



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
MENINGOENCEFALITIS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Escobar Banda, Silvia Narciza

Tutora: Lcda. Mg. Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi Calidad de Tutora de Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON MENINGOENCEFALITIS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA”** de Silvia Narciza Escobar Banda, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H, Consejo Dirección de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico sobre: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON MENINGOENCEFALITIS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

.....

Escobar Banda, Silvia Narciza

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este análisis de caso, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

.....

Escobar Banda, Silvia Narciza

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueben el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON MENINGOENCEFALITIS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA”** de Silvia Narciza, Escobar Banda, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2da VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia, en especial a mis padres Teresa y Rosendo, quienes me brindaron su apoyo incondicional en mis estudios, logros y tropiezos a lo largo de mi vida ya que gracias a ellos he podido culminar con éxito mi Carrera, venciendo obstáculos en la vida, por la paciencia y consejos en los momentos más difíciles que se me ha presentado y que gracias a sus palabras de aliento he sabido salir adelante.

A la persona que me ha influenciado a culminar mi Carrera, mi hijo Sebastián, quien con su cariño y afecto, es el principal eje de mi felicidad, de mi esfuerzo, sacrificio y ganas de seguir adelante, quien a su corta edad me ha enseñado que no hay imposible en la vida y fuiste mi motivación más grande para concluir con éxitos este análisis de caso.

A mis hermanos quienes con sus palabras de aliento y apoyo siempre me aconsejaron a culminar mi carrera y sacaron una sonrisa en los momentos más difíciles.

A mis amigas con quienes he compartido los momentos más felices y tristes de la carrera, ya que en todo este tiempo largo de la universidad no solo nos hizo compañeras sino además nos convirtió en amigas.

Silvia Narciza Escobar.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir, por la salud y la sabiduría que se me ha brindado, para culminar con éxitos este análisis de caso y permitir tener la vocación de servicio a los demás.

A mis padres, hermanos, por su constante amor, afecto, por cada uno de sus sacrificios que hicieron que siga adelante, porque con ello me enseñaron que todo sacrificio tiene su recompensa, sinceramente agradezco ya que sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

Al ser más importante de mi vida, mi pequeño Sebastián quien me brinda toda la felicidad en los momentos más tristes de mi vida.

A mis docentes quienes fueron el pilar fundamental en mi formación a lo largo de la carrera, ya que no solo compartieron sus conocimientos sino a un más sus experiencias vividas y más que docentes formaron parte de mi diario vivir en la carrera Lcda. Miriam Fernández, Lcdo. José Luis Herrera, Lcda. Mercedes Guevara, Lcda. Isabel Analuisa, que con su paciencia y ayuda hicieron la culminación de este trabajo.

A mis amigas con quienes he compartido momentos inolvidables de mi vida.

A la Universidad Técnica de Ambato, quien me abrió las puertas para adquirir los conocimientos, para mi vida profesional.

Silvia Narciza Escobar.

ÍNDICE

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE	viii
RESUMEN	xi
SUMMARY.....	xii
I. - INTRODUCCIÒN.....	1
II.- OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
III.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES	4
3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE	4
3.2 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	5
IV.- DESARROLLO.....	12
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	12
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	38
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	41
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS	42

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	43
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	46
V. CONCLUSIONES.....	79
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	80
VII. ANEXOS.....	86
ANEXO 1	86
ANEXO 1.1.....	87
ANEXO 2	88
ANEXO 3	89
ANEXO 4	90
ANEXO 4.1.....	90
ANEXO 5	92
ANEXO 5.1.....	93
ANEXO 6	94
ANEXO 6.1.....	95
ANEXO 7	96
ANEXO 7.1.....	97
ANEXO 8	98
ANEXO 9	99
ANEXO 9.1.....	100
ANEXO 10.....	101
ANEXO 11.....	102
ANEXO 12.....	103
ANEXO 13.....	104
ANEXO 14.....	105
ANEXO 15.....	106
ANEXO 15.1.....	106

ANEXO 16.....	107
ANEXO 17.....	107
ANEXO 18.....	108
ANEXO 19.....	108
ANEXO 20.....	109
ANEXO 21.....	110
ANEXO 22.....	111
ANEXO 23.....	112

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
MENINGOENCEFALITIS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA”

Autora: Escobar Banda, Silvia Narciza

Tutora: Lcda. Mg. Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel

Fecha: Agosto 2016

RESUMEN

El presente análisis de caso trata sobre la meningoencefalitis, teniendo en cuenta que en los últimos años, se ha convertido en una de las enfermedades más preocupantes en el ámbito de la pediatría, ya que es una de las primeras causas de mortalidad.

En ese trabajo se presenta un paciente de sexo masculino de 5 meses de edad, sin antecedentes patológicos personales, el mismo que presentó una enfermedad muy grave para la edad, y que hasta el momento no se observa ninguna secuela neurológica después del desarrollo de su enfermedad.

Además se realiza el presente análisis de caso ya que en su gran mayoría no se cumplen las acciones necesarias por parte del personal de salud con el paciente, por lo cual se plantea una guía de manejo para el cuidador con la finalidad de mejorar su calidad de vida, la misma que contiene actividades sobre: termorregulación, medio ambiente, nutrición y fisioterapia infantil.

En el presente estudio se utilizó una metodología descriptiva ya que permitió establecer contacto con el paciente y su realidad para observar, describir y evaluar, la finalidad de esta radica en formular nuevos planteamientos y brindar una atención de calidad y calidez.

PALABRAS CLAVES:

MENINGOENCEFALITIS, ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.
TERMORREGULACIÓN, NUTRICIÓN, CALIDAD DE VIDA,
METODOLOGÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSERY CAREER
"NURSING INTERVENTION IN PATIENTS WITH
MENINGOENCEPHALITIS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE
QUALITY OF LIFE"

Author: Escobar Banda, Silvia Narciza

Tutor: Atty. Mg. Isabel Jiménez, Eulalia Analuisa.

Date: August 2016

SUMMARY

This case deals analysis meningoencephalitis, considering that in recent years, has become one of the most troubling diseases in the field of paediatrics, since it is one of the first cusses of morality.

In this work, a male patient of 5 months of age has no personal medical history, it presented a very serious illness for age, and that so far no neurologic sequelae were observed after the development of their disease.

Besides this case analysis is carried out as mostly not necessary actions by health personnel with the patient are met, for which a management guide is planned for the caregiver in order to improve their quality of life thereof containing activities: thermoregulation, environment, child nutrition and physiotherapy.

A descriptive methodology was used in this study because it allowed contact with the patient and their reality to observe, describe and evaluate the purpose of this is to formulate new plannings and provide quality care and warmth.

KEYWORDS:

MENINGOENCEPHALITIS, ACTIVITIES OF NURSING,
THERMOREGULATION, NUTRITION, QUALITY OF LIFE,
METHODOLOGY.

I. - INTRODUCCIÓN

El propósito del presente análisis permitirá analizar las complicaciones que conllevó a adquirir la meningoencefalitis sabiendo que la misma actualmente en nuestro país ha incrementado notablemente conforme pasan los años.

Siendo así que los profesionales de la salud deben contar con herramientas y conocimientos adecuados para la intervención en el proceso de cuidados en pacientes con meningoencefalitis. Sabiendo que muchas de estas enfermedades se pueden prevenir mediante la promoción y prevención de salud en determinada población.

En la actualidad *Hemophilus influenzae*, la *Neisseria meningitidis* y el *Streptococcus pneumoniae* son responsables de más del 80% de las meningitis bacterianas. Siendo esta enfermedad que afecta particularmente a los niños menores de 5 años con más del 90 % de los casos del grupo de mayor riesgo es entre 6 y 12 meses. García W. (2013).

En general la meningitis bacteriana es la inflamación de las membranas que rodean al cerebro y la médula espinal secundaria a la presencia de una bacteria y que se caracteriza por un número anormal de células (leucocitos) en el líquido cefalorraquídeo.

La meningitis bacteriana es la forma más común de infección supurativa del sistema nervioso central, y a diferencia de la viral, es una enfermedad de alta letalidad. Sus características clínicas principales son fiebre (94%) y cefalea intensa, náuseas y vómito (82%), rigidez de la nuca (77%) y frecuentemente erupción y petequias, surgiendo a menudo delirio, convulsiones (44%) y coma. En esta enfermedad, tanto las meninges como la médula espinal son sembradas por microorganismos por vía hematógena, reaccionando con inflamación, lo que se traduce por las alteraciones clínicas, químicas y sanguíneas. Lo cual en un individuo previamente saludable puede ser inicialmente visto como algo benigno hasta que se altera la conciencia y se presentan signos neurológicos focales del paciente. García W. (2013) & Gustin R. (2005).

En el Hospital General Docente Ambato se encuentra un paciente con las mismas características el cual fue hospitalizado durante 19 días con su tratamiento correspondiente y cuidados de enfermería acorde a su patología.

El presente análisis está dirigida a dar respuesta a los factores de riesgo que conllevó a adquirir dicha enfermedad y si la atención de enfermería recibida en el medio hospitalario fue adecuada a la necesidad del paciente.

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar el tratamiento y la atención de enfermería brindado a niños menores de 5 años con meningocefalitis mediante una revisión del historial clínico y bibliográfica para la mejora de la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las actividades de enfermería que fueron brindadas al paciente pediátrico con meningocefalitis del Hospital Provincial General Docente Ambato.
- Determinar los principales factores de riesgo que desencadenaron a desarrollarse la enfermedad.
- Elaborar una guía extrahospitalario para el manejo a pacientes con meningocefalitis dirigido al cuidador.

III.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

La información utilizada en este Análisis de Caso pertenece a la historia clínica y única del paciente obtenida en el Hospital Provincial General Docente Ambato de la provincia de Tungurahua de la cual se obtuvo información detallada de la evaluación de la primera consulta inicial, el motivo de consulta, el ingreso al hospital, la misma que se obtuvo de la historia clínica del paciente de la hoja de emergencia formulario 008. Los antecedentes personales, familiares, patológicos y principal sintomatología encontrada en la hoja de anamnesis, formulario 003. El ingreso de hospitalización con algunos exámenes de laboratorio, realizados en la misma casa de salud y con resultados pasados pudiendo encontrarse en la hoja de concentrado de laboratorio, formulario 054. Placas radiográficas, la misma que se encuentra en la hoja de concentrado de exámenes especiales, formulario 055. Evolución correspondiente de la patología, encontrados en la hoja de evolución y prescripciones, formulario 005, lo cual permitió llegar a un diagnóstico definitivo y poner inmediatamente en tratamiento al paciente, con el fin de contrarrestar la enfermedad, de la misma forma se obtiene informes de enfermería, que se evidencia en la hoja de evolución y prescripciones formulario 005, los cuales fueron una pieza fundamental para luego establecer un plan de atención de enfermería.

De igual manera los datos obtenidos en la historia clínica, con la revisión bibliográfica encontrada en la Universidad Técnica de Ambato y páginas de internet como son las revistas, artículos científicos, se analiza y se argumenta los datos obtenidos del paciente, lo cual se me ha proporcionado conocimientos importantes sobre la patología del paciente y así poder tener una mejor realización en el análisis del caso.

3.2 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Toda la información y datos no encontrados en la historia única del paciente, se la obtuvo a través de una entrevista a familiares, en especial a su madre quien ha estado siempre y en todo momento a su lado, con el fin de averiguar cada detalle acontecido con la trascendencia de su enfermedad, de igual manera se obtuvo información del personal de salud que participaron en la valoración inicial y tratamiento para así poder evaluar la patología del paciente. Dicha entrevista se la elaboró de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson, priorizando los problemas y enfocarnos en los cuidados de enfermería correspondientes.

VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

La paciente mantiene una respiración dentro de los parámetros normales de 40 a 60 respiraciones por minuto, por el mismo hecho de presentar un poco de tos y habitar en zona alta. Anexo (1).

Según la Revista Gastrohup refiere que; la frecuencia respiratoria debe ser el primer signo vital evaluado, dado que la ansiedad y la agitación alteran la frecuencia respiratoria. Los valores normales de respiraciones de 2 meses a 1 año son hasta 50 respiraciones por minuto. En condiciones que aumenten las necesidades metabólicas del niño como el ejercicio, el dolor, y la fiebre, la frecuencia respiratoria es mayor a la normal. Lo que demuestra que los valores normales son similares a los que presenta el paciente.

Cobo, D. y Daza P. (2011). SIGNOS VITALES EN PEDIATRÍA. *Revista Gastrohup*. Colombiana: Volumen 13 Número 1 Suplemento 1: S58-S70
<http://revgastrohup.univalle.edu.co/a11v13n1s1/a11v13n1s1art6.pdf>

2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Paciente con un peso normal de 8 kg; de acuerdo a la escala del índice de masa corporal madre refiere que el paciente lacta cada 2 horas durante todo el día, de igual forma su madre consume una variedad de nutrientes en su alimentación lo que favorece al paciente en su crecimiento y desarrollo con aportes nutricionales adecuados. Anexo (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (2016); la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes y seguir lactando hasta los 24 meses, sin embargo esto fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. El mismo que demuestra que niño siempre ha tomado, leche materna y que en ningún momento la madre ha cambiado por otra alimentación sucedaña.

Urquiza, R. (2014). LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. *Revista Colombiana*. Disponible:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322014000200011&script=sci_arttext

3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Paciente en relación a la micción y deposición es dependiente.

En los niños la composición líquida del cuerpo es superior que en los adultos, y por ello los niños excretan un volumen de orina más elevado, además tienen la vejiga más pequeña. Hay que tener en cuenta la importancia del control de esfínteres para la eliminación. Los niños hasta llegar a una edad entre 2 y 3 años, no controlan los esfínteres, ni por tanto su eliminación, porque su sistema nervioso central aún no ha madurado. Por consiguiente el uso de pañal es necesario a esta edad. Revisa colombiana. Necesidad de eliminar. (2010).

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Paciente con dependencia moderada, por la edad misma del paciente.

Según Brower (1988) el moverse o jugar no es un lujo, sino una necesidad para todo niño en desarrollo. *Los movimientos corporales posibilitan al niño relacionarse con su entorno y a la vez desarrollar su cuerpo, su mente y su espíritu. Podemos ver como evoluciona el niño a través de su juego, desarrollan sus habilidades psicomotoras a través del movimiento hasta llegar a su máxima capacidad.* Por lo tanto es necesario ya que de la misma forma que va creciendo debe ir adquiriendo la coordinación de los movimientos.

Meneses, M. & Monge, M. (2001). EL JUEGO EN LOS NIÑOS: ENFOQUE TEÓRICO EDUCACIÓN. *Revista educación*. Vol. 25. Pg. 113 - 124 disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44025210.pdf>

5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Madre refiere que el niño conciliar el sueño de una manera adecuada, refiere que duerme durante el día dos o tres veces y en la noche duerme a partir de las nueve y que se despierta entre las 5 o 6 de la mañana y en raras ocasiones presenta tos durante la noche, pero una tos seca que no compromete la salud del paciente.

La necesidad de sueño varía con la edad; en los lactantes deben dormir de 8-10 horas nocturnas y varias siestas durante el día. Hasta un año el promedio diario de sueño es de 14 horas; ya que durante el sueño ocurren distintos procesos neuronales que tienen relación con la modulación del metabolismo y la secreción hormonal (por ejemplo, es clásico que la hormona de crecimiento en los niños se secreta durante las horas de sueño). Por lo que se analiza que las horas de sueño del niño son similares a las que menciona la bibliografía.

Gutiérrez, F. (2010). MANUAL PARA DORMIR Y DESCANSAR ADECUADAMENTE. México. Disponible: <http://www.mexicanal.com/blog-entry/mtro-francisco-gutierrez/29353>

6.- NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Actividad dependiente de la madre y de acuerdo a la condición y a la edad del paciente.

El tipo de ropa a utilizar en relación con la edad, depende de los ajustes termorreguladores, los niños muy pequeños necesitarán ropas más cálidas a fin de suplir la deficiencia de los mecanismos de termorregulación. Por cuanto la madre utiliza la ropa adecuada con el niño.

Material complementario enfermería comunitaria (2013).

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Actividad dependiente de la madre con valoración de la temperatura corporal del niño y la condición climática.

La edad influye de manera notable en el mantenimiento de la temperatura corporal. Cuando más pequeño es el recién nacido o primera infancia, debemos tener en cuenta la temperatura ambiente a la que está sometido el niño; dentro de los valores oscila de 36.5 a 37.7°C. La termorregulación es el mecanismo con el que nuestra temperatura se mantiene constante; ésta tiene lugar en el centro regulador hipotalámico y podemos distinguir entre la termogénesis o producción de calor y la termólisis o pérdida calórica del organismo. El niño mantiene una temperatura normal dentro de los valores normales; utilizando una ropa adecuada para el ambiente en que se encuentra.

- Ventura, P. (2008). Manual de termorregulación.
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNTermorreg.htm>
1
- Soto, N., García, J., Fernández, B. (2009). Temperatura corporal y su importancia como constante vital. *Revista ROL de enfermería*, Vol. 32, N° 9,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3029438>

8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Madre refiere que la higiene corporal del niño es adecuado por lo que realiza el baño cada 72 horas, integridad de la piel normal.

Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, hay expertos que opinan que no es necesario bañar al bebé todos los días, con una o dos veces por semana sería suficiente siempre y cuando se mantenga limpia y sin gérmenes la zona genital, con el cambio de pañales y los cuidados higiénicos que implica. En cuanto se analiza que la frecuencia a la que baña al niño es similar a la que manifiesta la bibliografía.

Vélez, L. (2013). FRECUENCIA ADECUADA PARA BAÑAR AL BEBE. *Guía infantil*.

<http://www.guiainfantil.com/articulos/bebes/higiene/la-frecuencia-adecuada-para-banar-al-bebe/>

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Madre refiere que el cuidado del niño está a su cargo pero existes peligros ambientales como: exposición a cocina de leña y tanque de gas doméstico, exposición al alcance de la tierra con facilidad, clima a temperaturas bajas, vivir en zona rural.

El niño adquiere el sentido del peligro a medida que se va desarrollando mentalmente y desarrolla poco a poco la autoprotección contra los peligros hasta la edad adulta. La persona mayor debe tomar medidas particulares de autoprotección debido a una disminución de ciertas funciones. Las lesiones son las principales causas de enfermedades y hasta la muerte en niños menores de cinco años. Se analiza que la madre si toma las debidas precauciones con el niño.

Cele, S. (2002). Necesidad de evitar peligros ambientales.

http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4467

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

No aplica

11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Madre refiere tener creencia religiosa y que a futuro su hijo ira encaminado a las mismas creencia, manifiesta que reza todos los días pidiendo a dios y a la virgencita por su hijo y su familia y no volver a pasar momentos de tristeza y angustia en el hospital, alejado de su otro hijo y de su esposo lo cual no quiere imaginarse nuevamente volver a pasar por aquellos momentos.

(No presenta).

12.- NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

(No presenta)

13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Madre refiere que salen al parque o al centro de la ciudad los fines de semana con el fin de distraer a sus niños y su esposo ya que manifiesta que entre semana se mantienen ocupados en sus trabajos y que casi no se dedican mucho a sus hijos.

Las actividades recreativas constituyen un elemento básico en la vida de un niño, que además de divertido resulta necesario para su desarrollo. Los niños necesitan estar activos para crecer y desarrollar sus capacidades, el juego es importante para el aprendizaje y desarrollo integral de los niños puesto que aprenden a conocer la vida jugando. Además desarrolla diferentes capacidades en el niño como: físicas, desarrollo sensorial y mental, afectivas, creatividad e imaginación. En cuanto se analiza que la madre si hace participar en este tipo de actividades recreativas para un mejor desarrollo en las actividades de aprendizaje.

Jiménez, I. (2013). La importancia del Juego en el Desarrollo del Niño. Revista educación.

<http://www.hacerfamilia.com/educacion/noticia-importancia-juego-desarrollo-nino-20130516073341.html>

14.- NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

No presenta

IV.- DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente masculino de 5 meses de edad, lactante menor, nacido en Ambato y reside en Santa Rosa, estado socio económico regular. Producto de segunda gesta, bien controlado, bien tolerado, nacido a término por paro eutócico, público.

Bien alimentado, completamente inmunizado para la edad, con desarrollo psicomotriz adecuado. Sin antecedentes patológicos familiares, sin antecedentes patológicos personales.

Madre refiere que desde hace 8 días presenta tos sin expectoración, de leve intensidad, rinorrea y que hace tres días agrega tos con expectoración de color verdosa que ha incrementado en intensidad, además de vómito por dos ocasiones de contenido alimentario en moderada cantidad. Por lo que acude a esa casa de salud.

Al examen físico presenta taquicardia, taquipnea, febril con apoyo de oxígeno por bigotera, mucosas orales secas, pulmones: roncocalientes y crepitantes en ambos campos pulmonares, abdomen suave depresible a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados.

Paciente ingresa con un diagnóstico de neumonía grave, el mismo que desencadena a una meningoencefalitis. Mediante el cual indican NPO, Dextrosa en agua más 10cc de cloruro de sodio, más 10 cc de cloruro de potasio, más 5cc de gluconato de calcio, ampicilina, ceftriaxona, manitol, epamin, fenobarbital, ácido ascórbico, tocoferol, ácido valproico y claritromicina. Con los cuidados de enfermería eficientes en el paciente: control de signos vitales, control de ingesta y excreta, diuresis horaria, cabecera a 30°, oxígeno por cánula nasal, vigilar convulsiones, medición de perímetro cefálico, peso cada día, administración de medicación prescrita.

EMERGENCIA

05/02/2016

IDg:

EDA+ DHG I MIXTA + NEUMONIA

FC: 100x` SatO 90% a 3 lts.

Paciente al momento, MO húmedas pálidas generalizadas, fontanela anterior ojos no hundidos.

CP: MV: disminuido y rales bilateral.

Tórax refracciones subcostales.

Plan ingreso a pediatría.

INDICACIONES

- 1.- Ingreso a pediatría.
- 2.- CSV
- 3.- Control de SatO2 a 3 litros por cánula nasal.
- 4.- Dx/A 5% 1000cc +13.5cc Na + 11.5cc K pasar 500cc 8h luego 300cc en 16 h.
- 5.- Ampicilina 350 mg IV STAT.
- 6.- Nebulización 0,5cc bromuro + 2cc S.S 0,9% STAT.
- 7.- Indicaciones de pediatría.

NOTA DE ENFERMERÍA

05/02/2016

22:00Pm

Paciente que viene de emergencia con oxígeno, con facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, vía periférica permeable.

NOTA DE INGRESO MÉDICO

05/02/2016

22:10 PM

Erick de 5 meses de edad, masculino, lactante menor, católico, indígena nacido en Ambato, residente en sana rosa, condición socioeconómica regular.

Producto de segunda gesta, embarazo bien controlado, bien tolerado

CPN: 9, ECOS: 2

Vitaminas + hierro: si

Antitetánica 2 dosis

Nace en parto eutócico termino, institucional público sin complicación, alimentación seno materno exclusivo hasta el momento, inmunización completa, desarrollo psicomotriz adecuada.

APP: ninguna

APF: ninguna

Alergias: no

MC: tos + diarrea

ED: familiar refiere que desde hace 3 días presenta tos seca de moderada intensidad y frecuencia, acompañada de diarrea hialina, el proceso respiratorio evoluciona tos con expectoración y dificultad respiratoria.

Hace 24 horas realiza deposición diarreica en moderada cantidad fétida amarillenta con moco y vómito por 2 ocasiones de contenido líquido y alza no cuantificada, lo que acude a esa casa de salud se decide su ingreso.

FC: 120x` FR: 60x` T^a 38°C SatO2: 91% a 2 lts.

Paciente taquicardico, taquipneico, febril con apoyo de oxigeno por bigotera nasal.

Cabeza: fontanela anterior.

Boca: MO semihumedas, orofaringe congestiva.

Tórax: no reacciones.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

Pulmones: MV disminuidos, roncus, estertores crepitantes de mediana, burbujas en base.

RIG: testículo en bolsa escrotal, prepucio liberal glánde de 40%.

Extremidades: tono y fuerza conservada.

IDg: Neumonía grave + EDA + deshidratación GI mixta

INDICACIONES

- 1.- Seno materno a libre demanda.
2. - CSV+ SatO2 c/6h.
3. - Semifowler.
- 4.- O2 por cánula nasal para mantener SatO2 > 90%.
- 5.- Dx/A 5% 1000cc + 13.5 Na + 11.5 K pasar 650c en 8 horas y luego 300cc en 16 horas restantes.
- 6.- Ampicilina 350mg IV c/6h y STAT.
- 7.- Oxacilina 350mg IV c/6h y STAT.
- 8.- Nbz con 0.5 cc bromuro de ipratropio + 2cc S.S 0,9% c/ 6h.
- 9.- Medios físico bajar la T^a > 38°C.
- 10.- Paracetamol 70mg VO c/8h.
- 11.- Reponer con Dx/A preparada con 30cc por cada vomito o diarrea.
- 12.- Rayos X tórax.
- 13.- BH, QS, PCR.

14.- EMO

15.- COPRO+ PMN+ rotavirus.

ANÁLISIS:

En toda casa de salud la atención debe ser completa y eficiente logrando así satisfacer las necesidades del paciente. El niño ingresa a la sala de emergencias en brazos de su madre, posteriormente brindan la atención oportuna, el mismo que presenta los siguientes signos peso: 7.7 kg y SatO₂: 64%, con indicación de ingreso a pediatría.

En cuanto se analiza que los cuidados por parte del equipo de salud fueron inespecíficas, incompletas e inoportunas, ya que no se evidencia en la hoja de evolución el informe de enfermería sobre la condición del paciente con la que ingresa al servicio, dado que en los pacientes con esta patología al ingreso a piso las intervenciones de enfermería son: valoración céfalo caudal, control de signos vitales, administración de oxígeno, brindar confort al paciente, educar a la madre, comunicar al médico de turno, cumplimiento de prescripciones médicas.

Del reporte médico se cumple todas las indicaciones prescritas, mediante el cual se analiza los exámenes de laboratorio con los siguientes resultados: leucocitos 27.73, neutrófilos 17.3%, linfocitos 80.6%, los mismos que se ven aumentadas debido a la presencia de infecciones bacterianas agudas, hongos y vírica. Alejandra Hurtado (2012), ver en Anexo (13). Además indica Rx de toras la misma que responde un infiltrado parahiliar. Mediante una revisión bibliográfica refiere que; las infecciones bacterianas y virales pueden producir patrones radiográficos que abarcan desde los pulmones con un aumento del volumen pulmonar como son: infiltrados parahiliares y peribronquiales con o sin atelectasia y menos comúnmente, infiltrados reticulonucleares difusos. Ramirez A, (2016)

ANÁLISIS 06/02/2016

Al ser las indicaciones médicas las mismas del día anterior, el paciente permanece en regulares condiciones, ya que no se evidencia acciones realizadas por miembros de salud, por lo tanto el personal no satisface, no evalúa, no participa en los cuidados específicos del paciente durante estos días.

EVOLUCIÓN DIURNA MÉDICA

07/02/2016

06:00 Am

Erick de 5 mese

IDg: Neumonía grave + EDA+ Deshidratación grado I.

S mamá refiere que el paciente realiza 8 deposiciones diarreicas de poca cantidad con moco fétido, tos de leve intensidad, refiere que llora durante toda la madrugada, irritable, intranquilo.

O FC: 135x` FR: 44x` Tª 36°C SatO2: 83 % sin oxígeno.

CP: se auscultan estertores y roncus en ambos campos pulmonares.

Abdomen suave depresible, RHA aumentados.

A Paciente taquicardico, con apoyo de oxigeno por bigotera nasal a 2 litros.

P Hidratación con líquidos y electrolitos, antibioticoterapia, nebulizaciones

INDICACIONES

- 1.- Seno materno a libre demanda
- 2.- CSV+ SatO2 c/6h.
- 3.- O2 por cánula nasal para mantener SatO2 > 90%.
- 4.- Dx/A 5% 1000cc + 13.5 Na + 11.5 K pasar 300cc en 24h.
- 5.- Ampicilina 350mg IV c/6h.
- 6.- Nbz 0.5 cc bromuro de ipratropio + 2cc S.S 0,9% c/ 6h
- 7.- Reponer con Dx/A preparada con 30cc por cada vomito o diarrea.
- 8.- BH, PCR, electrolitos (urgente).

INFORME DE ENFERMERÍA

07/02/2016

07:15 Am

Paciente presenta movimientos involuntarios de miembros superiores se informa al doctor de turno.

EVOLUCIÓN MÉDICA

07/02/2016

07:20Am

Al momento paciente permanece irritable presenta movimientos involuntarios de miembros superiores.

No alza térmica (37.4ª C), fontanela un poco abombada pulsátil.

IDg: D/C meningitis.

Al momento presenta movimientos involuntarios.

Madre refiere que el paciente se encuentra en mal estado desde la madrugada.

No se realiza punción lumbar porque ha recibido 7 días previos de antibiótico.

INDICACIONES

- 1.- Ampicilina 450 mg IV c/4h y STAT.
- 2.- Ceftriaxona 350 mg IV c/12 h y STAT
- 3.- BH + cultivo sangre
- 4.- Control de signos vitales y T/A c/4h y anotar.
- 5.- Aciclovir 70 mg IV c/8h.
- 6.- Diazepam 2mg IV PRN.
- 7.- NPO
- 8.- Dx/A 5% 1000cc + 13.5 Na + 11.5 K pasar 700cc IV en 24horas.

EVOLUCIÓN MÉDICA

07/02/2016

12:12

Al momento presenta convulsión mitoclónica a nivel de comisura labial derecha y miembro superior derecho duración de 2 minutos, con Tª 39ªC. Fontanela anterior abombada.

INDICACIONES

- 1.- Diazepam 2 mg IV STAT.
- 2.- Bajar la Tª por medios físicos.
- 3.- Paracetamol 80 mg VO STAT

EVOLUCIÓN MÉDICA

12:40

Pese a administración de diazepam IV mantiene convulsión focalizada de miembro superior derecho. Tª 36,4ªC.

INDICACIONES

- 1.- Difenilhidantoina 140 mg IV STAT y 17 mg IV c/12h diluido en S,S 0,9% IV lento.

INFORME DE ENFERMERÍA

07/02/2016

12:45

Paciente en mal estado general realiza alza térmica de 39.2ªC se administra antipirético indicado, aplicación de medios físicos, tras lo cual realiza convulsiones con movimientos de miembros superiores permanece con oxígeno, se informa a médico quien indica medicación anticonvulsivante al momento Tª 36.4ªC.

EVOLUCIÓN MÉDICA

07/02/2016

14:00

Paciente mantiene convulsión tónica clónica, fontanela anterior tensa, mantiene convulsión a pesar de la administración de fenitoína, se cuenta empezar anti edema cerebral.

INDICACIONES

- 1.- Manitol al 20% pasar 17 ml IV c/4h
- 2.- Dx/A % 1000cc +13.5cc Na pasar 700cc IV en 24 horas.

INFORME DE ENFERMERÍA

07/02/2016

18:30

Paciente controlado convulsiones, con oxígeno, somnoliento, mucosas orales semihumedas, diuresis espontánea con Tª 36.8°C, SatO2 98% FC: 135x`FR: 36x`.

EVOLUCIÓN NOCTURNA MÉDICA

Erick de 5 meses

IDg: neumonía grave+ Enfermedad diarreica aguda+ Deshidratación grado I + Convulsiones+ Meningitis

Paciente que durante el día ha presentado varios episodios convulsivos tipo tónico clónico controlado con diazepam y fenitoína, fontanela anterior normotensa, se decide iniciar manitol, se elimina potasio de la hidratación, FC: 110x`, FR: 40x`, SatO2: 96% con Oxígeno a 2 litros x`, paciente decaído en condiciones regulares.

INDICACIONES

1.- Mismas indicaciones.

2.- CSV +SatO2 c/4h.

ANÁLISIS

Se analiza que quien observa las respuestas fisiológicas anormales del paciente al presentar convulsiones tónico clónicas, es el personal de enfermería, inmediatamente comunica al médico de turno para la atención oportuna, posteriormente madre refiere que el niño permaneció irritable toda la madrugada; por otro lado no se logra evidenciar la curva térmica en la hoja de signos vitales, ni en los reportes de enfermería.

Se constata que las prescripciones médicas no están acorde a las necesidades del paciente ni en un lineamiento que es céfalo caudal ya que en una determinada indicación menciona NPO pero en otra indicación esta paracetamol VO y no hay una concordancia en las indicaciones, pese a lo indicado personal de enfermería no administra medicación pudiendo verificar en la hoja de administración de medicación y solo se logró bajar la temperatura por medios físicos.

En cuanto a los resultados de los exámenes de laboratorio se encontró: Leucocitos: 29.18, neutrófilos: 75.3, linfocitos: 21, en relación a los resultados del día 5 los valores se ven un poco disminuidos, además hay una disminución de la urea con un valor de 3.1, ver en anexo (14); mediante la revisión bibliográfica se encontró que las causas de la disminución de urea son: fallo hepático, mal nutrición, dieta pobre en proteínas, embarazo, sobre hidratación. María pedrero (2012), ya que con los datos obtenidos de unos niveles bajos en urea no se observa ninguna valoración

EVOLUCIÓN DIURNA MÉDICA

08/02/2016

06:30

Erick de 5 meses

IDg: Neumonía grave + Enfermedad diarreica aguda + Deshidratación grado I + Convulsiones + Meningitis a D/C

S madre refiere que no ha presentado deposiciones diarreicas durante la noche, 2 durante el día, tos de leve intensidad, realiza 2 alzas térmicas, madre refiere que realiza convulsiones de segundos de duración aparentemente pero no se constata ninguna durante toda la noche.

O Paciente somnoliento, afebril, hidratado.

FC: 140x¹, FR: 54x¹ T^a 37.6°C, SatO₂: 94% con 2 litros de oxígeno.

Ojos: pupilas isocòricas poco reactivas a la luz.

Boca: MO húmedas ORF: hiperemica

Pulmones: MV disminuido bilateral, rales en región perihialina izquierda, ruido en pulmón derecho.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos 2 tonos, no soplos.

Abdomen: suave.

A: Paciente en regulares condiciones, convulsiones controladas.

P: Mantener terapia antitérmica, antibioticoterapia + anticonvulsivante cerebral.

INDICACIONES

1.- NPO

2.- CSV + SatO₂+ T/A c/4h.

3.- Control de Ingesta y Excreta estricta

4.- Diuresis horaria

5.- Semifowler

6.- Monitoreo Continuo

7.- Oxigeno por cánula nasal a 2 litros por minuto permanente.

- 8.- Dx/A 5% 1000cc + 13.5 Na + 5cc de gluconato de calcio pasar 700cc IV en 24 horas.
- 9.- Ampicilina 450 mg IV c/4h.
- 10.- Ceftriaxona 350 mg IV c/12h.
- 11.- Aciclovir 70 mg IV c/ 8h
- 12.- Difenilhidantoina 17 mg IV c/12h diluido lento.
- 13.- Diazepam 2mg IV PRN.
- 14.- Paracetamol 80 mg VO PRN.
- 15.- Manitol al 20% pasar 17 ml IV c/4h.
- 16.- BH + electrolitos + QS urgente.
- 17.- Reponer con 30cc de Dx/A preparada por cada vomito o diarrea.
- 18.- Control de convulsiones.
- 19.- Bajar temperatura por medios físicos.

INFORME DE ENFERMERÍA

08/02/2016

10:00 Am

Paciente irritable es valorado por médico, presenta convulsión en pierna izquierda se realiza TAC, exámenes de laboratorio, se administra medicación anticonvulsivante.

08/02/2016

09:20 Am

NEUROLOGÍA

Paciente de 5 meses con 60 horas de internación que ingresa por presentar rinorrea, tos que evoluciona con 2 días después con tos productiva intensa por lo

que ingresa con diagnóstico de neumonía, 24 horas después de internación presenta crisis convulsiva caracterizada por movimientos tónico clónicos de miembros superiores, ojos cerrados de larga duración más de 2 horas que ceden parcialmente con uso de diazepam que se administra por 3 días concomitantemente al niño se observa con rigidez nucal.

Permanece 20 horas sin convulsiones. Al momento niño irritable con tendencia al sueño, fontanela pulsátil en ocasiones mirada superior derecha, a la auscultación pulmonar ruido.

Se realiza punción lumbar con salida de líquido céfalo raquídeo con presión aumentada discretamente turbio.

IDg. Meningitis + Neumonía + Status epiléptico “superado”.

INDICACIONES

- 1.- SNG leche materna 2 onzas c/3h
- 2.- CSV + monitorización continua.
- 3.- O2 por cánula nasal para mantener la saturación > 90%
- 4.- Dx/A 5% 1000cc + 10 Na + 10 K + 5cc de gluconato de calcio pasar 350cc IV en 24 horas.
- 5.- Ampicilina 450 mg IV c/4h.
- 6.- Ceftriaxona 350 mg IV c/12h.
- 7.- Epamin 20 mg IV c/12h diluido y lento.
8. - Diazepam 3 mg IV PRN y STAT.
- 9.- Dexametaxona 4mg IV STAT Y 1 mg IV c/6h.
- 10.- Manitol al 20% 17 ml IV c/4h en bolo.
- 11.- Ácido Ascórbico 100 mg IV c/12h.
- 12.- Tocoferol 200 UI: 4 gotas sublingual cada día.

- 13.- Aciclovir 70 mg IV c/ 8h.
- 14.- Fenobarbital 140 mg IV STAT.
- 15.- Punción lumbar.
- 16.- TAC de cráneo.

INFORME DE ENFERMERIA

08/02/2016

14:10Pm

Paciente presenta convulsión de miembro superior e inferior, se administra medicación prescrita con Tª 37°C, FC: 115x` FR: 50x` se mantiene con sonda nasogástrica, monitorizado.

EVOLUCION MÉDICA

08/02/2016

14:50

Paciente presenta 4 episodios de movimientos tónico clónicos de extremidades superiores cada una con duración de +/- 20-30", se administra fenobarbital 10/kg/dosis STAT posterior al cual cede se observa disminución de tensión fontanelar. Tª38.5°C se aplica antitérmicos + medios físicos.

INFORME DE ENFERMERIA

08/02/2016

18:00 Pm

Paciente en malas condiciones generales, somnoliento monitorizado, con oxígeno por bigotera, con saturación de oxígeno sobre los 90% se controla temperatura con antitérmicos y medios físicos persiste convulsionando a pesar de administrar anticonvulsivantes se administra dieta por sonda orogástrica, abdomen suave globoso a la palpación, diuresis espontánea con Tª 37°C, FC: 144x` FR: 38x` SatO2: 97%.

EVOLUCIÓN NOCTURNA MÉDICA

Erick de 5 años

IDg: neumonía grave, meningitis, status epiléptico.

Paciente dormido pálido, tranquilo con alimentación por sonda oro gástrica al momento cursando 2 convulsiones.

INDICACIONES

Mantener mismas indicaciones.

ANÁLISIS

Se evidencia que las prescripciones médicas están completas, la misma que indica control de temperatura pero no se evidencia graficación en la hoja de signos vitales y tampoco se menciona en la entrega de turno, por ende no se puede verificar si el paciente hizo o no picos febriles. En la prescripción consta control de Ingesta y excreta con balances hídricos positivos y negativos, el mismo que en este día presenta un balance hídrico positivo con ingreso de: 1082 y egresos: 1015, lo cual se evidencia en Anexo (15).

Además personal de enfermería administra paracetamol VO a pesar de la indicación prescrita NPO, la misma que se verifica en la hoja de administración de medicación. Por lo tanto se analiza que el equipo de salud no satisface las necesidades del paciente, al no cumplir con las indicaciones médicas estrictas y al no poner en práctica los conocimientos aprendidos.

Neurología realiza punción lumbar con salida de líquido cefalorraquídeo (LCR), mediante el cual se verifican los siguientes resultados de laboratorio: glucosa: 84mg/dL y leucocitosis no aumentada, con evidencia en Anexo (16).

De acuerdo a la bibliografía revisada, indica que los valores normales del líquido céfalo raquídeo son: presión: 6- 20cm, leucocitos: 0-5, proteínas: 18-45 mg/dL, glucosa: 45- 80 mg/dL. Carlos Lovesivo (2010), en cuanto se entiende, que sin la presencia de estos valores mencionados, profesional no podrá evaluar, diagnosticar, y por consiguiente dar un tratamiento eficaz al apaciente, ya que en este tipo de situaciones podría llevar a casos legales, por lo que no se evidencia

valores numéricos exactos, llegando a una conclusión que es una negligencia. Además en la prescripción indica TAC la misma que responde signos de edema cerebral.

Por ende se analiza que la mayor parte de las prescripciones médicas fueron cumplidas, pero en informes de enfermería no se evidencia todas las acciones realizadas al paciente, cabe mencionar que los cuidados en un paciente con sonda nasogástrica es de suma importancia, entre los principales cuidados de la sonda nasogástrica tenemos: fijación de la sonda, cambio de esparadrapo cada día, aspiración de secreciones orales, permeabilidad de la sonda, cambio de sonda de 24 a 72 horas, humedecer la piel, mantener limpias las fosas nasales y orales, posición semifowler. Vallesta Francisco, Castells Miguel. (2007) y bajo prescripciones médicas.

En cuanto a los resultados de exámenes de laboratorio se analiza los siguientes valores: Leucocitos 19.99, Neutrófilos: 52.1 %, Linfocitos: 43.4, en comparación con los resultados de los días 5 y 7, los resultados de este día se ven a un más disminuidos, eso nos indica que hay un inicio en su mejoría; ya que no encontramos valores elevados que comprometan el estado de salud del niño, por consiguiente tenemos que el valor de urea han aumentado en relación al día 5, con un número de 5.2 mg/gL, Ver en Anexo (17), Anexo (18).

ANÁLISIS

09/02/2016

Paciente continua con las mismas indicaciones médicas del día anterior, pese al tratamiento y cuidados de enfermería niño persiste con crisis convulsivas, con un balance hídrico negativo con ingresos: 730 y egresos: 1005, además indica medición de perímetro cefálico, pero no se evidencia en ninguna hoja, por otro lado hay una controversia en los diagnósticos médicos ya que en uno aparecen superados y al día siguiente continúan registrando los mismos diagnósticos.

ANÁLISIS

10/02/2016 - 11/02/2016

Durante estos días pacientes continua con las mismas indicaciones médicas del día anterior, pese a la administración de medicación anticonvulsivante las crisis convulsivas no ceden, con un perímetro cefálico de 45 cm, indica interconsulta a UCI lo cual recomienda enviar a una Unidad de Especialidad por el mal estado de salud en el que se encuentra el paciente, con balance hídrico positivo.

En la indicación médica añade ácido valproico por sonda nasogástrica, la cual mediante una revisión bibliográfica indica en epilepsia mioclonica, convulsiones tónico clónicas. Luis Mayor (2011), similares a los que presentó el paciente.

EVOLUCIÓN DIURNA MÉDICA

12/06/2016

06:20 Am

Erick de 5 meses.

IDg: Neumonía grave, EDA + deshidratación superado+ meningitis + status epiléptico refractario + anemia.

S: Paciente persiste tos de moderada intensidad y frecuencia, realiza 3 deposiciones blandas, realiza alza térmica por una ocasión, no convulsiones.

O: Al momento paciente somnoliento, afebril, hidratado.

Cabeza: fontanela anterior normotensa.

Ojos: pupilas hiporeactivas.

Boca: MO húmedas

Corazón: ruidos cardiacos rítmico, dos tonos no soplos.

Pulmones: MV ruido bilateral.

Abdomen suave depresible

Extremidades superiores edematizados.

A: Paciente en regulares condiciones, con edema en miembros.

P: Mantener antibioticoterapia, antiedema cerebral + esquema anticonvulsivante.

INDICACIONES

- 1.- Alimentación por SNG con leche materna 4onz c/3h.
- 2.- Monitorización continúa.
- 3.- Control de Ingesta y Excreta estricto.
- 4.- Diuresis horaria.
- 5.- Cabecera elevada a 30°.
- 6.- O2 por cánula nasal para mantener saturación > 90%.
- 7.- Dx/A 5% 1000cc + 10 Na + 10 K + 5cc de gluconato de calcio pasar 100cc IV en 24 horas.
- 8.- Ampicilina 450 mg IV c/4h.
- 9.- Ceftriaxona 350 mg IV c/12h.
- 10.- Aciclovir 70 mg IV c/8h
- 11.- Manitol al 20% 17 ml IV c/8h
- 12.- Difenilhidantoina 20 mg IV c/12h diluido y lento.
- 13.- Fenobarbital 20 mg IV c/12h.
- 14.- Diazepam 3 mg IV PRN.
- 15.- Ácido Ascórbico 100 mg IV c/12h.
- 16.- Tocoferol 200 UI: 4 gotas sublingual QD.
- 17.- Acido Valproico 70 mg por SNG c/12h 9am – 9pm.
- 18.- Vigilar convulsiones.

- 19.- Perímetro cefálico QD.
- 20.- Aspirar secreciones PRN.
- 21.- P/A QD y anotar.
- 22.- Paracetamol 70 mg VO PRN.
- 23.- EMO.
- 24.- BH + proteínas totales – albumina.
- 25.- Crema antiflogística en sitios de punción QUID.
- 26.- Estalación auditiva y táctil.

EVOLUCIÓN NOCTURNA MÉDICA

12/02/2016

20:30

Erick de 5 meses

IDg: Neumonía + deshidratación GI + Meningitis + status epiléptico + anemia.

Madre refiere que presenta una deposición de consistencia verdosa, tos de moderada intensidad, somnoliento, FC: 141x` FR: 50x` SatO2: 95% T^a: 36.5°C.

No convulsiones, paciente en regulares condiciones generales.

INDICACIONES

- 1.- Mantener indicaciones.

ANÁLISIS

En relación a los día anteriores, este día no se evidencia convulsiones durante todo el día, con medición de perímetro cefálico de 44 cm, balance hídrico negativo, por lo que indica pasar únicamente 100cc de líquidos intravenosos durante todo el día, ya que por exceso de líquidos presenta edema en miembros superiores, que se evidencia por medio del examen físico, pese a que no se obtiene buenas respuestas fisiológicas del paciente, se complica dando como resultado la presencia de

edema, este edema de miembros aparece como consecuencia ya sea por mal manejo de enfermería o prescripciones médicas mal calculadas, acompañado con los cuidados necesarios de enfermería para mejorar su estado de salud.

Dentro los cuidados esenciales de enfermería encontramos: control de signos vitales, valoración céfalo caudal, control estricto de ingesta y excreta, manejo estricto de la hidratación, administración de oxígeno, cabecera a 30°C, aspiración de secreciones, aplicación de la crema antiflogística en sitio de punción, estimulación auditiva y táctil.

En cuanto a los exámenes de laboratorio se analiza los siguientes resultados: Leucocitos 8.63, Neutrófilos: 3.2 Linfocitos: 52.1 se analiza que los valores están dentro de los rangos normales, con evidencia en Anexo (19 – 20).

EVOLUCIÓN DIURNA MÉDICA

13/02/2016

06:30Am

Erick de 5 meses.

IDg: Neumonía grave, EDA + deshidratación superado+ meningitis + status epiléptico refractario + anemia.

S: Paciente que persiste tos de moderada intensidad productiva con enrojecimiento facial, movimientos tónicos clónicos por 3 ocasiones que dura de 30” a 1’, hay reflejo de succión.

O: FC: 108X’ FR: 46x’ SatO2: con 2 lit 96%.

Paciente dormido reacciona a estímulos táctiles, admite sonidos de llanto, afebril.

Boca: MO húmedas

Nariz: Cánula nasal permeable, SNG permeable.

Fontanela anterior normotensa.

Pulmones se auscultan rales en ambos campos pulmonares.

Abdomen: suave, deprecible, no doloroso. RHA: (+).

Extremidades tono y frecuencia muscular disminuido, edematizado.

A: Paciente en regulares condiciones generales, persiste con tos productiva y edema de miembros.

P: Antibioticoterapia, anticonvulsivante.

Balance hídrico: negativo

Diuresis horaria: 3cc/kg/h

INDICACIONES

- 1.- Alimentación por SNG con leche materna 4onz c/3h.
- 2.- Monitorización continúa.
- 3.- Control de Ingesta y Excreta estricto.
- 4.- Diuresis horaria.
- 5.- Cabecera elevada a 30°.
- 6.- O₂ por cánula nasal para mantener saturación > 90%.
- 7.- Dx/A 5% 1000cc + 10 Na + 10 K + 5cc de gluconato de calcio pasar 50cc IV en 24 horas.
- 8.- Ampicilina 450 mg IV c/4h.
- 9.- Ceftriaxona 350 mg IV c/12h.
- 10.- Aciclovir 70 mg IV c/8h
- 11.- Manitol al 20% 17 ml IV c/8h
- 12.- Difenilhidantoina 20 mg IV c/12h diluido y lento.
- 13.- Fenobarbital 20 mg IV c/12h.
- 14.- Diazepam 3 mg IV PRN.
- 15.- Ácido Ascórbico 100 mg IV c/12h.

- 16.- Tocoferol 200 UI: 4 gotas sublingual QD.
- 17.- Acido Valproico 70 mg por SNG c/12h 9am – 9pm.
- 18.- Vigilar convulsiones.
- 19.- Perímetro cefálico QD.
- 20.- Aspirar secreciones PRN.
- 21.- P/A QD y anotar.
- 22.- Paracetamol 70 mg VO PRN.
- 23.- Estalación auditiva y táctil.
- 24.- Crema antiflogística en sitios de punción QUID.
- 25.- Claritromicina 120 mg IV c/12h.
- 26.- Rx. tórax urgente.
- 27.- Furosemida 8 mg IV STAT.

INFORME DE ENFERMERIA

13/02/2106

18:00 Pm

Paciente a febril, mucosas orales semihumedas. Buen reflejo de succión con O2 por cánula nasal 1 litro, presenta tos que moviliza secreciones, sonda nasogástrica permeable, edema de miembro inferior izquierdo, vía permeable.

EVOLUCIÓN NOCTURNA MÉDICA

13/02/2016

19:50 Pm

IDg: Neumonía grave, EDA + deshidratación superado+ meningitis + status epiléptico + anemia.

Paciente en condiciones regulares que persiste con movimientos involuntarios y tos productiva que lleva a la cianosis de moderada intensidad.

INDICACIONES

1.- Continuar con indicaciones.

ANÁLISIS

Paciente pediátrico a pesar de tratamiento persiste con convulsiones en miembros, no se evidencia medición de perímetro cefálico, con un balance hídrico negativo, el mismo que presenta edema en miembros superiores e inferiores, por tal razón indica pasar 50cc en 24 horas. Según reporte de enfermería mantiene los cuidados necesarios al niño, con el fin de mejorar su estado de salud.

ANÁLISIS

14/02/2016 – 15/02/2016

Mediante una revisión bibliográfica del tratamiento en pacientes con meningoencefalitis es similar a las indicaciones médicas registradas en la historia clínica del paciente, el mismo que mantienen las mismas prescripciones; durante estos días no se evidencia convulsiones, con un balance hídrico negativo, el mismo que persiste edema en miembros ++/+++. Además insisten la referencia a tercer nivel lo cual comunica a la red de servicio del Ministerio de Salud Pública quien refiere no haber espacio físico en la unidad médica. En la prescripción médica indica Rx de toras dando como respuesta a un infiltrado alveolar. Mediante una revisión bibliográfica refiere que los infiltrados alveolares son una representación de la ocupación del alveolo por sustancias diferentes al aire, por ejemplo: agua en el edema pulmonar y pus en caso neumonía. Carlos P. (2010)

ANÁLISIS

16/02/2016 - 17/02/2016

Al ser las indicaciones médicas las mismas del día anterior y al no evidenciar convulsiones, paciente empieza a mejorar su estado de salud e inician con seno materno a libre demanda por lo que inician con medicación vía oral, la nistatina que es un medicamento antifúngico, que está indicando en infecciones por

hongos y levaduras como la candidiasis, es más frecuente en niños y en pacientes inmunocomprometidos. Moraga Llop (2012).

Con un balance hídrico negativo, sin la presencia de edema en miembros superiores e inferiores, con los adecuados cuidados de enfermería al niño.

ANÁLISIS

18/02/2016

Paciente continúa con las mismas indicaciones médicas del día anterior, evidenciando buenos resultados y tolerando bien la medicación oral, después de haber completado el tratamiento antiviral y anticonvulsivante descontinúan el Aciclovir y difenilhidantoína.

Indica interconsulta a fisiatría la misma que indica las respectivas acciones como: percusión, tapotaje y estimulación táctil, las cuales son realizadas bajo las actuaciones de enfermería y educación a la madre, con resultados de los exámenes de laboratorio, Polimorfos: negativo, Parásitos: no se observa, Rotavirus: negativo, ver en Anexo (21).

ANÁLISIS

19/02/2016 - 20/02/2016

Al ver una mejoría en su estado de salud del paciente, en las prescripciones médicas indican mantener únicamente en DICH, para la administración de medicación intravenosa, además logran descontinuar: control de ingesta y excreta, diuresis horaria y perímetro cefálico, sin olvidar que los cuidados de enfermería siguen hincapié.

ANÁLISIS

21/02/2016 - 22/02/2016

Después de haber completado los 17 días de antibioticoterapia logran descontinuar; pero cabe mencionar que en las prescripciones médicas únicamente señala por 14 días, sin tomar en cuenta desde el momento que ingresa por emergencia,

De acuerdo a la bibliografía de Roger Hernández, Eduardo Verne, Claudia Ugarte (2007), la duración del tratamiento en meningitis por *Haemophilus influenzae* es de 7 – 10 días, de igual manera solicita una TAC de cráneo la misma que responde: Atrofia cerebral y presencia de áreas de isquemia a nivel de occipital.

ANÁLISIS

23/02/2016

Paciente en condiciones generales presenta tos que moviliza secreciones, no reacciona a estímulos verbales, fontanela anterior normotensa. Indica colocar tropicamina en cada ojo para su respectivo examen oftalmológico.

La prescripción médica indica valoración oftalmológica el mismo que responde: al examen del fondo del ojo (EFO): dilatado, polo posterior bien, pupilas no edema, resto del fondo sin alteración y normal, el mismo que indica control en centro de especialidad de oftalmología luego del alta para valoración de movimientos de fijación y seguimiento.

EVOLUCIÓN DIURNA MÉDICA

24/02/2016

06:20

Erick de 5 meses

IDg: Neumonía grave + EDA +deshidratación G I superada + meningoencefalitis + status epiléptico superado + anemia.

S madre refiere que aún mantiene tos, no productiva, buena tolerancia oral, no alza térmica, no convulsiones.

O paciente, vigil, alerta, afebril hidratado

Cabeza: fontanela anterior normotensa.

Boca: MO húmedas.

Ojos: pupilas izocóricas reactivas a la luz.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Pulmones: MV rudo.

Abdomen suave depresible.

RHA presentes

Extremidades: tono, fuerza muscular no edemas.

A paciente hemodinamicamente estable.

P continuar con antibioticoterapia.

INDICACIONES

- 1.- Seno materno a libre demanda
- 2.- Control de signos vitales y SatO₂ c/8h
- 3.- Claritromicina 120 mg c/12h
- 4.- Ácido ascórbico 100 mg VO QD.
- 5.- Multivitaminas 2 ml VO QD.
- 6.- Paracetamol 70 mg VO c/8h
- 6.- Crema antiflogística aplicar en el sitio de punción.
- 7.- Fisioterapia respiratoria.
- 8.- Alta.

ANÁLISIS

Paciente después de haber cumplido 19 días de hospitalización logran dar el alta con las respectivas indicaciones a domicilio claritromicina, paracetamol, ácido ascórbico y multivitaminas, se educa a la madre y familiares sobre las indicaciones médicas, los cuidados que debe tener en casa y la alimentación, para una total recuperación en su salud, sin olvidar el control con el médico especialista. Paciente después del alta sale en compañía de sus padres y familiares, los cuales refiere que sale muy agradecidos por la atención brindada con su hijo.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que contribuyeron a que la enfermedad aparezca en primero es la edad y el sexo del paciente, por otra parte el clima de Santa Rosa, ya que en el sector en el que reside es frío aproximadamente de 10 a 14 grados centígrados, lo que contribuyen a desarrollar enfermedades respiratorias. Dentro de los factores de riesgo que desencadenaron la meningococcal meningitis en niños menores de 5 años son:

La edad, la meningococcal meningitis es más frecuente en menores de 5 años, cabe mencionar que el paciente solo tenía 5 meses de edad llegando a adquirir dicha enfermedad.

Se observa un aumento progresivo de meningococcal meningitis en lactantes y niño, de entre 2 meses y 5 años de edad llegando hasta un 90 % de los casos, con un pico entre los 2 y 12 meses de edad. García, W. (2013).

Sexo, paciente de sexo masculino, con una enfermedad contagiosa; el mismo que representa un valor del 56% (n=84) fueron varones y el 44% (n=66) fueron mujeres. Un 88,1% (132) de los pacientes fueron menores de 24 meses y el 67,4% (101) menores de 12 meses. Gustin, R. (2005). En cuanto se analiza que es más prevalente en varones.

Clima, es uno de los factores más susceptibles que conlleva a adquirir esta enfermedad, ya que el paciente habita en zonas muy altas, en donde frecuentemente se enfermaba de infecciones respiratorias.

Los casos de meningococcal meningitis se pueden observar durante todo el año, pero aún más con un incremento en los meses de invierno, llegando así a un incremento de las infecciones respiratorias. Enfermedades infecciosas y microbiología (2002).

Neumonía, paciente que empezó con estadios gripales y febriles continuamente, y mediante una revisión bibliográfica manifiesta que se presentan brotes de infecciones respiratorias en medios cerrados como guarderías, hay un riesgo aumentado, sobre todo cuando hay individuos infectados con *Haemophilus influenzae* tipo b y *Streptococcus pneumoniae*. García, W. (2013).

Procedimientos Neuroquirúrgicos o Trauma: (infección directa de las meninges) y la que se produce como consecuencia de la diseminación hematógena de estos organismos desde sitios distantes de infección, tales como el tracto urinario y el abdomen. Lovesivo, C. (2006). Es otro de los factores de riesgo predisponentes pero cabe mencionar que en este niño no presenta.

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN FLORENCE NIGHTINGALE

“TEORIA DL ENTORNO”

Persona

Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; estos componentes son indivisibles y por lo tanto se dice, que la persona es un ser integral. Gaspar, L. et al (2012).

Un paciente tratado de meningoencefalitis, independientemente de su sexo, raza, edad; es un ser que necesita de cuidado y vigilancia para mejorar su calidad de vida e independencia ya que su organismo se ve seriamente afectado por una compleja enfermedad, la misma que es una enfermedad contagiosa sin dudar, la cual necesita de mucha paciencia, cuidados y apoyo de sus familiares para asimilar el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen terapéutico necesario para mejorar su estilo de vida.

Entorno

Son factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. Gaspar, L. et al (2012). Al mencionar el espacio físico del paciente podemos decir que es favorable para mejorar su salud, habita en una comunidad poblada y reside en una vivienda humilde de una sola planta con 2 habitaciones a luz natural y eléctrica necesaria, cuenta con una refrigeradora para mantener sus alimentos, agua potable y alcantarillado que permite un mejor entorno, estabilidad económica media los cuales les permite adquirir lo necesario para la alimentación diaria, en cuanto al entorno personal padres y familiares estiman mucho por ser un niño fuerte y salir adelante con su enfermedad.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Gaspar, L. et al (2012).

El paciente al ser dependiente con sus necesidades fisiológicas por su misma edad y a pesar de las dificultades que presenta el niño madre siempre mantiene el afecto y cuidado para una pronta recuperación en la salud del mismo.

Enfermería

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Cisneros F. (2002).

Una de las necesidades más importantes que tiene el paciente, es estar en completa vigilancia por parte del equipo de salud ya que su enfermedad necesita el cumplimiento total y estricto en cuanto a una valoración cefalo caudal, toma de signos vitales, administración de medicación y problemas futuros. Ya que la labor de la enfermera es de reconocimiento, por su gran trabajo y dedicación de compartir el mayor tiempo con los pacientes y brindar su atención eficiente para una mejor calidad de vida.

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

En este punto se observó el estado de salud de la paciente, el interés de sus familiares que tuvieron siempre por saber y entender más sobre su enfermedad, y sobre todo el apoyo incondicional en todo momento, para mejorar su calidad de vida, puesto que se trata de una paciente de 5 meses de edad quien tiene un gran apego con su madre ya que ella fue quien padeció toda su enfermedad para mejorar su salud y calidad de vida.

Centro de salud, se encuentra ubicado más o menos 5 minutos en automóvil y 15 min aproximadamente caminando de la vivienda del paciente, madre refiere que un día en la mañana paciente amaneció con alza térmica y presencia de tos quien rápidamente fue llevado al centro de salud donde medico valoró y envió a su casa con medicamentos por 8 días, pero no logro contrarrestar y su estado de salud empeoro, por lo que decidió viajar a una casa de salud especializad.

Hospital Regional Docente Ambato, está ubicado a una hora y media en bus urbano y a 45 minutos en automóvil, madre a pesar de la situación económica regular, tomo la ruta más rápida que fue pagar una carrera a un automóvil, inmediatamente ingresa el niño acompañado por sus padres a la sala de emergencia en donde se le brindó la atención oportuna, requiriendo su internación inmediata para ser diagnosticado de meningoencefalitis.

Equipo de salud, gracias a todos aquellos profesionales de salud y quienes participaron para mejorar el estado de salud del niño como son: los médicos; con su tratamiento oportuno mejoro su estado de salud, enfermeras las que mayor tiempo pasan a lado del pacientes y las que día a día nos brindan una sonrisa para salir adelante con la enfermedad, laboratoristas, por brindar una atención eficiente sin discriminación de género ni raza y ayudar de la mejor manera en la entrega oportuna de los resultados, especialistas y fisiatría.

Religión, es beneficioso recalcar en este punto de apego de la madre con la religión ya que refiere que es de suma importancia entregar la salud de su hijo en las manos de dios y al equipo de salud que están pendiente por la salud de su hijo y que el señor mismo sea quien decida sobre su estado de salud.

A pesar de todos los problemas que la familia enfrenta en cuanto a su estado de salud emocional, social y psicológica toda su familia se siente agradecida con todas las personas que le han apoyado con la enfermedad de su hijo y en especial a la casa de salud quien le brindo un tratamiento oportuno.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW

NECESIDAD FISIOLÒGICA

Respiración

- Murmullo vesicular disminuido
- Tos productiva
- Dificultad para respirar

Alimentación

- Seno materno
- Peso (7.5 kg)
- Nutrición regular

Eliminación

- Uso de pañal
- Dependencia normal

NECESIDAD DE SEGURIDAD

Seguridad física

- Dependencia moderada
- Paciente habitualmente permanece sentado y gateando
- Alto riesgo de caídas.

NECESIDAD DE AFILIACIÓN O SOCIALES

- Amistad

NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

- Acercamiento a su familia y creencias.

NECESIDAD DE AUTOREALIZACION

- No presenta

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
TERMORREGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Promover a la madre a mantener en un ambiente adecuado para la edad del niño.• Una temperatura dentro de los límites normales de 36.1 a 37.7 grados centígrados, van a disminuir las infecciones bacterianas. <i>Aizpurua, G. y Díaz, G. (2016).</i>
NUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Educar a la madre sobre la lactancia materna; mediante una revisión bibliográfica manifiesta que; alimentar a los bebés con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados y correctamente preparados es la vía correcta para conseguir un desarrollo, salud y crecimiento óptimos en el niño, asegurar la salud futura de la madre y ahorrar gastos innecesarios tanto a las familias como a la sociedad. <i>Ruíz, M. et al (2014).</i>• La alimentación complementaria a partir de

	<p>los 6 meses está basada en: cereales, vegetales y tubérculos, yema de huevo, frutas. Ver en Anexo. <i>Guasapaz V et al. (2008)</i>.</p>
<p>MEDIO AMBIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la madre a mantener un entorno sano, limpio y seguro que pueda proteger el derecho de su hijo a la vida. • Según el artículo de Salud Infantil y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud, (2016). Manifiesta que cada año mueren más de tres millones menores de cinco años por causas y afecciones relacionadas con el medio ambiente. El medio ambiente es, pues, uno de los factores que influyen de forma más decisiva en el tributo mundial de diez millones de defunciones infantiles anuales. • El aire interior y exterior y el agua contaminada, la falta de saneamiento adecuado, los riesgos de toxicidad, la radiación ultravioleta y los ecosistemas degradados son factores ambientales de riesgo importantes para los niños.
<p>PATRÒN RESPIRATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la madre en la prevención del niño contra enfermedades infectocontagiosas. • Las enfermedades respiratorias son comunes en niños menores de 5 años. La mayoría de los niños desarrollarán de 3 a 8 resfríos o enfermedades respiratorias al año. Este número puede ser incluso mayor en los niños que asisten a guarderías o

	<p>están expuestos a humo de cigarro, pero alrededor de un tercio de las hospitalizaciones en este grupo de edad se deben a problemas respiratorios como: el asma y la neumonía.</p> <p>Artículo científico de Enfermedades respiratorias en menores de 5 años (2013).</p>
<p>FISIOTERAPIA INFANTIL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a la madre de ayudar al niño a conseguir un máximo potencial de independencia mediante actividades recreativas. • La fisioterapia infantil contempla el tratamiento de las secuelas de enfermedades agudas (meningitis, infecciones respiratorias, enfermedades malignas, deformidades cardíacas, etc.) <p>Azprus, H. (2012).</p>

GUÌA
EXTRAHOSPITALARIO
PARA EL MANEJO AL
PACIENTE CON
MENINGOENCEFALITIS
DIRIGIDO AL CUIDADOR



Las guías son un recurso del aprendizaje que optimiza el desarrollo del proceso enseñanza, aprendizaje por su pertinencia al permitir la autonomía e independencia cognoscitiva para quien lo utilice. Orocha, I. (2010).

La presente guía de manejo está dirigida al cuidador en pacientes con meningoencefalitis con el fin de mejorar la calidad de vida del niño y prevenir complicaciones a futuro. Los puntos importantes que va a contener la presente guía son: problemas de la termorregulación, nutrición, medio ambiente y problemas respiratorios.

El propósito de la presente **“GUÍA EXTRAHOSPITALARIO PARA EL MANEJO AL PACIENTE CON MENINGOENCEFALITIS DIRIGIDO AL CUIDADOR”** es educar a la madre y familiares sobre la importancia de los cuidados dirigidos directamente al niño sobre la evolución de su estado de salud; ya que el mismo, beneficiara no solamente al niño si no a la población a la que está inmerso el paciente. Siendo así que los profesionales de salud deberían unificar los criterios sobre el manejo adecuado de estos pacientes, con la finalidad de prevenir complicaciones a futuro.



II.- INTRODUCCIÓN

Esta guía proporciona información básica sobre los problemas que conllevó a adquirir la meningoencefalitis y la misma que se le beneficiará al cuidador, brindando las acciones necesarias para el cumplimiento del cuidador a quien directamente va dirigido la presente guía.

Se describen en esta guía aspectos relacionados con patrones funcionales y necesidades del paciente.

1.- Problemas de la termorregulación.- La fiebre es el síntoma más frecuente en los niños y por lo tanto una de las razones más comunes para buscar atención médica en la edad pediátrica, ya que la temperatura elevada puede ser un alto riesgo de presentar neumonía, meningitis etc. Por cuanto se define la fiebre como una temperatura corporal por encima de los valores normales; de 36.1 a 37.7 grados centígrados. Correa, J. (2007).

2.- Nutrición.- La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Organización Mundial de la Salud. (2010).

3.- Medio ambiente.- La calidad del medio ambiente es un determinante esencial para la supervivencia del niño durante el primer año de vida y para su posterior desarrollo físico y mental. En las regiones más pobres del mundo, uno de cada cinco niños muere antes de cumplir los cinco años, mayormente debido a enfermedades relacionadas con el medio ambiente. UNICEF (2011).

4.- Patrón respiratorio.- Los problemas respiratorios son todos aquellos que afectan al aparato o sistema respiratorio; son una causa frecuente de hospitalización en menores de 2 años. García M. (2013).

Sabiendo que las actividades a continuación se desarrollan con la finalidad de que sean comprensibles y entendibles para el cuidador y de esta manera mejorar

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar una guía de manejo basada en los cuidados de enfermería en pacientes con meningoencefalitis dirigida al cuidador que ayude a mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Emplear la teoría relacionado con la historia clínica para la elaboración de la guía de manejo, organizando el contenido de la guía de acuerdo a los patrones funcionales y necesidades de paciente.
- Desarrollar la guía educativa propuesta en pacientes con meningoencefalitis.
- Aplicar la guía al cuidador.

VI.- JUSTIFICACIÓN

La presente guía de manejo es de suma importancia ya que permitirá desarrollar actividades que mejoren el desarrollo del niño, la misma que va dirigida directamente al cuidador por ser la persona que está en contacto directo con el niño.

Actualmente la meningoencefalitis es una patología más frecuente que se presenta más en niños menores de 5 años, la misma que afecta no solamente a su estado de salud sino aún más dejando secuelas neurológicas.

El propósito de la presente guía es educar a la madre como eje primordial de su hijo, sobre las principales actividades que le ayudaran a evitar complicaciones y mejorar su estado de salud y elevar su relación socio afectiva entre familia y paciente, así evitar una carga emocional negativa por parte de los mismos.

La presente guía se desarrolla con el interés de mejorar el cuidado adecuado extrahospitalario, a través del cual obtenga resultados positivos mediante la aplicación de esta guía.

Creando necesario realizar ya que será de gran impacto para el cuidador, sabiendo que serán métodos ineludibles para el desarrollo del paciente pediátrico. De acuerdo a la valoración de las necesidades de Virginia Henderson, el paciente requiere los cuidados necesarios brindados por el cuidador.

Siendo el paciente y familiares los principales beneficiarios de la presente guía de manejo, en los derechos que le asisten al paciente y en la atención de los principios éticos y humanistas de apoyarlo en la satisfacción de las necesidades y orientación para promover el equilibrio emocional ayudándolo a enfrentar las exigencias de la enfermedad y prevenir problemas a futuro.

V.- DESARROLLO DE LA GUÍA

TERMORREGULACIÓN



PROBLEMA: TERMORREGULACIÓN

(fiebre)

ACTIVIDADES

Crear un ambiente que facilite confianza y tranquilidad



Control de la temperatura.

Procedimiento

- Lavarse las manos.
- Tome el termómetro y encerrar bajo los 35 grados centígrados.



- Colocar al niño en posición semisentado.



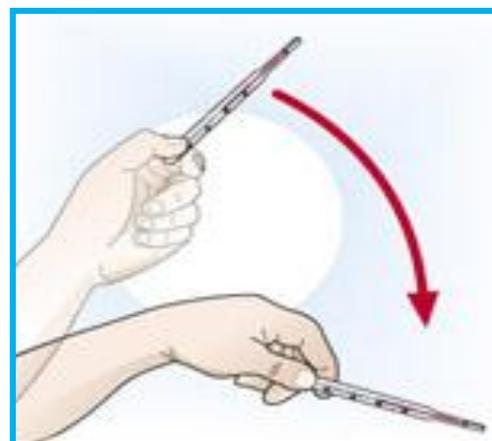
- Colocar el termómetro debajo de la axila y esperar de 3 a 5 minutos



- Retire y lea el termómetro sosteniéndolo a la altura de los ojos, pudiendo verificar la línea de mercurio.



- Bajar la columna de mercurio.
- Lavar el termómetro con agua corriente.
- Colocar el termómetro en un desinfectante.
- Puede bajar la columna de mercurio desinfectar y guardar.





Bajar la temperatura corporal

- Un baño rápidamente en agua tibia en un tiempo máximo de 20 minutos.

- Aplicar compresas de agua tibia en zona frontal, cuello, axilas e ingles.



- Mantener al niño con ropa ligera y sábanas frescas durante la presencia de fiebre.



- No administrar medicación antipirética (medina para bajar la fiebre) salvo indicación médica; no auto medicarse.



- Si no cede la temperatura, acudir a centro de salud más cercano.



NUTRICIÓN

ALIMENTACIÓN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

Educar a la madre a una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y puede continuar hasta los 2 años.



BENEFICIOS PARA EL BEBE

- Es el alimento que tiene todo lo que el necesita, incluyendo el agua y en las cantidades correctas.
- Es un estímulo para los sentido del acto, oído, olfato, vista, permitiendo un mejor desarrollo para la capacidades del bebe.



- Ayuda a crecer sano, seguro y fuerte.
- Los protege de enfermedades (diarreica, resfriados e infecciones).
- Es pura, limpia y nutritiva.
- Permite una relación entre madre a hijo.

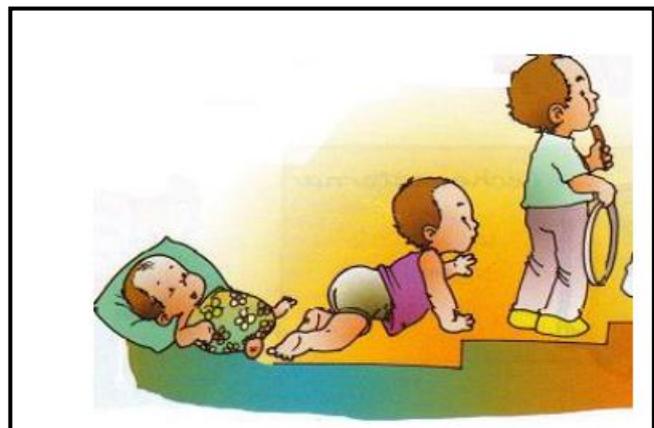
BENEFICIOS PARA LA MADRE

- Ahorra, tiempo, dinero y trabajo.
- Satisfacción emocional.
- Ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (pecho y ovarios).
- Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche siempre y cuando no aparezca sangrado).



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Es el periodo en el cual se introduce alimentos sólidos y líquidos conjuntamente con la lactancia materna, a partir de los seis meses de vida, para su buen crecimiento y desarrollo.



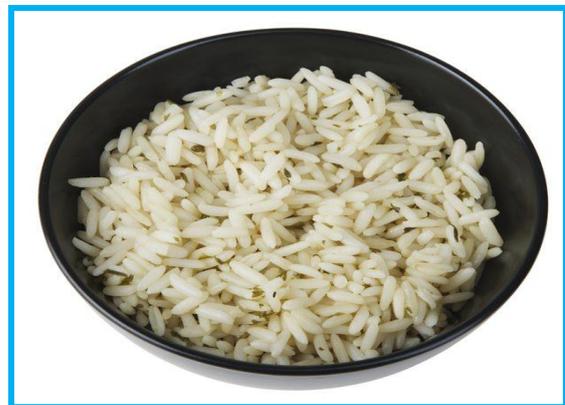
- Proporcionar una selección de alimentos variados.



- **Alimentos a partir de los seis a ocho meses de edad**

A partir del sexto mes, leche materna y debe consumir comida preparada de los siguientes alimentos. De tres a cinco cucharadas.

Cereales: bien cocidos y en forma de papilla



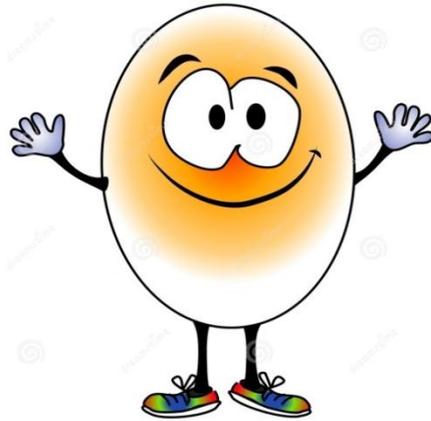
VEGETALES

Y

TUBÉRCULOS: bien cocidos y en forma de puré.



Yema de huevo: bien cocidos y aplastado.



- **Frutas:** aplastadas y en forma de papilla.



1 Cereales bien cocidos y en forma de papillas: arroz, avena, quinua, el trigo

2 Tubérculos bien cocidos en forma de puré: papa, melocho, camote y zanahoria blanca.

3 Vegetales bien cocidos en forma de purés, sopas espesas de: espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo.

4 Yema de huevo: bien cocida y aplastada, debe darse progresivamente, comenzando con una cucharadita hasta llegar a la yema entera.

5 Frutas: guineo, manzana, pera, papaya, melón, granadilla.

6 Grasas: Añadir a la papilla 1/2 cucharadita de aceite vegetal (soya, maíz, girasol, oliva).

- **Alimentos a partir de los nueve a once meses de edad**

Continúa recibiendo leche materna y además debe recibir alimentos picados, aplastados y en forma de puré. Dar de 5 a 7 cucharadas de alimento = 3/4 plato mediano.



Frutas: bien cocinadas, aplastadas y picadas.



CEREALES

Darle a consumir más alimentos leguminosos por ejemplo:

- Arroz con frejol o lentejas aplastadas.
- Sopa o colada de avena con chochos.
- Sopa de quinua con arvejas.



Arroz



Trigo

Quinua

CARNES – PROTEÍNAS

Introducir en la alimentación del niño carnes bien picadas y cocinadas.



ALIMENTACIÓN DE UNO A DOS AÑOS DE EDAD

La alimentación a partir del año de edad, además de la mencionada anterior, el niño ya puede consumir leche de vaca y sus derivados lácteos.



MEDIO AMBIENTE

CONDICIONES CLIMÁTICAS

- Educar a la madre de mantener al niño a temperatura corporal normal, dependiendo de los días climáticas.



- Incentivar a la madre a mantener al niño con vestimenta adecuada a la temperatura donde reside.



- Mantener un ambiente limpio y saludable para evitar peligro en el niño.



- Evitar que el niño coja la basura.



- Evitar que el niño tenga contacto en el baño de su casa.



- Cuidar al niño de no asistir en la cocina



- Evitar al niño tener contacto con los animales.



- Evitar que el niño tenga contacto con cables eléctricos.



- Evitar que el niño salga a la calle.



- Prevenir que el niño introduzca objetos en la boca, nariz y orejas como: monedas, bolas, semillas.



PATRÒN RESPIRATORIO

- Educar a la madre a medir las respiraciones

Procedimiento

- Lavado de manos



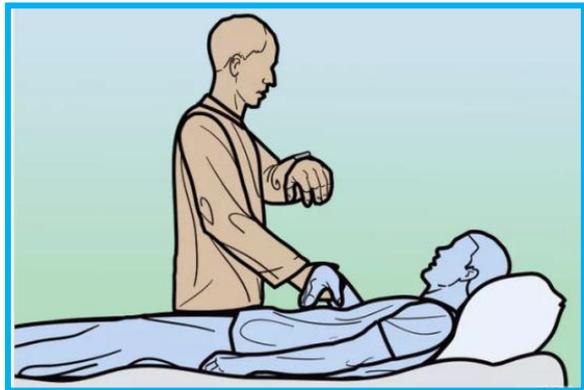
- Colocar al paciente en posición fowler (semisentado) y asegurar que el tórax este visible.



- **Observación:** se cuenta el número de respiraciones que realiza el paciente por percepción directa de los movimientos del tórax.
- **Palpación:** colocar la mano en el tórax del paciente para sentir los movimientos del mismo.



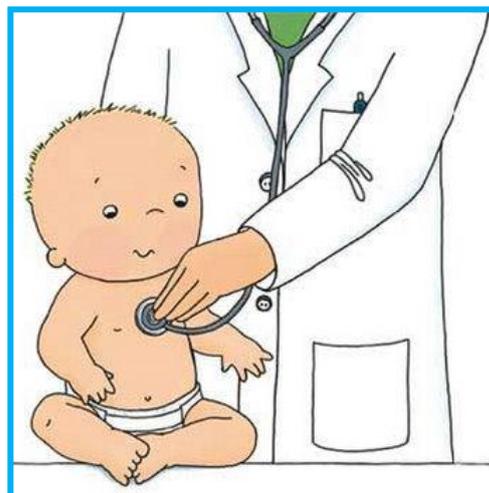
- Tener un reloj con segundero, contar las respiraciones cuando se produzca el primer ciclo respiratorio.



- Tome el reloj y cuente las respiraciones durante un minuto completo. Las respiraciones normales es de 40 a 60 por un minuto.



- Si las respiraciones presentan demasiado rápidas, mayor al valor normal o no las escucha, acudir inmediatamente a un centro de salud más cercano



AVISOS IMPORTANTES EN EL NIÑO

- Si presenta tos fuerte por más de 3 días acudir inmediatamente al médico.



ALETEO NASAL

Es cuando las fosas nasales se ensanchan y el paciente ya no respira, es un problema respiratorio. Inmediatamente acudir al médico.

Fosas nasales normales

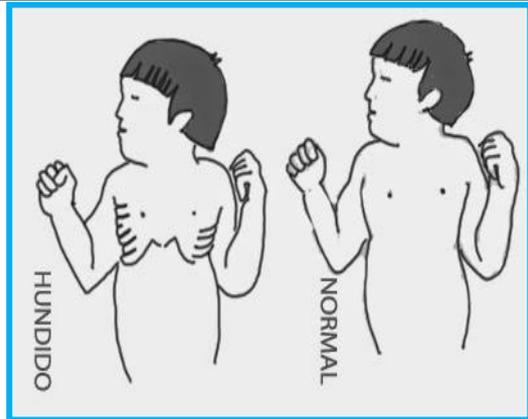


Fosas nasales dilatadas



**RETRACCIÓN
INTERCOSTAL**

Ocurre cuando los músculos entre las costillas se halan hacia dentro. El movimiento casi siempre es un signo de que la persona tiene un problema respiratorio.

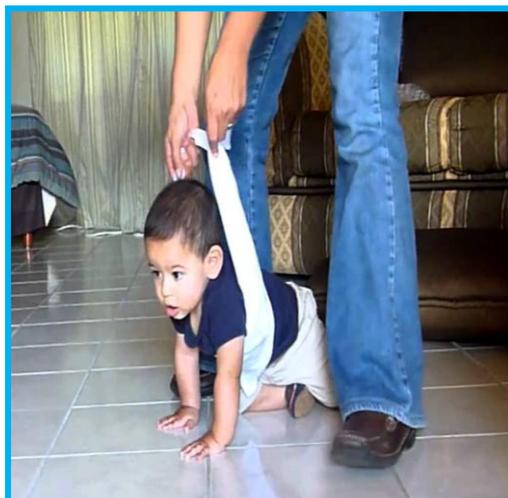


**FISIOTERAPIA INFANTIL
(Actividades recreativas)**

- Enseñar al niño a jugar para desarrollar su capacidad psicomotriz.



Enseñar al niño a que empiece a gatear.



- Puede colocar al niño en el andador, eso también ayudara a que empiece a dar sus primeros pasos, pero no exceder en este medio de distracción.



- Realizar una variedad de ejercicios básicos para el niño, con la finalidad de mejorar los movimientos de las extremidades.





- Ayudar al niño en la marcha de forma lenta.



- Enseñar a la madre a que ayude al niño a mantener su equilibrio.



- Incentivar al niño a caminar más seguidamente con el fin de que logre mantener solo su equilibrio.



VI.- CONCLUSIONES DE LA GUÌA

- Como resultado de la guía de manejo he encontrado que al aplicar esas actividades de enfermería dirigido al cuidador mejora su calidad de vida.
- Se logró desarrollar la presente guía de manejo directamente para el cuidador del paciente pediátrico, mediante la aplicación a las necesidades del paciente.
- La presente guía de manejo se aplica al cuidador.

VII.- RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

- Se recomienda al cuidador que esta guía lo utilice de manera eficiente, ya que contiene información disponible para todos los interesados en el cuidado a pacientes con meningoencefalitis y de esta manera mejorar la calidad de vida.

V. CONCLUSIONES

- Durante la estadía hospitalaria del paciente pediátrico con meningoencefalitis los principales cuidados brindados por parte del personal de salud fueron: control de signos vitales, administración de oxígeno, brindar confort al paciente, administración de medicación prescrita.
- Como resultado del análisis de caso, es posible concluir que los principales factores de riesgo que causaron la aparición de la meningoencefalitis fueron la edad, sexo, clima y neumonía. Ya que las mismas fueron causantes a que se desarrolle la enfermedad del paciente, por lo que se pudo realizar este trabajo de forma satisfactoria teniendo en cuenta que el mismo contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente.
- Se agregó una propuesta alternativa la misma que es una guía de manejo dirigido al cuidador, de acuerdo a las necesidades del paciente y en beneficio del mismo, el cual contiene un listado de procedimientos acorde a la patología que presenta el paciente.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

Aguilar, M. (2007). Mosby tratado de enfermería. Cuidados pediátricos (2ª ed.). España: Océano.

Bernstein, D. & Shelov, P., (2012). Pediatría para estudiantes de medicina (3ª ed.). España: American Academy of Pediatrics.

Bulechek, G., Butcher H., Dochterman, J., Wagner Ch. (2014). Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) (6ª ed.) España: ELSEIVER.

Cruz, M. (2007). Tratado de pediatría. España: Océano/ Ergon.

Escobar, E., Huerta, E. & Moreira, M. (2006). Tratado de pediatría (2ª ed.). México: Manual Moderno.

Elorza, G., (2006). Manual de enfermería Zamora (1ª ed.). Colombia: Zamora Editores LTDA.

Fejerman, N. & Fernández, E. (2007). Neurología Pediátrica (3ª ed.). Colombia: Océano.

Kliegman, R. Behr, R., Jenson, H. & Stanton, B. (2009). Nelson tratado de pediatría. Vol. 11, (18ª ed.). España: ELSEIVER.

Moro, M., Málaga, S. & López, L. (2014). Cruz tratado de pediatría. Asociación Española de pediatría (11ª ed.). España: Océano.

Paris, E., Sánchez, D., Beltramino, D. & Copto, G. (2013). Meneghello Pediatría. Tomo 1(6ª ed.). Argentina: Panamericana Editores.

Potter, P. & Perry, A. (2007). Fundamentos de enfermería (5ª ed.). España: ELSEIVER.

Rudolph, A., Kamei, R. & Overby, K. (2004). *Pediatría* (3ª ed.). España: MARBAN.

Zarrarz, J. (2013). *Neurología* (5ª ed.). México.

BIBLIOGRAFÍA DE LA GUÍA

Hernández, A. (2010). *Tratado de nutrición. Nutrición humana en el estado de salud* (2ª ed.). Tomo III. España: Panamericana.

Hernández, A. (2010). *Tratado de nutrición. Nutrición clínica*. (2ª ed.). Tomo IV. España: Panamericana.

Rodota, L. & Castro, M. (2012). *Nutrición clínica y dietoterapia* (1ª ed.). Argentina. Panamericana.

LINKOGRAFÍA:

Baquero, A., López, V. & Castillo, M. (2007). *Meningitis bacteriana Hospital Infantil La Paz. Madrid. Disponible en:*
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/meningitis.pdf>

Cisneros, F. (2002). *Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Disponible en:*
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

Cobo, D. & Daza, P. (2011). *Revista Gastrohnutp Signos vitales en pediatría. Vol.13. Colombia. Disponible en:*
<http://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a11v13n1s1/a11v13n1s1art6.pdf>

Díaz, C. & Bastidas, P. (2004). *Interpretación del hemograma pediátrico. Disponible en:*

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000081&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=125&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v2n5a81pdf001.pdf

Henderson, H. (2012). El cuidado. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html>

Hernández, R. & Verne, C. (2007). Manejo de la meningitis bacteriana aguda en pediatría. Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/speit/2007_n1/pdf/a04.pdf

Leiva, G., Segovia, C., Morressi, A. & Álvarez, C. (2012). LIBRO DE MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. Disponible en: http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012_06_01_archive.html

Lovesino, C. (2006). Artículo de Medicina intensiva. Meningitis Bacteriana. Buenos Aires: El Ateneo. Disponible en: <https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/04/meningitis-bacteriana-lovesio.pdf>

Rafael, G. (2002). Meningitis bacteriana. Instituto especializado de salud del niño. Lima. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v07_n1/pdf/a03.pdf

Ramírez A. (2016). Infecciones pulmonares en niños. Revista colombiana de pediatría. Vol. 38, N^a 3. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-383/pediatria38303-infecciones1/>

Ruíz, M; Poymiro, Y. & Dumas, Y. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. Citado 2016-07-28. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1029-3019

SCIELO: Ballesteros, M., Herrera, L., Escosa, L. & Romero, Flavio. (2013). Meningitis bacteriana por *Streptococcus pyogenes*. Vol. 15. Diciembre, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000500014

Torrent, M. (2012). Interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación. Viernes 10 de febrero. España. Disponible en: http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-110-fichero/9%C2%BA%20Curso_Interpretaci%C3%B3n%20del%20hemograma.pdf

Tecnología Sanitaria y Diagnostics for health. Fórmula leucocitaria. Artículo modificado el 2 de febrero del 2016. Disponible en: <http://www.labtestsonline.es/tests/differential.html?tab=3>

Vallesta, F. & Castells M. (2007). Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

PROQUEST: Roberto, R. (2002). Meningitis. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/316000157?accountid=36765>

PROQUEST: García, B Santiago; Gamero, B., Fuente, V. & Arenzana, P. (2010) pediatric meningitis. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1508530223/C37652390D7C4FE9PQ/3?accountid=36765>

SCOPUS: Hernández, R., Díaz, D., Sanos, S. & Miranda, G. (2005). Microbiology and Infectious Diseases. Epidemiology of bacterial meningoenkephalitis in a Pediatric Hospital in tertiary Vol.25. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84855833439&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=meningoencefalitis+en+pediatria&st2=&sid=91964B492892F2A3F0935A3818720D08.aXczxbyuHHiXgaIW6Ho7g%3a890&sot=b&sdt=b&sl=38&s=TITLE%28meningoencefalitis+en+pediatria%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=>

SCOPUS: Leib, S. & Tauber, M. (2007). Infectious disease clinics of North America. Pathogenesis of bacterial meningitis. Institute of Microbiology Vol.13. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-0032802603&origin=reflist&sort=plf-f&src=s&st1=meningoencefalitis+en+pediatria&st2=&sid=91964B492892F2A3F0935A3818720D08.aXczxbyuHHiXgaIW6Ho7g%3a890&sot=b&sdt=b&sl=38&s=TITLE%28meningoencefalitis+en+pediatria%29&recordRank=>

SCOPUS: Torres, L., Rojas, Y., & Sequera, M. (2014) Vol.16. Molecular diagnosis of viral meningoenkephalitis. Clinical Utility of Tests. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84901003703&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=meningoencefalitis&nlo=&nlr=&nls=&sid=91964B492892F2A3F0935A3818720D08.aXczxbyuHHiXgaIW6Ho7g%3a70&sot=b&sdt=sisr&sl=33&s=TITLE-ABS-KEY%28meningoencefalitis%29&ref=%28meningoencefalitis+pediatria%29&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm=>

SCOPUS: Solórzano, S., Miranda, G. & Díaz, R. (2002). Microbiology and Infectious Diseases. Bacterial meningitis (article) [Bacterial meningoenkephalitis] Vol. 22. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-28044445547&origin=reflist&sort=plf-f&src=s&st1=meningoencefalitis&nlo=&nlr=&nls=&sid=91964B492892F2A>

3F0935A3818720D08.aXczxbyuHHiXgalW6Ho7g%3a70&sot=b&sdt=sisr&sl=33&s=TITLE-ABS-KEY%28meningoencefalitis%29&ref=%28meningoencefalitis+pediatrica%29&recordRank=

LINKOGRAFÍA DE LA GUÍA

Conté, D. & Hernández, H. (2012). Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Departamento Nutricional. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Disponible en: <http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>

Guasapz, V., Roma, L. & Andrade, J. (2008). Guía de alimentación complementaria para niños menores de un año con desnutrición leve o moderada. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2262/2/06%20ENF%20219Guia%20de%20alimentacion%20complementaria.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2015). Portafolio de Alimentación Complementaria. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/matcom/ROTA FOLIO001.pdf>

Puentes, N., Farrouh, S. & Ibáñez, C. Las constantes vitales, procedimientos básicos en enfermería. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/LAS-CONSTANTES-VITALES-PROCEDIMIENTOS-BASICOS-EN-ENFERMERIA.pdf>

Ruiz, F. (2014). Guía Básica sobre Fisioterapia Educativa. Disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/pediatria-infancia/fisioterapia-infantil.html>

VII. ANEXOS

ANEXO 1

1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Presenta dificultad para respirar?	SI () NO (X)
¿Cuál es la causa para esta dificultad?	Ninguna
¿Le falta el aire al gatear?	SI () NO (X)
¿Observa usted signos de dificultad respiratoria?	SI () NO (X)
¿Durante la noche la tos es muy intensa?	SI () NO (X)
¿Estos últimos meses ha presentado tos?	SI (X) NO ()
¿Ha notado en su bebe cambios de coloración a nivel bucal?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 1.1

Tabla 2. Escala de Disnea de Borg

	<u>0</u>	Sin disnea
	0,5	Muy, muy leve. Apenas se nota
	1	Muy leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	
	7	Muy severa
	8	
	9	
	10	Muy, muy severa (casi máximo)
	•	Máxima

Crisotmor (2013)

Interpretación

Conforme la puntuación establecida no se evidencia presencia de disnea lo que equivale a una no presencia de disnea según la escala de graficación, a mayor índice de puntuación menor tolerancia ala disnea.

ANEXO 2

2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces se alimenta al día?	6veces
¿Tiene algún horario específico de comidas?	SI () NO (X)
¿Ha perdido el apetito?	SI () NO(X)
¿Tolera la alimentación complementaria?	SI (X) NO ()
¿Ha bajado de peso durante los últimos meses?	SI () NO (X)
Que alimentos le han hecho subir de peso a su bebe	Papas, plano, guineo.
¿Ya utiliza la dentición para la los alimentación?	SI () NO (X)
¿Tiene nauseas antes de las comidas?	SI () NO (X)
¿Siente que las náuseas le impiden comer?	SI () NO (X)
¿Necesita ayuda para alimentarse?	SI (X) NO ()
¿Quién es la/el encargado de la alimentación del bebe?	Madre
¿Luego de la alimentación realiza deposición?	SI (X) NO ()

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 3**3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día orina?	5 veces
¿Utiliza pañal?	SI (X) NO ()
¿Cuántos pañales utiliza durante el día?	De cuatro a cinco pañales.
¿Cuántos pañales utiliza durante la noche?	Dos pañales.
¿Cuántas deposiciones realiza en las 24 horas?	Cuatro deposiciones
¿Qué características tiene las heces?	Amarillas
¿Tiene dificultad en la defecación?	SI () NO (X)
¿Últimamente se ha estreñado?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 4

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realiza la marcha de forma dependiente?	SI () NO (X)
¿Necesita de ayuda para desplazarse de un lugar a otro?	SI (X) NO ()
¿Permanece sentado todo el día?	SI () NO (X)
¿Para la edad que tiene piensa usted que existe alguna alteración en el equilibrio?	SI () NO (X)
¿Qué postura adopta habitualmente?	Senado y gatea.
¿Presenta alguna dificultad para mover alguna parte del cuerpo?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 4.1 ESCALA DE LA MARCHA Y EQUILIBRIO DE TINETTI

EQUILIBRIO GRADACIÓN	
EQUILIBRIO SENTADO	
• Se inclina o se desliza en la silla	0
• Firme y seguro	1
LEVANTARSE	
• Incapaz	0
• Capaz utilizando los brazos	1
• Capaz sin utilizar los brazos	2
EQUILIBRIO INMEDIATO	
• Inestable	0
• Estable con andador	1
• Estable sin soporte	2

EMPUJÓN	
• Tiende a caerse	0
• Se tambalea	1
• Firme	2
SENTARSE	
• Inseguro	0
• Usa los brazos	1
• Seguro	2
INICIO DE LA MARCHA	
• Duda vacilación	0
• No vacilante	1
LONGITUD DEL PASO	
Izquierdo	
• No sobre pasa el pie derecho	0
• Sobre pasa el pie derecho	1
• No lo levanta por completo	0
• Lo levanta por completo	1
Derecho	
• No sobre pasa el pie izquierdo	0
• Sobre pasa el pie izquierdo	1
• No lo levanta completamente	0
• Lo levanta completamente	1
SIMETRÍA	
• Asimétrico	0
• Simétrico	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
• Discontinuos	0
• Continuos	1
DESVIACIÓN	
• Marcada desviación	0
• Desviación moderada	1
• Derecho	2
TRONCO	
• Balanceo	0
• Sin balanceo, pero con flexión del tronco	1
• Sin balanceo ni flexión	2
POSTURA DE LA MARCHA	
• Talones separados	0
• Talones casi en contacto	1

Moreno T, Domínguez c, Porta j, Díaz j, Bermejo f. (2009) Escalas en Neurología.

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La suma de ambas puntuaciones de marcha 12 y de equilibrio 15 proporciona el riesgo de caídas.

- A mayor puntuación = menor riesgo
- Menos de 19 = riesgo alto de caídas
- De 19 a 24 = riesgo de caídas

Puntuación total del equilibrio 11/27 según la escala de la marcha y equilibrio de tinetti tiene un alto riesgo de caídas.

ANEXO 5

5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Duerme tranquilo?	SI (X) NO ()
¿Cuántas horas duerme durante la noche?	Nueve horas
¿Cuantas horas duerme durante el día?	De seis a siete horas.
¿Se despierta en las madrugadas?	SI (X) NO ()
¿Siente que se despierta irritable después de dormir?	SI () NO (X))
¿Escucha que ronca durante el sueño?	SI () NO (X))

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 5.1 (BRIEF INFANT SLEEP QUESTIONNAIRE), BREVE CUESTIONARIO DEL SUEÑO.

1.- ¿Cómo duerme?

- En cuna en su habitación
- En cuna en la habitación de los padres.
- **En cama con los padres**
- En cuna en la habitación de los hermanos
- Otra (especificar)

2.- ¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por la noche ? (a partir de las 9 de la noche)

Horas: 9 horas Minutos:

3.- ¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por el día? (a partir de las 9 de la mañana)

Horas: 6 horas Minutos:

4.- ¿Cuánto tiempo su hijo/a esta despierto por la noche? (de 12 a 6 de la mañana):

Horas: 1 hora Minutos:

5.- ¿Cuántas veces se despierta por la noche? Una vez

6.- ¿Cuánto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche? (desde que se acuesta para dormir):

Horas: **media hora** Minutos:

7.- ¿A qué hora se suele quedar dormido/a por la noche? (primer sueño)

Horas: **9 de la noche** Minutos:

8.- ¿Cómo de duerme su niño /a?

- Mientras come
- Acunándolo
- En brazos
- El solo/a en su cuna
- **El solo/a en presencia de la madre/padre**

Fuente: Sadeh A. (2006) Instrumentos de medida de los problemas de sueño pediátricos (escalas).

INTERPRETACIÓN

Según el cuestionario del sueño de Sadeh niño mantiene un alto número de horas durante el sueño.

ANEXO 6**6.- NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se cambia de ropa todos los días?	SI (X) NO ()
¿Depende de otra persona para cambiarse de ropa?	SI (X) NO ()
¿Quién ayuda en la vestimenta?	Madre
¿Interactúa con la madre al vestirse?	SI (X) NO ()
¿Se rehúsa a vestirse durante el proceso?	SI () NO (X)
¿La vestimenta es adecuada al clima?	SI (X) NO ()

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 6.1 INDICE DE KATZ

BAÑARSE	Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
	Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
VESTIRSE	Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
	Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
USO DE PAÑAL	Independiente: va solo al baño se arregla la ropa y se limpia.
	Dependiente: precisa ayuda para ir al baño.
MOVILIDAD	Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
CONTINENCIA	Independiente: control completo de micción y defecación.
	Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
ALIMENTACIÓN	Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).
	Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

INTERPRETACIÓN

El índice de katz se puede puntuar de dos formas: una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y un punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0-1 puntos= ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 -3 puntos= incapacidad moderada

Grados E-G o 4-6 puntos= incapacidad severa

Interpretación: El paciente presenta un índice de Katz de 6 con una incapacidad severa.

ANEXO 7

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Habitualmente está expuesto a temperaturas bajas?	SI (X) NO ()
¿Utiliza ropa adecuada para el frío o calor?	SI (X) NO ()
¿Durante estos últimos meses ha presentado fiebre?	SI () NO (X)
¿Cuándo presenta fiebre que hace usted para tratar de controlar?	Baja la temperatura por medios físico.
¿Sabe usted cómo utilizar un termómetro?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 7.1

TABLA DE TEMPERATURA CORPORAL

La temperatura corporal varía entre los 36.5 a 37.5 ^a C	
EDAD	VALOR ^a C
Recién nacido	36.1 – 37.7
Lactante	37.2
Niño de 2 a 5 años	37.0

Fuente: Darío Cobo (2011)

Interpretación: paciente mantiene la temperatura adecuada.

ANEXO 8**8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces a la semana realiza el baño?	3 veces
¿Durante el baño él bebe presenta llanto fuerte?	SI (X) NO ()
¿Durante el baño pone énfasis en los genitales tratando de bajar el prepucio?	SI (X) NO ()
¿Después del baño utiliza cremas hidratantes para la piel?	SI () NO (NO)
¿Cree que es importante mantener las manos limpias?	SI (X) NO ()
¿Cree que es importante mantener las uñas cortas?	SI (X) NO ()
¿Siente que suda con frecuencia?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 9

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿A diario lo más frecuente en su bebe es el llanto o la risa?	Risa
¿Sabe cuál es su estado de salud actualmente?	SI () NO (X)
¿Tiene todas las vacunas hasta el momento?	SI (X) NO ()
¿Tiene el apoyo familiar en todo momento?	SI (X) NO ()
¿Con que frecuencia cocina en leña?	Una vez por semana y en clima invernal
¿Durante la preparación de los alimentos el niño se encuentra junto a usted?	SI (X) NO ()
¿Toma las debidas precauciones para el niño en la cocina?	SI (X) NO ()
¿Limita la Exposición del niño a temperaturas muy bajas para evitar que se enferme?	SI (X) NO ()
¿Anteriormente ha ingresado al hospital?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 9.1 VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS

PARÁMETROS	RESPUESTAS	PUNTOS
Antecedentes de caída recientes o en los últimos 3 meses	NO SI	0 25
Diagnostico secundario	NO SI	0 15
Ayuda para la deambulación	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo en cama, ayuda de la enfermera. • Muletas, andador, • Muebles 	0 15 30
Catéter intravenosos	NO SI	0 20
Equilibrio/ traslado	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, reposo en cama, inmóvil. • Débil • Alertado 	0 10 20
Estado mental	<ul style="list-style-type: none"> • Orientado según las posibilidades. • Olvida sus limitaciones. 	0 15

Sin riesgo (<24)

Riesgo bajo de (25 - 50)

riesgo alto (>50)

Fuente: escala de Morse (2010). Prevención de caídas.

INTERPRETACIÓN

Según la escala de Morse paciente tiene un riesgo alto de caídas con un total de 55/50

ANEXO 10

11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cree usted en dios?	SI (X) NO ()
¿De qué religión se considera usted?	Católica.
¿La religión a la que pertenece influye en su vida cotidiana y en la de su niño?	SI (X) NO ()
¿Cree en los brujos o en tratamientos naturales?	SI (X) NO ()
¿En algún momento de su enfermedad decidió acudir a los curanderos?	SI (X) NO ()

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 11**13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué hace los fines de semana?	Salir a pasear
¿Sale al parque?	SI (X) NO ()
¿En compañía de quien pasa los fines de semana?	Padres y hermano
¿Siente que pasa aburrido en casa?	SI (X) NO ()
¿Es irritable con facilidad?	SI () NO (X)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 12

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLÍNICO
RESULTADOS DE EXAMENES
1.- BOMETRIA HEMÀTICA**

FECHA: 05/02/2016 07:00

TEST FER.	RESULTADO	UNIDAD	VALOR
Leucocitos	27.73	x103	(6.0 - 17.5)
Neutrófilos	17.3	%	(1.0 – 8.5)
Linfocitos	80.6	%	(3.3 – 11.5)
Hemoglobina	12.1	g/dL	(10.1 – 12.9)
Hematocrito	38.6	%	(34 – 40)
Plaquetas	681.000	xmcr1	(150 – 400.000)

2.- QUIMICA SANGUÌNEA

TEST FER.	RESULTADO	UNIDAD	VALOR
UREA	10.4	mg/dL	(11– 33.6)
CRETININA	0.66	mg/dL	(0.6 – 1.20)
GLUCOSA 2 horas	337.8	mg/dL	(74 – 106)
SODIO	130.38	mmol/L	(136 – 145)
POTASIO	5.65	mmol/L	(3.5 – 5.1)
COLORO	99.52	mmol/L	(98 – 107)

3.- COPROLÒGICO

TEST	RESULTADO	UNIDAD
POLIMORFOS	45	%
ROTAVIRUS	(+)	

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 13

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLÍNICO
RESULTADOS DE EXAMENES
HEMATOLOGÍA

FECHA: 07/02/2016

TEST	RESULTADO	UNIDAD	VALOR FER.
Hemoglobina	11.2	g/dL	(10.1- 12.9)
Hematocrito	35.2	%	(34- 40)
Plaquetas	621.000	xmcl	(150.00 – 400.000)
Leucocitos.	29.18	x10 ³ /uL	(6.0 – 17.5)
Neutrófilos:	75.3	%	(1.0 - 8.5)
Linfocitos:	21	%	(3.3 – 11.5)

QUÍMICA SANGUÍNEA

TEST FER.	RESULTADO	UNIDAD	VALOR
Urea	3.1	mg/dl	(11 – 33.6)
Glucosa en ayunas	125.3	mg/ dL	(74 – 106)
Creatinina	0.51	mg/dL	(0.4 – 0.7)
Ácido úrico	3.3	mg/dL	(3.4 – 7.0)
Sodio	133	mmol/L	(136 - 145)
Potasio	5.88	mmol/L	(3.1 – 5.1)
cloro	110.29	mmol/L	(98 – 107)

COPROLÒGICO

Rotavirus:	5.88	↑
------------	------	---

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 14

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO													
SERVICIO DE PEDIATRÍA													
BALANCE HÍDRICO													
BALANCE HÍDRICO		08/02/ 2016	09/02/20 16	11/02/ 2016	12/02/ 2016	13/02/ 2016	14/02/ 2016	15/02/ 2016	16/02/ 2016	17/02 /2016	18/02 /2016	19/0 2/20 16	20/0 2/20 16
INGRESOS	PARENTERAL	622	550	354	220	-	264	282	174	-	-	360	290
	VIO ORAL	460	180	660	350	500	600	-	SM	SM	SM	SM	SM
	TOTAL	1082	730	1214	570	500	864	282	174	-	-	360	290
EGRESOS	ORINA	1015	1005	1255	625	1155	950	610	735	945	735	945	635
	DRENAJE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	OTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	1015	1005	1255	625	1155	950	610	735	945	735	945	635

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento Estructurado

ANEXO 15

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO		
LABORATORIO CLÍNICO		
RESULTADOS DE EXAMENES DE PUNCIÓN LUMBAR		
LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO		
FECHA: 08/02/2016		
TEST	RESULTADO	UNIDAD
Glucosa	84	mg/dl
Color	agua de roca	
Volumen	3	ml
Aspecto		
Conteo de células	0.00	xmm ³
Formula leucocitaria	no aumentada	

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 15.1

HALLAZGOS INICIATIVOS DE MENINGITIS EN EL LCR

VARIABLE	LCR NORMAL	MENINGITIS BACTERIANA
PRESIÓN	6-20 cm H ₂ O	Elevada
LEUCOCITOS/mm³	0-6 (85% linfocitos)	Varios miles hasta 60.000 (predominio PMN)
PROTEINAS mg/dl	20-45	100-500, ocasionalmente >1.000
GLUCOSA mg/dl	45-80, o 0,6 x glucosa sérica	5 - 40 o <0.3 x glucosa sérica

FUENTE: Carlos Lovesivo (2010)

ANEXO 16

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
 LABORATORIO CLÍNICO
 RESULTADOS DE EXAMENES
 BIOMETRIA HEMATICA

FECHA: 08/02/2016 10:00

TEST	RESULTADO	UNIDAD	VALOR FER.
Leucocitos	19.99	x103	(6.0 -17.5)
Neutrófilos	52.1	%	(1.0 – 8.5)
Linfocitos	43.4	%	(3.3 – 11.5)
Hemoglobina	10.3	g/dL	(10.1 – 12.9)
Hematocrito	32.7	%	(34 – 40)
Plaquetas	52.2000	xmcr1	(150 – 400.000)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 17

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
 LABORATORIO CLÍNICO
 RESULTADOS DE EXAMENES
 QUIMICA SANGUINEA

FECHA: 08/02/2016 10:00

TEST	RESULTADO	UNIDAD	VALOR FER.
UREA	5.2	mg/dL	(16.6 – 48.5)
CRETININA	0.56	mg/dL	(0.4 – 0.7)
GLUCOSA	105	mg/dL	(74 – 106)
ACIDO URICO	3.5	mg/dL	(3.4 – 7.0)
SODIO	135.48	mmol/L	(136 – 145)
POTASIO	4.71	mmol/L	(3.5 – 5.1)
COLORO	107.53	mmol/L	(98 – 107)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 18

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLÍNICO
RESULTADOS DE EXAMENES
BIOMETRIA HEMATICA

FECHA: 12/02/2016 09:30

TEST	RESULTADO	UNIDAD	VALOR FER.
Leucocitos	8.63	x103 UL	(6.0 -17.5)
Neutrófilos	3.2	%	(1.0 – 8.5)
Linfocitos	52.1	%	(3.3 – 11.5)
Hemoglobina	97	g/dL	(10.1 – 12.9)
Hematocrito	30.8	%	(34 – 40)
Plaquetas	608.000	xmcr1	(150 – 400.000)

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 19

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLÍNICO
RESULTADOS DE EXAMENES
QUIMICA SANGUINEA

FECHA: 12/02/2016 09:30

TEST	RESULTADO	UNIDAD	VALOR FER.
SODIO	133.52	mmol/L	(136 – 145)
POTASIO	4.75	mmol/L	(3.5 – 5.1)
COLORO	93.01	mmol/L	(98 – 107)
PROTEINA TOTAL	5.2	g/dL	
ALBUMINA	3.18	g/dL	

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 20

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLÍNICO
RESULTADOS DE EXAMENES
COPROLÒGICO

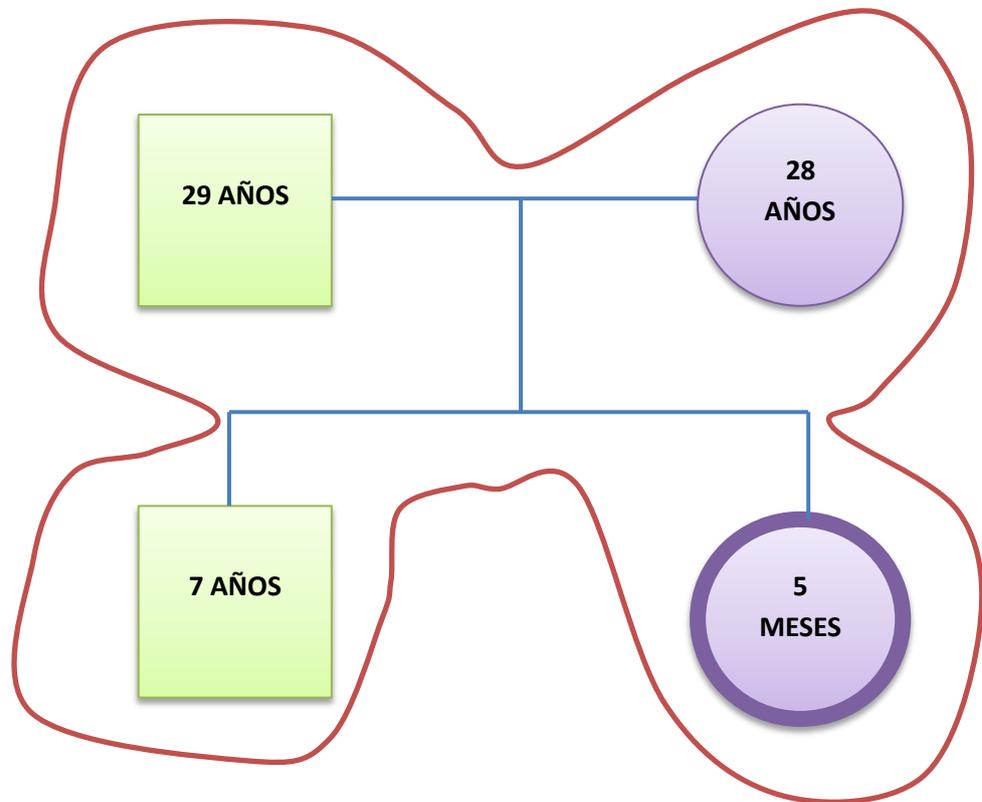
FECHA: 18/02/2016 09:30

TEST	RESULTADO
Polimorfos	Negativo
Parásitos	No se observa
Rotavirus	Negativo

Autor: Narciza Escobar

Fuente: Instrumento estructurado.

ANEXO 21
FAMILIOGRAMA

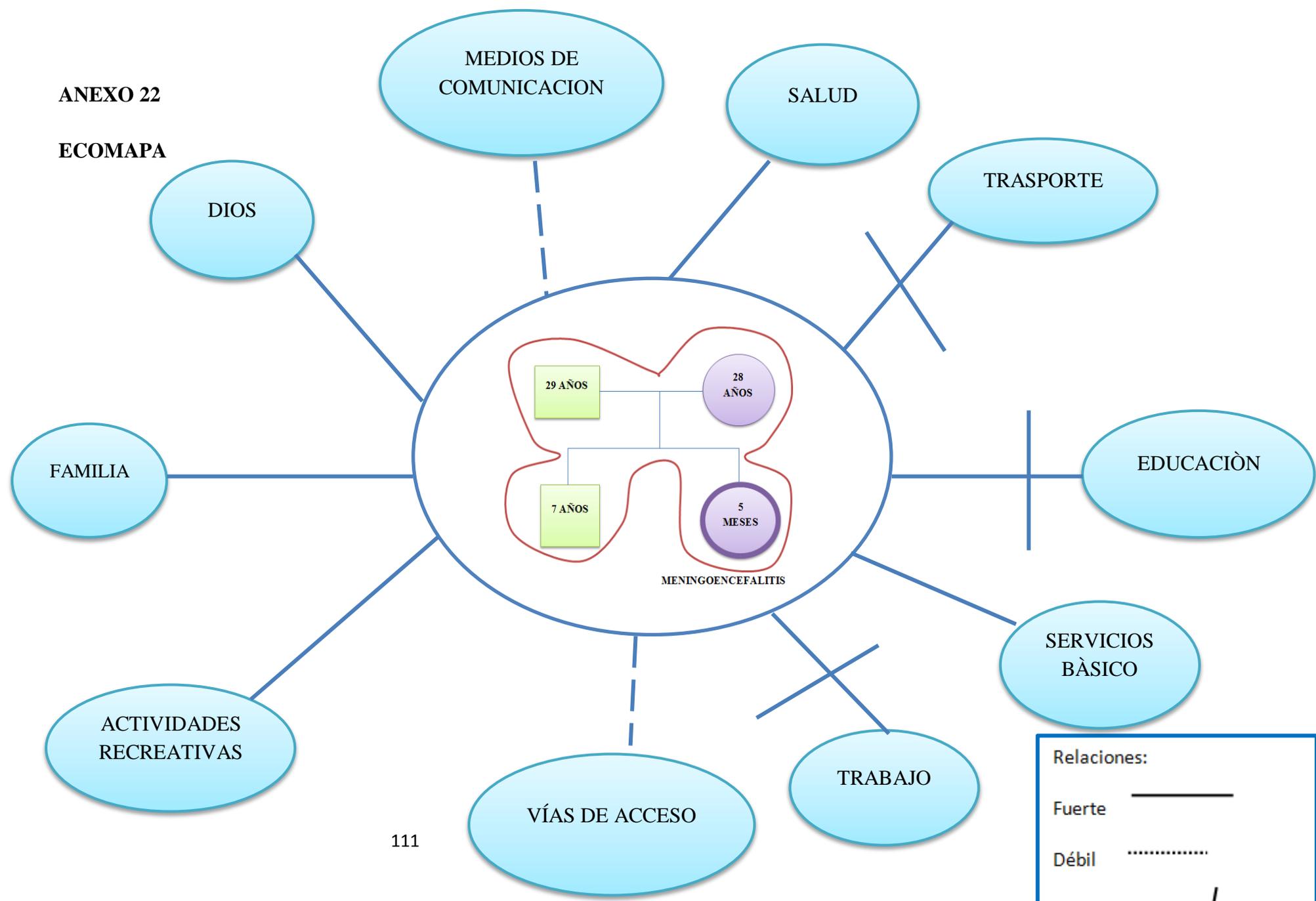


MENINGOENCEFALITIS

INFORMACION

	HOMBRE
	MUJER
	SUJETO PARTICIPANTE
	LÍNEA CONTINUA, INDICA LOS INDIVIDUOS QUE VIVEN JUNTOS.

ANEXO 22
ECOMAPA



Relaciones:

Fuerte —————

Débil

Sin relación +

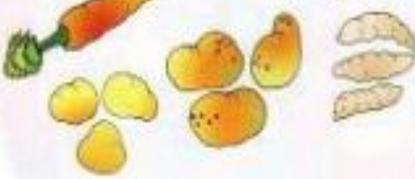
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



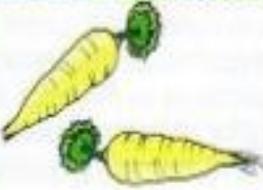
1 Cereales bien cocidos y en forma de papillas: arroz, avena, quinua, el trigo



2 Tubérculos bien cocidos en forma de puré: papa, melloco, camote y zanahoria blanca.



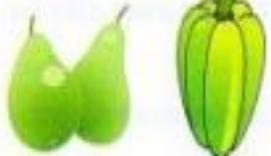
3 Vegetales bien cocidos en forma de purés, sopas espesas de: espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo.



4 Yema de huevo: bien cocida y aplastada, debe darse progresivamente, comenzando con una cucharadita hasta llegar a la yema entera.



5 Frutas: guineo, manzana, pera, papaya, melón, granadilla.



6 Grasas: Añadir a la papilla 1/2 cucharadita de aceite vegetal (soya, maíz, girasol, oliva).



Fuente: Viviana Guasapz, Lidia Roma, Julio Andrade. (2008).