



## RESUMEN

La investigación titulada “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA Y NEUMONÍA GRAVE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” es un trabajo que basado en la problemática a nivel nacional, local y específica del Hospital justificó el estudio con la finalidad de evaluar la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado de niños/as con diagnóstico de neumonía y neumonía grave para la elaboración de una propuesta que incluye las etapas del Proceso de Atención de Enfermería y elementos de la teoría Nancy Rooper y Dorotea Orem

Para este estudio descriptivo cuantitativo se hizo uso de dos instrumentos, el uno un formulario para que sea contestado por el grupo de enfermeras e internas de enfermería y el otro una lista de chequeo que fue recolectada la información por los investigadores mediante la observación.

Con el presente estudio se trata de mejorar la calidad de atención de niños/as con Neumonía y Neumonía Grave y se espera que se aplique en la práctica diaria la propuesta planteada.

### **PALABRAS CLAVES**

Atención de enfermería

Hospitales municipales

Pacientes internados

Hospital Vicente Corral Moscoso

Preescolar



## SUMMARY

The study, "NURSING CARE FOR CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD DIAGNOSED WITH PNEUMONIA AND SEVERE PNEUMONIA IN THE AREA OF PEDIATRICS IN THE "Vicente Corral Moscoso Hospital" is a work based on national issues, local and specifies the Hospital, justified the study in order to evaluate the application of nursing process in caring for children diagnosed with pneumonia and severe pneumonia for the preparation of a proposal that includes the steps of Care Process Nursing theory and elements of Nancy Rooper, and Dorothea Orem.

For this study, quantitative descriptive, it was necessary to use two instruments, one a form to be completed by the internal group of nurses and nursing, and the other a checklist, where the information was collected by researchers by observation.

The present study is to improve the quality of care of children with pneumonia and severe pneumonia, and raised hopes that the proposal be implemented in daily practice.

### **Keyword.**

Nursing care

Municipal hospitals

Hospitalized patients

Vicente Corral Moscoso Hospital

Preschool

**INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO I</b>	<b>16</b>
<b>1. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>16</b>
1.1 Tipo de estudio	16
1.2 Tipo de investigación	16
1.3 Universo de estudio	17
1.4 Instrumentos	17
1.5 Matriz del diseño metodológico	19
<b>CAPITULO II</b>	<b>21</b>
<b>2. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA</b>	<b>21</b>
2.1 Datos generales	21
2.2 Reseña histórica	22
2.3 Visión	24
2.4 Misión	24
2.5 Descripción hospitalaria estructura física	26
2.6 Departamento de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso y sus generalidades	29
2.7 Misión	31
2.8 Visión	32



2.9 Descripción del espacio físico	32
2.10 Análisis de fortalezas y debilidades del departamento de pediatría	33
2.11 Diagnóstico de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca	33
<b>CAPITULO III</b>	<b>37</b>
<b>3. LOS NIÑOS/AS Y LA PROBLEMÁTICA RESPIRATORIA</b>	<b>37</b>
3.1 Los problemas respiratorios y su realidad	37
3.2 El aparato respiratorio y su función	38
3.3 Función	38
3.4 Neumonía y neumonía grave o enfermedad muy grave	39
3.5 Teorías y modelos de enfermería	47
3.6 El proceso de atención de enfermería	52
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>60</b>
<b>4 TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>89</b>
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>89</b>
5.1 Conclusiones y recomendaciones	89
5.2 Bibliografía	94



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5  
AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA Y NEUMONÍA GRAVE EN  
EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL  
MOSCO SO, CUENCA 2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIATURA  
EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:           LORENA SACOTO ÁLVAREZ  
                          CARLOS GUILLÉN BERREZUETA**

**DIRECTORA:        LCDA. AUGUSTA ITURRALDE AGUILAR**

**ASESORA:           LCDA. NARCISA ARCE GUERRERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2010**



## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación dedicamos a Karla Lorena. Y de manera especial a nuestros padres los mismos que nos brindaron: sabios consejos, su amor incondicional y la protección cuando más lo necesitamos.



## **AGRADECIMIENTO**

Exteriorizamos nuestro sincero agradecimiento al personal docente y directivo de la Escuela de Enfermería, de una manera especial a la Lcda. Olga Guillén Directora de la Escuela y a las Lcdas. María Augusta Iturralde y Narcisca Arce en su calidad de Directora y Asesora respectivamente porque nos han sabido encaminar en este trabajo de investigación.

Queremos dejar constancia de un agradecimiento al personal de Enfermería del Área de Pediatría del “Hospital Vicente Corral Moscoso” por su desinteresada colaboración y su predisposición para que esta investigación llegue a su término para el beneficio únicamente del paciente y satisfacción moral y profesional del equipo enfermero.

## **LOS AUTORES**



## RESPONSABILIDAD

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

-----

Nube Lorena Sacoto Álvarez

-----

Carlos Julio Guillén Berrezueta





## INTRODUCCIÓN

La salud de la niñez en especial de los menores de 5 años es considerada en la actualidad el principal objetivo de intervención para mejorar las condiciones de vida de los niños/as en nuestro país. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha cumplido con su rol rector con la amplia participación de instituciones que desarrollan programas y acciones para la atención y protección de la salud de este sector poblacional.

El objetivo de la atención de enfermería en pediatría, debe plantear no solo estrategias del cuidado inmediato, sino acciones de valoración, planificación del cuidado, ejecución y evaluación de la enfermería en base a la aplicación de teorías y modelos de enfermería como son el Modelo de Atención de Enfermería que considera las necesidades básicas o actividades vitales, la etapas evolutivas del niño y las acciones de autocuidado y déficit del autocuidado planteadas por Dorotea Orem. Con esta investigación se elaboró una propuesta científica de prestación de atención de enfermería aplicada a un sistema lógico de:

1. Análisis descriptivo de la realidad o entorno en el que se produce la enfermedad, el medio físico o escenario en el que vive el niño/a.
2. Valoración, identificación de los problemas, causas, signos y síntomas de la neumonía, neumonía grave o enfermedad muy grave con la que ingresa el niño/a
3. La formulación de diagnósticos de enfermería y con una estructura del plan de atención escrito o mental, que considere acciones de protección, prevención, curación y rehabilitación
4. Las etapas de ejecución, evaluación y control de las actividades supone especificar el beneficio del cuidado, la exactitud de las



acciones aplicadas y por último las posibilidades de mejorar, superar e innovar la atención científica de enfermería. De esta forma el cuidado de enfermería cumple:

- Una finalidad de cuidado.
- Una meta de prevención y protección.
- Todos estos hechos inscritos en una lógica epistemológica de crear acciones para la intervención inmediata.

Los resultados de ésta investigación son un instrumento para mejorar la calidad y calidez de vida de los menores disminuyendo de este modo la morbi-mortalidad de este importante grupo humano y los reingresos por el mismo problema.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital “Vicente Corral Moscoso” es el centro de mayor congregación de pacientes de medianos y bajos ingresos económicos, actualmente viene ampliando su cobertura de atención a los habitantes de la ciudad de Cuenca, la provincia del Azuay y otras provincias del País.

Debido al número elevado de atenciones de niños/as con diagnóstico de NEUMONÍA Y NEUMONÍA GRAVE registrándose un promedio de 70 casos mensuales en el 2009 de niños hospitalizados en el servicio de pediatría según datos del departamento de estadística del Hospital. Este registro de datos indica dificultades e imposibilidad de brindar cuidado a los niños por parte del personal de enfermería, quedando en algunos casos bajo la responsabilidad de los padres o cuidadores, se anota que la neumonía por *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae* B (o Hib), causa la muerte en niños/as según datos de la OPS/OMS.

El trabajo de la UNICEF indicó que 8,8 millones de niños menores de 5 años murieron en el 2008, comparado con 12,5 millones de decesos en 1990, el 99 por ciento de los niños fallecidos vivía en países pobres.

El proceso de Vigilancia de la Salud Pública en el Ecuador denominado: Anuario de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, Ecuador 1998–2007 se convierte en una herramienta fundamental para orientar a las diferentes instancias encargadas de proponer y ejecutar proyectos, evaluar programas y establecer políticas públicas para una toma informada de decisiones y una correcta inversión de recursos.

La falta de conocimiento y educación por parte de los padres o cuidadores del de los niños, los malos hábitos de higiene e incumplimiento de la atención de los niños o niñas menores de 5 años, y la migración afecta



directamente a los niños/as que quedan al cuidado de personas menores de edad y de la tercera edad.

El tabaquismo materno durante el embarazo actúa sobre la salud respiratoria de los lactantes durante el primer año de vida. Los hijos de madres que fumaron durante el embarazo tuvieron un riesgo significativamente mayor de sufrir enfermedades respiratorias agudas en general.

La situación socioeconómica de las diferentes familias afecta directamente la salud del niño/a al no contar con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades vitales y al no cumplir con el tratamiento adecuado.

La falta de capacitación por parte del equipo de salud a los padres o cuidadores a cerca de las normas de atención: prevención y promoción.



## JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Según la Constitución Política de la República del Ecuador se dispone que el Estado garantiza el derecho a la salud, la promoción y protección, destacando que en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria y especializada los niños/as, la sociedad y la familia favoreciendo el desarrollo integral de los niños y asegurando de este modo el ejercicio pleno de sus derechos.

El *Streptococcus pneumoniae*, conocido comúnmente como neumococo, es la bacteria que más frecuentemente causa neumonía en todas las edades, siendo responsable de dos terceras partes de todos los casos de neumonía bacteriana. Un estudio de Di Fabio (2001) señala que más del 40% de las neumonías en América Latina se atribuyen al neumococo, mientras que otros autores afirman que la cifra podría llegar al 50% de todos los diagnósticos de la enfermedad.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. De todas ellas, la neumonía es la más frecuente de las infecciones y es la principal causante de muertes entre los niños.

De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), 1,6 millones de personas mueren cada año por causa de enfermedades neumocócicas; la mitad de ellas corresponden a niños menores de 5 años de edad. El 90% de esos fallecimientos se registran en países en desarrollo y comunidades desfavorecidas.

Se estima que las muertes por neumonía representan el 19% del total de fallecimientos entre los menores de 5 años. Por lo tanto, cada año mueren



más niños menores de 5 años por causa de neumonía que los que fallecen por SIDA, sarampión y malaria combinados.

Estudios del Ministerio de Salud hechos entre 1999 y el 2003 revelan que el comportamiento epidemiológico de las enfermedades respiratorias agudas registra un total de 14.001 defunciones por esta causa.

El estudio anota que la enfermedad se desarrolla con mayor intensidad en los meses de noviembre y diciembre por los cambios bruscos de temperatura

A fin de prevenir la enfermedad neumocócica en el país y considerando que la bacteria del neumococo ataca primordialmente a los menores de 2 años de edad, el Ministerio de Salud Pública incluyó la vacuna neumocócica conjugada en el Programa Ampliado de Inmunizaciones e inició una campaña de vacunación a nivel nacional.

Frente a la problemática antes descrita en el país se ha implementado desde muchos años anteriores programas de control de la Infecciones Respiratorias Agudas, pero éstos no han sido suficientes para disminuir la incidencia de casos y por ende muertes de infantes con estas patologías siendo la Neumonía y Neumonía Grave una enfermedad que afecta directamente a los niño/as de nuestra ciudad y país, especialmente en el Hospital Vicente Corral Moscoso de donde se tomó los datos para ésta investigación.

He ahí el valor de esta investigación con el afán de concientizar al personal de enfermería en la importancia de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería para la prevención y recuperación de los niños/as diagnosticados de Neumonía y Neumonía Grave de nuestra localidad.



## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los cuidados de enfermería que proporcionan las enfermeras a los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de neumonía y neumonía grave o enfermedad muy grave, ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso en los meses de Agosto - Octubre del 2010.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Valorar la aplicación del proceso de atención de enfermería a niños y niñas con neumonía y neumonía grave.
- Valorar y observar la organización del personal de enfermería para la atención de los niños/as con diagnóstico de neumonía y neumonía grave o enfermedad muy grave.
- Revisión de registros y reportes de la atención brindada a los niños/as.
- Elaborar una propuesta de atención que considere la teoría de la integralidad, del déficit y las demandas de autocuidado planteadas por Dorotea Orem y las actividades Vitales de Nancy Rooper.



## CAPITULO I

### 1 DISEÑO METODOLÓGICO

#### 1.1 TIPO DE ESTUDIO

El trabajo sobre la Atención de Enfermería a los niños menores de 5 años diagnosticadas de Neumonía y Neumonía Grave o Enfermedad muy grave, se inscribe en la modalidad de estudios de tipo inductivo- deductivo por que aplicó los procesos de construcción intelectual en forma integrada o por separado en algunos momentos específicos de la investigación.

- Fase inductiva.- En el sentido que en la investigación se observó la realidad en forma de componentes o partes para integran posteriormente reflexiones sobre la realidad en conjunto.
- Fase deductiva.- En la medida que analizó la realidad como un todo y se desglosan fragmentos de esa realidad para lograr entendimientos de mayor profundidad y complejidad de esos espacios de realidad.

#### 1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es Descriptiva, Cuantitativa. En donde se indica los cuidados de Enfermería que están prestando las enfermeras del área de Pediatría a los niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de Neumonía y Neumonía grave o Enfermedad muy grave del Hospital Vicente Corral Moscoso.

En el campo de la investigación cuantitativa se utilizó un tipo de investigación Cuantitativa- Descriptiva que es una forma de actividad que combina, interrelacionadamente, la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado.





El fin de este tipo de investigación fue la búsqueda de cambios en el servicio con la aplicación de la propuesta luego de la investigación y la disminución de reingresos por el mismo problema.

### **1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO**

El Universo lo constituyen 26 personas; 13 Enfermeras y 13 internas de Enfermería que laboran en el servicio de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso. Para generalizar los resultados, se trabajó con todo el universo, considerando que muchas de las responsabilidades de atención a niños/as y adolescentes son compartidas por todo el personal de enfermería.

Se aplicó los formulario a 10 enfermeras y 13 internas de enfermería (23), se excluye del grupo de estudio, la Enfermera Líder del Servicio por no realizar cuidado integral a los niños/as por tener responsabilidades administrativas, una enfermera que no labora por estar en uso de sus vacaciones y una enfermera que se niega a contestar y a ser observa.

### **1.4 INSTRUMENTOS**

Se elaboró dos tipos de instrumentos para la recolección de los datos:

1. Un formulario que fue aplicado y llenado por las Enfermeras e Internas de Enfermería previa firma del consentimiento informado.
2. Una lista de chequeo con preguntas y una escala de valoración numérica de 1 a 4, siendo 1 equivalente a nunca, 2 rara vez, 3 frecuentemente y 4 siempre, los mismos que fueron llenados por los investigadores mediante la observación.



Los formularios permitieron determinar la aplicación de las diferentes etapas del PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA a pacientes con diagnóstico de Neumonía y Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave, mismos que fueron llenados por los investigadores mediante la observación; también se registró por el personal que labora dichos datos sirvieron para comparar lo observado y lo que responde el personal.



## 1.5 MATRIZ DEL DISEÑO METODOLÓGICO

<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Observación</b>	<b>Unidad de análisis</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumentos.</b>
Valorar la aplicación del proceso de atención de enfermería a niños y niñas con neumonía y neumonía grave	Personal de enfermería.	Cuidados de enfermería proporcionados y registrados.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observación participante.</li><li>• Matriz de registro de cuidados de enfermería e</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guía de observación.</li><li>• Matriz de registro de cuidados de enfermería generales y específicos</li></ul>
Valorar y observar la organización del personal de enfermería para la atención de los niños/as con diagnóstico de neumonía y neumonía grave o enfermedad muy grave.	Personal de enfermería.	Organización y distribución del personal de enfermería antes de la aplicación del proceso.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observación participante.</li><li>• Matriz de registro de cuidados de enfermería e</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guía de observación.</li><li>• Matriz de registro de cuidados de enfermería generales y específicos</li></ul>



Revisar los registros y reportes de la atención brindada a los niños/as.	Personal de enfermería.	Análisis de los registros de reportes de la atención de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Matriz de registro de cuidados de enfermería e</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Matriz de registro d cuidados de enfermería generales y específicos.</li></ul>
Elaborar una propuesta de atención que considere la teoría de la integralidad, del déficit y las demandas de autocuidado planteadas por Dorotea Orem.	Personal de enfermería.	Cuidados de enfermería ideales para cada problema del niño menor de 5 años con Neumonía o Neumonía grave para la elaboración de la propuesta.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diseño y estructura de la propuesta.</li></ul>	Fundamentos técnicos y científicos de propuesta de intervención de enfermería

**Fuente:** La Investigación

**Elaboración:** Él/La Autora

## CAPITULO II

### 2 HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA

#### 2.1 DATOS GENERALES



Vista lateral del Hospital Vicente Corral Moscoso

El Hospital Vicente Corral Moscoso es una institución gubernamental, subsidiado por el Gobierno Ecuatoriano, se halla localizado en la zona urbana de la ciudad de Cuenca, da cobertura a usuarios externos procedentes de las provincias del Azuay, Cañar, Morona Santiago y del Oro.

Se encuentra ubicado en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, sector “El Paraíso” barrio el Vergel, limitando al Norte: con Gapal, al Sur: con la Av. el Paraíso, al Este: Con el río Tomebamba, al Oeste: Con la calles Tomillo



## 2.2 RESEÑA HISTÓRICA

Según los archivos e información en diferentes revistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, la institución está ubicado en la provincia del Azuay cantón Cuenca parroquia Huayna Cápac su historia se remota al año de 1747 en el que se funda el primer hospital en la ciudad de Cuenca a cargo del orden religioso procedente de Centroamérica, posteriormente la falta de apoyo social y político hicieron que se desarrolle con lentitud siendo en 1820 cuando el hospital mejora notablemente gracias al apoyo de las autoridades de la época.

Durante el gobierno de García Moreno, en el año de 1872 el hospital de Cuenca, se transforma la innovación más rescatable y constituyó la llegada de las Hermanas de la Caridad, procedentes de Europa, los mismos que se ubican frente a Todos los Santos.

El hospital se inicia con los servicios de hospitalización y Consulta Externa, así como con medios de diagnóstico sofisticado, existiendo 2 tipos de servicio pensionado y salas generales para el acceso de los pacientes muy pobres.

El cuerpo médico era muy distinguido, respetado y admirado, pues ayudaban aún en las labores primarias sin sentir vergüenza.

Desde los inicios de la década de los 60, se advierte la necesidad de construir un nuevo hospital, pues la población del Azuay y Cuenca, había crecido notablemente, dándose dos alternativas:

- La primera que se construyera en terrenos contiguos al Otorongo y
- La segunda que se edificara en el predio en que actualmente funciona el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, dicha construcción duró más o menos 11 años, en 1974 se inaugura la consulta externa, el 3 de noviembre y el 12 de abril de 1977 se inaugura Hospitalización, con 509 empleados, entre los que contaron



médicos ilustres, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y personal administrativo y técnico calificado, formando así un hospital moderno con docencia e investigación universitaria.

El nombre Hospital “San Vicente de Paúl” fue suplantado por el de “Vicente Corral Moscoso”, en homenaje a uno de los médicos más notables de Cuenca, por su vocación de servicio, sencillez y caridad. Gran parte del personal de salud provino del Hospital “San Vicente de Paúl” a mediados de la década de 1980.

En un inicio el hospital dependía de la junta de asistencia social, Y funcionaba en base a la producción de una hacienda que tenía esta junta de beneficencia, cuando ya se crea el ministerio de salud, esta absorbe algunas entidades como la junta de asistencia social, luego incorpora sus propiedades, vende y con eso comienza la institución que es ahora el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Al finalizar la década de los 70, época en que el Ecuador tuvo su auge en la explotación petrolera en donde el Ministerio de Salud Pública se fomentó la construcción de hospitales dentro de los cuales se encontró el Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

En 1974 abre sus puertas a la atención ambulatoria en las principales especialidad, mediante el funcionamiento de la Consulta Externa del Hospital, para luego de dos años trasladarse el personal para la atención en hospitalización con el funcionamiento de los servicios de: Emergencia, Quirófanos, Obstetricia, Cirugía, Clínica, Cuidados Intensivos, Pediatría y otras áreas de Diagnóstico que paulatinamente se han ido equipando acorde a los adelantos de la medicina y la tecnología, contando actualmente con equipos de ultima generación que facilitan el diagnóstico, y disminuyen las tasas de mortalidad hospitalaria.



## 2.3 MISIÓN

“El Hospital "Vicente Corral Moscoso" tiene las siguientes misiones:

- Brindar asistencia de segundo y tercer nivel a toda persona que lo requiera, con visión integral de los pacientes, y coordinada con la red de sistema de salud.
- Formar excelentes profesionales de la salud (médicos, tecnólogos, enfermeras y otros), para la región y realizar investigación clínica y aplicada como aporte para mejorar la salud de la población en el Ecuador.
- Planificar, ejecutar y controlar las actividades de salud del área.
- Ejercer actividades de protección específica de salud.
- Realizar investigaciones en las áreas médicas y administrativas.
- Brindar atención y recuperación de la salud.

## 2.4 VISIÓN

La visión del Hospital Vicente Corral Moscoso es:

- Dar confianza a la comunidad en la región del Austro para que los usuarios puedan sentir la seguridad de su pronta mejoría.
- Motivar al personal a que tengan la capacidad de decidir y tener su propia autonomía de gestión”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Material escrito del Diagnóstico del área de pediatría del hospital Vicente Corral Moscoso.





TABLA Nº 1

**Distribución del personal de enfermería por áreas del hospital  
Vicente Corral Moscoso  
Cuenca 2010**

<b>AREAS</b>	<b>PERSONAL DE PLANTA</b>	<b>PERSONAL DE CONTRATO</b>	<b>TOTAL</b>
Consulta Externa	3	2	5
Neonatología	8	1	9
Pediatría	5	3	8
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	2	5	7
Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos	7	1	8
Clínica	6	2	8
Cirugía	5	1	6
Gineco -Obstetricia	8	1	9
Emergencia	7	17	24
Gestión de enfermería	2	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>33</b>	<b>86</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso personal de enfermería establecido hasta al 31 de diciembre del 2009

**Elaboración:** Él/ La Autora



## 2.5 DESCRIPCIÓN HOSPITALARIA ESTRUCTURA FÍSICA

El hospital cuenta con 8 plantas en las que se ubican los diferentes servicios como lo demuestra la siguiente tabla.

**Tabla Nº 2**

**Distribución de los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso en su  
Área física**

<b>PLANTA</b>	<b>SERVICIOS</b>
Planta Baja	Emergencia pediátrica y de adultos, Sala de Triage, Sala de espera, Auditorio, Sala de costura, Rehabilitación, Oficina de sindicato de Trabajadores, Laboratorio de Anatomía Patológica, Lavandería, Cocina, Morgue.
Primera planta	Información, Biblioteca, Consulta Externa, Estadística, Ecografías, Rayos X, Oficina de Recursos Humanos, Pagaduría, Farmacia, Banco de Sangre, Laboratorio, Consultorio de Curaciones, Consultorio de ginecología, Neonatología, Quirófano, Centro Obstétrico, Hospitalización de Maternidad y el bar.
Segunda Planta	Hospitalización Ginecología, Jefatura de Enfermeras, Oficina Consultorio de Medicina Nuclear, Endocrinología, Dispensario del IESS o Laboratorio, Oficina de registro civil
Tercera Planta	Cirugía
Cuarta planta	Clínica
Quinta Planta	Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.
Sexta Planta	Pediatría: Clínica, Cirugía, UCP.

**Fuente:** Hospital Vicente Corral Moscoso

**Elaboración:** Él /La Autora



Tabla Nº 3

## Índice de atención al paciente en el año 2008 – 2009

<b>Egresos</b>	13026
<b>Atenciones</b>	111380
<b>Emergencias</b>	51188
<b>Determinaciones de laboratorio</b>	629.339
<b>POBLACIÓN ATENDIDA</b>	
<b>Azuay</b>	87%
<b>Oro y otras provincias</b>	4.3 %
<b>nivel del país</b>	13 %

**Fuente:** Datos del departamento de estadística del Hospital  
**Elaboración:** Él /La Autora



Tabla Nº 4

**Dirección Provincial de Salud del Azuay Hospital Vicente Corral  
Moscoso Departamento de Estadística.****Diez principales causas de morbilidad hospitalaria durante el año  
2009 en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”**

CODIGO	CAUSAS	N.- CASOS	%
1	PARTO DISTÓCICOS	1882	13.0
2	J18 NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICO	823	5.7
3	K35 APENDICITIS AGUDA	587	4.1
4	K80 COLELITIASIS	373	2.6
5	S06 TRAUMATISMO INTRACRANEAL	335	2.3
6	P22 DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	182	1.3
7	E11 DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE	150	1.0
8	K40 HERNIA INGINAL	146	1.0
9	T60 EFECTOS TÓXICOS DE FLAGICIDAS	140	1.0
10	K81 COLECISTITIS	137	0.9
	LAS DEMAS	5613	38.8
	PARTOS	3392	23.4
	ABORTOS	724	5.0
<b>TOTAL</b>		<b>14484</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

**Elaboración:** Lcda. Elvia Guillen, Ing. Rosario Juca, Lcda. Rosario Pacurucu, Econ. Luis Aguirre.

La principal causa de atención en el Hospital Vicente Corral Moscoso son los partos distócicos, abortos y al igual que las estadísticas del país las neumonías constituyen la causa de morbilidad más importante.



Tabla N° 5

**Dirección Provincial de Salud del Azuay Hospital Vicente Corral  
Moscoso Departamento de Estadística****Diez principales causas de mortalidad hospitalaria (+ de 48 horas) en  
el año 2009 del Hospital “Vicente Corral Moscoso”**

CODIGO	CAUSAS	N.- CASOS	%
1	J18 NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICO	28	8.4
2	P22 DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	17	5.1
3	S06 TRAUMATISMO INTRACRANEAL	15	4.5
4	k74 FIBROSIS Y CIRROCIS DE HIGADO	11	3.3
5	I50 INSUFICIENCIA CARDIACA	11	3.3
6	B23 ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNO DEFICIENCIA HUMANA	11	3.3
7	I60 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	10	3.0
8	I67 OTRAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	8	2.4
9	A41 OTRAS SEPTICEMIAS	8	2.4
10	LAS DEMÁS	204	61.4
<b>TOTAL</b>		<b>332</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

**Elaboración:** Lcda. Elvia Guillen, Ing. Rosario Juca, Lcda. Rosario Pacurucu, Econ. Luis Aguirre.

**2.6 DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL VICENTE  
CORRAL MOSCOSO Y SUS GENERALIDADES**

El Departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso cuenta con una organización interna, con normas y reglamentos que permite un funcionamiento acorde a las actuales exigencias del Ministerio de Salud Pública.



Tabla N° 6

**Dirección Provincial de Salud del Azuay Hospital Vicente Corral Moscoso Departamento de Estadística. Diez principales causas de morbilidad infantil durante el año 2009 del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.**

CODIGO		CAUSAS	N.- CASOS	%
1	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICO	307	26.0
2	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	179	15.1
3	P55	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	134	11.3
4	P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS	96	8.1
5	P28	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIEN NACIDO	50	4.2
6	P05	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL	46	3.9
7	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	28	2.4
8	K40	HERNIA INGINAL	23	1.9
9	P70	TRANSTORNOS TRANSITORIOS DEL METABOLISMO DEL RECIEN NACIDO	21	1.8
10	P61	OTROS TRANSTORNOS, HEMATOLÓGICOS PERINATALES	18	1.5
		LAS DEMÁS	281	23.8
<b>TOTAL</b>			<b>1183</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

**Elaboración:** Lcda. Elvia Guillen, Ing. Rosario Juca, Lcda. Rosario Pacurucu, Econ. Luis Aguirre.



Tabla N° 7

**Dirección Provincial de Salud del Azuay Hospital Vicente Corral  
Moscoso Departamento de Estadística****Diez principales causas de mortalidad infantil hospitalaria (+ de 48  
horas) en el año 2009 del Hospital “Vicente Corral Moscoso”**

CODIGO	CAUSAS	N.- CASOS	%
1	P22 DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	17	28.8
2	P28 OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIEN NACIDO	5	8.5
3	Q43 OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL INTESTINO	3	5.1
4	J18 NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICO	3	5.1
5	Q89 OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	2	3.4
6	P36 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	2	3.4
7	P21 ASFIXIA DEL NACIMIENTO	2	3.4
8	P05 RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL	1	1.7
9	P87 OTROS SÍNDROMES DE MAL FORMACIONES CONGÉNITAS	1	1.7
10	P59 ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS	1	1.7
	LAS DEMÁS	22	37.3
<b>TOTAL</b>		<b>59</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

**Elaboración:** Lcda. Elvia Guillen, Ing. Rosario Juca, Lcda. Rosario Pacurucu, Econ. Luis Aguirre.

## 2.7 MISIÓN

*“El servicio de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso, brinda atención urgente integral con calidad y calidez al cliente del Austro y del País, cuenta con el apoyo de talento humano especializado y entrenado las 24 horas los 365 días del año, guía sus acciones bajo los principios de universalidad, eficiencia, eficacia y equidad.”*

## 2.8 VISIÓN

*El servicio de Pediatría en un lapso de 2 años estará en capacidad de resolver la problemática urgente y emergente de la población del Austro aplicando procesos, gerencias y protocolos que cuente con autonomía de gestión planta física adecuada, tecnología de punta mobiliario, insumos , materiales y medicamentos necesarios , servicios técnicos y de diagnostico propios del servicio , con un talento humano especializado y entrenado para las 24 horas del día, capaz de competir con ventaja con todas las necesidades que el pueblo presenta.<sup>2</sup>*

## 2.9 DESCRIPCIÓN DEL ESPACIO FÍSICO



### 2.9.1 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

EL servicio de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso”, está ubicado en el sexto piso, desde su remodelación e implementación el departamento cuenta con una moderna, confortable, iluminada y alegre área que ayuda a los niños/niñas y adolescentes adaptarse al ambiente hospitalario.

---

<sup>2</sup> Material escrito del Diagnóstico del área de pediatría del hospital Vicente Corral Moscoso.





El área de pediatría está distribuida en tres departamentos: Clínica, Cirugía y UCIP

**Cirugía:** El departamento de cirugía cuenta con de 11 salas y 24 camas para la hospitalización de niños/as desde el nacimiento hasta los 16 años de edad.

**Clínica:** Consta de 7salas y 27 cunas/camas

A fines del 2009 frente a las necesidades de los usuarios, y la condición crítica que ingresaban los niños/as, las autoridades realizaron los trámites correspondientes para la organización y funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. A más de esto se suma un convenio con la colaboración de la Fundación “Avanzar” que brinda apoyo emocional, socioeconómico, terapia ocupacional y alimentaria a todos los padres de familia que tienen a sus niños asilados en este departamento.

## **2.10 ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA**

### **2.10.1 MATRIZ FODA**

En el Departamento de pediatría se realizó la aplicación de la matriz en la que se anotan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que tiene el con la finalidad de trabajar para que esas amenazas y debilidades se transformen en fortalezas.

#### **FORTALEZAS**

- El Servicio cuenta con equipos de salud completos, especializados, entrenado y capacitado
- Personal de Servicios Generales ( mensajería, limpieza, porteros y camilleros)



- Trabajo en equipo y gran sentido de colaboración
- Recuperación de costos

### **DEBILIDADES**

- Espacio físico totalmente insuficiente con relación a la creciente demanda de usuarios
- Ausencia seguridad policial las 24 horas
- Deficiencia de protección y atención a usuarios
- Carencia en el mantenimiento y resolución inmediata de problemas presentados en equipos y suministros y otros del servicio
- Puertas de accesos al servicio sin control adecuado
- Deficiencias en el Área de Servicios Generales que no puede ser controlada por los directivos del Servicio de Pediatría, pues este personal labora en forma independiente bajo la autoridad de una persona ajena al servicio y que no realiza una supervisión oportuna y atención permanente.

### **OPORTUNIDADES**

- Todo el personal puede acceder a congresos, pasantías y otras actividades afines, para la capacitación personal y de este modo brindar al usuario una mejor atención.
- El servicio es considerado como centro de pasantías

### **AMENAZAS**

- La plurifuncionalidad del personal médico permite el flujo de pacientes a otras casas de salud
- Incumplimiento a llamadas de urgencia a médicos cirujanos de turno lo que hace que el usuario solicite el alta

## 2.11 DIAGNÓSTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA



Imagen del equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos es un servicio dedicado a la asistencia de los pacientes que sufren alteraciones fisiopatológicas con un nivel de gravedad que presentan una amenaza para la vida.

Esta área crítica pero importante dentro de esta casa de salud ha venido desempeñando una importante función en estos cuatro años en donde ha brindado atención de calidad a niños con patologías graves considerando que: el TEC, Politraumatismos, IRA mas Neumonías graves son las patologías más frecuentes durante los últimos cuatro años.

### 2.11.1 VISIÓN:

En el lapso de cinco años la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos será un servicio organizado conducente y reconocido en el medio, con un personal altamente calificado con capacitación y mejoramiento continuo, tratando al niño como un ser bio-psicosocial con calidad y calidez, con



infraestructura y equipos modernos, tecnología de punta para brindar una atención integral, oportuna, eficiente y efectiva con el fin de disminuir la mortalidad es este tipo de niños.

### **2.11.2 MISIÓN:**

Es una unidad de referencia local y austral que brinda atención integral de calidad y calidez, cuenta con personal médico y de enfermería capacitado y entrenado que coordina acciones de curación y rehabilitación, así como también de equipos fundamentales y necesarios que garantizan el acceso a este servicio a los niños de mayor riesgo biológico, clínico y quirúrgico.

### **2.11.3 ÁREA FÍSICA:**

La UCIP se encuentra ubicada en el departamento de Pediatría lado derecho con una puerta de acceso hacia el pasillo, dentro del área hacia la izquierda se encuentran dos salas, la primera para instalar las cunas de calor radiante y la segunda que es más amplia para las camillas.

Estas salas están implementadas con energía eléctrica, red de oxígeno, aire comprimido y vacío.



## CAPITULO III

### 3. LOS NIÑOS/AS Y LA PROBLEMÁTICA RESPIRATORIA.

#### 3.1 Los problemas respiratorios y su realidad

“La neumonía es la primera o segunda causa principal de mortalidad en los niños en la mayor parte de los países en desarrollo.”<sup>3</sup>

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) más del 70% de niños fallecen de Neumonía y en si otros problemas respiratorios que pueden ser evitados con políticas simples de promoción y atención a la salud.

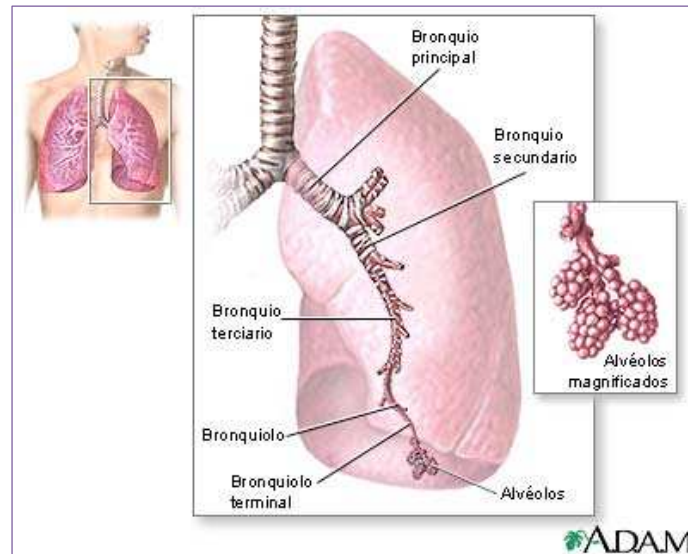
En la mayor parte de los países en desarrollo el 80% y 90% de las muertes son causadas por esta patología. Además de constituir una importante causa de defunción es la principal motivo de consulta pediátrica de igual modo constituye una importante causa de hospitalización.

La OPS/OMS, junto con la UNICEF han desarrollado la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que esta destinada a producir un cambio importante en el perfil de la morbilidad y mortalidad en la infancia.

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, “ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDAD”, Septiembre 1997

### 3.2 EL APARATO RESPIRATORIO Y SU FUNCIÓN



El sistema respiratorio está compuesto por las vías respiratorias superiores e inferiores. Los dos se combinan para encargarse de la ventilación es decir el movimiento del aire hacia el interior y exterior de las vías respiratorias. Dicho intercambio consiste en suministrar oxígeno a los tejidos a través del flujo sanguíneo y en expeler los gases de desecho, como el dióxido de carbono durante la espiración.

Las vías superiores: nariz, senos para nasales, cornetes, faringe, amígdalas, adenoides, laringe y tráquea, son las encargadas de entibiar y filtrar el aire inspirado, de modo que las vías inferiores que son los pulmones formados por tejido esponjoso que se expande y por capas que protegen al pulmón, que pueden perforarse ante la presencia de una neumonía o neumonía grave.

### 3.3 FUNCIÓN

La función de este importante sistema es conservar la vida es decir mantiene vivos a tejidos como los del encéfalo y corazón; cumple con el transporte de oxígeno, respiración y ventilación.



**Transporte de oxígeno:** El oxígeno llega a las células por medio de la sangre circulante, que también extrae de ellas el dióxido de carbono; el oxígeno se difunde desde los capilares y atraviesa la pared de los mismos hacia el líquido intersticial, del cual pasa a través de la membrana plasmática al interior de las células, y las mitocondrias lo emplean en la respiración celular.

**Respiración:** El proceso del intercambio gaseoso entre el aire atmosférico y la sangre y entre ésta y las células es lo que llamamos la respiración.

**Mecánica de la ventilación:** comprende la inspiración en donde el aire fluye desde la atmósfera hacia la tráquea, bronquios, bronquiolos y alveolos; mientras que durante la espiración siguen el mismo camino pero en dirección opuesta

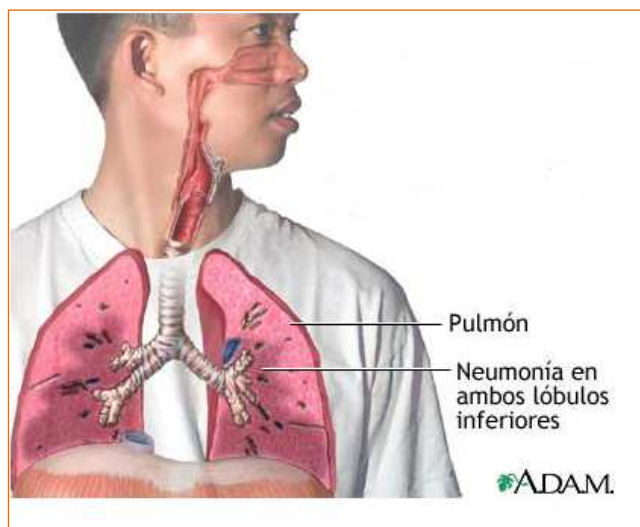
Los factores físicos que controlan el flujo del aire hacia el interior y exterior de los pulmones reciben el nombre de mecánica de la ventilación.

### **3.4 NEUMONÍA Y NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE**

#### **3.4.1 DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.**

La Neumonía es una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar, ésta tiene una variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.) que afecta directamente el intercambio de gases entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de  $PaO_2$ , cursando con dificultad respiratoria que ocasiona inestabilidad física en el niño/a y hasta la muerte.

### 3.4.2 NEUMONÍA BACTERIANA.



#### DEFINICIÓN

Es la inflamación del parénquima pulmonar, es decir de la porción distal de las vías respiratorias; cuando se extiende al intersticio que rodea los alveolos se produce la condensación del tejido pulmonar afectado ésta lesión puede comprender desde un segmento lobular hasta un pulmón completo.

#### EPIDEMIOLOGÍA

Las neumonías bacterianas están presentes durante todo el año, pero de una manera especial en invierno y primavera, en coincidencia con la mayor frecuencia de infecciones virales y con una gran posibilidad de contagio por la permanencia de los niños/as en lugares cerrados.

Las neumonías son más frecuentes en hombres que en mujeres en una proporción 2:1 según distintas estadísticas.





## ETIOLOGÍA

Para determinar la etiología es importante considerar la edad como parámetro clínico más importante, considerando que en un alto porcentaje de casos no es posible determinar el agente microbiano que le produce.

Entre las bacterias que producen la enfermedad en el periodo de recién nacido encontramos las bacterias las entéricas, y las gram negativas como la escherichia coli. Pasado el periodo de recién nacido, en el lactante la infección es producida por el neumococo Haemophilus influenzae capsulado y no capsulado. En mayores de dos años se presentan con preferencia la neumonía lobular neumocócica.

Se considera otro tipo de etiología para el desarrollo de la neumonía bacteriana entre las causas cabe mencionar:

Exposición al humo, contaminación atmosférica, contaminación doméstica y por el tabaco; también influyen las alteraciones climáticas y la exposición al frío.

Bajo peso al nacer que condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida de igual manera la desnutrición ocasiona una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son mas graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

## FISIOPATOLOGÍA

*“La eficacia de los mecanismos de defensa del huésped que incluyen complejas barreras anatómicas y mecanismos de limpieza presentes en la naso faringe y las vías respiratorias altas: filtración de partículas en la nariz, depuración mucociliar de las partículas que impactan la mucosa prevención de aspiración por cierre epiglótico, expulsión de material aspirado por reflejo de la tos. A esto se suma los factores locales, humorales y celulares en los alveolos, que dan cuenta de la ingestión y*



*destrucción de los gérmenes entre los que se encuentran macrófagos alveolares, polimorfonucleares, fagocitos e inmunoglobulina.*

*Cuando estos complejos mecanismos de defensa local son sobrepasados, las bacterias producen el daño pulmonar caracterizado inicialmente por exudado inflamatorio constituido por edema y fibrina al que luego se agrega eritrocitos (Fase de hepatización roja), los que son reemplazados después por leucocitos (Fase de hepatización gris), en el cual los macrófagos desempeñan un papel importante. Con frecuencia las infecciones bacterianas están precedidas por infecciones virales que alteran y destruyen las mucosas y la barrera mucociliar<sup>4</sup>*

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Los signos y síntomas de la enfermedad dependen de la edad del paciente, de la severidad de la enfermedad y del agente etiológico que lo produce siendo los más significativos:

**Lactantes menores de tres meses:** respiración rápida, retracción torácica, rechazo alimentario, somnolencia, irritabilidad, fiebre o hipotermia, apnea, diarrea y convulsiones

**Lactantes mayores de tres meses:** coriza, tos, hipertermia, polipnea, retracción torácica, quejidos y aleteo nasal,

**Niños mayores de 2 años, escolares y adolescentes:** hipertermia, escalofríos, tos y dolor punzante en flanco,

## **TRATAMIENTO**

Para determinar una terapia antimicrobiana es importante conocer la edad del niño, factores agravantes, severidad del proceso, complicaciones potenciales y la resistencia que se puede presentar a los antibióticos.

<sup>4</sup> J. MENEGHELLO, E. FANTA, E. PARIS, T. PUGA. "PEDIATRIA". Tomo 1. Quinta Edición, Editorial Médica Panamericana.



El tratamiento puede ser a nivel ambulatorio y hospitalario este último considerado en casos de lactantes menores de tres meses porque pueden presentar periodos de apnea y paro cardiorespiratorio, prematuros, inmuno suprimidos, desnutridos, pacientes con insuficiencia respiratoria y derrame pleural; se debe considerar las condiciones socio económicas debido a que no se cumplen los tratamientos ambulatorios indicados.

En el área hospitalaria se considera tratamientos que incluyen terapia de insuficiencia respiratoria mediante monitoreo con oximetría de pulso o gases en sangre arterial, cabe indicar además la necesidad de oxígeno terapia, hidratación continua para evitar casos de hiponatremia por secreción inadecuada de hormona anti diurética.

Con la antibioticoterapia la evolución del niño con neumonía en la mayoría de los casos la curación es completa y sin secuelas.

En la evolución de la enfermedad se presentaran signos importantes por lo que es necesario brindar un tratamiento oportuno, siendo los siguientes:

**Hipertermia:** que deben controlarse con antipiréticos y compresas de agua fría. También puede haber una hipotermia en el lactante pequeño, de relativa frecuencia lo cual obliga a someterlo a fuentes de calor, ya que la situación puede incrementar la acidosis y cabe el peligro de coagulación intravascular diseminada.

**Obstrucción bronquial:** se tratará con mucolíticos, broncodilatadores, y fisioterapia respiratoria activa.

**Deshidratación:** se administrará líquidos parenterales durante las primeras horas o días del tratamiento.

**Dificultad respiratoria aguda:** precisa oxigenoterapia en los niños que presentan acidosis respiratoria confirmada.



**Crisis convulsivas:** originadas básicamente por la hipertermia, una vez excluida las causas metabólicas o neurológicas; se tratan con anticonvulsivos.

## **COMPLICACIONES DE LA NEUMONÍA BACTERIANA**

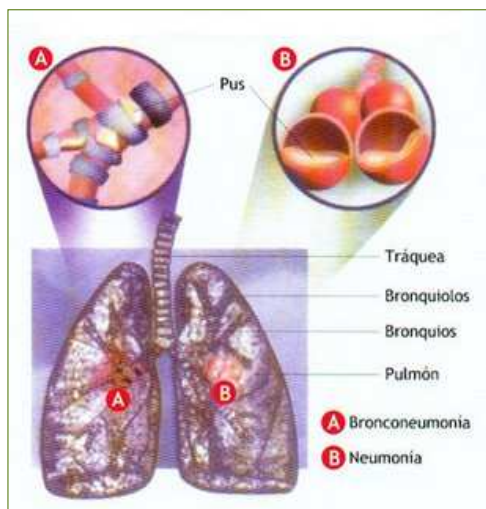
El uso de la antibioticoterapia produjo una disminución muy significativa de las complicaciones y mortalidad por neumonía bacteriana; en un huésped inmunocompetente que recibe tratamiento adecuado y temprano no existe complicaciones.

En la evolución de la neumonía bacteriana se pueden desarrollar complicaciones pulmonares como: derrame pleural paraneumónico no complicado, derrame pleural complicado o empiema, neumotórax, Pionemotórax, Neumatocele y absceso pulmonar; dentro de las complicaciones extrapulmonares se derivan de una bacteriemia y diseminación hematógena con focos metastásicos a distancia.

El factor predisponente en el desarrollo de las complicaciones pulmonares en personas sanas lo constituye el diagnóstico tardío y retraso en el tratamiento.

Es importante indicar que para el desarrollo de estas complicaciones influye factores del huésped como: inmunodeficiencias primarias o condiciones asociadas a inmunosupresión; condiciones que predisponen la aspiración pulmonar que involucran la participación de bacterias gramnegativas y anaerobias.

### 3.4.3 NEUMONÍAS VIRALES



#### DEFINICIÓN

La infección viral produce inflamación de los espacios alveolares con compromiso del tejido intersticial, peribronquial y de los tabiques interalveolares.

Los virus respiratorios que infectan la vía aérea inferior, son capaces de producir, además de bronquitis catarral y obstructiva, condensación pulmonar unilateral o bilateral con diversos grados de insuficiencia respiratoria.

#### EPIDEMIOLOGÍA

La neumonía viral es la segunda causa de hospitalización en las aéreas de pediatría, después de las enfermedades perinatales; Es más frecuente en niños menores de 5 años, y en especial en menores de 2 años

Alrededor del 60% al 70% de las neumonías en general, en lactantes, son de etiología viral.



## ETIOLOGÍA

Los virus respiratorios que producen la neumonía viral con mayor frecuencia son el: sincitial respiratorio (RSV), los parainfluenzae 2 y 3, algunos serotipos de adenovirus y los virus influenzae A y B; mientras que con menor frecuencia se encuentran los virus del sarampión, rubeola, varicela

Los agentes etiológicos habituales tienen tendencia a producir morbilidad durante los periodos que van del otoño a la primavera

## FISIOPATOLOGÍA

*“Los virus penetran en la vía aérea superior y de allí desciende hasta los bronquios terminales y los alveolos, en donde se produce el daño epitelial que puede llegar a la necrosis. El proceso inflamatorio que acompaña a la infección determina un aumento de la producción de mucus, edema de la submucosa, infiltración celular y obstrucción de la vía aérea distal. Si la obstrucción es parcial se produce un fenómeno de válvula con atrapamiento del aire e insuflación; si la obstrucción es total ocurre atelectasia con colapso alveolar, segmentario o lobular, y una alteración de la relación ventilación/perfusión”.<sup>5</sup>*

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Para determinar los signos y síntomas de esta enfermedad se considera que hay factores que corroboran para su desarrollo éstos son condición inmunológica y nutricional.

Se inicia la enfermedad con manifestaciones de infección de la vía aérea superior: rinorrea, congestión faríngea, compromiso febril, rechazo a la alimentación y tos.

---

<sup>5</sup> J. MENEGHELLO, E. FANTA, E. PARIS, T. PUGA. “PEDIATRIA”. Tomo 1. Quinta Edición, Editorial Médica Panamericana.



Posteriormente se presentan los síntomas de infección de vías aéreas inferiores con tos, quejido, aleteo nasal, polipnea y retracción intercostal.

## **TRATAMIENTO**

Para el manejo de este tipo de neumonía se considera dos ámbitos: el ambulatorio y hospitalario dentro del primero está la alimentación, hidratación adecuada, control de la fiebre y kinesioterapia respiratoria para la eliminación de secreciones acumuladas en los pulmones.

En casos de hospitalización se valorará casos de riesgo y aquí el cuidado se fundamentará en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria con administración de oxígeno para conseguir una óptima saturación es decir el 95%, en casos de obstrucción bronquial se considera la terapia con broncodilatadores y esteroides.

### **3.5 TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA**

#### **Modelos:**

Los grandes teóricos incluyen en los modelos conceptuales de enfermería aspectos de la existencia humana, su entorno y la salud, que contribuyeron directamente al desarrollo de las teorías.

#### **Teoría:**

Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.

#### **3.5.1 MODELO DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A NANCY ROPPER**

Para comprender las teorías de enfermería deben entenderse en su contexto y en su relación con otros campos del conocimiento humano,



tales como la filosofía, las ciencias humanas, la historia, la psicología, la fisiología, la sociología, la antropología.

### **PRINCIPIOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES:**

En este modelo vital se establecen cuatro conceptos principales:

- 1. ACTIVIDADES VITALES:** La fisiología humana se estudia y se caracteriza por 12 actividades vitales.

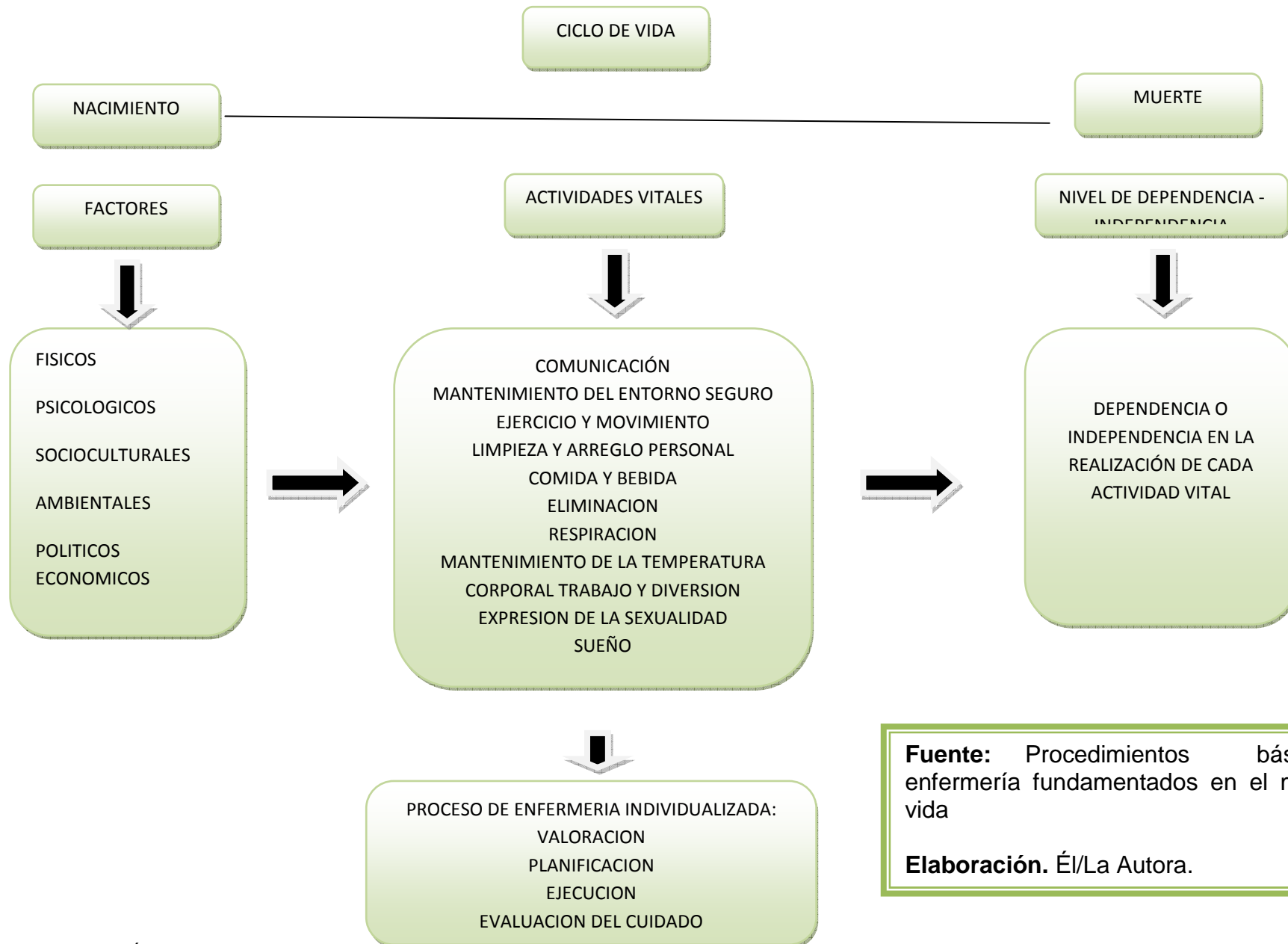
Cada una de estas actividades vitales tienen dimensiones propias, cuánto más se analiza mejor se percibe su complejidad.

- 2. TIEMPO DE VIDA:** Se define como el intervalo transcurrido desde el nacimiento y la muerte.

- 3. LÍNEA DEPENDENCIA / INDEPENDENCIA:** Ésta va desde la dependencia total a la completa independencia; la aplicación de esta línea a la persona como un todo es demasiado vaga por lo que es preferible relacionarla con cada actividad vital por separado.

- 4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ACTIVIDADES VITALES:** Los factores se agrupan en: Biológicos, Psicológicos., Socioculturales, Ambientales, Político - Económicos.





**Fuente:** Procedimientos básicos de enfermería fundamentados en el modelo de vida  
**Elaboración.** Él/La Autora.



### 3.5.2 TEORÍA DE DOROTEA OREM.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias culturales, hábitos, costumbres de la familia y de la sociedad; de igual manera por la edad, etapa de desarrollo del individuo para realizar actividades de autocuidado por ejemplo un padre o cuidador debe brindar continuamente atención terapéutica al niño/a.

En este modelo se hace hincapié en la función de la Enfermera/o sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por si mismo sus necesidades de autocuidado.

La intervención de Enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste.

Orem considerar su teoría sobre el déficit del autocuidado como una teoría general constituidas por tres teorías relacionadas:

La teoría del autocuidado identifica conductas que aparecen en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige así si mismo o al entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo.

#### **REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO:**

**Los requisitos del autocuidado se pueden desglosar en tres categorías:**

- 1. Requisitos universales del autocuidado.-** Incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.
- 2. Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo.-** Promueven procedimientos para la vida y para la maduración; previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración.



- 3. Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud.-** la enfermedad o lesión no solo afectan a las estructuras o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado.

En ciertas situaciones las necesidades de un autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento.

Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas e externa para mantener la estructura y la actividad, promoviendo el desarrollo y la madures humana.

### **DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO**

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las actitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para identificar algunos o todos los componentes de la demanda del autocuidado terapéutico existente.

### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

Es ayudar a los demás a identificar su demanda de autocuidado terapéutico, y para ayudar a los demás al desarrollo de su cuidado dependiente.

### **SISTEMAS DE ENFERMERÍA**

Son las acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que está asistiendo.



## Tipos de sistemas de enfermería

**Se han identificado tres tipos que se describirán a continuación:**

**Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado.

**Sistema de enfermería parcialmente compensadora:** son aquellos en la que tanto la enfermera como el paciente realizan actividades que implique labores manipulativas o deambulatorios.

**Sistema de apoyo educacional:** Son aquellas situaciones en las que el paciente es capaz de realizar y debe aprender a realizar las medidas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda.

### 3.6 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería es un conjunto de pautas organizadas, secuentes y participativas, dirigidas a conocer al paciente y su entorno, a elaborar un esquema conceptual de enfermería, realizar el análisis y la síntesis para formular el diagnóstico de enfermería, determinar y priorizar problemas; elaborar un plan de cuidados encaminado a satisfacer las necesidades para luego evaluar los resultados.

El proceso de enfermería fue conocido por primera vez en 1955 por MAY, por Jonson en 1959, Yura y Walch en 1967, quienes describen al proceso en 4 etapas fundamentales, mientras que en el año de 1976 se añade la fase diagnóstica determinando 5 etapas correlativas e interrelacionadas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.



### 3.6.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, de una manera planificada, organizada e individualizada; planteando cuidados de enfermería que lleve hacia la independencia en la atención.

### 3.6.2 ETAPAS DEL PROCESO

*“El Proceso de Atención de Enfermería tiene 5 fases interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y 6 atributos: finalidad, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con bases teórica; se aplica en todos los modelos del cuidado enfermero”.*<sup>6</sup>

#### **VALORACIÓN:**

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como una etapa organizada y sistematizada de recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, revisión de la historia de enfermería, de reportes, planes y proceso de enfermería aplicado al paciente, la valoración de acontecimientos, entrevista y examen físico.

#### **Métodos para obtener datos:**

##### **a. Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de información.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

---

<sup>6</sup> (CURRÍCULUM DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. 2008)



- **La entrevista formal.-** consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- **La entrevista informal.-** es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Es importante considerar que durante la entrevista se debe reunir ciertas características como: empatía, respeto, concreción, autenticidad.

#### **b. La observación:**

Es el segundo método básico de valoración, implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

#### **c. La exploración física:**

Se debe explicar al paciente en qué consiste el exámen y pedir permiso para efectuarlo.

La exploración física se centra en obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera/o utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Se puede realizar un exámen físico abordando los siguientes aspectos: céfalocaudal, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- **Céfalo-caudal:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.



- **Por sistemas corporales o aparatos:** Que ayudan a especificar que sistemas precisan más atención al momento de la intervención.
- **Por patrones funcionales de salud:** Permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Una vez que la enfermera/o ha recolectado la información es necesario el análisis de la misma lo que le permitirá agrupar por categorías de intervención de problemas o necesidades de este modo se aplica un proceso lógico, sistemático y coherente con la realidad de estudio

Para analizar los profesionales se basan en:

- Conocimiento sobre el funcionamiento normal de órganos y sistemas basado en las ciencias biológicas, psicológicas y sociales.
- Comprensión de los factores normales y anormales que pueden afectar el funcionamiento de órganos y sistemas.
- Percepción de los problemas, signos y síntomas que se asocian con patologías.

Una vez que la enfermera ha analizado la información establece la relación entre los datos obtenidos y puede plantearse interrogantes que van a tener su respuesta en la etapa de evaluación.

### **FASE DE DIAGNÓSTICO:**

Diagnóstico de enfermería se refiere a una situación que existe en el momento actual; mientras que Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

El diagnóstico de Enfermería se expresa como un enunciado lógico de extensión variable que traduce la situación del paciente en su entorno y relacionamientos socioculturales.



Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

**Los pasos de esta fase son:**

### **1. Identificación y Priorización de problemas**

En el desarrollo del proceso es importante identificar los problemas o necesidades que son trastornos que alteran la salud, que para su solución requiere de la atención de enfermería.

Es indispensable determinar prioridades que son aspectos más importantes porque demandan una solución inmediata y urgente.

Los criterios para establecer prioridades son: preservación de la vida, satisfacción humana, desarrollo y maduración

Cada dos años se han realizado en varios países, conferencias para examinar los diagnósticos de enfermería. En 1982 la NANDA (Asociación de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte), como parte de sus funciones públicas determina la clasificación de los diagnósticos, los cuales han sido utilizados en la formación y práctica profesional.

**Tipos de diagnósticos:**

Se anota que existen cuatro tipos que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles y de bienestar.

- **REAL:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.





- **ALTO RIESGO:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar la enfermedad. Descripción del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **POSIBLE:** La enfermera debe confirmar o excluir un problema sospechado. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **DE BIENESTAR:** Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

### **PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

Una vez concluida la valoración, la identificación de los problemas y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

Aquí se lleva a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye las siguientes etapas:

- a. Establecer prioridades en los cuidados: Esto se realiza por que la enfermera/o no puede abordar todos los problemas del paciente, familia y comunidad.
- b. Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Se escribe los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- c. Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto significa que se determina los objetivos de enfermería. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar:



qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

### **ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:**

Las actuaciones de las enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

### **TIPOS DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

- **Dependientes:** Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica.

### **PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).



## **EJECUCIÓN:**

Es la realización de la acción de enfermería luego de haber creado el plan de cuidados por y con el paciente y la familia para lograr los objetivos planteados.

La ejecución, implica las siguientes actividades de Enfermería.

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

## **EVALUACIÓN:**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Hay dos aspectos que debe tenerse en cuenta en la evolución:

- Evaluación del efecto de la atención de enfermería en el paciente.
- Evaluar el impacto del plan en la organización de la atención.



## CAPITULO IV

### TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la tabulación de datos se consideraron los objetivos y las variables, se realizó un procesamiento de datos para luego determinar el cruce de variable para la elaboración de tablas simples y de doble entrada como se presenta a continuación

**TABLA N° 8**

**Distribución de las enfermeras e internas de enfermería de acuerdo al área de trabajo en el departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

AREA	ENFERMERA		INTERNAS	
	Nº	%	Nª	%
UCIP	7	30.4	6	26.0
CLINICA	2	8.6	4	17.3
CIRUGIA	1	4.3	3	13.0
TOTAL	10	43.5	13	56.5

**Fuente:** Datos del Departamento de Enfermería

**Elaboración:** Él/La autora.

De las 23 personas que trabajan como enfermeras e internas de enfermería en el departamento de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso 13 que corresponde al 56.52% trabajan en UCIP por un área crítica y el personal están distribuidas en los turnos de la mañana tarde y noche con la finalidad de dar una atención eminentemente profesional.

**DATOS OBTENIDOS SEGÚN LA APLICACIÓN DEL FORMULARIO AL PERSONAL DE ENFERMERIA.****TABLA Nº 9**

**Frecuencia de valoración de las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería, cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE VALORACION	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Revisa la historia clínica	9	1	-	-	3	10	-	-
Realiza la entrevista a la madre.	5	5	-	-	4	4	5	-
Realiza el examen físico general y segmentario	9	1	-	-	5	7	1	-
Identifica problemas riesgos o necesidades	10	-	-	-	3	9	1	-
Prioriza los problemas y/o necesidades.	10	-	-	-	5	6	2	-
<b>Total de respuestas.</b>	43	7	-	-	20	36	9	-
<b>Total en porcentajes</b>	<b>86%</b>	<b>14%</b>	-	-	<b>31%</b>	<b>55%</b>	<b>14%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.

**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.



En la aplicación de la primera etapa del proceso que es la valoración el 86% del personal de enfermería realiza siempre (4), existiendo un 14% que lo realiza frecuentemente (3); mientras que las internas de enfermería no cumplen satisfactoriamente con esta etapa, el 55% realiza frecuentemente y tan solo un 31% lo hace siempre.

**TABLA Nº 10**

**Frecuencias de la etapa diagnóstica de 10 enfermeras y 13 internas de enfermería, cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE FASE DIAGNÓSTICA	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Clasifica datos	7	2	1	-	3	4	6	-
Interpreta	7	1	2	-	3	3	7	-
Compara	5	3	2	-	2	6	5	-
Analiza	6	4		-	1	3	9	-
Elabora Diagnósticos	7	1	2	-		4	9	-
<b>Total de respuestas</b>	32	11	7	-	9	20	36	-
<b>Total en porcentajes</b>	<b>64%</b>	<b>22%</b>	<b>14%</b>	-	<b>14%</b>	<b>31%</b>	<b>55%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.

**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.



La etapa de la fase diagnóstica es la que menos se practica en el área de Pediatría dado por el número de niños/as hospitalizados no hay el tiempo suficiente para procesar los datos de la valoración, un 64% de enfermeras lo practican pero un 14% lo realiza rara vez, y las internas realizan con menos frecuencia un 14% lo hace siempre; no consideran la importancia de esta fase que es necesario analizar los datos para elaborar correctamente los diagnósticos de enfermería.

**TABLA N° 11**

**Frecuencias de planificación aplicado por las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE PLANIFICACIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Elabora el plan de atención de enfermería: Escrito	-	8	2	-	1	2	10	-
Mentalmente	9	1	-	-	8	4	1	-
Formula Objetivos	8	1	1	-	4	9	-	-
Plantea los cuidados de enfermería considerando: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?	10	-	-	-	4	7	2	-
<b>Total de respuestas</b>	27	10	3	-	17	22	13	-
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>67.5%</b>	<b>25%</b>	<b>7.5%</b>		<b>32.6%</b>	<b>42.5%</b>	<b>24.9%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.  
**Elaboración:** Él/La autora.



**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

La fase de planificación dentro del proceso es importante para la realización de los cuidados por lo que un 67.5% de enfermeras lo realizan siempre y tan solo un 7.5% lo realizan rara vez; mientras que hay una minoría de internas que equivalen al 32.6 que lo hacen siempre y un 42.5% lo realizan frecuentemente y un 24.9% lo hacen rara vez.

**TABLA N° 12**

**Frecuencias de la etapa de ejecución realizada por las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE EJECUCIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Ejecuta el plan de atención: Individualmente	8	2	-	-	5	5	3	-
En equipo	7	3	-	-	2	6	5	-
<b>Total de respuestas</b>	15	5	-	-	7	11	8	-
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>	-	-	<b>26.8%</b>	<b>42.2%</b>	<b>30.7%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.





**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

La etapa de la ejecución se cumple satisfactoriamente por parte de las enfermeras que un 75% lo realizan siempre, notando que las 7 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos las acciones Enfermeras lo practican en equipo y las de piso (Cirugía y Pediatría) de una manera individual; en tanto que las internas de enfermería un 42% ejecutan esta etapa frecuentemente y un 26.8% lo hacen siempre.



**TABLA N° 13**

**Frecuencias de la etapa de evaluación en las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía grave o neumonía, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE EVALUACIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Evalúa la atención de enfermería Progresivamente	7	3	-	-	5	5	3	-
Al final del turno	8	2	-	-	6	5	2	-
Realiza el reporte de enfermería una vez al turno	9	-	1	-	12	1	-	-
Continuo y progresivo	9	1	-	-	3	8	2	-
Considerando: condición del niño, signos y síntomas, cuidados realizados y procedimientos especiales,, manifestaciones presentadas durante el cuidado, alimentación del niño, eliminación, administración de líquidos.	10				4	8	1	
Informa al personal al entregar el turno el plan para la continuidad del cuidado	9	1	-	-	5	6	1	1
Replantea el plan de atención de enfermería al iniciar el turno	8	2			4	4	5	-
<b>Total de respuestas</b>	60	9	1		39	37	14	1
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>85.7%</b>	<b>12.8%</b>	<b>1.5%</b>		<b>42.8%</b>	<b>40.6%</b>	<b>15.3%</b>	<b>1.0%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.



**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

Las enfermeras en un 85.7% cumplen esta etapa satisfactoriamente en la elaboración de los reportes que lo hacen progresivamente y al final del turno para la correcta entrega del mismo, informando al personal la continuidad de los cuidados; mientras que las internas no cumplen adecuadamente esta etapa por lo que un 42.8% lo hacen siempre, un 40.6% frecuentemente y un 15.3% lo realizan rara vez y existe también un 1.0% que no lo hace nunca.



TABLA N° 14

Frecuencias de aplicación de las teorías de enfermería por las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave. departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010

APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Integralidad	8	1	1	-	2	8	3	-
Autocuidado	4	5	1	-	6	7	-	-
Déficit del Autocuidado	4	3	3	-	5	7	1	-
Sistemas de Enfermería	6	3	1	-	5	6	2	-
Modelo de Nancy Rooper	4	2	2	-	1	9	3	-
<b>Total de respuestas</b>	26	14	8	-	19	37	9	-
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>52%</b>	<b>32%</b>	<b>16%</b>	-	<b>29.1%</b>	<b>56.8%</b>	<b>13.7%</b>	-

Fuente: Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

Elaboración: Él/La autora.

**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

La aplicación de las teorías y modelos dentro del área de pediatría el equipo de enfermería no practica siempre estas teorías anotados



anteriormente que representa un 52% que lo hacen siempre, un 32% frecuentemente y un 16% lo hacen rara vez lo que indica que los cuidados que brindan son los de rutina y no aplicando teorías; en cuanto a las internas de enfermería en un menor número equivalente al 29.1% lo hacen siempre y un 56.8% frecuentemente y un 13.7% rara vez.

## SEGÚN LA OBSERVACIÓN DE LOS FORMULARIOS

TABLA Nº 15

**Frecuencia con la que realizan de la etapa de valoración de las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE VALORACIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Revisa la historia clínica	10	-	-	-	-	13	-	-
Realiza la entrevista a la madre.	3	6	1	-	-	13	-	-
Realiza el examen físico general y segmentario	6	4	-	-	-	11	2	-
Identifica problemas riesgos o necesidades	9	1	-	-	-	10	3	-
Prioriza los problemas y/o necesidades.	9	1	-	-	-	3	10	-
<b>Total de respuestas</b>	37	12	1	-	-	50	15	-
<b>Total en porcentaje</b>	<b>74%</b>	<b>24%</b>	<b>2%</b>	-	-	<b>77%</b>	<b>23%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.



**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

Según la observación que se realizó en el área de Pediatría nos podemos dar cuenta que las enfermeras realizan la etapa de valoración siempre equivalente 74% dado que en la aplicación de los formularios hay una diferencia de 1%, las internas de enfermería no realizan siempre esta etapa y lo que corresponde a un 77% frecuentemente realizan esta primera etapa del proceso y un 23% lo hacen rara vez.

**TABLA N° 16**

**Frecuencias de cumplimiento de la etapa diagnóstica por las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave. Departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE FASE DIAGNÓSTICA	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Clasifica datos	8	2	-	-	-	6	7	-
Interpreta	3	7	-	-	-	2	11	-
Compara	3	6	-	-	--	3	10	-
Analiza	7	3	-	-	-	3	10	-
Elabora el diagnóstico	8	2	-	-	-	1	12	-
<b>Total de respuestas</b>	29	20	-	-	-	15	50	-
<b>Total en porcentaje</b>	<b>58%</b>	<b>42%</b>	-	-	-	<b>23.1%</b>	<b>76.9%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.



**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

La fase de Diagnóstico observada y aplicada al personal de enfermería nos explica que no se cumple adecuadamente dentro del servicio, lo que un 58% lo realiza siempre, un 42% frecuentemente lo que es perjudicial para los niños/as porque no se brinda un cuidado óptimo de acuerdo a los diagnósticos formulados, por otra parte las internas lo realizan con frecuentemente 23.1% y con gran desilusión se anota que un 76.9% lo hacen rara vez es decir no cumplen con esta etapa del proceso de atención de enfermería.



TABLA N° 17

**Frecuencias de planificación de 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE PLANIFICACIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Elabora el plan de atención de enfermería:  Escrito	-	7	3	-	-	5	8	-
Mentalmente	10	-	-	-	-	11	2	-
Formula Objetivos	5	5	-	-	-	8	5	-
Plantea los cuidados de enfermería considerando: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?	9	1	-	-	-	7	6	-
<b>Total de respuestas</b>	24	13	3	-	-	31	21	-
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>60%</b>	<b>32.5%</b>	<b>7.5%</b>	-	-	<b>60%</b>	<b>40%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.

**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

En la etapa de planificación nos podemos dar cuenta que según la observación el 60% de enfermeras cumplen a cabalidad siempre con esta





fase, lo que hay una diferencia con los formularios aplicados en donde las enfermeras responden que un 67.5% cumplen siempre, existiendo un 7.5% de desacuerdo; por otra parte podemos indicar que las internas frecuentemente realizan esta etapa un 60% y un 40% rara vez, existiendo de igual modo una diferencia con lo aplicado.

**TABLA N° 18**

**Frecuencias de la etapa de ejecución de 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía grave o neumonía, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE EJECUCIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Ejecuta el plan de atención: Individualmente	3	7	-	-	-	9	4	-
En equipo	7	2	1	-	-	6	7	-
<b>Total de respuestas</b>	10	9	1	-	-	15	11	-
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>50%</b>	<b>45%</b>	<b>5%</b>	-	-	<b>57.6%</b>	<b>42.2%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.

**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.



La ejecución una etapa fundamental dentro del área de enfermería y más en el ámbito de la pediatría donde el cuidado es dependiente por lo que las enfermeras en un 50% lo hacen satisfactoriamente recalando de igual modo el trabajo en equipo en el área de cuidados intensivos e individual en piso; un 45% lo realizan frecuentemente, y un 5% lo hacen rara vez, en cuanto a las internas no realizan siempre esta etapa sino con frecuencia un 57.6% marcando una diferencia con lo que responden en lo aplicado que siempre aplican un 26.8% y frecuentemente un 42.2% .



**TABLA N° 19**

**Frecuencias de la etapa de evaluación en las 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010**

ETAPA DE EVALUACIÓN	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Evalúa la atención de enfermería Progresivamente	6	4	-	-	-	8	5	-
Al final del turno	9	1	-	-	-	11	2	-
Realiza el reporte de enfermería una vez al turno	8	2	-	-	1	12	-	-
Continuo y progresivo	9	1	-	-	1	8	4	-
Considerando: condición del niño, signos y síntomas, cuidados realizados y procedimientos especiales,, manifestaciones presentadas durante el cuidado, alimentación del niño, eliminación, administración de líquidos.	6	4	-	-	2	9	2	-
Informa al personal al entregar el turno el plan para la continuidad del cuidado.	10	-	-	-	-	12	1	-
Replantea el plan de enfermería al iniciar el turno.	9	1	-	-	-	7	6	-
<b>Total de respuestas</b>	57	13	-	-	4	67	20	-
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>81.4%</b>	<b>18.6%</b>	-	-	<b>4.5%</b>	<b>73.6%</b>	<b>21.9%</b>	-

**Fuente:** Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

**Elaboración:** Él/La autora.



**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad.

En esta fase es notoria la contradicción entre los formularios aplicados y observados en donde se anota que las enfermeras en un 81.4% realizan adecuadamente esta etapa y un 18.6% lo hacen frecuentemente en cuento a las internas de enfermería se dice que si hay una gran diferencia por lo que un 4.5% evalúa la atención a los niños/as siempre y un 73.6% lo hacen frecuentemente mientras que un 21.9% rara vez evalúa la atención de enfermería en cuento a la aplicación se dice que un 42.8% evalúan SIEMPRE , siendo este un dato no veraz por lo que esto no se cumple dentro del trabajo diario.



TABLA N° 20

Frecuencias de aplicación de las teorías de enfermería por 10 enfermeras y 13 internas de enfermería en el cuidado a pacientes con diagnóstico de neumonía o neumonía grave, departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2010

APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA	Enfermeras				Internas			
	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca	Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
Integralidad	9	1	-	-	-	13	-	-
Autocuidado	3	7	-	-	-	7	6	-
Déficit del Autocuidado	1	9	-	-	-	11	2	-
Sistemas de Enfermería	1	9	-	-	-	4	9	-
Modelo de Nancy Rooper	9	1	-	-	-	7	6	-
<b>Total de respuestas</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>42</b>	<b>23</b>	<b>-</b>
<b>Total en Porcentajes</b>	<b>46%</b>	<b>54%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>64.6%</b>	<b>35.4%</b>	<b>-</b>

Fuente: Datos obtenidos de la tabulación de formularios de la investigación.

Elaboración: Él/La autora.

**Escala utilizada:** (4) siempre, expresa el cumplimiento total, completo y técnico de la actividad, (3) frecuentemente indica el cumplimiento casi total de la actividad, (2) rara vez actividad ocasional o esporádica y (1) nunca ausencia de la ejecución de la actividad. La aplicación de los modelos y teorías dentro del área de pediatría no es cumplida a cabalidad por parte de enfermeras e internas de enfermería en donde se valora que un 46% cumple siempre y un 54% frecuentemente, y las internas no aplican siempre las teorías aprendidas por el número de pacientes o el desconocimiento de las mismas y un 64.6% lo realizan frecuentemente y 35.4% rara vez.



## **PROPUESTA DE APLICACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS/AS CON NEUMONIA Y NEUMONIA GRAVE**

### **INTRODUCCIÓN**

Los problemas respiratorios la principal causa de ingreso y mortalidad hospitalaria en el Departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso, es una necesidad urgente contar con líneas generales que oriente la participación coordinada de la Enfermera, de las Internas y del personal Auxiliares de Enfermería para el cuidado de los pacientes con neumonía y neumonía grave o enfermedad muy grave.

Los pacientes con problemas respiratorios que ingresan al departamento son aquellos que se encuentran en estado crítico y que necesita la intervención oportuna y urgente del equipo de salud con la finalidad de evitar complicaciones que pueden poner en riesgo la estabilidad y la vida del niño/a.

Los reingresos frecuentes de niños/as con el mismo problema es una situación presente en el servicio, por lo tanto la participación de la enfermera en la preparación del niño/a y sobretodo de la madre para el autocuidado en el hogar es una necesidad, siendo la finalidad intervenir, para que todos los factores o determinantes que constituyen un riesgo de enfermar o morir por esta problema sean controlados en forma oportuna.

La Enfermera que permanece en el servicio las 24 horas, debe planificar la atención integral al niño/a considerando las principales necesidades y actividades vitales afectadas, establecer el grado de dependencia e independencia del niño para el cuidado en la etapa evolutiva, porque no es igual la insuficiencia respiratoria en el Recién Nacido y la Neumonía en un niño/a lactante preescolar, escolar o adolescente.



## ELEMENTOS TEÓRICOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

Las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y la desnutrición son tres de las principales causas de muerte en niños/as desde el nacimiento hasta los 5 años, en la mayoría de los países en desarrollo representando hasta el 70% o sea 7 de cada 10 defunciones son por los problemas antes indicados.

Anualmente, miles de niños se ven afectados por estas enfermedades y ven deteriorada su condición de salud, en forma temporal o permanente con el consecuente perjuicio para su bienestar.

Los avances observados en el control de las enfermedades de la infancia han sido dispares en los países, en los países de la región de las Américas se ha registrado una fuerte reducción en el número de casos y, especialmente, en el número de defunciones por diarrea. Aunque en menor proporción, la mortalidad por neumonía ha disminuido en algunos países.

Las diferencias en los diferentes países de la mortalidad puede atribuirse a factores que afectan como: el acceso de la población para la prevención y tratamiento, resistencia al tratamiento y uso que la población hace a las acciones de salud y las prácticas de vida familiar y comunitaria relacionadas con salud.

El tratamiento tardío de la neumonía puede estar causado por varios factores como: falta de detección de los signos de alarma por parte de los padres y otros responsables del cuidado de los niños/as, la falta de acceso a los servicios de salud, falta de personal capacitado y la falta de medicamentos recomendados para el tratamiento de la neumonía.



La teoría científica proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria, además la teoría proporciona la autonomía profesional y el desarrollo de capacidades analíticas, estimula el razonamiento, clarifica los valores y determina los propósitos del ejercicio profesional.

Dorothea Orem considera la teoría de la enfermería en función del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las tres teorías relacionadas:

1. Teoría del autocuidado,
2. Teoría del déficit de autocuidado, y
3. La teoría de los sistemas de enfermería.

Orem identifica los siguientes tipos de sistemas de enfermería:

- 1. Totalmente compensador**, haciendo todo por el paciente como en el caso de los niños que por la gravedad del problema que constituye una neumonía grave y la edad, hace, que el niño/a sea totalmente dependiente en la atención de la enfermera en cuidados intensivos pediátricos y de la Enfermera y la madre en cuidados intermedios.
- 2. El parcialmente compensador** que se aplica este sistema en el período de convalecencia del niño/a.
- 3. El de soporte educativo** que se puede aplicar antes del alta del niño/a, la educación que da la enfermera, para lo que elabora el plan de alta en el que incluye medidas de cuidado, prevención y control de los factores de riesgo que produce el problema.





La propuesta debe considerar los **requisitos de autocuidado universal**, que son común para todos los seres humanos y se relacionan a las necesidades básicas o a las actividades vitales que plantea Nancy Rooper, se plantea 8 requisitos que son: el aire, el agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad y interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud, Orem define los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud, la autora considera que la enfermedad o lesión no solo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos y psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Para que las madres con niños/as con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios, oportunos para el cuidado del niño/a y que son impartidos por el personal médico y de enfermería.

Nancy Rooper con otras autoras plantean que un modelo de vida ofrece una explicación de lo que significa “vivir” lo constituye en conjunto todo el proceso de la vida que es: respirar, comunicarse, alimentar, descansar, moverse etc.etc. y las autoras lo definen como actividades vitales “(AV)”, las formas de manifestar depende de la edad y pueden ser afectadas y reforzadas por factores físicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político económicos.

### **COMO APLICAR LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO Y ALGUNOS ASPECTOS DEL MODELO DE VIDA DE NANCY ROPER EN PACIENTES NIÑOS/AS CON NEUMONÍA Y NEUMONÍA GRAVE**

Al aplicar las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería se puede emplear la Teoría del Déficit del Autocuidado, los sistemas de Enfermería, y los Requisitos de Autocuidado Universal; pueden utilizarse



la clasificación de las necesidades básicas del ser humano o las 12 actividades vitales.

## 1. VALORACIÓN

1.1. Revisar la historia clínica del niño/niña considerando la edad, la procedencia, residencia, días de hospitalización, motivo de ingreso, condiciones del niño, signos y síntomas, métodos de diagnóstico, evolución y tratamiento.

Determinar el grado de dependencia o independencia que esta de acuerdo a la edad y al estado del paciente.

1.2. Entrevista a la madre en busca de factores de riesgo que pueden producir la neumonía como los ambientales (exposición a contaminación del aire en el hogar, conocimientos y actitudes ante la contaminación). Físicas, familiares enfermedades respiratorias, hábitos, factores socioeconómicos y psicológicos, alimentación del niño y el grado de desarrollo.

1.3. Realizar el examen físico y valorar

- **La necesidad de aire o actividad de respirar**, que debe estar acorde al estado del paciente y la edad de niño, siendo necesario contar el número de respiraciones por minuto, frecuencia del pulso, presión arterial. Características de la respiración (frecuencia, profundidad, ritmo, ruido), movimientos respiratorios, nivel de actividad, coloración de la piel, llenado capilar, presencia de tiraje subcostal, sibilancia y estridor. Método de administración de oxígeno cantidad que recibe. Medición de la saturación.
- **Alimentación y bebida**, identificar la causa por la que no puede alimentarse: dificultad de respiración, respiración por boca, presencia de mascarilla o bigotera u OXIHOOD, letárgico o



inconsciente. Recibe alimentación materna, mixta o artificial.  
Líquidos parenterales, orales, alimentación parenteral.

- **Entorno seguro:** se encuentra en cuna o cama con barandales, seguridad en la administración de oxígenos, medidas de bioseguridad.
- **Eliminación:** urinaria e intestinal características. Presencia de edema.
- **Limpieza personal y vestido.** Condiciones higiénicas, características de las mucosas, grado de hidratación.
- **Temperatura:** Curva de temperatura, control e interpretación.
- **Amor y afecto.** Compañía de la madre, trato al niño. Demostraciones de amor.
- **Sueño:** horas de sueño, tipo de sueño, etapas de sueño.

Determinar las necesidades o las actividades vitales afectadas. Clasificar y Priorizar.

## 2. FASE DIAGNÓSTICA

**La fase diagnóstica tiene 4 etapas:**

1. Procesamiento (clasificación, interpretación razonamiento inductivo o deductivo) de datos.
2. Elaboración del diagnóstico de enfermería.
3. Verificación
4. Documentación

**1. Procesamiento de datos:** Antes de llegar a la fase de planificación los datos tienen que ser clasificados, interpretados y comprobados.



Ejemplo: La Sra. NN de 45 años que ingresa por colecistitis,. Durante la entrevista indica que su madre murió por cáncer de mama (DATO) se clasifica como antecedente familiar y que a ella le hicieron una biopsia de mama hace dos años antecedente personal, tiene 45 años, en que etapa del desarrollo se encuentra: adulto medio como clasifica ERIKSON.

### **Razonamiento inductivo y deductivo**

**Inductivo:** se inicia en una serie de hechos y conduce a una conclusión. Ej. Juana Pauta es una enfermera con mucha experiencia en atención en madres en postparto, ha trabajado con ciertas madres que dan pecho. Ha visto a menudo que muchas madres sufren y se angustian al dar la lactancia materna por primera vez. Es un razonamiento inductivo ya que la generalización o conclusión se basa en observaciones (serie de hechos).

**Deductivo:** se inicia con una premisa principal o generalización y se pasa a lo específico o concreto. Ej. En una sala de cirugía la enfermera determina que el dolor es un hecho frecuente en el postoperatorio, basándose en este conocimiento, observa al paciente en busca de señales rigidez postural, agitación, gemidos, movimientos, pulso acelerado, aumento de la presión arterial.

Interpretación esta fase consiste en procesar los datos significativos, la comprobación con normas y la detección de patrones y tendencias.

Validación: Trata de verificar la exactitud de la interpretación, se puede conseguir mediante la interacción con el paciente o su familia, consultando a otros profesionales o comparando los datos con otras fuentes de información.



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es una declaración, un juicio que determina el estado del paciente y conduce al desarrollo de cuidados de enfermería independientes, dependientes, interdependientes, de prevención, curación y rehabilitación de la salud.

### LA NANDA

El Sistema de Conferencias Nacionales parte del modelo PES

P= Problemas del paciente

E= Etiología y factores que contribuyen al problema.

S= Signos y Síntomas Identificados durante la fase de valoración.

Normalmente, un diagnóstico de enfermería se formula como un juicio con dos partes, el (P) problema y la (E) etiología. Estas dos partes están unidas por la palabra “**relacionado con**” que implica una relación entre el problema y la etiología.

(P) Problema es una declaración clara y concisa del problema real o potencia es decir determinar la necesidad o la actividad alterada.

(E) Etiología es la segunda parte del diagnóstico, son un conjunto de valores espirituales, ambientales, socioculturales, psicológicos y fisiológicos que tienen relación con el problema y que van a determinar el campo de los cuidados de enfermería.

(S) Del modelo PES representa los signos y los síntomas que se identifican en la valoración. Son los datos significativos que constituyen las bases de las deducciones en enfermería y se une



la etiología con los signos y síntomas con el término “**manifestado por**”

*Ejemplo.*

- ***(P) Alteración en el intercambio gaseoso relacionada (E) con la obstrucción de vías respiratorias bajas, manifestado (S) por aumento de las respiraciones y tiraje, cianosis y aleteo nasal***
- ***(P) Alteración del proceso del pensamiento, relacionado (E) con cambios del estado emocional, manifestado por(S) llanto y sudoración.***
- ***Alteración potencial de la eliminación intestinal, relacionada con el reposo prolongado, manifestarse por disminución de ruidos hidroaéreos y distensión abdominal.***



### 3. PLANIFICACIÓN

Elaborar en plan de cuidados de enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
ELABORAR DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON EL PERÍODO CRÍTICO	Plantear lo que se quiere conseguir con el cuidado.	En la que se indique: Que, Cómo, Cuándo y Porque realiza la atención  Considerando que el niño con neumonía y neumonía grave requiere de cuidados para paciente en estado crítico y por su estado y edad es totalmente dependiente
PERIODO INTERMEDIO	Plantear objetivos de recuperación	Aplicar el sistema parcialmente compensador, en el que la madre el niño y la enfermera proporcionan los cuidados al niño
PERIODO DE RECUPERACIÓN Y ALTA	Plantear objetivos del plan de alta	Aplicar el sistema de soporte educativo en que la enfermera plantea las medidas de prevención, vacunación, cuidados en el hogar para evitar los reingresos por los mismos problemas, evitar la resistencia bacteriana y la consulta de seguimiento.



#### 4. EJECUCIÓN

Realización de la Acción de Enfermería:

Son las acciones que la enfermera hace, por, con el paciente y la familia para lograr los objetivos de enfermería. La enfermera es la persona que dirige, asesora y realice los cuidados al paciente y pueda posteriormente medir el impacto del cuidado.

#### 5. EVALUACIÓN

Se anotará Qué consiguió con la atención? , mejoró el paciente? , ha tenido que modificar con frecuencia el plan porque el paciente se fue complicando, el paciente fue totalmente dependiente en la atención?, consiguió independencia?, cuál fue el final del paciente?. Determinar el grado de independencia alcanzada.

#### BIBLIOGRAFIA:

- IYER,TAPTICH,BERNOCCCHI. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana. Madrid 1087. Pág. 10-27
- LEDDY,PEPER. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. J:B: Lippincott Company. Filadelfia. 1995. 251-266
- MARRINER-TOMEY. Modelos y Teorías en Enfermería Tercera Edición. Impreso en España 1995 pág. 181-195
- ROPER,LOGAN,TIERNER. Modelo de Enfermería. Editorial Interamericana. Segunda edición, Impreso en México 1990 pág. 19-34, 63.





**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Valorar la aplicación del proceso de atención de enfermería a niños y niñas con neumonía y neumonía grave.</b></li></ul>	<p>El Proceso de Atención de Enfermería que aplican las enfermeras e internas del Hospital Vicente Corral Moscoso es muy deficiente porque no se practican los pasos y su secuencia y se dice que en la etapa de valoración el 74% que equivale a siempre realiza una correcta valoración al paciente lo que quiere decir que el 26% restante aplica frecuentemente y rara vez esta importante etapa del proceso mientras que la fase de Diagnóstico observada y aplicada con los formularios nos da datos más pobres en donde dan a conocer que tan solo el 64% lo aplican siempre en cuanto al personal de enfermeras y las internas lo realizan frecuentemente el 31% lo que es perjudicial para los niños/as porque</p>	<p>Aplicar correcta y responsablemente el Proceso de Atención de Enfermería para poder brindar a los niños/as una atención de calidad y calidez basada en los principios científicos para alcanzar una estabilidad física y emocional que es el bienestar propio para el niño/a y su familia.</p>



	<p>no se brinda un cuidado óptimo de acuerdo a los diagnósticos formulados,</p> <p>La etapa de planificación que es fundamental dentro de Enfermería porque de ésta depende el accionar para el cuidado del niño/a y su bienestar se explica que es una fase cumplida de una manera satisfactoria y el 60% de enfermeras cumplen a cabalidad siempre con esta fase, lo que hay una diferencia con los formularios aplicados en donde las enfermeras responden que un 67.5% cumplen siempre, existiendo un 7.5% de desacuerdo; por otra parte podemos indicar que las internas frecuentemente realizan esta etapa un 60% y un 40% rara vez, existiendo de igual modo una diferencia con lo aplicado; en la ejecución donde el cuidado es dependiente tanto por la edad del niño como por su estado crítico, las enfermeras en un 50% lo hacen</p>	
--	--	--



	<p>satisfactoriamente recalando de igual modo el trabajo en equipo en el área de cuidados intensivos e individual en piso; un 45% lo realizan frecuentemente, en cuanto a las internas no realizan siempre esta etapa sino con frecuencia un 57.6% marcando una diferencia con lo que responden en lo aplicado que siempre aplican un 26.8% y frecuentemente un 42.2% .</p> <p>Mientras que la etapa de la evaluación es la menos practicada por el personal investigado tanto por el número de niños como por la disponibilidad del tiempo.</p> <p>Finalmente se dice que la aplicación de los modelos y teorías dentro del área de pediatría no es cumplida satisfactoriamente por parte de enfermeras e internas de enfermería en donde se valora que un 46% cumple siempre, y las internas no aplican siempre las teorías</p>	
--	---	--



	aprendidas por el número de pacientes o el desconocimiento de las mismas y un 64.6% lo realizan frecuentemente y 35.4% rara vez.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Valorar y observar la organización del personal de enfermería para la atención de los niños/as con diagnóstico de neumonía y neumonía grave o enfermedad muy grave.</b></li></ul>	El equipo de enfermería brinda a los niño/as cuidados importantes y procedimientos especiales por lo que la formación es fundamental, explicando la buena organización por parte de enfermería en especial de la Unidad de Cuidados Intensivos en donde diariamente el trabajo es planificado y ejecutado en equipo; mientras que en Clínica Y Cirugía Pediátrica la atención es más individual por parte de enfermeras e internas a los niños/as con diagnóstico de Neumonía y Neumonía Grave.	Se continúe con esa dedicación y amor a la enfermería ya que de nosotros y los cuidados brindados a los niños/as depende la recuperación de la salud, en clínica y cirugía pediátrica el trabajo sea planificado y ejecutado los cuidados en equipo.
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Revisión de registros y reportes de la atención brindada a los niños/as.</b></li></ul>	Los reportes o registros de enfermería son deficientes dentro del área en donde no se cumple los pasos para la realización de los mismos en donde no se explica la evolución del paciente sino únicamente rutinario y mal elaborado a excepción de Cuidado Intensivos donde sucede lo contrario.	La estructura y elaboración de los reportes o registros se realice con secuencia y organización, tomando aspectos importantes para indicar claramente la evolución del niño/a por parte de Enfermería y la continuidad del cuidado.



<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Elaborar una propuesta de atención que considere la teoría de la integralidad, del déficit y las demandas de autocuidado planteadas por Dorotea Orem y las actividades Vitales de Nancy Rooper.</b></li></ul>	<p>Se elaboró la propuesta que consta de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a los niños/as con diagnóstico de neumonía y neumonía Grave o Enfermedad muy Grave para que sea aplicada en el área de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso basado en la teoría de Dorotea Orem y Nancy Rooper</p>	<p>La aplicación correcta de esta propuesta para brindar a los niños/as una atención de Enfermería con bases científicas y obtener grandes resultados no solo para la satisfacción propia como profesionales sino para el bienestar de los infantes de nuestra ciudad.</p>
--	--	--



## BIBLIOGRAFIA

- BRUNER, SUDDORTH “ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO”. Volumen 1. Octava Edición, Interamericana, 1989.
- CAÑAR. Miriam, “PLAN ESTRATÉGICO, MANUAL DE NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA”, Cuenca 2009
- CURRÍCULUM DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. 2008
- DUGAS.”TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA”, Editorial Interamericana, 1988.
- E. NELSON, C VAUGHAN, R. McKAY. “TRATADO DE PEDIATRIA”, Volumen 1. Sexta Edición, Editorial Salvat Mexicana.
- Diccionario general de la Lengua Española, Editorial Larousse. Barcelona 2000.
- IYER,TAPTICH,BERNOCCCHI. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana. Madrid 1087. Pág. 10-27
- J. MENEGHELLO, E. FANTA, E.PARIS, T. PUGA. “PEDIATRIA”. Tomo 1. Quinta Edición, Editorial Médica Panamericana.
- J.ORTIZ, J. CABRERA, M.ITURRALDE “TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN”, Ed Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Enero 2008
- LEDDY,PEPER. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. J:B: Lippincott Company. Filadelfia. 1995. 251-266
- MARRINER TOMEY, RAILE ALLIGOOD. “MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA”. 4ª Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid. 1999.
- MARRINER-TOMEY. Modelos y Teorías en Enfermería Tercera Edición. Impreso en España 1995 pág. 181-195
- ROPER,LOGAN,TIERNER. Modelo de Enfermería. Editorial Interamericana. Segunda edición, Impreso en México 1990 pág. 19-34, 63.