnosticado en el área de emergencia con neumonía no especificada más convulsión febril se procedió a la elaboración del plan de cuidados, utilizando como herramienta esencial la taxonomía NANDA, NIC y NOC con el propósito de poder recuperar, restaurar y lo más importante conservar la salud del paciente.

Sin embargo, se ha comprobado que el proceso de atención de enfermería está regido en principios científicos que logran facilitar al profesional de enfermería en aumentar sus destrezas y habilidades en el campo laboral, poniendo en práctica las intervenciones que se deben ejecutar de manera eficiente y eficaz a la hora de aplicar los cuidados de enfermería.

El objetivo primordial de mi estudio de caso es proceder a la elaboración de un proceso de atención de enfermería enfocado a un paciente pediátrico de 4 meses de edad que fue diagnosticado en el área de emergencia con neumonía no especificada más convulsión febril. Con el fin de identificar, tratar y prevenir complicaciones post operatoria.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente pediátrico con neumonía no especificada más convulsión febril.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mencionar los factores de riesgo que conlleve a un paciente pediátrico a contraer neumonía.
- Identificar los patrones funcionales que se encuentran alterados y que comprometen la salud del paciente.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería en relación al diagnóstico de nuestro paciente.
- Analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente pediátrico con neumonía no especificada más convulsión febril.

CASO CLÍNICO

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombre y Apellidos:** NNNN
- **Numero de historia clínica:** 221789
- **Edad:** 4 meses
- **Sexo:** Masculino
- **Convivientes:** Padres
- **Lugar de nacimiento:** Babahoyo – Los Ríos.
- **Fecha de nacimiento:** 30 – 07 – 2020.
- **CI:** 1252470685
- **Etnia:** Mestizo.
- **Lugar de residencia:** Babahoyo – Reciento Matecito I
- **Nivel de estudios:** No valorable.
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo.
- **Grupo Sanguíneo:** Rh O+
- **Religión:** Católica.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente masculino de 4 meses de edad es transferido del Hospital de Babahoyo a nuestra unidad como código rojo y con diagnóstico de convulsiones e insuficiencia respiratoria. Es traído en compañía de médico residente en cual refiere cuadro clínico de 2 días de evolución por taquipnea, taquicardia, hipertermia, deterioro de conciencia, tiraje intercostal y xifoidea. De igual manera presentó convulsiones tónico clónicas en 2 ocasiones.

A su valoración se evidencia estuporoso con cánula de oxígeno, saturando 95% con vía periférica permeable, taquipneico, fontanela abombada, palidez generalizada, pupilas midriáticas. Médico de área ordena realizar exámenes de laboratorio, hemocultivo y radiografía de tórax. Paciente es transferido al área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para seguimiento y control.

Antecedentes quirúrgicos: No refiere.

Antecedentes alérgicos: No refiere.

Antecedentes familiares: No refieren.

Antecedentes ginecológicos de la madre:

- **Menarquia:** 12 años
- **Ciclos menstruales:** Irregulares
- **Inicio de vida sexual:** 19 años.
- **Parejas sexuales:** 3
- **Gestas:** 1
- **Partos:** 1
- **cesáreas:** 0
- **Aborto:** 0
- **Enfermedad de transmisión sexual:** No refiere.
- **IVU:** En embarazo, pero fue tratada con antibióticos.
- **Esquema de vacunación:** Completo.
- **Controles prenatales:** Refiere que tuvo 4 controles durante todo su embarazo.

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

Recibo paciente de 4 meses de edad por presentar cuadro clínico de 2 días de evolución por taquipnea, taquicardia, hipertermia 38.9°C, deterioro de conciencia, tiraje intercostal y xifoidea. Al igual que convulsiones tónico clónicas en 2 ocasiones con Glasgow de 8.

Madre refiere que las manifestaciones clínicas se mostraron \pm 8 días, presentando cuadro gripal caracterizado por tos seca y disfonía con quejidos leve. Refiere que le administró vitamina C y paracetamol en jarabe, pero al ver que no cedía el cuadro clínico acudió al subcentro de salud. Donde mediante la valoración, presentó movimientos tónico clónicos generalizados por 5 minutos aproximadamente con presencia de hipertermia y minutos después repite crisis con desviación de la mirada hacia atrás, palidez generalizada con cianosis peribucal.

Medico al ver el cuadro clínico, inmediatamente hizo la transferencia en esta Unidad Hospitalaria, donde paciente permanece en la sala de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Cabeza:** Normocefalica, con fontanela abombada. Buena implantación de cuero cabelludo.
- **Ojos:** Pupilas midriáticas de 3mm.
- **Nariz:** Con oxigenación por cánula nasal con respiración de Cheyne Stoke, por lo cual se decide intubación de secuencia rápida.
- **Oído:** Simétricos, sin presencia de alteraciones.
- **Boca:** Presencia de cianosis peribucal.
- **Cuello:** Cilíndrico. No presenta adenopatía, ni ingurgitación yugular.
- **Tórax:** Simétrico. Pulmones con estertores basales del lado derecho. Corazón rítmico, normo-fonético.

- **Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin presencia de megalias, ni cicatrices.
- **Genitales:** Sin signos clínicos de infección, no cicatrices. Meato sin anomalías, pero con presencia de sonda vesical para controlar la diuresis.
- **Ano:** Perforados sin lesiones.
- **Extremidades:** Presencia de vía periférica en su miembro superior izquierdo, por donde se le administra medicación prescrita por médico. Extremidades inferiores simétricas. Sin presencia de edemas, pero con lesiones eritematosas en pierna derecha u región tórax posteriormente. Según madre son picaduras de mosquitos. Llena capilar de 2seg.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 5400kg
- **Talla:** 62cm

SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 95/58mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 180lpm.
- **Frecuencia respiratoria:** 65rxm
- **Temperatura axilar:** 38°C
- **Saturación de Oxígeno:** 90%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD:

Lactante menor se encuentra hospitalizado en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en incubadora neonatal. Madre refiere que ve a su bebé muy grave y tiene mucho miedo que se complique más su condición. Paciente se encuentra bajo vigilancia médica y recibiendo los debidos cuidados de enfermería.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO:

Lactante menor consta de cánula nasal y sonda nasogástrica Levin, por donde se administra alimentación con leche materna y a veces de banco. Por el momento se administra Dextrosa 5% en agua 840ml + Cloruro de sodio 10ml + Cloruro de potasio 10ml IV 35ml/H. Medico refiere cambio urgente de intravenosa a vía venosa central, para realizar de manera urgente una transfusión de concentrados de glóbulos rojos de 10ml/kg, por su recuento de hemoglobina de 9.60g/dl.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO:

Lactante menor posee sonda vesical y deposiciones espontaneas. Se toma precaución en la hipertermia que presenta y se realiza balance hídrico las 24horas, para medir los ingresos, egresos y pérdidas insensibles.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO

Por el momento se percibe en lactante menor, leve actividad motora de miembros superiores e inferiores a hora de realizar procedimientos invasivos y no invasivos por parte del personal.

PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO

Lactante menor no puede conciliar el sueño, debido a la incomodidad que causa la ventilación mecánica, la sonda nasogástrica y los procedimientos que se realiza por parte del personal de enfermería. Como; el aseo al paciente, la alimentación, cambio de pañales y sábanas de incubadora, toma de muestras para exámenes de laboratorio, entre otros. Sin embargo, madre refiere que su bebé duerme entre periodos de 3 – 5 horas.

PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO

Paciente con proceso respiratorio alto con complicaciones hace 36 horas más convulsión febril a causa de movimientos tónico-clónicos, desviación de mirada hacia atrás más deterioro sensorial.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

No valorables por la edad del paciente y por su condición actual.

PATRÓN 8. ROL / RELACIONES

Lactante menor no recibe apego precoz por su condición de salud, pero su mamá a la hora de alimentarlo bajo vigilancia por su estado delicado, le da afecto y cariño a su hijo a través de acaricias y plegarias.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

No valorables por la edad de paciente.

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrón funcional no presenta alteraciones

PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS

Madre refiere que cree en bastante en Dios y que le reza todo los días por la condición de su bebé.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

QUIMICA

Glucosa en ayuna	98.00	mg/dL	74 – 106
PCR	29.80	mg/L	0 – 0.9
Calcio en suero	8.00	mg/dL	7.6 – 10.4
Sodio en suero	140.0	meq/L	136 – 145
Potasio en suero	4.20	meq/L	3.5 – 5.1
Cloro en suero	110	meq/L	98 – 107
AST (TGO) ASPARTATO AMINOTRANSFERASA	35.00	mlu/ml	12 – 37
ALT (TGP) AMINO TRANSFERASA PIRUVICA	18.00	mlu/ml	12 – 78
Bilirrubina total	0.50	mg/dL	0.2 – 1
Bilirrubina directa	0.10	mg/dL	0.02
Bilirrubina indirecta	0.4	mg/dL	0.21 – 0.8
Urea en suero	27.82	mg/dL	10 – 38
Creatinina en suero	0.39	mg/dL	0.55 – 1.3

BIOMETRIA HEMÁTICA		
	RESULTADO	VAL.REFER
• HEMATÍES	Xmm ³	4'000.000 – 6'000.000

• LEUCOCITOS	1.40/mm ³	10 – 26/mm ³
• NEUTROFILOS	0.22/mm ³	6 – 26/mm ³
• HEMOGLOBINA	9.60g/dl	13.5 – 19.5
• HEMATOCRITO	32%	36,0 – 42,0
• LINFOCITOS	1.03/mm ³	2 – 11mm ³
• MONOCITOS	0.13/mm ³	0.4 – 3.1/mm ³
• BASOFILOS	0.02/mm ³	0 – 0.2/mm ³
• EOSINOFILOS	0.01/mm ³	0 – 0.85
• ERITROCITOS	3.59/mm ³	4 – 6/mm ³
• PLAQUETAS	423.000mm ³	200.000 – 400.000

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Podemos observar que los valores obtenidos en los exámenes de laboratorio se muestran valores de PCR: 29.80mg/L que se evidencia que hay sepsis presente y que el paciente cursa por acidosis metabólica con la probabilidad de sufrir un shock séptico o neuroinfección. Debido a que su sistema inmunológico esta descompensado y es propenso a muchas complicaciones por agentes oportunistas como las IASS.

Al igual que la hemoglobina se encuentra disminuida 9,60g/dl se le transfunde 10ml/kg de concentrados de glóbulos rojos.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo

- Neumonía Adquirida en la comunidad

Diagnóstico diferencial

- Meningitis no especificada + Síndrome de dificultad respiratoria.

Diagnóstico definitivo

- NEUMONIA NO ESPECIFICADA MAS CONVULSION FEBRIL.

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

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Mi caso clínico esta realizado en un paciente masculino de 4 meses de edad con diagnóstico definitivo de Neumonía no especificada más convulsión febril. Manifiesto que el origen del problema fue debido al cuadro clínico del paciente: la taquipnea, hipertermia, taquicardia y el proceso infeccioso que se evidenció en los valores alterados de los exámenes de laboratorios, causando así convulsión tónico clónicas en 2 ocasiones. Razón por cual fue hospitalizado en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Como profesional de salud en enfermería unos de los procedimientos a realizar, para estabilizar y restaurar la condición del paciente es comenzar por la monitorización continua de constantes vitales, colocar al paciente en semifowler 30°, cuidados de vías y abordajes, aseo diario, mantener eutermico, medir la diuresis diaria y registrar en la hoja de balance hídrico.

Para poder ejecutar todo lo mencionado anteriormente, debemos elaborar primero el proceso de atención de enfermería. Para así poder determinar los cuidados específicos, acorde a los patrones disfuncionales que están comprometiendo el estado de salud del paciente.

PATRONES DISFUNCIONALES A TRATAR:

- **PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**
- **PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO**
- **PATRON 2: NUTRICION / METABOLICO**
- **PATRON 11: SEGURIDAD / PROTECCION**

NANDA: 00032
NOC: 0403
NIC: 3300



Dominio 4: Actividad y Reposo **Clase 4:** Respuesta cardiovascular pulmonares
Etiqueta: 00032 **Dx:** Patrón respiratorio ineficaz

E/P: Taquipnea, tiraje intercostal y xifoidea, retracción torácica

R/C: Patrón respiratorio anormal

Dominio II: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0403: Estado respiratorio: Ventilación

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta 3300: Manejo de la ventilación mecánica: Invasiva

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
040301: Frecuencia respiratoria	X			X	
040303: Profundidad de la respiración		X		X	
040311: Retracción torácica	X			X	
040329: Expansión torácica asimétrica	X			X	
040326: Hallazgos en radiografía de tórax	X			X	

ACTIVIDADES

- Monitorización de las constante vitales
- Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio.
- Observar si se producen un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente. /ventilador.
- Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico del paciente.
- Vaciar el agua condensada de los colectores de agua.
- Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas.
- Detener la alimentación nasogástrica durante la aspiración de 30 a 60 minutos antes de la fisioterapia pulmonar.
- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00007
NOC: 0800
NIC: 3786

Dominio 11: Seguridad / protección **clase 6:** Hipertermia
Etiqueta: 00007 **Dx:** Termorregulación

M
E
T
A
S

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

R/C: Sepsis

E/P: Leucocitos y linfocitos disminuidos, piel ruborizada, piel caliente.

DOMINIO II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
080001: Temperatura cutánea aumentada	X				X
080019: Hipertermia	X			X	
080007: Cambios de coloración cutánea	X			X	
080014: Deshidratación		X			X
080120: Taquipnea	X			X	
080112: Glicemia inestable		X			X

Clase II: Regulación metabólica

Etiqueta 0800: Termorregulación

- ACTIVIDADES**
- Monitorización de las constante vitales
 - Asegurar la permeabilidad de la vía aérea
 - Administración de oxígeno, si es necesario.
 - Proporcionar una solución de rehidratación.
 - No administrar comprimidos de sal
 - Colocar un acceso IV o CVC
 - Administrar líquidos IV, usando soluciones enfriadas.
 - Administración de medicamentos
 - Colocación de sonda nasogástrica y vesical
 - Monitorizar gasometría arterial
 - Monitorizar la presencia de hipoglucemia
 - Monitorizar la presencia de complicaciones (edema cerebral)

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase M: Termorregulación

Etiqueta 3786: Tratamiento de la Hipertermia

NANDA: 0027
NOC: 0619
NIC: 1440

M
E
T
A
S

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

Dominio 2: Nutrición **Clase 5:** Hidratación
Etiqueta 0027 **Dx:** Déficit de volumen de líquidos

R/C: Mecanismo de regulación comprometidos

E/P: Globos oculares hundidos, pupilas midriáticas, fontanela abombada, membranas mucosas secas.

DOMINIO II: Salud fisiológica

Clase G: Líquidos electrolitos

Etiqueta 0619: Severidad de la acidosis metabólica

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Etiqueta 1440: Reposición de líquidos

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes			Después	
	1	2	3	4	5
061906: Aumento de frecuencia respiratoria	X				X
061907: Aumento de profundidad respiratoria	X			X	
061913: Piel fría y húmeda		X			X
061921: Convulsiones	X				X
061901: Disminución del pH sanguíneo		X			X

- ACTIVIDADES**
- Monitorización de constante vitales
 - Obtener y mantener un acceso IV de gran calibre (CVC)
 - Colaborar con los médicos para asegurar la administración, tanto de cristaloides como coloides, según corresponda.
 - Administrar líquidos IV, según corresponda.
 - Monitorizar la respuesta hemodinámica
 - Monitorización del estado de oxigenación
 - Observar si hay sobrecarga de líquidos.
 - Monitorizar la eliminación de los líquidos corporales.
 - Registrar los ingresos y egresos en la hoja de balance hídrico.

NANDA: 00025
NOC: 0700
NIC: 4030

Dominio 2: Nutrición **Clase 5:** Hidratación
Etiqueta 00025 **Dx:** Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

M
E
T
A
S

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

R/C: Sepsis

E/P: Disminución de la hemoglobina más hipertermia

DOMINIO II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
070004: Taquicardia			X		
070007: Hipertermia			X		

CLASE H: Respuesta Inmune

ETIQUETA 0700: Reacción transfusional sanguínea

- ACTIVIDADES**
- Controlar de constantes vitales.
 - Obtener consentimiento informado del familiar del paciente.
 - Identificar el tipo grupo sanguíneo, el factor Rh del paciente.
 - Administrar hemoderivados mediante bomba de infusión.
 - Monitorizar signos vitales durante y después de la transfusión.
 - Registrar la duración de la transfusión.
 - Registrar el volumen transfundido.
 - Aplicar precauciones universales.
 - Realizar hemograma después de la transfusión sanguínea.

CAMPO 2: Fisiológico complejo.

CLASE N: Control de la perfusión tisular

ETIQUETA 4030: Administración de hemoderivados.

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

El siguiente caso clínico está basado en el modelo de Marjorie Gordon, el cual establece las 11 necesidades básicas que requiere todo individuo enfermo. Es importante mencionar que la Teoría de Marjory Gordon define a los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas. Los cuales a la hora de aplicarlos en un paciente va a contribuir a restaurar su salud y a su vez la calidad de vida.

Los cuidados de enfermería que se le brindó al paciente, acorde a los patrones disfuncionales de Marjorie Gordon, son los siguientes mencionados.

PATRONES DE M. GORDON	CUIDADOS DE ENFERMERIA
<p>Patrón 2: Nutrición / metabólico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de constantes vitales. • Colaborar con los médicos para asegurar la administración, tanto de cristaloides como coloides, según corresponda. • Alimentación por Sonda nasogástrica. • Vigilar posibles • Administrar líquidos IV, según corresponda. • Observar si hay sobrecarga de líquidos. • Registrar los ingresos y egresos en la hoja de balance hídrico
<p>Patrón 3: Eliminación e intercambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos vitales en especial la saturación de oxígeno. • Controlar la diuresis y las deposiciones al día. • Control de balance hídrico. • Aseo personal al paciente, cambio de pañal y sábanas cuando sea necesario.
<p>Patrón 4: Actividad / reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de las constantes vitales. • Adecuada temperatura de incubadora neonatal, para que el recién nacido pueda conciliar el sueño.
<p>Dominio 11: Seguridad / protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de las constante vitales • Administración de medicamentos • Vigilar posibles señales de flebitis. • Colocación de sonda nasogástrica y vesical • Monitorizar gasometría arterial • Monitorizar la presencia de hipoglucemia • Monitorizar la presencia de complicaciones (edema cerebral)

2.8 SEGUIMIENTO

EVOLUCIÓN: DIA 1

Recibo paciente de 4 meses de edad por presentar cuadro clínico de 2 días de evolución por taquipnea, taquicardia, hipertermia, deterioro de conciencia, tiraje intercostal y xifoidea, cuadro gripal caracterizado por tos seca y disfonía con quejidos leve. Al igual que convulsiones tónico clónicas en 2 ocasiones con Glasgow de 8.

Se procedió a la toma de constantes vitales donde se evidenció: Presión arterial: 95/58mmHg. Frecuencia cardiaca: 180lpm. Frecuencia respiratoria: 65rxm Temperatura axilar: 38.9°C. Saturación de Oxígeno: 90% con medias antropométricas de: peso 5400kg y talla 62cm. Paciente se encuentra se encuentra en incubadora neonata donde se le realiza los siguientes procedimientos de enfermería:

MEDIAS GENERALES

- Estricta monitorización de constantes vitales
- Colocar al paciente en Semifowler 30°
- Cuidado de vías periféricas, centrales o abordajes.
- Registrar diuresis diaria para medir los ingresos, egresos y pérdidas sensibles del paciente durante las 24 horas del día en la hoja de balance hídrico.
- Protección ocular.
- Aseo diario.

Medico a cargo del área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal ordena dejar equilibrado los siguientes valores: VMC, PC 20, PEEP 5, FIO2 60%, FR 30rxmin a igual que se realice aspiración traqueal PRN y paciente queda en NPO hasta siguiente orden.

Se realiza la administración de medicamentos:

- Midazolam 20ml + Cloruro de sodio 0.9% 30ml IV 1ML/H
- Fentanilo 14ml + Cloruro de sodio 0.9% 36ml IV 1ML/H
- Fenobarbital 17mg IV cada 12 horas.

- Rocuronio 2mg IV PRN
- Omeprazol 7mg IV C/d.
- Ceftriaxona 700mg IV C/d.
- Claritromicina 50mg IV C/12h.
- Paracetamol 100mg IV PRN
- Gluconato de calcio 7ml + AD 7ml IV C/12h.

Paciente queda al cuidado de su madre y también por parte del personal de enfermería.

EVOLUCIÓN: DIA 2

Paciente bajo efectos de sedación, en condiciones clínicas grave, hipotérmico con respuesta a estímulo doloroso. Se realizó valoración donde se evidenció pupilas isocóricas no reactivas a la luz, reflejos oculocefálicos ausentes, corneal ausente, simétrica facial, reflejo ciliopalpebral ausente bilateral, reflejo tusígeno ausente, presencia de hipotermia y taquicardia.

Podemos observar que los valores obtenidos en los exámenes de laboratorio se muestran valores de PCR: 29.80mg/L que se evidencia que hay sepsis presente y que el paciente cursa por acidosis metabólica con la probabilidad de sufrir un shock séptico o neuroinfección. Debido a que su sistema inmunológico está descompensado y es propenso a muchas complicaciones por agentes oportunistas como las IASS.

Al igual que la hemoglobina se encuentra disminuida 9,60g/dl se le transfunde 10ml/kg de concentrados de glóbulos rojos.

Paciente en condiciones graves está cursando con neuroinfección. Al momento se evidencia datos de edema cerebral, ausencia de reflejo de tallo. Sin embargo, muestra respuesta a estímulos.

Médico sugiere que se realice:

- Monitorización y control de signos vitales.
- Continúa con misma prescripción médica.
- Realizar FILMARRAY en LCR para determinar germen.
- Manejo de edema cerebral.

- Valoración por infectología.
- Cobertura antibiótica con penetrancia a SNC.
- Vigilancia Neurológica estricta.

Paciente en condiciones grave se extuba espontáneamente, por lo que se reintuba con tubo endotraqueal número 3.5 con mejoría del patrón respiratorio, saturando O₂ 98%. Se realiza punción lumbar sin complicaciones, obteniéndose líquido turbio. Se extraen muestras para Citología, Citoquímico, Tinción Gram, Tinta China y cultivo de líquido cefalorraquídeo.

- Se administra Cloruro de Sodio 0.9 % solución para infusión intravenosa.

EVOLUCIÓN: DIA 3

Paciente presenta signos de mala perfusión periférica. Se conversa con UCIP con la Dra a cargo, quien recomienda Adrenalina en infusión en lugar de Dopamina. Se procede a la colocación de catéter venoso central. Prescripción médica: Adrenalina 2ml + Dextrosa 48ml IV 1ml/H

Se procede a la colocación de vía central, subclavio derecho. Se obtienen resultados de gasometría donde se evidenció: PH: 7.13. PCO₂: 47,6. HCO₃: 15,6. SO₂: 83, GLU: 191, LAC: 1.98. De acuerdo a control gasométrico, paciente presenta acidosis metabólica. Se toma la decisión de colocar bicarbonato 2ml/kg/STAT, y se realizará controles gasométricos y radiografía de tórax.

Medico ordena administrar:

- Cloruro de sodio 70ml IV STAT
- Bicarbonato de sodio 14ml + 14ml Dextrosa 5% IV STAT
- Epinefrina (Adrenalina) 1MG/ML solución intravenosa 1cc
- Control de RX de tórax y control de gasometría.

EVOLUCION: DIA 4

Paciente con acidosis metabólica, se le administró bicarbonato de sodio, pero ahora se toma la decisión de administrar en infusión continúa.

- Dextrosa 5% 800ml + Bicarbonato de sodio 20ml + Cloruro de sodio 10ml + Cloruro de potasio 10ml IV 35ml/H.

Se procede a la administración de medicamentos para combatir la neumonía.

- LT 120ml/kg/día K3 NA5
- Omeprazol 1mg/Kg/día
- Paracetamol 10mg/kg/PRN – Hipertermia.
- Fenobarbital 5mg/kg/día que se cambia a Fenitoina a 5mg/kg/día en 2 turnos por indicación neurológica.
- Diazepam 0.3mg/kg/día.
- Claritromicina 15mg/kg/día – Descontinuado.
- Vancomicina 60mg/kg/día.
- Amikacina 15/kg/día
- Gluconato de calcio 1ml/kg/día

EVOLUCIÓN: DIA 5

Paciente de sexo masculino de 4 meses de edad con diagnóstico de neumonía más crisis convulsiva + choque séptico + neuroinfección. Al momento se encuentra en malas condiciones generales, con altas probabilidades de fallecer.

El día de hoy se decide suspender sedación, para poder valorar neurológicamente; pero paciente no responde de manera adecuada. Ya que luego de suspender sedación, paciente no presenta reflejo nauseoso y al intentar retirar ventilación mecánica paciente no tiene mecánica ventilatoria. A la valoración física se evidenció cabeza normocefalica, pupilas midriáticas 6mm de diámetro. No presenta reflejo corneal. Boca y mucosas semihumedas, tórax con elasticidad conservada, abdomen blando depresible RHA disminuidos y extremidades simétricas sin respuestas a estímulos.

EVOLUCION: DIA 6

Paciente de sexo masculino de 4 meses de edad con diagnóstico de neumonía más crisis convulsiva + choque séptico + neuroinfección. Se encuentra en UCIN y en graves condiciones generales, con altas probabilidades de fallecer. No presenta mejora clínica y entró en estado de coma.

Paciente horas más tarde fallece y cadáver fue llevado al amorgue de Guayaquil.

2.9 OBSERVACIONES

Se informa a la madre del paciente y a sus familiares sobre el diagnóstico que tuvo su paciente y lo complicado que era restaurar su estado de salud debido a la neumonía más crisis convulsiva + choque séptico + neuroinfección.

- Se da apoyo emocional a los familiares presentes.

CONCLUSIÓN

Luego haber culminado con éxitos el estudio de caso clínico, he llegado a la conclusión de que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta básica y primordial que contribuye diariamente en el campo laboral. Debido a que esta metodología es la base esencial, para que el profesional de enfermería consiga identificar los diagnósticos de enfermería a la hora de interactuar con el paciente.

Durante la valoración realizada en emergencia por el personal de enfermería, se evidenció que uno de los factores de riesgo para posible neumonía, aparte del cuadro clínico donde presentaba taquipnea, taquicardia, hipertermia, tiraje intercostal y convulsión tónico clónico en 2 ocasiones, era su edad. También se procedió a realizar la valoración utilizando los patrones funcionales de Marjorie Gordon, para poder reconocer las necesidades que requiere el paciente para restaurar su estado de salud.

Para concluir, se aplicó el proceso de atención de enfermería en base al diagnóstico del paciente, pero su condición era tan crítica que a pesar del esfuerzo que se hizo y los cuidados brindados, no se logró los resultados esperados por el personal del área de UCIN.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acuña, M. (2017). *Neumonía: Diagnóstico y tratamiento en niños menores de 5 años*. Universidad de Chile, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Chile.
- Borrell, S., & Segura, C. (2018). Neumonía y neumonía recurrente. *Revista de Pediatría Integral*, 1-9.
- Campos, M. (2017). Crisis febriles. *Asociación Española de Pediatría*, XVII(3).
- Casabuenas, J., & Velez, M. (21 de Mayo de 2016). GUÍA DE MANEJO PARA CRISIS FEBRILES. *Revista Colombiana Pediatría*.
- Cerisola, A., Chaibùn, E., & Cibils, M. (2018). *CRISIS O CONVULSIONES FEBRILES*. Universidad de la República, Cátedra de Neuropediatría, Facultad de Medicina, y. Montevideo, Uruguay: Editorial Universitaria de Montevideo.
- Cofré, J., & Pavez, D. (09 de Agosto de 2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la neumonía bacteriana en pediatría. *Revista de la Sociedad Chilena de Infectología*, 1-8.
- Córtés, L., Murua, K., & Gómez, M. (2017). Protocolo del tratamiento de las neumonías en la infancia. *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA*, 189-195.
- Fuentes, G. (2018). *EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE TERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA*. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, FACULTAD DE ENFERMERÍA. Quito - Ecuador: Editorial Estudiantil S.A.
- García, E., Aguirre, M., & Bernaola, E. (19 de Junio de 2019). Neumonía en el paciente pediátrico. *Revista Pediatría y Ginecología*, IX(3), 12-35.
- GPC. (11 de Junio de 2017). Neumonías en pacientes de 3 meses a 15 años de edad. (A. Ortiz, & E. Herrera, Edits.) *Guía Práctica Clínica*, 12-46.

- GPC. (21 de Marzo de 2019). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS. (M. Dávila, & G. Almeida, Edits.) *Ministerio de Salud Pública*, 5-34.
- Lozano, R., & Borbujo, S. (2017). *Convulsiones febriles. Protocolo diagnóstico-terapéutico*. Unidad de Neurología Infantil, Departamento de pediatría, Mexico.
- MSP. (09 de Septiembre de 2020). Enfermedades Respiratorias: Casos de Neumonía, por provincia del Ecuador. *Revista del Ministerio de Salud Pública*, 1-2.
- Naranjo, Y. (2016). Convulsiones febriles en pediatría. *Revista Biomédica Revisada*, 1-16. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/4079>
- OMS. (16 de Febrero de 2019). Convulsiones febriles. *Organizacion Mundial de la Salud*, 2-4.
- OMS/OPS. (2019). Estadísticas morbi-mortalidad de las neumonías. *Organizacion Mundial de la Salud*, 2-9.
- Sansano, I., Murcia, J., & Monzó, T. (14 de Febrero de 2017). Fisiopatología y etiología de la neumonía. *Protocolo del grupo de vías respiratorias en niños y adultos*, VII(2), 2-30.

ANEXOS

Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante" Página 1 Fecha de Imp: 2020-12-30

Ministerio de Salud Pública

Laboratorio Clínico

Paciente: ANGEL MAURICIO GUALPA PRADO TURNO: 20H1200146
 Historia: 1252470685 AREA: EMERGENCIAS
 Fecha Hora Ingreso: 20-11-2020

EXAMENES	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
QUÍMICA			
GLUCOSA EN LIQUIDO CEFALORAQUIDEO	CONDICIONAR CON EL CUADRO CLINICO DEL PACIENTE	mg/dL	60-80
BACTERIOLOGIA			
CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO	TINCION GRAM: Cocci gram positivos en cadenas GEOMEN AISLADO Sensibilidad disminuida a Penicilina Fecha de reporte: 05/12/2020		
Streptococcus pneumoniae			
Antibiograma			
Chlamydia	Paciente		
Vaccinacion	Sensible		

Imagen 1. Resultados de exámenes de laboratorio

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR

0968503790001 - RhsCifFo

Pag: 10 de 20
 Fecha: 23/12/20
 Gestores: 1

1252470685

HISTORIA CLINICA No. CI 1252470685 - ANGEL MAURICIO GUALPA PRADO
 Empresa: ANGEL MAURICIO GUALPA PRADO Afiliado: MSP-GENERAL
 Fec. Nacimiento: 30/07/2020 Edad actual: 4 MESES Sexo: Masculino Grupo Sanguineo: Estado Civil: Soltero(a)
 Ocupación: MENOR DE EDAD (15 AÑOS)
 Dirección: BABAHOYO - RCTO MATECITO 1 Barrio: BABAHOYO, CABECERA CANTONAL Y
 Departamento: LOS RIOS Municipio: BABAHOYO
 Teléfono: 0991120227

2.00	1.00	CC	EPINEFRINA (ADRENALINA) 1 MG/ML SOLUCION INTRAVENOSA	Inf. Contin.	CONTINUAR
1.00	700.00	MILIGRAMOS	CEFTRIAXONA 1000 MG POLVO PARA INYECCION INTRAVENOSA	24 Horas	CONTINUAR
1.00	50.00	MILIGRAMOS	CLARITROMICINA 500 MG POLVO PARA INYECCION INTRAVENOSA	12 Horas	CONTINUAR

Imagen 2. Tratamiento farmacológico prescrito por el medico

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR

0968503790001 - RhsCifFo

Pag: 3 de 20
 Fecha: 23/12/20
 Gestores: 1

1252470685

HISTORIA CLINICA No. CI 1252470685 - ANGEL MAURICIO GUALPA PRADO
 Empresa: ANGEL MAURICIO GUALPA PRADO Afiliado: MSP-GENERAL
 Fec. Nacimiento: 30/07/2020 Edad actual: 4 MESES Sexo: Masculino Grupo Sanguineo: Estado Civil: Soltero(a)
 Ocupación: MENOR DE EDAD (15 AÑOS)
 Dirección: BABAHOYO - RCTO MATECITO 1 Barrio: BABAHOYO, CABECERA CANTONAL Y
 Departamento: LOS RIOS Municipio: BABAHOYO
 Teléfono: 0991120227

ASPIRADO TRAQUEAL PRN

4 - NEUROLOGICO
 MIDAZOLAM 20ML + CLORURO DE SODIO 0.9% 30ML IV 1ML/H
 FENTANYL 14ML + CLORURO DE SODIO 0.9% 36ML IV 1ML/H
 FENOBARBITAL 17MG IV CADA 12 HORAS
 ROCLORONIO 2MG IV PRN

5 - GASTROINTESTINAL
 OMEPRAZOL 7MG IV QD
 NPO HASTA SEGUNDA ORDEN

6 - INFECCIOSO
 CEFTRIAXONA 700MG IV QD
 CLARITROMICINA 50MG IV CADA 12 HORAS

7 - SOPORTES
 PARACETAMOL 100MG IV PRN
 GLUCONATO DE CALCIO 7ML + AD 7ML IV CADA 12 HORAS

8 - PENDIENTES

Imagen 3. Cuidados generales de enfermería

Cuadro de medicamentos

NOMBRE	DEFINICIÓN	PRESENTACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACCIÓN FARMACOLÓGICA	INDICACIONES TERAPÉUTICA	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS
MIDAZOLAM	El midazolam es una benzodiazepina de acción muy corta que se utiliza para la sedación consciente, ansiolisis y amnesia durante procedimientos quirúrgicos.	Principio activo: midazolam, hidrocloreuro. Ampollas de 2 mg/2 ml, 5 mg/5 ml y 10 mg/10 ml para administración IV, IM y rectal	Solución inyectable 50 mg/10ml. Solución inyectable 15 mg/ml. Solución inyectable 5 mg/5ml. Comprimidos recubiertos 15 mg. Comprimidos recubiertos 7.5 mg	Las benzodiazepinas actúan sobre el sistema límbico, talámico e hipotalámico del sistema nervioso central produciendo sedación, hipnosis, relajación muscular al mismo tiempo que ejercen una actividad anticonvulsiva	Solución inyectable: Inductor del sueño de acción breve.	Hipersensibilidad a benzodiazepinas, miastenia gravis, insuf. Respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño, niños (oral), I.H. grave, Concomitante (oral) con ketoconazol, itraconazol, voriconazol, inhibidores de la.	Sedación, somnolencia, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria; náuseas y emesis.
GLUCONATO DE CALCIO	El gluconato de calcio o gluconato cálcico es una sal de calcio y ácido glucónico indicado como suplemento mineral.	Ampolla de 1 g (100 mg/ml, 10 ml; solución al 10%) para inyección IV lenta o perfusión en una solución de glucosa al 5% o de cloruro de sodio al 0,9% o de lactato de ringer	Cada ampolla de 10 ml contiene: Calcio Gluconato 1 g.	Actúa como cofactor enzimático y participa en los procesos de secreción y excreción de las glándulas endocrinas y exocrinas, en la liberación de neurotransmisores, así como en el mantenimiento de la permeabilidad de membrana, la función renal y la respiración	Tratamiento de la hipocalcemia aguda (tetania hipocalcémica neonatal, tetania por deficiencia paratiroidea, deficiencia de vitamina D y alcalosis). Tratamiento de la depleción de electrolitos, coadyuvante en el tratamiento de la reactivación cardíaca, tratamiento de la hiperpotasemia, hipermagnesemia.	Hipersensibilidad, hipercalcemia, hipercalciuria, nefrocalcinosis, I.R. severa.	Náuseas, vómitos, mareos, somnolencia, latidos cardiacos irregulares, bradicardia, vasodilatación periférica, HTA, necrosis tisular, sudoración, enrojecimiento cutáneo, rash o escozor en punto de inyección y diaforesis

FENTANILO	El fentanilo es un potente agonista opiáceo sintético.	Inyectable 0.1 ml Inyectable 0.5 mg: cada ampolla de 10 ml. Vía de administración: I.V.	Composición: Inyectable 0.1 mg: cada ampolla de 2 ml contiene: Fentanilo (como citrato) 0.1 mg. Inyectable 0.5 mg: cada ampolla de 10 ml contiene: Fentanilo (como citrato) 0.5 mg. Acción Terapéutica: Analgésico narcótico. Posología: Vía de administración: I.V.	Los primeros efectos manifestados por el fentanilo son en el SNC y órganos que contienen músculo liso. El fentanilo produce analgesia, euforia, sedación, disminución de la capacidad de concentración, náuseas y vómitos, sensación de calor en el cuerpo y retención de orina.	Analgésico narcótico complementario en anestesia general o local. Junto a un neuroléptico, como premedicación para inducción de la anestesia y como coadyuvante en el mantenimiento de anestesia general y regional. Anestésico con oxígeno en pacientes de alto riesgo sometidos a intervenciones quirúrgicas.	Dolor agudo postoperatorio. Fentanest está contraindicado en pacientes con intolerancia conocida al fármaco o a otros morfínicos; Traumatismo craneoencefálico, aumento de la presión intracraneal y/o coma; Niños menores de 2 años.	Depresión respiratoria, somnolencia, cefalea, mareos, náuseas, vómitos, estreñimiento, sudoración, prurito, sedación, nerviosismo, pérdida de apetito, depresión, xerostomía, dispepsia, reacciones cutáneas en el punto de aplicación.
------------------	--	--	--	--	---	---	---