



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN
NIÑO CON BRONQUIOLITIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

BACHILLER :

JOAQUIN TAUCA BLANCA SANDRA

JURADO :

Presidente : Mg. Enf. Edwin Gonzáles Paco

Secretaria : Lic. Enf. Sonia Tejada Muñoz

Vocal : Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2008

DEDICATORIA

A mis padres Sabino Joaquin y Lucinda Tauca por brindarme siempre amor, paciencia y por regalarme la oportunidad de ser profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser la luz en mi camino y ayudarme a levantar cuando caigo.

A los miembros de mi familia por el esfuerzo, el sacrificio y el apoyo incondicional de cada uno de ellos durante mi preparación profesional.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

COMISIÓN DE GOBIERNO:

Dr. Manuel Alejandro Borja Alcalde

Presidente

Dr. Víctor Hugo Chanduví Cornejo

Vicepresidente Académico

Ing. Federico Raúl Sánchez Merino

Vicepresidente Administrativo

RESPONSABLE DE LA CARRERA:

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

SECRETARIO GENERAL:

Lic. Enrique Pastor Vigil Angulo

PRESENTACIÓN

El presente trabajo fue realizado para sustentar el examen de suficiencia profesional con el fin de obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería. Desarrollando el tema de cuidados de enfermería en un niño con bronquiolitis perteneciente al área de salud del niño.

Se desarrollo mediante el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

El objetivo principal del presente proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- ✓ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ✓ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ✓ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
Definición	3
Etiología	3
Factores de riesgo	3
Epidemiología	4
Fisiopatología	5
Cuadro clínico	6
Diagnóstico	6
Diagnóstico diferencial	7
Tratamiento	8
Prevención	10
III. PROCESO ENFERMERO	11
Valoración	11
Diagnóstico	18
Planificación	19
Ejecución	30
Evaluación	30
IV. DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
VIII. ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABLA

	PAG.
TABLA I: Grado clínico-analítico de la bronquiolitis	7

I. INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una infección del tracto respiratorio inferior que afecta a los bronquiolos de los pacientes menores de 2 años de edad. Convirtiéndose así en un problema de salud muy grande ya que afecta la primera infancia y aún sigue siendo la causa más frecuente de ingreso hospitalario durante los meses de invierno. En los últimos años ha tenido un aumento en su incidencia, siendo el 51 % de los casos menores de 6 meses de edad y el 81 % de menores de un año de edad. Desafortunadamente se acompaña de una mortalidad que se incrementa.

Quizás la primera definición de bronquiolitis la hizo Holt en 1898 cuando se refería a una forma grave de bronquitis catarral que afectaba a la pequeña vía aérea que denominó "bronquitis capilar". Pero fue Mc Connochie, en 1983 quien estableció los criterios que definen la bronquiolitis. Según Mc Connochie la Bronquitis se define como el primer episodio agudo de sibilancias, con signos de enfermedad respiratoria viral, que afecta a lactantes menores de 24 meses.

La bronquiolitis es una enfermedad respiratoria aguda que afecta a la vía aérea pequeña y más concretamente a los bronquiolos. Afecta al 10 % de los lactantes durante una epidemia de los que un 15 - 20 % requerirán un ingreso hospitalario.

La fuente de infección viral en un niño o adulto con una infección respiratoria banal o asintomática, entre otros factores de riesgo son: hacinamiento, viviendas desfavorables, antecedentes de patología neonatal, la exposición al humo del tabaco, ausencia de lactancia materna, etc.

La mortalidad, en general es baja cuando a la población a la que afecta son niños previamente sanos (1 %), pero aumenta considerablemente cuando se presenta en niños con enfermedad de base como: inmunodeprimidos por tratamiento quimioterapéutico en un 15 %, displasia bronco pulmonar 30 %, inmunodeficiencia primaria en un 40 % o hipertensión pulmonar en un 70 %.

El virus sincitial respiratorio es el responsable de más de la mitad de los episodios de bronquiolitis (el 80 % durante la epidemia), aunque los adenovirus y los

virus parainfluenza también pueden producirla, el virus se extiende fácilmente por transmisión mano-nariz u ocular.

En esta enfermedad existe fundamentalmente una inflamación de la pared de los bronquiolos con edema y exudación. La inflamación de la pared bronquiolar produce una reducción del lumen bronquiolar que puede llegar a la oclusión total, puede producir importantes alteraciones del intercambio gaseoso, hipoxemia y en casos con obstrucciones severas se observa retención de CO₂. En la inspección puede presentar taquípnea, cianosis especialmente en la región peri bucal y nasal, a menudo con signos externos de dificultad respiratoria e incluso aleteo nasal.

A pesar de la incidencia hospitalaria muchos aspectos del tratamiento continúan siendo controvertidos, no habiéndose podido probar de manera definitiva que ningún tratamiento sea eficaz salvo de las medidas de mantenimiento (el oxígeno para mantener saturaciones y garantizar un correcto aporte de líquidos y nutrientes).

La participación de enfermería en el restablecimiento de la salud de un niño con bronquiolitis es de suma importancia ya que es ésta la que pasa el mayor tiempo con el paciente hospitalizado; siendo enfermería el ejecutor de las medidas de recuperación; motivo por el cual se realiza la demostración de los cuidados de enfermería en un niño con bronquiolitis.

II. MARCO TEÓRICO

A. DEFINICIÓN

Es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, afecta al tracto respiratorio inferior, provocando una obstrucción inflamatoria de los bronquiolos.

B. ETIOLOGÍA

En época epidémica de bronquiolitis el VRS (Virus Respiratorio Sincitial) es el responsable de 80% de los casos. Hay dos tipos de VRS, el A y el B. El A produce epidemia todos los años; y el B cada uno o dos años. El tipo A tiene mayor agresividad y produce las formas más graves de infección.

Otros agentes potencialmente productores de bronquiolitis pueden ser los virus parainfluenza 1y 3, adenovirus 3,7 y 21, rinovirus, enterovirus.

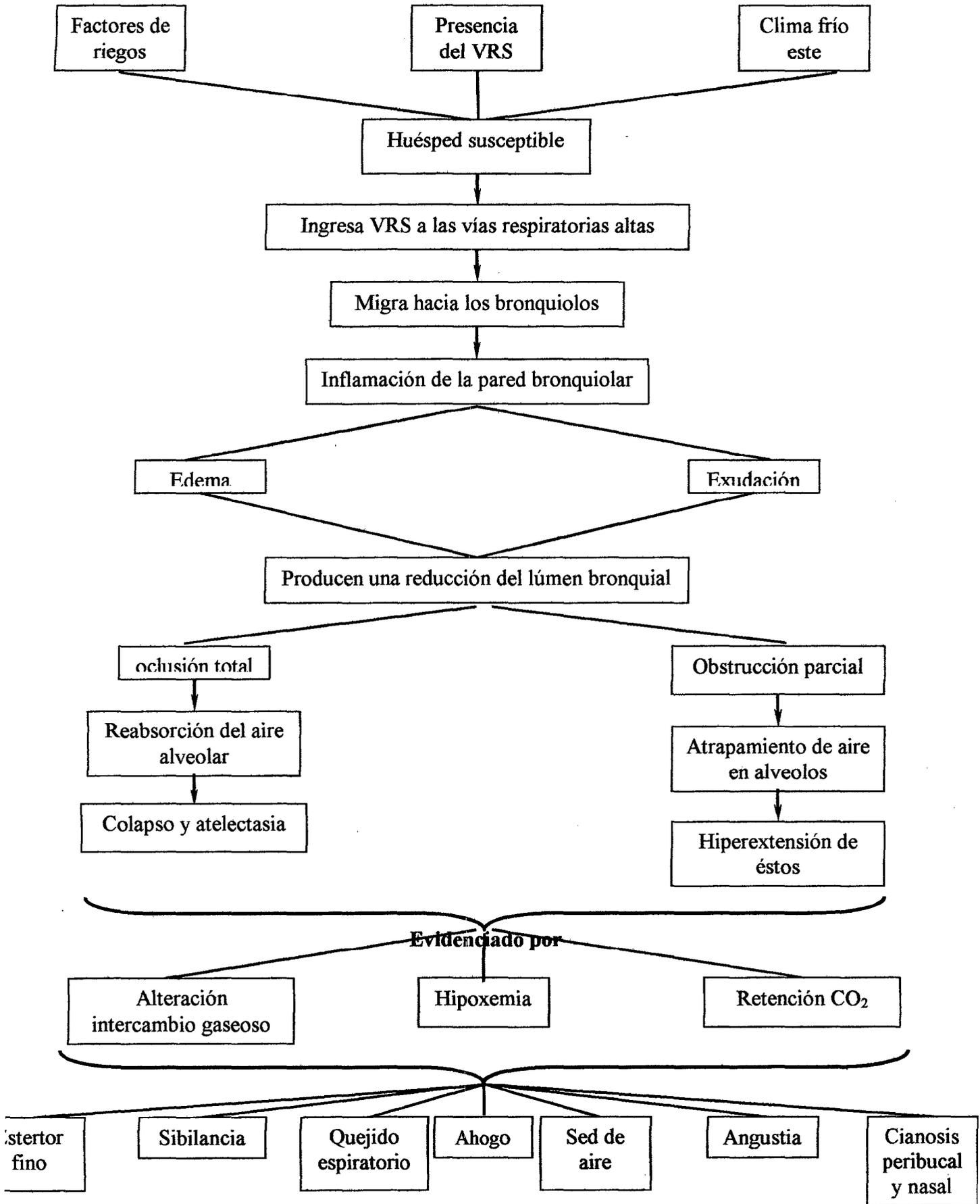
C. FACTORES DE RIESGO

- Bajo peso al nacer.
- Desnutrición.
- Ausencia de lactancia materna.
- Exposición a aire doméstico contaminado (cocina de leña o kerosene, fumadores de cigarrillos).
- Inadecuado saneamiento ambiental.
- Hacinamiento.
- Lactantes menores de 2 años.
- Calendario de vacunas incompleto.

D. EPIDEMIOLOGÍA

Afecta al 10% de los lactantes durante una epidemia, de los que un 15 a 20% requerirán ingreso hospitalario. La mortalidad de los niños hospitalizados se estima que es del 1 al 2%. La bronquiolitis afecta preferentemente a los niños menores de 2 años siendo máxima la incidencia entre los 3 y 6 meses, existe un ligero predominio en los varones respecto a las niñas (1,5:1). Las infecciones por el VRS tienen una tendencia estacional y son especialmente frecuentes durante el invierno y comienzos de la primavera. Durante el resto del año pueden observarse casos esporádicos.

E. FISIOPATOLOGÍA



F. CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico característico es el de un lactante que comienza con una infección de vías respiratorias altas con rinorrea y estornudos, con frecuencia asociado a fiebre poco elevada. Posteriormente aparecen, de forma gradual, tos y dificultad respiratoria progresiva (que suele ser el motivo predominante de consulta), irritabilidad y dificultad para la alimentación. En esta fase generalmente la fiebre ya ha remitido, pero puede persistir en algunos casos. En los casos leves la sintomatología desaparece progresivamente en 7 – 10 días. Es frecuente ver como un porcentaje de lactantes mantienen síntomas leves durante varios meses.

En algunos casos pueden aparecer síntomas más preocupantes, como dificultad respiratoria moderada-grave de aparición más o menos rápida, cianosis y pausas de apnea.

G. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico. La mayoría de autores consideran una bronquiolitis sólo si es el primer episodio de dificultad respiratoria en un lactante.

Sobre todo si es época epidémica debe diferenciarse de otras entidades.

1. Pruebas complementarias generales

El hemograma suele ser normal o inespecífico. Puede tener utilidad para detectar sobre infección bacteriana (junto a Proteína C Reactiva).

La radiografía del tórax suele mostrar como dato más destacado una hiperinsuflación pulmonar. A menudo se observan atelectasias laminares o segmentarias, infiltrados perihiliares y en ocasiones infiltrados intersticiales bilaterales. Excepcionalmente aparecen complicaciones como enfisema intersticial o neumomediastino.

A veces aparece hipercapnea indicando gravedad.

2. Diagnóstico etiológico

La forma más rápida (2 horas) y simple es la detección de VRS en moco nasal por inmunofluorescencia directa. Debería utilizarse en todos los casos hospitalizados. También existen métodos parecidos para detección de otros agentes de bronquiolitis pero no son de uso frecuente. Las pruebas serológicas son poco sensibles.

TABLA I. Grado clínico-analítico de la bronquiolitis			
	Leve	Moderado	Grave
Frecuencia respiratoria.	< 60	60 – 80	> 80
Sibilancias	+	++	+++
Cianosis	No	Si revierte fácilmente	Si no revierte con FiO ₂ 40 %
PaO₂	> 80	50 – 80	< 50
PaCO₂	< 45	45 – 70	> 70
PH	Normal	Acidosis metabólica	Acidosis respiratorio o mixta

H. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Asma.
- Tos ferina.
- Fibrosis quística.
- Bronconeumonía bacteriana.
- Insuficiencia cardiaca.
- Miocarditis viral.

- Intoxicación salicilica.

I. TRATAMIENTO

1. Tratamiento ambulatorio

Suele ser suficiente en las formas leves de bronquiolitis. Se basa fundamentalmente en las medidas de soporte tales como: la hidratación adecuada, tomas/comidas más pequeñas y más frecuentes, lavados nasales con suero fisiológico y aspiración de secreciones, posición semiincorporada, fisioterapia respiratoria, ambiente tranquilo, evitar irritantes como el humo, etc.

2. Tratamiento hospitalario

Las formas moderadas y graves y las de presentación en niños de alto riesgo deben ser atendidas hospitalariamente, valorando otras medidas generales comentadas, pueden ser necesarias la alimentación por sonda nasogástrica, o incluso la hidratación intravenosa si hay intolerancia digestiva o gran dificultad respiratoria. Deben corregirse las alteraciones electrolíticas si existen.

Oxígeno

Es el tratamiento hospitalario más útil en la bronquiolitis, debe administrarse oxígeno humidificado suficiente, normalmente en gafas nasales, para mantener una saturación de O₂ por encima del 94%. En los lactantes pequeños siempre debe administrarse caliente. La respiración artificial es requerida en muy pocos casos. Está indicada cuando la PaO₂ es menor de 50 y la PaCO₂ es superior a 75. Muy pocos niños acaban necesitando ventilación mecánica cuando el tratamiento de soporte es adecuado. Las indicaciones más frecuentes para intubación en estos niños son las apneas recurrentes con caídas y el fallo respiratorio son acidosis o hipoxias a pesar tratamiento son oxígeno.

Fármacos

1. Broncodilatadores (salbutamol, bromuro de ipratropio)

Utilizados en el 80% de los casos aproximadamente. Se administrará salbutamol a dosis de 0,03 ml/kg en solución al 0,5%.

Algunos trabajos sugieren que la adrenalina aerosolizada produciría una mejoría clínica más importante que el salbutamol gracias a su efecto alfa y beta adrenérgico. La estimulación alfa puede reducir el edema y la secreción mucosa de la luz bronquial. Basándose en estos datos, se puede concluir que la adrenalina es el broncodilatador preferido en urgencias y en casos hospitalarios. Pero sigue sin conocer la duración y la frecuencia de administración en estas situaciones. Se pueden administrar 2,5 ml. de adrenalina al 1:1000, con 2,5 ml. de suero fisiológico.

2. Corticoides sistémicos (metilprednisolona, dexametasona)

Actualmente no existen dudas a cerca de la ineficacia de los corticoides sistémicos en el tratamiento de la bronquiolitis, e incluso en algunas circunstancias pueden ser perjudiciales. Debido a que la inflamación y la respuesta inmune están implicadas en las patogénesis de la bronquiolitis, muchos autores aconsejan su uso. Los corticoides no han sido evaluados en los pacientes con bronquiolitis graves por adenovirus y con más probabilidades de presentar secuelas a largo plazo (lesiones necrosantes).

3. Corticoides nebulizados (Budesonida , Fluticasona)

No se han visto beneficios a corto plazo en la fase aguda de la bronquiolitis tampoco se ha observado que su uso tras un episodio de bronquiolitis reduzca los episodios de sibilancias recurrentes en estos pacientes, aunque hay autores que opinan que su utilización durante y después de la bronquiolitis podría disminuir las posibilidades de desarrollar asma posteriormente.

4. Ribavirina

Es un nucleósido sintético con actividad frente al VRS. Se administra en aerosol durante 12-20 horas diarias durante 3 – 5 días, consiguiéndose altas concentraciones en el interior de los bronquios sin efectos sistémicos adversos. Pueden administrarse en pacientes de alto riesgo, aunque diversos ensayos han observado un efecto dudoso de este fármaco en la reducción de la gravedad. Se puede administrar en niños con ventilación mecánica. Otro factor a tener en cuenta es el posible efecto teratogénico que produce en las gestantes del personal sanitario.

5. Antibióticos

Los antibióticos carecen de valor terapéutico salvo que exista una neumonía bacteriana secundaria en cuyo caso se administrará cefotaxima o ceftriaxona. Hay que tener en cuenta que el propio VRS pueden producir en estos niños una bronconeumonía.

J. PREVENCIÓN

1. Medidas higiénicas

Las medidas preventivas más importantes incluyendo no exponer al humo del tabaco, evitar ambientes como la guardería en épocas tempranas de vida y lavado de manos sobre todo durante la época epidémica.

A nivel hospitalario se recomienda el lavado minucioso de manos, el uso de mascarillas y batas, el reagrupamiento de los enfermos y la limitación de visitas externas.

2. Inmunoglobulina anti-VRS i.v (respigam)

En 1996 la FDA aprobó el uso de inmunoglobulina intravenosa contra el VRS (IGEV-VRS) para prevenir infecciones graves por VRS, ya que se observó una reducción de hasta el 41% en la hospitalización por VRS en niños de riesgo. La IGEV-VRS se administra de forma

mensual a 750 mg/kg/dosis. Las indicaciones de la IGEV-VRS son las mismas que para los anticuerpos monoclonales anti-VRS.

III. PROCESO ENFERMERO

3.1. VALORACIÓN

Fuentes de recolección de datos: paciente, referencias de la madre, historia clínica.

a) DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- ❖ Nombres y Apellidos : Lactante W. C. L.
- ❖ Edad : 6 meses.
- ❖ Sexo : Masculino.
- ❖ Fecha de nacimiento : 12/05/08
- ❖ Fecha de ingreso : 16/11/08 Hora: 05:10 p.m.
- ❖ Servicio : Pediatría
- ❖ Nombre de la madre : IRELDA LOPEZ
- ❖ Dirección : COCAPAMPA –SAN JUAN
OCUMAL
- ❖ Diagnóstico médico : BRONQUIOLITIS +
BRONCONEUMONIA

b) VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE LA SALUD.

PATRÓN PERCEPCIÓN, MANTENIMIENTO DE LA SALUD

La madre refiere: “mi hijito ya esta más mejorcito, antes estaba bien agitado, tosía mucho, no dejaba de llorar y tenía fiebre, parecía que se iba a morir”, “por eso lo llevé a la posta en San Juan de Ocumal y de allí me mandan para Chachapoyas”, “es la primera vez que a mi hijito le da esto”.

procedimientos como nebulización con llanto.

Madre refiere: estar aburrida y preocupada por sus dos hijitos que dejó en su pueblo.

PATRÓN CRECIMIENTO / DESARROLLO

Madre refiere: “mi hijito tiene seis meses y todavía no se sienta solo”

c) EXAMEN FÍSICO.

PARÁMETROS	NORMAL	LO QUE PRESENTA	ANÁLISIS
SIGNOS VITALES			
Frecuencia Cardíaca	120 – 140 X'	130 X'	Normales para su edad, no presenta alteración.
Frecuencia respiratoria	30 – 60 X'	46 X'	
Temperatura	36.5 – 37 °C	36.5°C	
PIEL			
Color	Sonrosada.	Trigueño, con leve palidez +/-	De acuerdo a la herencia de sus padres, el niño adopta el color trigueño; pero la coloración pálida es por la alimentación disminuida que está recibiendo el lactante (por su enfermedad).
Textura	Fuerte, suave, firme	Piel firme, suave, con buena hidratación	Adecuada
Integridad	Ningún traumatismo o lesión	Con ningún traumatismo ni lesión	Adecuada
Edema	No presenta	No presenta edema	Normal.
Temperatura	Piel tibia, entre los 36.5 – 37 °C.	Tibia 36.5°C	Valor adecuado para su piel.

PARÁMETROS	NORMAL	LO QUE PRESENTA	ANÁLISIS
CABEZA			
Forma	Normocéfalo, no tumefacción, no depresiones,	Normocéfala, ovalada.	Normocéfala.
Integridad	No presenta laceraciones	No presenta ninguna lesión	Adecuado
OJOS			
Forma.	Depende de la genética de los progenitores	Circulares	Ojos de forma circular, dentro de lo normal.
Simetría.	Generalmente simétricos.	Simétricos	Ojos simétricos el uno con el otro.
Secreción	No existe presencia de secreciones, ni lágrimas	No hay presencia de secreciones.	Sin secreciones
PABELLÓN AURICULAR			
Forma	Forma o tamaño variable dependiendo de factores genéticos, consistencia del cartilago auricular, deformaciones prenatales y de parto.	Ovalada, no presenta deformaciones	Sin alteraciones o anomalías pabellón auricular normal acorde la herencia de padres.
Simetría	Simétricas	Simétricas	Simétricas sin alteración.
Integridad	Sin lesiones,	Integras	Íntegras

Implantación	firmes. Ángulo externo del ojo coincide con el borde externo del pabellón auricular.	Ángulo externo del ojo coincide con el borde externo del pabellón auricular.	Implantación adecuada sin irregularidad.
NARIZ			
Secreción.	Permeable, mucosas hidratadas.	Con secreciones en poca cantidad.	No Permeables con secreciones.
BOCA			
Humedad	Ligeramente humidificada.	Húmedas.	Hidratadas. Sin alteración.
TORAX			
Forma	Cilíndrico y ligeramente ensanchado en la base, de diámetro antero posterior y lateral iguales.	Forma cilíndrica	Forma cilíndrica con movimientos respiratorios presentes, no presenta alteración.
Simetría	Simétrico	Simétrico	Normal
Tirajes	Ausencia de tirajes marcados, tiraje leve en RN.	Normal para su edad.	Normal a su edad.
Integridad de escápula	Escapular íntegras.	Escápulas íntegras	Escápula sin alteración
Integridad de clavícula	Íntegras sin fracturas.	Clavícula íntegra	Clavícula normal sin lesiones, íntegra.
MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS			
Simetría	Simetría en cada respiración.	Simétrica en cada respiración	Adecuada respiración.

Ritmo	Rítmicas, ligeras alteraciones esternales, se evidencian durante la respiración.	Móvimientos Rítmicos.	Movimientos normales.
Frecuencia	30 – 60 por minuto.	46X'	Dentro del valor normal.
Auscultación	Ruidos normales no alterados.	Roncantes, sibilantes difuso en ambos campos pulmonares.	Con alteración, por su enfermedad.

d) ANTECEDENTES PRENATALES

Embarazo Controlado : Si CPN en su puesto de salud.
Complicaciones en el embarazo : No
Duración del embarazo : 9 meses
Tipo de Parto : Eutócico

e) ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS.

Vivienda : Propia
Material de la vivienda : Tapial
Servicios Básicos
Agua : Si
Desagüe : No
Luz eléctrica : No
Combustible para cocinar : Leña.
Crían animales : Cuyes, gallinas, gato.

f) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Sarampión : Niega

Convulsiones	:	Niega
Crisis económica	:	Niega
Enfermedades diarreicas	:	Frecuentemente.
Enfermedades respiratorias	:	sí.
Tuberculosis	:	Niega
Alergias	:	Niega
Otros	:	Niega

3.2.DIAGNOSTICO

- 1) Alteración del intercambio gaseoso r/c congestión vascular pulmonar, desequilibrio de la ventilación perfusión, obstrucción química y mecánica de las vías aéreas s/a bronquiolitis aguda m/p Roncantes sibilantes difusos en ambos campos pulmonares a la auscultación.

- 2) Ansiedad r/c activación del SNA como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas, cambio real del entorno, procedimientos hospitalarios m/p llanto e irritabilidad al momento de la nebulización.

- 3) Ansiedad de la madre r/c hospitalización prolongada de su menor hijo, no adaptación al entorno hospitalario, cambios en las funciones del rol m/p expresión verbal de la madre: "estoy aburrida en el hospital, estoy preocupada por mis hijitos".

- 4) Riesgo a alteración del desarrollo psicomotor r/c déficit de conocimientos, inadecuada exposición a los temas de salud del niño m/p madre refiere: "Mi hijito ya tiene 6 meses y no se puede sentar solo todavía".

3.3. PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Alteración del intercambio gaseoso r/c congestión vascular pulmonar, desequilibrio de la ventilación perfusión, obstrucción química mecánica de las vías aéreas s/a bronquiolitis aguda m/p tiraje subcostal, roncales sibilantes difusos a la</p>	<p>Mantener el intercambio gaseoso. CR: Lactante de 6 meses de vida mantiene una frecuencia dentro de los parámetros normales de 30-50x minuto, no presenta roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares</p>	<p>1) Control de la frecuencia respiratoria cada 2 horas mínimo y valorar las características respiratorias como roncales y sibilantes en los pulmones, coloración de la piel.</p>	<p>1. La valoración continua de la función respiratoria permite detectar anomalías e iniciar medidas correctas, porque el objetivo principal de la recuperación es suministrar oxígeno a los tejidos y eliminar el dióxido de carbono. La evaluación de las características de la respiración: Tiraje subcostal, se producen en cualquier grupo muscular del tórax, indican ventilación inadecuada que obliga al uso de musculatura accesoria.</p>	<p>El lactante demuestra movilización de secreciones.</p>

auscultación.		<p>2) Valorar la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>3) Colocar en posición fowler.</p> <p>4) Realizar nebulización con 3 gotas de berotec + 4cc de suero fisiológico por 10 – 15 min.</p>	<p>2. El acúmulo de secreciones impide el paso de aire a los pulmones dificultando la respiración, y evitar una neumonitis química, obstrucción mecánica de los bronquios y evitar la proliferación de microorganismos.</p> <p>3. Esta posición permite una mayor expansión de la caja torácica y una mayor ventilación pulmonar.</p> <p>4. La nebulización es importante para humedecer las vías respiratorias. Donde se pasa una corriente de oxígeno o aire comprimido sobre una solución de medicamentos para producir vapor de agua que será inhalado por el cliente.</p>	
---------------	--	---	--	--

		<p>5) Realizar fisioterapia post nebulización.</p>	<p>Permite la acción broncodilatadora del fenoterol estimulando los receptores beta 2 adrenérgicos, ejerciendo una activación de la adeninciclasa, favoreciendo la transformación del ATP a AMPc, disminuyendo la corriente de calcio a través de la membrana celular, relajándose las fibras musculares.</p> <p>5. La fisioterapia significa generalmente el uso de drenaje postural en combinación con técnicas coadyuvantes que favorecen el drenaje de las secreciones bronquiales, como instrumento de lucha contra la obstrucción respiratoria y contra la infección.</p>	
--	--	--	---	--

		<p>6) Administrar dexametasona 1.75mg EV.</p>	<p>6. La dexametasona es un glucocorticoide sintético utilizado como antiinflamatorio e inmunosupresor. Este glucocorticoide libre cruza fácilmente las membranas de las células y se unen a unos receptores citoplasmáticos específicos, induciendo una serie de respuestas que cuantifican la transcripción y por tanto la síntesis de proteínas. Estas respuestas son la inhibición de la infiltración leucocitaria en lugar de la inflamación. La interferencia con los mediadores de la inflamación y la supresión de las respuestas inmunológicas, reduce la concentración de linfocitos T, monocitos y eosinófilos.</p>	
--	--	---	--	--

		<p>7) Administrar ceftriaxona 350mg EV lento y diluido.</p> <p>8) Fomentar la lactancia materna</p>	<p>7. La ceftriaxona es un antibiótico betalactámico bactericida, inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana al unirse especialmente a unas proteínas llamadas "proteínas ligadas de la penicilina (PBPs) que se localizan en dicha pared. Las PBPs son responsables de varios de los pasos en la síntesis de la pared bacteriana.</p> <p>8. La lactancia materna permite la transferencia anticuerpos de la madre al hijo. La lactoferrina tiene un efecto bacteriostático y los lisosomas enzimas bacteriostáticas que catalizan la hidrólisis de la membrana celular del microorganismo.</p>	
--	--	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACIÓN
<p>Ansiedad r/c activación del SNA como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas, cambio real del entorno, procedimientos hospitalarios m/p llanto e irritabilidad al momento de la nebulización.</p>	<p>Disminuir progresivamente la ansiedad. CR: lactante no se mostrará irritable ni llorará durante la nebulización.</p>	<p>1. Valorar el estado emocional del lactante.</p>	<p>1) Los efectos de la ansiedad sobre la capacidad de una persona varían según el grado y las acciones se enfocan de una mejor manera cuando hay una buena valoración. La ansiedad de los niños puede estar aumentada por la separación de los padres, el cambio en las rutinas normales, los ambientes extraños, los procedimientos dolorosos y la ansiedad de los padres. La enfermera debe valorar las alteraciones en los patrones funcionales para detectar la presencia de ansiedad.</p>	<p>El paciente se muestra menos irritable durante la nebulización.</p>

		<p>2. Establecer una relación de confianza- apego con el lactante.</p> <p>3. Realizar técnicas de distracción durante los procedimientos.</p>	<p>2) Esto fomenta el cariño del paciente hacia la enfermera, la cual para lograr esto debe tratar al niño con un acento de voz suave y expresiones de afecto como abrazos y gestos amorosos.</p> <p>3) El niño centrará su atención en el juego, o canto que efectúe la enfermera gracias a su iniciativa y deseo de descubrir las cosas que minimizará la atención en los procedimientos</p>	
--	--	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENF.	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<p>Ansiedad de la madre r/c. Hospitalización prolongada de su menor hijo, no adaptación al entorno hospitalario, cambios en las funciones del rol m/p madre refiere sentirse aburrida en el hospital, estoy preocupada por mis otros hijitos.</p>	<p>La madre no se sentirá aburrida y/o estresada en el ambiente hospitalario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valorar el estado emocional de la madre y determinar las fuentes de ansiedad. 2) Establecer una relación de confianza. 3) Estimular a la madre a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los efectos de la ansiedad sobre la capacidad de una persona varían según el grado y las acciones se enfocan de una mejor manera cuando hay una buena valoración. 2. Esto ayuda a que la madre pueda expresar sus sentimientos y pensamientos con mayor facilidad y veracidad. 3. El compartir las preocupaciones y expresar las emociones reduce los sentimientos, en cuanto a sentirse solo y abrumado por la misma situación. 	<p>La madre expresa sus problemas e inquietudes con confianza.</p>

		<p>4) Brindar información a la madre acerca de la condición y/o enfermedad de su hijo.</p> <p>5) Promover el uso de técnicas de relajación: distracción.</p>	<p>4. La información detallada a la madre sobre el estado de salud del niño reduce el temor a lo desconocido.</p> <p>5. Las técnicas de relajación disminuyen el grado de ansiedad ayudando a mantener un estado de ánimo estable.</p>	
--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENF.	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<p>Riesgo a alteración del desarrollo psicomotor r/c déficit de conocimientos, inadecuada exposición a los temas de salud del niño m/p “Mi hijito ya tiene 6 meses y no se puede sentar solo todavía”</p>	<p>Disminuir el riesgo de alteración del desarrollo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valorar el grado de conocimientos de la madre 2) Brindar IEC a la madre sobre estimulación temprana para un lactante de 6 meses de edad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Permite enfocar mejor la terminología y los temas a informar. 2) Permiten incrementar los conocimientos de la madre y un mejor desarrollo de sus hijos ya que la mente del niño así como su cuerpo necesita de alimento para desarrollarse; los tres alimentos mas importantes para el desarrollo mental del niño son: el juego, el cariño y el lenguaje, que lo prepararan para enfrentar la vida, controlar sus acciones y emociones en la vida adulta. 	<p>La madre demuestra haber entendido la IEC sobre estimulación temprana respondiendo a preguntas sencillas sobre el tema.</p>

		3) Verificar si la madre entendió el mensaje.	3) Asegura que la madre ponga en práctica lo explicado.	
--	--	---	---	--

3.4 Ejecución

Se realizaron las acciones planteadas en los planes

3.5 Evaluación

Se logró ejecutar las acciones en un 100 %.

IV. DISCUSIÓN

Según Whaley – Wong.- Los cuidados de enfermería en un niño con bronquiolitis están orientados al mantenimiento de una adecuada oxigenación, garantizar un correcto aporte de líquidos y nutrientes. Para esto una de las medidas más utilizadas es la nebulización con beta 2 agonistas sin embargo esta medida esta en controversia pues en estudios realizados se ha demostrado que no tiene efectos significativos en el tratamiento de la bronquiolitis (según Protocolo del Grupo de Vías Respiratorias – España-2008).

Sin embargo y ante la imposibilidad de diferenciar a los lactantes que en futuro serán asmáticos existe el consenso de administrar una dosis de prueba, con beta 2 agonistas y si responde continuar con dicho tratamiento (según A. Casino Campuzano año 2008).

En la práctica se pudo observar que la nebulización cumple con la fisioterapia (palmoterapia) realizados en el niño de seis meses, ayudó mucho a la movilización de secreciones y la progresiva disminución de los síntomas de la enfermedad, siendo esta la razón por la cual se sigue utilizando dicha medida en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

Así también en el uso de corticoides como la dexametasona en el tratamiento de la bronquiolitis se ha evidenciado más los efectos adversos más que sus beneficios (según A. Casino Campuzano); pero debido a la inflamación y la respuesta inmune están implicados en la patogénesis de la bronquiolitis muchos autores lo aconsejan (según Francisco Jesús García Martín y David Moreno Pérez año 2008).

Además, se han estudiado pocos aspectos del tratamiento de niños con bronquiolitis, primero, los corticoides brindan un beneficio indiscutible a los niños y adolescentes con asma, displasia broncopulmonar y enfermedades clínicamente similares; segundo, la bronquiolitis y el asma, son problemas comunes y en aparente crecimiento, mientras que el armamento terapéutico con el que cuentan los pediatras es notablemente escaso. La Ribavirina está disponible como tratamiento específico para niños con la infección de VSR (Virus Sincitial Respiratorio), pero debido a su alto costo es difícil conseguirlo (según Mc Bride y Stone).

El uso de los antibióticos es también controversial en el tratamiento de la bronquiolitis ya que el agente etiológico es primordialmente viral (según Whaley – Wong), no se ha podido demostrar que el uso de antibiótico de forma rutinaria sea beneficioso solo están indicados cuando exista un foco bacterial (según A. Casino Campuzano). En el caso propuesto en la práctica existía una neumonía secundaria bacteriana por cuya razón se administró ceftriaxona.

V. CONCLUSIONES

- ☞ La bronquiolitis es una infección cuya agente etiológico primordial es el virus sincitial respiratorio (VRS) que afecta a los bronquiolos.
- ☞ Los cuidados de enfermería deben estar enfocados en el mantenimiento de una adecuada oxigenación, hidratación y nutrición.
- ☞ Las medidas terapéuticas como la nebulización más la fisioterapia y la administración de medicamentos (Dexametasona y ceftriaxona) evidenciaron tener buen efecto en la evolución del niño en la práctica ejecutada.

VI. RECOMENDACIONES

- ☞ Se recomienda al personal de enfermería dar IEC a la Madre sobre la enfermedad, los procedimientos a efectuar y la importancia de la estancia hospitalaria para minimizar la ansiedad de estos.

- ☞ A todas aquellas personas que están en contacto con el niño enfermo, se les recomienda mantener una asepsia permanente (lavado de manos), en lo posible utilizar un mandil ya que el virus es de gran capacidad de contagio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A. Cansino Campuzano. "Bronquiolitis" Consultado 19/11/08 disponible en:

[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Bronquiolitis\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Bronquiolitis(1).pdf).

Dr. Jordi Antón. "Diagnostico y Tratamiento De Las Bronquiolitis Agudas" Consultado 19/11/08 disponible en:

<http://www.cspt.es/webcsptcastella/CMRAI/medicir/InfProf/DocPautesProtocolos/bronquioc.htm>

E Fanta, J. Macaya, H. Soriano."Pediatría Menenghello". Edic.3ra. Edit.Mediterraneo España.

Francisco Jesús García Martín y David Moreno Pérez."Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría". Consultado 19/11/08 disponible en:

<http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/04-Bronquiolitis.pdf>.

J.T. MC BRIDE y R.T. STONE. Dexametasona y Bronquiolitis: ¿una nueva mirada a una vieja terapia? Consultado 19/11/08 disponible en:

http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_02/1014.pdf.

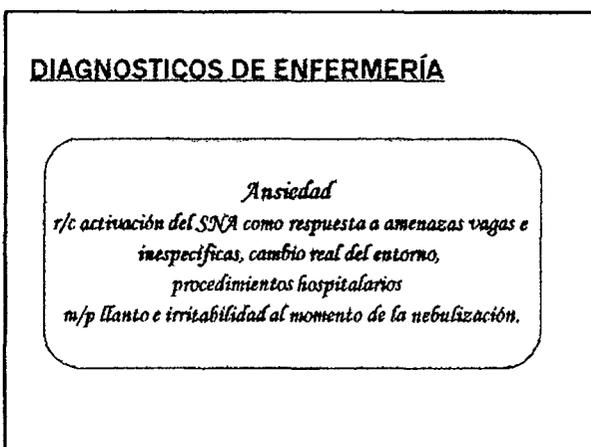
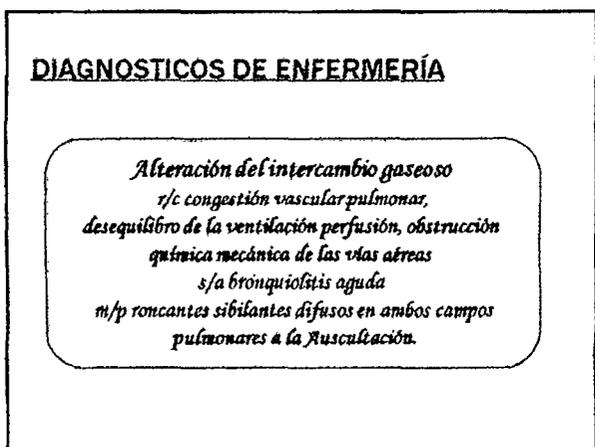
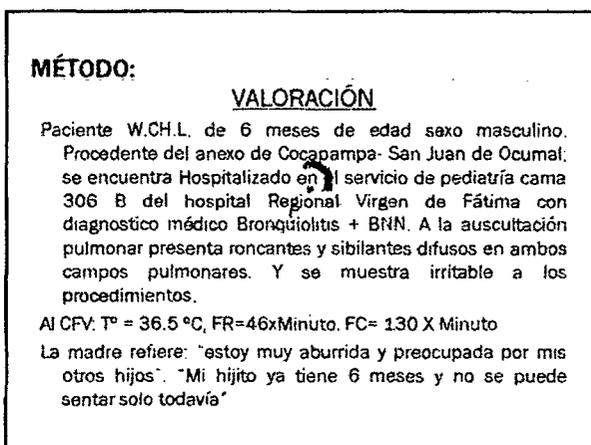
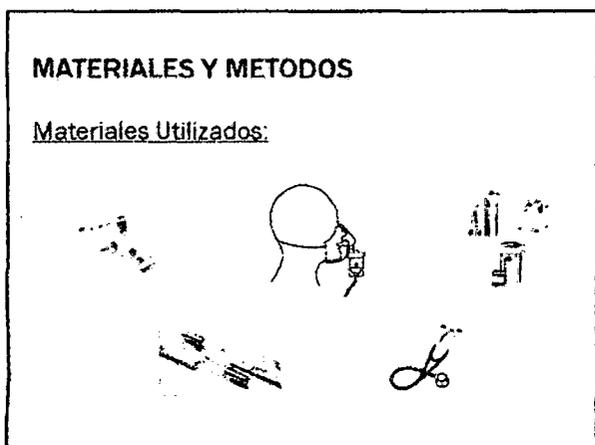
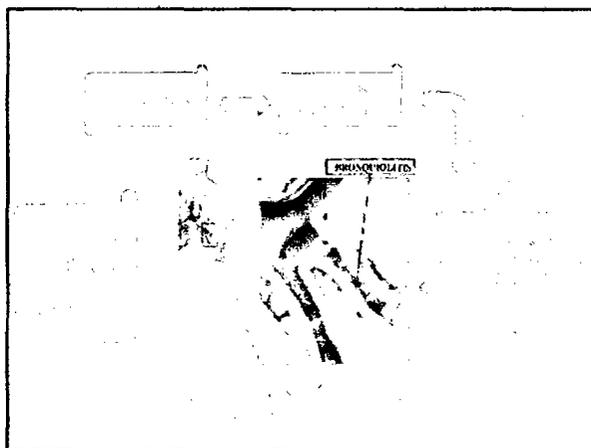
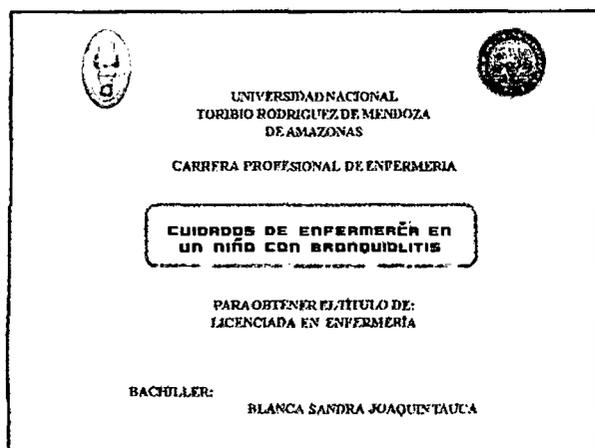
Ministerio De Salud. (2005)." Manual Simplificado de Atención en Salud Infantil"

Callen Blecua M, Torregrosa Bertet MJ, Bamonde Rodríguez L y Grupo de Vías Respiratorias. "Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria. Protocolo del GVR (Publicación P-GVR- 4)" Consultado 19/11/08 disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm.

http://www.aepap.org/gvr/pdf/resumen_bronquiolitis_p_gvr_4_2006.pdf.

WHALEY WONG (1995)."Enfermería Pediátrica".Edic. 4ta. Edit. Mosby/Doyma Libros S.A. Madrid – España.

ANEXOS



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

*Ansiedad de la madre
r/c Hospitalización prolongada de su menor hijo,
no adaptación al entorno hospitalario,
cambios en las funciones del rol
m/p madre refiere sentirse aburrída en el hospital,
estoy preocupada por mis hijitos.*

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

*Riesgo a Alteración del Desarrollo Psicomotor
r/c déficit de conocimientos,
inadecuada exposición a los temas de salud del niño
m/p madre refiere:
"Mi hijito ya tiene 6 meses y no se puede sentar solo todavía"*

PLANIFICACIÓN

*Alteración del intercambio gaseoso r/c congestión vascular
pulmonar, de resquibrio de la ventilación por fúnctin,
obstrucción química mecánica de las vías aéreas y/a
bronquiolitis aguda m/p roncantes sibilantes difusos en
ambos campos pulmonares a la Auscultación.*

*Control de la FR cada 6 horas mín. Y valorar las características
respiratorias como roncantes y sibilantes en los pulmones, coloración
de la piel.*

Valorar la permeabilidad de las vías aéreas.

Colocar en posición Fowler.

*Realizar Nebulización con 3 gotas de berotec + 4 cc de suero fisiológico
por 10 - 15 min.*

Realizar fisioterapia post Nebulización.

Administrar Dexametasona 1.75mg EV.

Administrar ceftriaxona 350mg ev lento y diluido.

Fomentar la lactancia materna.

*Ansiedad r/c activación del SNA como respuesta a amenazas vagas
e inespecíficas, cambio real del entorno, procedimientos
hospitalarios m/p llanto e irritabilidad al momento de la
nebulización.*

Valorar el estado emocional del paciente.

Establecer una relación de confianza-apego con el lactante.

Realizar técnicas de distracción durante los procedimientos.

Ansiedad de la madre y hospitalización prolongada de su menor hijo, no adaptación al entorno hospitalario, cambios en las funciones del rol m/p madre refiere sentirse aburrída en el hospital, estoy preocupada por mis otros hijos.

Valorar el estado emocional de la madre y determinar las fuentes de ansiedad.

Establecer una relación de confianza.

Estimular a la madre a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones, Favorecer la expresión de los sentimientos.

Brindar información a la madre acerca de la condición y/o enfermedad de su hijo.

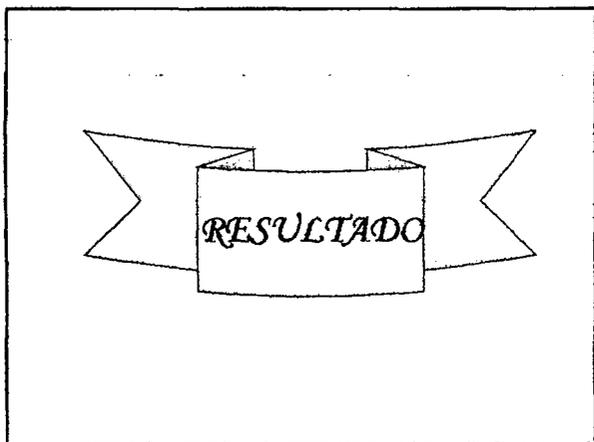
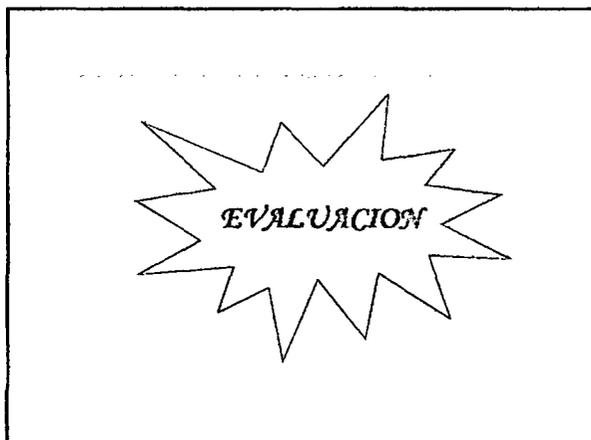
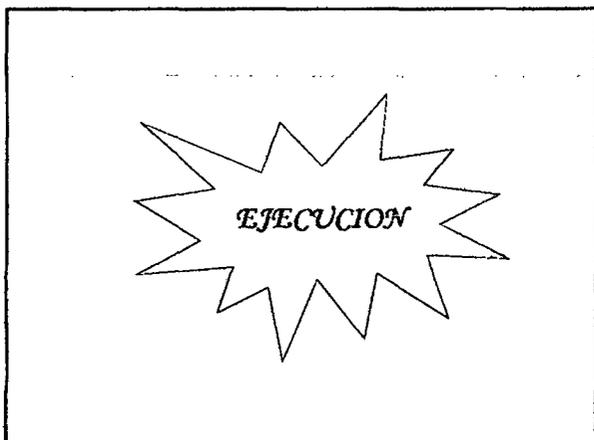
Promover el uso de técnicas de relajación: distracción.

Riesgo a alteración del desarrollo psicomotor y déficit de conocimientos, inadecuada exposición a los temas de salud del niño m/p. "Mi hijo ya tiene 6 meses y no se puede sentar solo todavía".

Valorar el grado de conocimientos de la madre

Brindar IEC a la madre sobre estimulación temprana para un lactante de 6 meses de edad.

Verificar si la madre entendió el mensaje.



Al ejecutar la práctica de manera satisfactoria, se logró valorar el estado físico, psicológico y social; identificar diagnósticos de enfermería, planificar acciones de enfermería, ejecutarlas y evaluarlas en un niño de seis meses de edad con diagnóstico médico de bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

Las necesidades identificadas en el momento de la práctica, fueron satisfechas en un 100%.

La relación Madre – Bachiller fue oportuna y basada en la empatía.

Se minimizó la ansiedad del niño durante la nebulización.



DISCUSION

Según Waley - Wong. Los cuidados de enfermería en un niño con bronquiolitis están orientados al mantenimiento de una adecuada oxigenación, garantizar un correcto aporte de líquidos y nutrientes. Para esto una de las medidas más utilizadas es la nebulización con beta 2 agonistas, sin embargo esta medida está en controversia pues en estudios realizados se ha demostrado que no tiene efectos significativos en el tratamiento de la bronquiolitis (según Protocolo del Grupo de Virus Respiratorios - España).

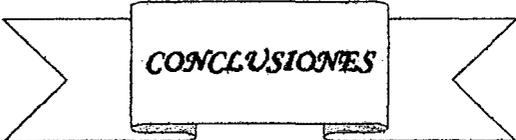
Sin embargo, y ante la imposibilidad de diferenciar a los lactantes que en futuro serán asmáticos existe el consenso de administrar una dosis de prueba, con beta 2 agonistas y si responde continuar con dicho tratamiento (según A. Casino Campuzano).

En la práctica se pudo observar que a nebulización cumple con la fisioterapia (palmoterapia), realizadas en el niño de seis meses, ayudó mucho a la movilización de secreciones y la progresiva disminución de los síntomas de la enfermedad, siendo esta la razón por la cual se sigue utilizando dicha medida en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

Así también en el uso de corticoides como la dexametasona en el tratamiento de la bronquiolitis ha evidenciado más los efectos adversos más que sus beneficios (según A. Casino Campuzano); pero debido a la inflamación y la respuesta inmune están implicados en la patogénesis de la bronquiolitis muchos autores lo aconsejan (según Francisco Jesús García Martín y David Moreno Pérez).

Además, se han estudiado pocos aspectos del tratamiento de niños con bronquiolitis. Primero, los corticoides brindan un beneficio indiscutible a los niños y adolescentes con asma y displasia broncopulmonar, enfermedades clínicamente similares. Segundo, mientras la bronquiolitis, como el asma, es un problema común y en aparente crecimiento, el armamento terapéutico con el que cuentan los pediatras es notablemente escaso. La Ribavirina está disponible como tratamiento específico para niños con la infección de VRS (Virus Sincicial Respiratorio), pero su alto costo es difícil conseguir (según Mc Bride y Stone).

El uso de los antibióticos es también controversial en el tratamiento de la bronquiolitis ya que el agente etiológico es primordialmente viral (según Waley - Wong), no se ha podido demostrar que el uso de antibiótico de forma rutinaria sea beneficioso solo están indicados cuando exista un foco bacteriano (según A. Casino Campuzano). En el caso propuesto en la práctica existía una neumonía secundaria bacteriana por cuya razón se administró ceftriaxona.



CONCLUSIONES

La bronquiolitis es una infección cuya agente etiológico primordial es el virus sincicial respiratorio (VRS) que afecta a los bronquiolos.

Los cuidados de enfermería deben estar enfocados en el mantenimiento de una adecuada oxigenación, hidratación y nutrición.

Las medidas terapéuticas como la nebulización más la fisioterapia y la administración de medicamentos (Dexametasona y ceftriaxona) evidenciaron tener buen efecto en la evolución del paciente en la práctica ejecutada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal de enfermería dar IEC a la Madre y al Paciente sobre la enfermedad, los procedimientos a efectuar y la importancia de la estancia hospitalaria para minimizar la ansiedad de estos.

Mantener una asepsia permanente (lavado de manos), en lo posible utilizar un mandil todas aquellas personas que están en contacto con el niño enfermo ya que el virus es de gran capacidad de contagio.