



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTOR(A):

MARIA DEL CARMEN REYES ALVARRACIN

TEMA:

**PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL
LACTANTE HOSPITALIZADO CON BRONCONEUMONIA, EN EL
AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT
PONTON” DE GUAYAQUIL DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL AÑO
2013**

TUTOR:

Lcda. CRISTINA GONZALEZ OSORIO Mgs.

Guayaquil, Ecuador



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”
CERTIFICACION**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por María del Carmen Reyes Alvarracin, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

TUTOR(A)

Lcda. Cristina González Osorio. Mgs

REVISOR(ES)

Lcda. Norma Silva Lima. Mgs

Dra. Amarilis Pérez

DIRECTOR DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vinces. Mgs.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Junio del año 2013



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD**

Yo, María del Carmen Reyes Alvarracin

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación **PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL LACTANTE HOSPITALIZADO CON BRONCONEUMONIA, EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON DE GUAYAQUIL DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2013**, previa a la obtención del título de licenciada de enfermería, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Junio del año 2013

EL AUTOR(A)

María del Carmen Reyes Alvarracin



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTORIZACION

Yo, Reyes Alvarracín María del Carmen

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la Publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Participación de las madres en el cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía, en el área de pediatría del hospital “ Dr. Abel Gilbert Pontón” de Guayaquil de junio a septiembre del año 2013**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Junio del año 2013

AUTORA:

María del Carmen Reyes Alvarracin

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. Agradezco siempre a mi familia por ese amor incondicional y larga espera en el ansiado título, a mis Docentes por la paciencia y dedicación en la enseñanza y al principal de todas las obras a Dios.

María del Carmen Reyes Alvarracin

DEDICATORIA

Dedico primeramente mi trabajo a Dios fue el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar. De igual forma, a mis Padres, quien me brindan su amor, apoyo moral y a mis hijos que me han sabido comprender por el poco tiempo de dedicación debido al trabajo y los estudios. A mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional. También dedicado a todas las personas con vocacion en esta linda profesion como es la enfermeria.

María del Carmen Reyes Alvarracin

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

Lcda. Cristina González Osorio.Mgs
PROFESOR GUIA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CALIFICACION

Lcda. Cristina González Osorio.Mgs
PROFESOR GUIA O TUTOR

INDICE GENERAL

Paginas

CERTIFICACION

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

AUTORIZACION

AGRADECIMIENTO V.

DEDICATORIA VI.

TRIBUNAL DE SUSTENTACION VII.

CALIFICACION VIII.

INDICE GENERAL IX.

INDICE DE TABLAS XI.

INDICE DE GRAFICOS XII.

RESUMEN XIII.

SUMMARY XIV.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN 1

JUSTIFICACION 3

DESCRIPCION DEL PROBLEMA 4

CONTEXTUALIZACION DE TIEMPO Y ESPACIO 6

OBJETIVOS 7

CAPITULO II

MARCO TEORICO 8

1.1. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO RESPIRATORIO 9

1.2. TRES FASES DE LA RESPIRACION 10

1.3. EL INTERCAMBIO EN LOS PULMONES 10

1.3.1. TRANSPORTE DE LOS GASES 10

1.3.2. RESPIRACION DE LAS CELULAS 10

1.3.3. ORGANOS APARATOS Y SISTEMAS 11

1.4. TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR 12

1.4.1. TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR	12
2. REGULACION DEL EQUILIBRIO ACIDO BASICO.....	13
2.1. ACIDOSIS RESPIRATORIA	14
2.1.1.ALCALOSIS RESPIRATORIA	15
3.FISIOPATOLOGIA.....	16
3.1.ETIOLOGIA.....	17
3.2.SIGNOS Y SINTOMAS.....	18
3.2.1.EVOLUCION CLINICA.....	19
4.TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADESRESPIRATORIAS.....	20
4.1.TRATAMIENTO DE LA FIEBRE Y EL DOLOR.....	21
4.3. ALIMENTACION.....	21
4.4.LIQUIDOS.....	22
4.4.1.SIGNOS DE ALARMA	22
4.4.2.TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION NASAL.....	23
5..MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	23
5.1.CONCEPTOS PRINCIPALES.....	24
5.2.PRINCIPIOS DE AUTOCUIDADO.....	25
5.3.REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	26
5.3.1.TRES ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	27
5.4. AFIRMACIONES TEORICAS.....	28
CAPITULO III	
ESQUEMA METODOLOGICO.....	31
POBLACION Y MUESTRA.....	32
VARIABLES.....	33
REPRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.....	34
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	53

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1	35
GRAFICO 2	36
GRAFICO 3	37
GRAFICO 4	38
GRAFICO 5	39
GRAFICO 6	40
GRAFICO 7	41
GRAFICO 8	42
GRAFICO 9	43
GRAFICO 10	44
GRAFICO 11	45
GRAFICO 12	46
GRAFICO 13	47
GRAFICO 14	48
GRAFICO 15.....	49

RESUMEN

El propósito de este estudio fue mejorar el cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía por medio de la educación a la madre y cuidadores, proporcionándoles una guía educativa para que identifiquen los signos de alarma en problemas respiratorios, además busquen atención inmediata y de esa manera evitamos el reingreso del neonato a las casas de salud, para disminuir los costos en Salud, ya que la tasa de morbimortalidad por bronconeumonía según la OMS y el MSP es considerable en los lactantes y menores de 5 años(2 al 7%) donde se describen los factores de riesgo tales como la edad, bajo peso al nacer, alto grado de desnutrición, bajo nivel socio económico de los padres, hacinamiento, desconocimiento de la importancia de la lactancia materna e inmunizaciones incompletas. Este estudio investigativo fue basado en acontecimientos mediante la observación directa de como las madres daban los cuidados a su hijo a pesar de que es la enfermera quien debe brindar los cuidados, pero por la gran demanda de pacientes y la limitante del profesional de enfermería en esta institución se ve abocada la madre a prestar este cuidado en el área de pediatría del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. La **metodología** que utilice fue un diagnóstico participativo, descriptivo, analítico con enfoque cuantitativo y cualitativo, la **muestra** fueron 35 madres y cuidadores, los **resultados** fueron procesados mediante gráficos estadísticos para luego analizar e interpretar los resultados obtenidos.

Palabras Claves: Lactante menor, bronconeumonía, cuidados, educación y guía educativa.

SUMMARY

The purpose of this study was to improve the care of hospitalized infants with bronchiolitis through education to mothers and caregivers, providing them with an educational guide for you to identify the warning signs to respiratory problems, and seek immediate and thus attention avoid the neonatal readmission to nursing homes , to reduce health costs , since the rate of morbidity and mortality from bronchopneumonia as who and MOH is significant in infants and children under 5 years (2 to 7 %) which describes the risk factors such as age , low birth weight , high degree of malnutrition, low socio-economic status of parents, overcrowding, lack of knowledge of the importance of breastfeeding and incomplete immunizations. This research study was based on events through direct observation of how mothers would care for your child even though it is the nurse who must provide care, but the high demand of patients and the limiting of the nurse in this institution is doomed mother to provide this care in the area of pediatrics Guayaquil Hospital " Dr. Abel Gilbert Pontón ". The methodology used was participatory , descriptive, analytical diagnosis with quantitative and qualitative approach , the sample were 35 mothers and caregivers and the results were processed using statistical graphs and then analyze and interpret the results.

Keywords: infant child, bronchopneumonia, care, education and teaching guide.

INTRODUCCION

La bronconeumonía es una patología que afecta a la población infantil a nivel mundial, el Ecuador no es la excepción y por ende la ciudad de Guayaquil. Puedo descubrir que las áreas hospitalarias infantiles son las que albergan a los lactantes con afecciones respiratorias a pesar de que los campos investigativos avanzados y la ciencia médica, aún presentan incidencia en esta enfermedad.

La morbilidad de enfermedades en niños menores de 1 año siempre ha sido motivo de preocupación para la Salud Pública, durante muchos años se ha venido trabajando para disminuir la tasa de morbi-mortalidad infantil impulsando acciones de salud preventiva como inmunizaciones, fomento de la lactancia materna, estimulación temprana, control de peso y talla entre otras. Los menores presentan de 6- 8 procesos infecciones de vías respiratorias al año, dichos procesos constituyen unos de los problemas más frecuentes de la pediatría, representando más de la mitad de las consultas y hospitalizaciones.

La tasa de mortalidad por bronconeumonía es considerable en lactantes y niños menores de 5 años (2% a 7%), los factores de riesgo para morbilidad y mortalidad son: edad, bajo peso al nacer, alto grado de desnutrición, bajo nivel socio económico, hacinamiento, no lactancia materna, inmunizaciones incompletas.

En el área de pediatría del Hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón” donde se ha realizado este trabajo de investigación se observó que las principales causas para que los lactantes menores estén hospitalizados con el diagnóstico de bronconeumonía, es el desconocimiento de la madre y cuidadores en identificar los signos de alarma de la bronconeumonía. Por lo que es necesaria la capacitación de las madres y cuidadores para que identifiquen los principales signos y eviten complicaciones futuras.

Mediante la capacitación a las madres y cuidadores del lactante menor sobre el cuidado oportuno que deben de proveer a sus hijos además de sus creencias y costumbres, repercutirán a la mejoría y recuperación de estos.

Con lo anterior expuesto nos preguntamos.

¿Cuál es el conocimiento de las madres en la participación del cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía en el área de pediatría del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón.”?

JUSTIFICACION.

Dentro de lo científico la teórica en la que se basa esta investigación es la sostenida por Dorothea Orem basada en:

El déficit de autocuidado, fundamentada en la base común de las necesidades humanas de la vida y la salud, como modelo de acción de la enfermería. Donde la enfermera brinda atención, en el cuidado integral y humanista para que el paciente obtenga los resultados de salud esperados.

Entre las pertinencias sociales de los problemas priorizados por el país referente a la salud, se encuentra el “Plan del Ministerio de Salud” dentro de esta misión se garantiza el derecho a la salud, a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la salud.

La prevención, a través de las campañas que cumple el Ministerio de Salud referente a los problemas respiratorios de las diferentes regiones, están las inmunizaciones, programa de control de la tuberculosis y programas de atención de enfermedades prevalentes de la infancia, dentro de la investigación epidemiológica las diez principales causas de morbilidad en la provincia del Guayas, ocupa el primer lugar las infecciones respiratorias agudas, con un porcentaje del 37%.

En el Marco Legal de la Salud, la Ley Orgánica de Salud y la Constitución Ecuatoriana, establecen en el inciso segundo del artículo 359, el Sistema Nacional de Salud abarca todas las dimensiones del derecho a la Salud y garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles y propiciará la participación ciudadana y el Control Social. (Ley Orgánica de la Salud y la Constitución Ecuatoriana, 2011)

Descripción del problema de investigación o de la situación problemática

El hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, no es la excepción del esfuerzo en la búsqueda del bienestar común y en un derecho universal llamado salud cuya inauguración oficial fue el 7 de octubre de 1973, interviniendo el Señor general División Guillermo Rodríguez Lara, Presidente de la República, su primer Director fue el Dr. Eduardo Iglesias Espinel y 15 fueron los primeros médicos, dos odontólogos y 15 auxiliares de enfermería.

El hospital cumple con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, un servicio con calidad y rigurosidad científica. En el área de pediatría ubicada en el primer piso de la institución, cuenta con distintos departamentos para neonatos, lactantes, escolares y preescolares, para tratar diferentes tipos de patologías. Dentro de las más comunes se encuentra la bronconeumonía, estas infecciones son la razón más frecuente de consulta externa pediátrica y de hospitalización. La mortalidad por bronconeumonía bacteriana en Estados Unidos es alta, es la sexta causa de muerte y la primera dentro de las enfermedades infecciosas. En los países en desarrollo como es el caso del Ecuador, la infección respiratoria es otra de las principales causas directas de muerte en niños menores de 5 años.

En general, las infecciones respiratorias causan pérdida del apetito y desgaste que pueden asociarse directamente al inicio o empeoramiento de un proceso de desnutrición. Por lo tanto, las infecciones respiratorias son relevantes como causa de enfermedad y muerte, también son factores desencadenantes y sostenedores de los procesos que conducen a la desnutrición aumentando así los días de hospitalización.

A esta casa asistencial acuden madres de escasos recursos económicos, madres adolescentes e incluso de diferentes provincias por la gratuidad del servicio evidenciado en las condiciones de salud en las que llegan los niños a esta casa de salud, además de la bronconeumonía, tenemos desnutrición, dermatitis y problemas, gastrointestinales.

El cuidado del niño dentro del periodo de crecimiento inicial, va desde el cultivo de hábitos higiénicos, lactancia materna, también así el afecto y amor incondicional que brinda la madre, ya que ella es un aporte indispensable en la recuperación de la salud del lactante, por lo tanto se convierte en colaboradora en el tratamiento por medio de la educación se instruye sobre temas que desconoce en el cuidado del lactante. Tanto es así que se observa que las madres de los lactantes hospitalizados, proporcionan alimentos inadecuados (gaseosa, snack, etc.), además utilizan ropas abrigadas que no van de acuerdo al clima, no se lavan las manos después de cada cambio de pañal, utilizan el celular como juguete para el niño, y desconocen que hacer en caso de alza térmica, donde entran en estado de desesperación, volviéndose poco colaboradoras, esta situación agrava la pronta recuperación del lactante aumentando los días estada hospitalaria.

Al proporcionar cuidados básicos requiere de una relación entre el profesional de la salud y la familia, que irá en beneficio de los lactantes hospitalizados lo que estará enmarcado en la pronta recuperación del mismo.

El problema principal es el desconocimiento sobre la importancia de la participación materna en el cuidado del lactante menor dentro del área hospitalaria y en el hogar. (Reyes, 2013)

CONTEXTUALIZACION DE TIEMPO Y ESPACIO, ESTABLECIMIENTO DE LOS MARCOS EN LOS QUE EL TRABAJO SE DESARROLLO

El objeto de estudio escogido fueron las madres y cuidadores de los lactantes con diagnósticos de Bronconeumonía en el área de hospitalización del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ya que es necesaria la participación de las madres en el cuidado de los lactantes menores hospitalizados.

El área de Hospitalización cuenta con una Estación de Enfermería, 7 cubículos cada uno aproximadamente con 3 camas, el universo investigado consto de 2 Enfermeras profesionales y 2 Auxiliares que laboran en el área de pediatría del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” en donde se elaboró la siguiente investigación en un tiempo de tres meses desde Junio a Septiembre del 2013.(Reyes, 2013)

Objetivo General

Determinar la participación de las madres en el cuidado a lactantes Hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” de Junio a Septiembre del año 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los beneficios de la participación de las madres en los cuidados de los lactantes hospitalizados.
- Identificar los factores Socio-Culturales de la madre, cuidadores del lactante menor hospitalizado.
- Elaborar una guía educativa para las madres y cuidadores de los lactantes hospitalizados con bronconeumonía

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO.

1.1. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO RESPIRATORIO.

El proceso de la respiración es un conjunto de órganos que tiene la función vital de realizar la respiración llevar el oxígeno hasta los glóbulos rojos de la sangre de todo el cuerpo, eliminando el CO_2 de manera continua. Cada proceso de respiración se componen de una inhalación que es la absorción de oxígeno y una exhalación que expulsa el dióxido de carbono.

Al inspirar el aire, este entra por las fosas nasales, pasa por la faringe, la laringe y la tráquea, las mucosas que recubren la tráquea y los bronquios poseen una pestaña que se mantiene en continuo movimiento para recoger las partículas de polvo y otros cuerpos extraños y enviarlos de nuevo al exterior.

El sistema respiratorio es el sistema responsable de distribuir el oxígeno que se encuentra en el aire a los diferentes tejidos de nuestro cuerpo hasta las células del organismo y de eliminar el dióxido de carbono (CO_2)

Finalmente el dióxido de carbono se elimina por la sangre y se expulsa por los pulmones durante la inspiración. A este proceso de oxigenación y pérdida de gas carbónico, realizado por la sangre se la denomina hematosis. Este proceso el ser humano realiza 26,000 respiraciones al día si es adulto, mientras que un recién nacido realiza 51,000 respiraciones al día. El componente de la sangre que es responsable del proceso de respiración es el glóbulo rojo.

El glóbulo rojo actúa como medio de transporte tanto para el oxígeno así como para el dióxido de carbono. Este contiene la hemoglobina que al combinarse con el oxígeno le da el color rojo a la sangre. La sangre transporta el oxígeno desde los pulmones repartiéndolo por todo el organismo y luego esta misma sangre arterial retorna a los pulmones con el CO₂ pasando a ser sangre venosa.

Así que la respiración no es un proceso que se produce solo en los pulmones (respiración externa), también tiene lugar en el sistema circulatorio (respiración interna). El término respiración, sirve para designar el proceso fisiológico por el cual tomamos oxígeno, pero también sirve para designar el proceso de liberación de energía por parte de las células como los hidratos de carbono y las grasas (respiración interna). Se puede decir que la respiración externa es imprescindible para que tenga lugar la interna.

Dos movimientos esenciales en el trabajo ventilatorio son: el movimiento de inspiración, en el que intervienen los músculos inspiratorios que ascienden el tórax como son los músculos escalenos, pectorales mayor pectoral menor, esternocleidomastoideo y los músculos intercostales, y el otro movimiento es la espiración, función pasiva a través de la relajación de los inspiradores.

Los músculos intercostales son los responsables de los movimientos costales inspiratorio y espiratorio. El músculo de mayor importancia del aparato respiratorio es el diafragma, responsable de la ventilación y responsable de la movilización del 80% de las secreciones.

1.2. TRES FASES DE LA RESPIRACION

- 1.- Intercambio en los pulmones
- 2.- El transporte de gases
- 3.- La respiración en las células y tejidos

1.2.3. EL INTERCAMBIO EN LOS PULMONES

En la inspiración el aire penetra en los pulmones porque estos aumentan de volumen de la caja torácica. Lo cual es debido a que el diafragma y las costillas se levantan.

En la exhalación el aire es arrojado al exterior ya que los pulmones se comprimen al disminuir el tamaño la caja torácica, pues el diafragma y las costillas vuelven a su posición normal

1.1.1 TRANSPORTE DE LOS GASES

El oxígeno tomado de los alveolos pulmonares es llevado por los glóbulos rojos de la sangre hasta el corazón y después distribuido por las arterias a todas las células del cuerpo.

El dióxido de carbono es recogido en parte por los glóbulos rojos y parte por el plasma y transportado por la vena cava hasta el corazón y de allí es llevado a los pulmones para ser arrojado al exterior

1.1.2 RESPIRACION DE LAS CELULAS

Toman el oxígeno que les lleva la sangre y lo utilizan para quemar los alimentos que han absorbido, allí producen la energía que el cuerpo necesita y en especial el calor que mantiene la temperatura del cuerpo humano a unos 37 grados centígrados.

1.4. ORGANOS APARATOS Y SISTEMAS

El estudio anatómico previo a la comprensión de la fisiología y la patología respiratoria se debe estudiar.

- a) Las vías respiratorias recorridas por el aire inspirado y exhalado
- b) Los pulmones con sus conductos aéreos (los bronquios), sus vasos funcionales sus nervios y vasos linfáticos
- c) La pleura, las relaciones de los pulmones y su anatomía en el ser vivo.

1.1.3. TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR

Órganos que comprenden el aparato respiratorio

Vía nasal: consiste en dos amplias cavidades una derecha y otra izquierda, escavadas en el macizo óseo de la cara. Están separadas por un septo vertical mediano y por la mucosa que contienen los aparatos receptores de la olfacción, comunican con la rinofaringe y de allí con la faringe ellas comprenden:

Vestíbulos nasales: las cavidades; las cavidades anexas senos para nasales cuya función es permitir la entrada del aire, el cual se humedecen, y calienta a una determinada temperatura a través de una estructura llamadas pituitarias, acondicionan el aire inspirado: le dan el aire inspirado la temperatura del cuerpo para que no llegue a los pulmones ni muy frío ni muy caliente.

Las vías respiratorias superiores sirven también como cámara de resonancia cuando una persona tiene obstruida las fosas nasales su voz es gangosa.

Faringe: es un conducto muscular, membranoso que ayuda a que el aire se vierta a las vías aéreas inferiores.

Epiglotis: es una tapa que impide que los alimentos entren en la laringe y en la tráquea al tragar. También marca el límite entre la orofaringe y la laringofaringe.

Laringe: es un conducto cuya función principal es la filtración del aire inspirado. Además, permite el paso del aire hacia la tráquea y los pulmones, y se cierra automáticamente para no permitir el paso de comida durante la deglución, y tiene la función de órgano fonador, es decir, produce el sonido

1.1.4. TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR

Tráquea: brinda una vía abierta al aire inhalando y exhalando desde los pulmones.

Bronquiolos: conducir el aire que va desde la tráquea hasta los bronquiolos y terminando en los alveolos.

Alveolos: permite el intercambio gaseoso es decir en su interior la sangre elimina el dióxido de carbono y recoge el oxígeno.

Pulmones: la función de los pulmones es realizar el intercambio gaseoso con la sangre, por ellos los alveolos están en estrecho contacto con los capilares.

Músculos intercostales: la función principal de los músculos respiratorios es de movilizar un volumen de aire que sirva de intercambio gaseoso apropiado, aportar a los diferentes tejidos.

Diafragma: músculo estriado que separa la cavidad torácica (pulmones, mediastino etc.) de la pared abdominal (intestinos, estomago, hígado, etc.). Interviene en la respiración, descendiendo la presión dentro de la cavidad torácica y aumentando el volumen durante la inhalación; y aumentando la presión y disminuyendo el volumen durante la exhalación. Este proceso se lleva a cabo, principalmente, mediante la contracción y relajación del diafragma.

2. Regulación del Equilibrio Acido-básico

La concentración de hidrogeniones del medio extracelular se mantiene normalmente dentro de un intervalo estrecho, entre 35y 45 mEq/l. Se acostumbra a expresar la forma del PH, que es logaritmo de dicha concentración con signo contrario. Así, el PH normal de la sangre es de 7,35-7,45.

La acidosis son alteraciones del equilibrio acido-básico caracterizada por una tendencia al aumento de la concentración de H^+ , es decir, a la disminución del PH. Por el contrario, la alcalosis son trastornos en los cuales la concentración de H^+ tiende a disminuir, es decir, el PH tiende a elevarse el hecho de que el PH se altere, o no, depende de la relación entre dos fuerzas opuestas:

Los trastornos que tienen a modificarlo (acidosis o alcalosis) y los mecanismos homeostáticos de que dispone el organismo para intentar mantener el PH normal. Cuando la sobre carga de H^+ por la acidosis es tal que se sobrepase la capacidad de los mecanismos de compensación y se produce una disminución del PH por debajo del intervalo normal se dice que existe acidemia. De manera análoga, cuando los mecanismos de compensación son sobrepasados por una situación de alcalosis y aumenta el PH de la sangre por

encima de 7,45 se dice que existe alcalemia. Por el contrario, cuando las respuestas compensadoras ante una alcalosis o una acidosis son suficientes para mantener el PH en el intervalo normal, se habla de acidosis o alcalosis compensadas.

Los elementos que permiten efectuar esa compensación son los sistemas tampón y las respuestas adaptivas del aparato respiratorio y del riñón, los sistemas tampón representan la primera línea de defensa frente a las alteraciones del equilibrio acido-básico. Actúan en forma inmediata pero su capacidad es limitada. Las respuestas respiratorias y renales son mucho más lentas, se ponen en marcha de horas o días pero más eficaces para retornar el PH a su normalidad.

La acidemia estimula el centro respiratorio, aumenta la ventilación pulmonar y por lo tanto tiende a disminuir la PCO_2 . En consecuencia, se desplaza el equilibrio de la reacción CO_2 y H_2O ellos contribuyen a tamponar el exceso de H^+ y corregir la acidosis.

2.1.1 Acidosis Respiratoria

La acidosis respiratoria es un trastorno caracterizado por la elevación de la PCO_2 lo que desplaza el equilibrio de la relación CO_2/CO_3H^- (1) hacia la derecha, con la consiguiente tendencia a aumentar la concentración de H^+ de forma aguda se compensa mediante la fijación de los H^+ a los otros sistemas tampón (hemoglobina y otras proteínas, fosfatos), en su mayor parte en el interior de la célula. No obstante esa compensación no es total y se produce un aumento real en la concentración de H^+ (acidemia).

Varias horas después se pone en marcha los mecanismo renales, se completan 2-4 días y que suponen un aumento de la secreción H^+ de la reabsorción y de la síntesis de CO_3H , lo que eleva su concentración plasmática, se normaliza el cociente y por lo tanto el PH.

La causa se debe a una disminución de la eliminación pulmonar de CO_2 , casi siempre está en relación con una reducción de la ventilación alveolar. Si el CO_3H aumenta menos de lo que se espera, probablemente existe una acidosis metabólica asociada a la acidosis respiratoria.

2.1.2. Alcalosis Respiratoria

La alcalosis respiratoria es un trastorno caracterizado por una tendencia al aumento del PH debido a un descenso de la PCO_2 , puesto que la producción de PCO_2 es siempre consecuente de un aumento de la ventilación alveolar por lo tanto, las causas principales de alcalosis respiratoria son las de la hiperventilación.

El aumento del PH tiende a compensarse de forma inmediata por la liberación H^+ de los otros sistemas de tampón. La mayoría H^+ provienen de los tampones intracelulares, que se disocian y liberan H^+ que después salen al medio extracelulares, esta salida se acompañan de otros cationes como el K^+ al cabo de algunas horas empiezan a ponerse en marcha los mecanismos de acción renal lo que disminuyen la secreción tubular de H^+ , con ello disminuyen las concentraciones plasmáticas, con lo que se tiende a restablecer el cociente y normalizar el PH.

Principales causas:

Accidente cerebro vascular

Hipotensión

Ventilación mecánica

Tumores

Neumonía

Edema

Asma

Anemia

Hipoxia tisular(masson)

3. Fisiopatología

3.1. La bronconeumonía

Es un proceso inflamatorio, casi siempre infeccioso del parénquima pulmonar, en si a la zona más distal de las vías aéreas(los bronquios), la característica principal de esta patología es la consolidación parchada del pulmón.

Las lesiones bronconeumonías consisten en focos de condensación pequeños, a veces, confluentes, en la superficie de corte solevantados, gris, rojizo, secos, finamente granulados. Frecuentemente, sin embargo, son poco notorios macroscópicamente y se manifiestan como zonas ligeramente levantadas hiperemias, que se descubren mejor por palpación que por inspección.

Estos focos pueden pasar inadvertidos macroscópicamente, no así en el examen del pulmón fijado previamente. Los focos broncos neumónicos se encuentran frecuentemente en las regiones dorso-basales y laterales de los lóbulos inferiores. En el centro del pulmón los focos son mayores que en la periferia, donde tienden a ser más densos. A menudo alcanzan la pleura, donde se desarrollan entonces una pleuritis fibrinosa o purulenta.

Microscópicamente aparece primero un edema inflamatorio, después el exudado se hace cada vez más rico en células plurinucleares, primero en los bronquiolos y luego en los alveolos. Hay tumefacción y necrosis del epitelio alveolar, esta enfermedad extremadamente frecuente en los dos extremos de la vida.

3.1.1 Etiología

La bronconeumonía suele hacer acto de presencia debido a las complicaciones de otras infecciones de origen vírico o bacteriano, como pueden ser los resfriados comunes, la bronquitis, la tosferina u otros. También se puede adquirir por contagio, entrando en contacto con un enfermo.

Los agentes más frecuentes son:

Estafilococos

Estreptococos

Neumococos

Pseudomonaaeruginosa

Bacterias coliformes

Bronconeumonía Estafilocócica

La neumonía aerógena, primaria o secundaria a bronquitis viral, se observa como una con infiltrados purulentos mal delimitados, confluyente con tendencia a

la necrosis. El pronóstico de esta forma es muy malo, especialmente la forma primaria en lactantes.

Bronconeumonía Estreptocócica

Se caracteriza por un exudado hemorrágico y flegmonoso, pobre en fibrina. En la forma hematógena, se constituye infiltrado maculares (bronco neumónicos) y simultáneamente se desarrollan flegmones pleurales, septales y perilobulillares. La forma aerógena es más frecuentes y corresponden en verdad a una bronconeumonía purulenta confluyente. La pleuritis purulenta y el empiema son también frecuentes.

Se desarrolla en las partes dorso-basales de los lóbulos inferiores, con frecuencia, insuficientemente distendidos (bronconeumonía distelectasica). Afecta a enfermos debilitados y con estadía prolongada en cama. La aireación insuficiente del pulmón después de resecciones quirúrgicas mayores, abdominales y torácicas, y la retención de secreciones bronquiales con pérdidas de conciencia, favorecen esta condición.

Bronconeumonía por aspiración

Predominan en lóbulos inferiores y más frecuentemente al lado derecho, los cuerpos extraños pueden producir una estaxis de secreciones bronquiales heridas de la pared con necrosis y neumonía purulenta consecutiva a menudo gangrenosa. Las circunstancias más frecuentes es la aspiración de vómitos con contenido gástrico que produce una inflamación necrotizante bronquial y alveolar, con la acción corrosiva del ácido.

Otra situación frecuente es la aspiración de líquido amniótico el feto respira en útero e inhala el líquido amniótico normalmente, en la asfixia neonatal aparece meconio en el líquido amniótico y en el pulmón se observa partículas vermis

caseoso o de meconio y de esquemas corneas, como es un fenómeno normal la distinción suele ser difícil y al final, la diferencia es cuantitativa. Cuando la aspiración es masiva puede observar una bronconeumonía leucocitaria reactiva.

3.1.2. Signos y síntomas

Entre los signos más característicos de la bronconeumonía destaca la fiebre con más motivos si es elevada y va acompañada de escalofrío, tos y dificultades respiratorias la tos en concreto y más si acompañada de moco es otro indicativo importante de la bronconeumonía. El dolor en el pecho también es uno de los síntomas más comunes, si como la fatiga y el jadeo propio de la falta de aire una sensación que es habitualmente los afectados

Las complicaciones son:

La formación de abscesos pulmonares

La extensión a las cavidades pleurales, produciendo un empiema pleural

La extensión a la cavidad pericárdica, dando lugar a una pericarditis superada

El desarrollo de una bacteriemia, con abscesos metastásicos en otros órganos.

3.3.3. EVOLUCIÓN CLÍNICA

El diagnóstico se deberá hacer por la sintomatología, el examen físico, radiografías, obtención de esputo, cultivo. Algunos casos requerirán internación hospitalaria debido al compromiso respiratorio y general con asistencia de oxigenoterapia y antibióticos. En lactantes menores de tres meses son muy

pocos los síntomas, incluso sin fiebre, cuando el lactante de esta edad tose hay que llevarlo al pediatra.

En la mayoría de estos casos la evolución es benigna y con una rápida recuperación, en otros casos, cuando hay factores de riesgo los virus son capaces de descender desde las vías aéreas superiores a las inferiores.

3.3.4 EVALUACION

Significa obtener información del niño sobre su enfermedad, haciéndole preguntas a la madre, mirando y escuchando al niño. En cada uno de los signos y síntomas averiguar, tiempo de evolución, intensidad, medicación recibida y variación de signos y síntomas, para reconocer si un niño tiene infección respiratoria aguda, siga los siguientes procedimientos:

- Busque datos relacionados sobre la historia de la enfermedad.
- Pregunte cuando inicio la enfermedad.
- Investigar si hay otros casos semejantes de tuberculosis, neumonía, tosferina, entre los familiares, en la comunidad u otros niños con igual molestia.
- Evalúe el estado nutricional y socio- económico
- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Verifique si tiene completo el esquema de vacunación utilizando el carné de salud infantil y los datos de la madre.
- Pregunte si existe alguna dificultad para beber o alimentarse.

Respiración

Observe si la respiración es rápida o difícil y cuente la frecuencia respiratoria e intérprete de acuerdo con el siguiente cuadro:

EDAD	FRECUENCIA RESPIRATORIA
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
De 2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
De 1 a 4 años	40 respiraciones o más por minuto

4. TRATAMIENTO.

4.1. 1. Tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas.

- Oxígeno humidificado 1-2 litros por minuto o mascarilla (30%- 40%)
- Evaluación de la función cardíaca.
- Hidratación parenteral.
- Suspender la hidratación oral mientras este la frecuencia respiratoria sobre 60 por minuto
- Corrección del desequilibrio ácido básico.
- Antibioticoterapia
- Los intervalos de administración de antibióticos e hidratación varían en el neonato.

4.1.2. Tratamiento de la fiebre y el dolor

La primera alternativa para bajar la fiebre es utilizando medios físicos (baño con agua tibia) no arropar en exceso al niño ni exponerlo a corrientes de aire frío. Se debe vestir al niño con ropas ligeras y mantener una temperatura ambiental adecuada.

Si la temperatura axilar es mayor de 38.5 grados centígrados, pese a haber aplicado medios físicos, administre acetaminofén 50mg/kg/día vía oral repartido en cuatro dosis, c/6 horas, durante 3 a 4 días.

4.1.3. Alimentación

Estimular la alimentación usual del niño en forma fraccionada no suspender la lactancia materna, es importante recordar que la pérdida del apetito del enfermo mejora paulatinamente. Al dar los alimentos (sobre todo en menores de un año) hay que tener al niño en posición sentada para prevenir que los alimentos puedan entrar a los pulmones.

4.2.1. Líquidos

Aumentar la ingesta de líquidos y valorar el estado de hidratación, debe darse líquidos de acuerdo a la tolerancia del niño, tomando en cuenta no dar mucha cantidad en poco tiempo por el riesgo de que pueda vomitar. En caso de diarreas asociadas con infecciones respiratorias agudas, deberán utilizarse las sales de rehidratación oral que el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas aconseja.

4.2.2. Manejo de la tos

Para facilitar la movilización de las secreciones se recomienda drenaje postural y líquidos.

El drenaje postural consiste en dar golpecitos en la espalda del niño en posición boca abajo de tal forma que su cabeza quede más baja que sus caderas, debe ejecutarse este procedimiento antes de la lactancia materna o de las comidas.

4.2.3. Signos de alarma

No olvide nunca educar a la madre y familiares sobre los signos y síntomas de alarma que presume una posible neumonía:

Respiración rápida

Dificultad respiratoria

Quejido respiratorio

Imposibilidad de alimentarse

Somnolencia

Sibilancia

Falta de respuestas a estímulos

4.3.3 Tratamiento de la obstrucción nasal

Si existe taponamiento nasal por moco espeso se recomienda:

Limpiar las fosas nasales con una tela limpia o un pedazo de algodón mojado en agua hervida tibia o en agua de manzanilla cuantas veces sea necesario para destapar la nariz del niño.

Antes de alimentar a los lactantes hay que dejar libre las vías respiratorias utilizando el procedimiento anterior.(MSP, 1993)

5. MODELO.

5.1.1 Modelo de autocuidado de Dorothea Orem

“Dorothea Orem fue una enfermera que nació en Baltimore y se educó con las hijas de la caridad de San Vicente de Paul se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyo ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Dorothea Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se componen de otras tres relacionadas entre sí.

Hasta hace muy poco tiempo, la ciencia de la enfermería se derivó de las teorías de las ciencias sociales, biológicas y medicas; no obstante, a partir de la década de los cincuentas, un número cada vez mayor de han desarrollado modelos de enfermería que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en los conocimientos sobre esta profesión.

El fundamento de enfermería de Dorothea Orem organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado considerado como acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural al desarrollo de los seres humanos.

Las actividades del autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad, edad etapa de desarrollo y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado.

5.2.1. Conceptos principales

ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO

Actividades que realiza una persona por si misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud. Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, que están madurando, que se permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

DEFICIENCIA DE AUTOCUIDADO

Falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para un funcionamiento saludable. El déficit de autocuidado es una relación de las prioridades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado, no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de las necesidades terapéuticas de autocuidado existentes o proyectado.

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO

Necesidades universales o relacionadas con la obtención y

Obstaculización de la salud.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO

Medidas terapéuticas requeridas para satisfacer las necesidades.

DISEÑO ENFERMERO

Se trata de una actividad profesional tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructuras. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guían la producción de la enfermería.

SISTEMAS ENFERMEROS

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger, regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

5.1.3. Principios de autocuidado

La enfermería se ocupa de la necesidad que tiene los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma.

En opinión de Orem, la atención de enfermería puede ofrecerse a unidades individuales o multipersonales, pero solo los individuos tienen necesidades de autocuidado.

La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga resultados de salud que desea. Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y función normales, ya que cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad o integridad.

5.2.1. Requisitos de autocuidado universal

La autora se refiere a los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales de la salud, pero afirma que son inseparables en el individuo. El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente, puede existir diversos estados de bienestar o salud y una persona puede pasar de un estado a otro, pero la constancia de las condiciones externas e internas se asocian con la salud.

Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado (necesidades) asociados con el desarrollo o con la desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado que se mencionan a continuación:

- 1.- conservación de una ingestión suficiente de aire, agua, y alimento.
- 2.- Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
- 3.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- 4.- Evitar los riesgos para la vida funcionamiento y bienestar.

5.- Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal.

Las necesidades antes mencionadas exigen que se tomen medidas a las que se les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. Los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, y son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria. Los requisitos de autocuidado relacionado con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de la enfermedad, dándole el nombre de demanda de autocuidados para la prevención secundaria.

La demanda relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

5.2.2. Tres etapas del proceso de enfermería

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería:

La primera implica la determinación de por qué una persona debe recibir atención de enfermería, esta etapa se refiere principalmente a la evaluación de la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes.

La segunda etapa incluye el diseño de sistema de enfermería que de por resultado la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.

La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado, proporcionan atención terapéutica, y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

En consecuencia, los candidatos a la atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismo, la base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades autocuidado con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de la enfermería de las funciones y acciones de pacientes y enfermeras, Orem diseño tres tipos de sistemas de enfermería en el sistema compensatorio global, el paciente es incapaz de realizar cualquier acto deliberado ejemplo(en estado de coma) o no es capaz de caminar, manipular, ni razonar.

En estos casos, la enfermera brinda y maneja la atención, hace juicios y toma decisiones de las necesidades del cuidado del paciente en un sistema parcialmente compensatorio, tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención, mientras que en el sistema educativo y de apoyo el paciente es capaz de desempeñarlas, y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado terapéutico aunque no pueda hacerlo sin ayuda.

5.3 AFIRMACIONES TEORICAS

Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen de la enfermería, se expresa mediante tres teorías.

- a) Teoría del sistema enfermero
- b) Teoría del déficit de autocuidado
- c) Teoría del autocuidado

Las tres teorías constituyen, tomadas conjuntamente y en relación, la teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado desarrollada la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.

TEORIA DE LOS SISTEMAS ENFERMEROS

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formada por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarca las actividades de diagnóstico, a prescripción y la regulación.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares

que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales.

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería”(Marriner to mey, 2007).

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue otros tipos de regulación de función de desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de la salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de emergencia y factores medioambientales. La teoría del autocuidado dependiente, en la que expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros (Taylor).

Enfoque metodológico

Un enfoque unificado por parte del profesional de la salud dirigido a madres, familiares o cuidadores encargados en el cuidado del lactante hospitalizado en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, son muy relevantes las capacitaciones que brindan los profesionales de salud para que luego sean practicados en el hogar. Se realizó esta investigación mediante la observación y la descripción de tipo cuantitativo.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Área de pediatría del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”

TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo observacional

Se abordaron situaciones de cómo la madre y los cuidadores realizaban el cuidado al lactante menor hospitalizado en el área de pediatría.

Transversal

El tipo de diseño es transversal porque permitirá recolectar los datos en un periodo de tiempo determinado desde el mes de Junio a Septiembre del 2013.

POBLACION Y MUESTRA

Universo.

Vamos a clasificar dentro de este grupo que ingresa al área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, lactantes que tienen problemas respiratorios y otras patologías en el lactante menor, estará constituida por 100 madres y cuidadores.

MUESTRA

Corresponde a 35 madres y cuidadores de los lactantes Hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” con Diagnóstico de Bronconeumonía.

TECNICAS

Técnicas de recolección de datos utilizados en la investigación será la observación y la encuesta mediante la entrevista a las madres o cuidadores de los lactantes. Esta estará estructurada por preguntas abiertas y cerradas con las cuales se podrá obtener información.

VARIABLES.

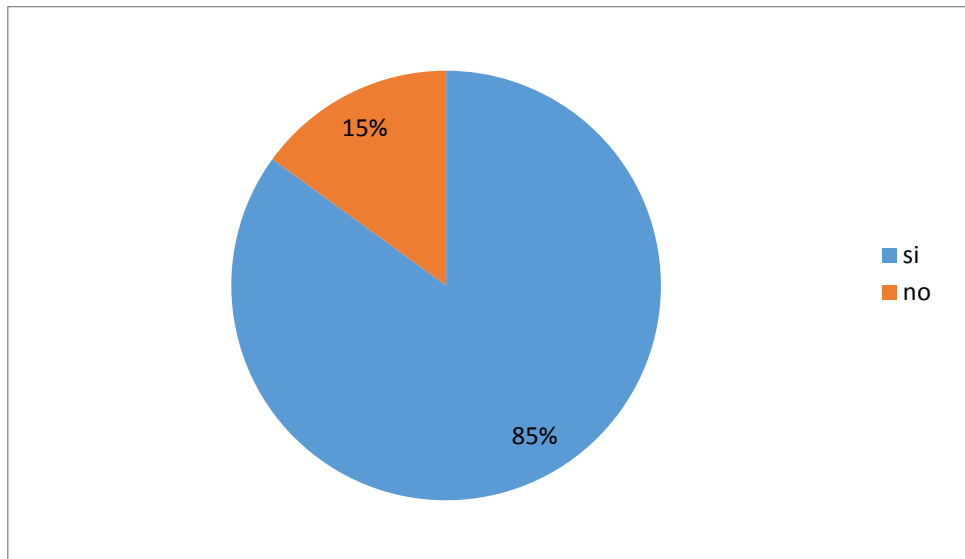
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
Estado grave de bronconeumonía	Inflamación e Infección del parénquima pulmonar	Distrés respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal • Cianosis • Dificultad respiratoria • Apnea 	Observación Valoración clínica
Alza térmica	Fiebre es un aumento de la temperatura corporal	Fiebre	>38- 40°C 37- 38°C	Medición de la temperatura Observación
Campo pulmonar congestionado	La tos es una respuesta refleja o irritación de las vías respiratorias	tos	<ul style="list-style-type: none"> • Productiva • No productiva 	Observación Auscultación Percusión
Capacitación de la madre y cuidadores del lactante en detección de signos de alarma de Bronconeumonía.	se refiere a los métodos que se usan para proporcionar habilidades que necesitan para realizar su trabajo	Capacitación Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Asiste • No asiste • Capta • No capta 	Charlas Folletos Guía de cuidados Test Encuesta.

REPRESENTACION GRAFICA Y ANALISIS DE DATOS

GRAFICO N°1

IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS MADRES EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

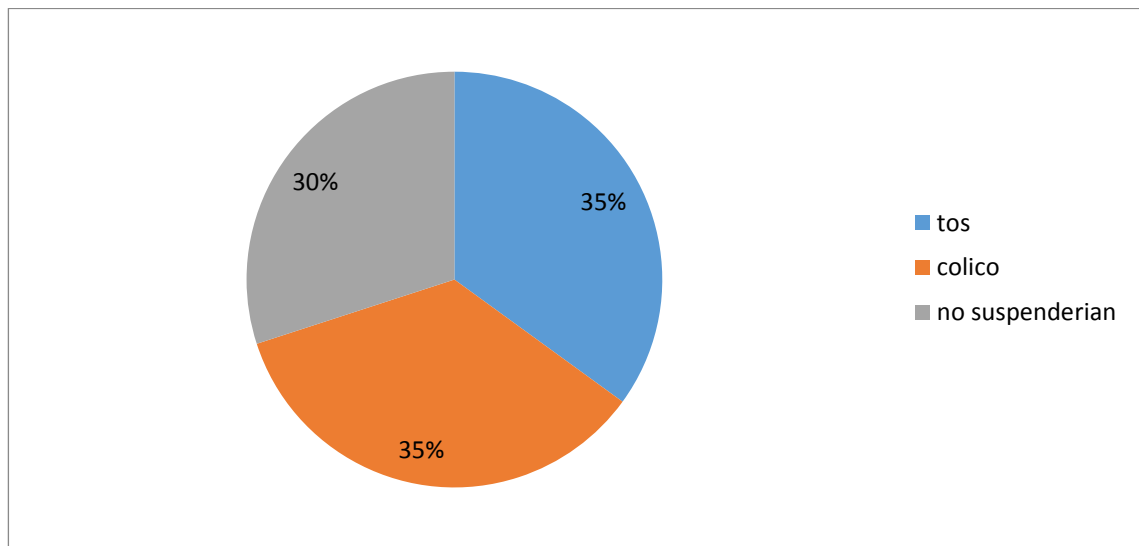
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 85% de las madres de lactantes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón, conocen de la importancia de la lactancia materna en los primeros meses de vida por los nutrientes esenciales y el 15% no amamantaron a sus hijos por problemas de salud.

GRAFICO N° 2

SUSPENSION DE LA LACTANCIA MATERNA.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

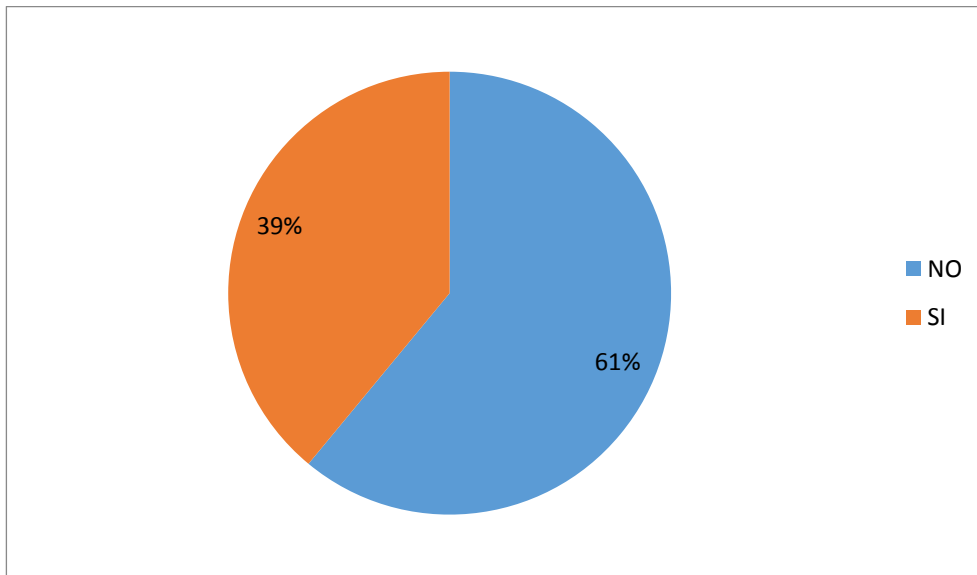
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 70% de las madres que se encuentran con sus hijos hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón están de acuerdo en suspender la lactancia materna si presentan algún malestar como tos ya que temen que se pueda ahogar y el 30% opinan que no se debería suspender ya que es fuente de energía para el lactante por los nutrientes esenciales.

GRAFICO N° 3

CONOCIMIENTO SOBRE LA BRONCONEUMONIA



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

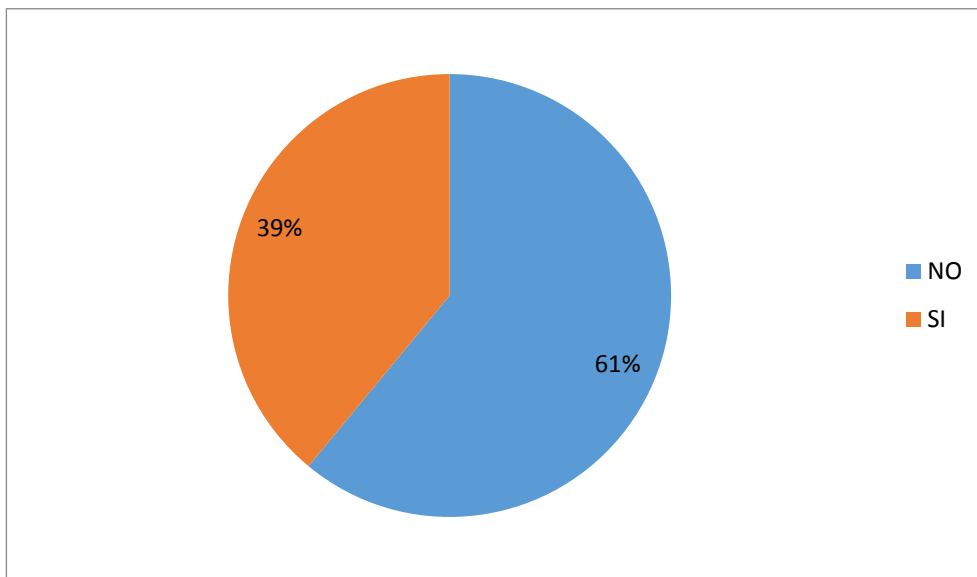
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 39% de las madres de las madres que se encuentran junto con sus hijos hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón comprenden que se trata de una infección respiratoria complicada, que necesita cuidados especiales y el 61% piensa que se trata de tos mal curada.

GRAFICO N° 4

CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO EN LA BRONCONEUMONIA.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

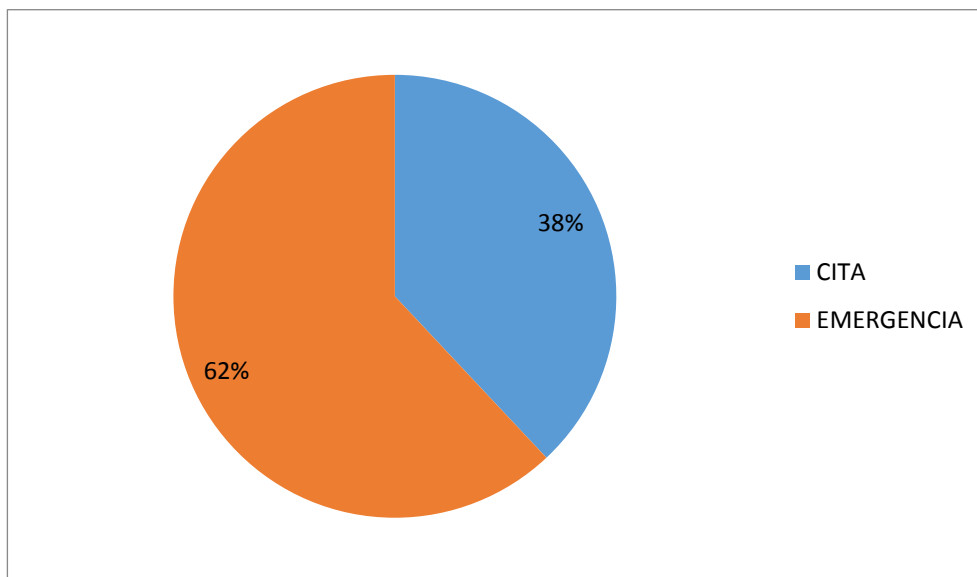
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 38% de las madres que se encuentran con sus hijos en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón saben que hay una complicación cuando el lactante presenta signos como cambio de coloración en la piel, no puede lactar o hipertermia y el 62% desconocen de los signos de peligro en esta infección respiratoria

GRAFICO Nº 5

FRECUENCIA DE TOS EN EL LACTANTE QUE TIENE QUE LLEVARLO A UNA CITA MEDICA O A LA SALA DE EMERGENCIA.



Fuente: encuesta a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

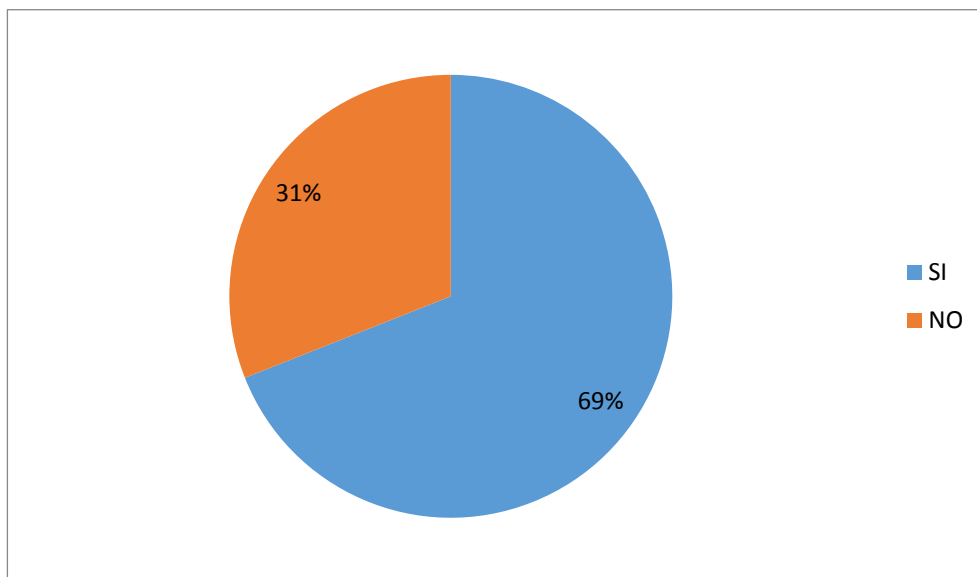
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 38% de las madres que se encuentran con sus hijos en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón han seguido un control médico ya sea en el centro de salud o en un consultorio particular para prevenir complicaciones y el 62% de las madres lo llevan por emergencia por que tiene una complicación.

GRAFICO N° 6

IMPORTANCIA DEL DRENAJE POSTURAL PARA DESPEJAR SECRECIONES Y ALIVIAR LA TOS.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

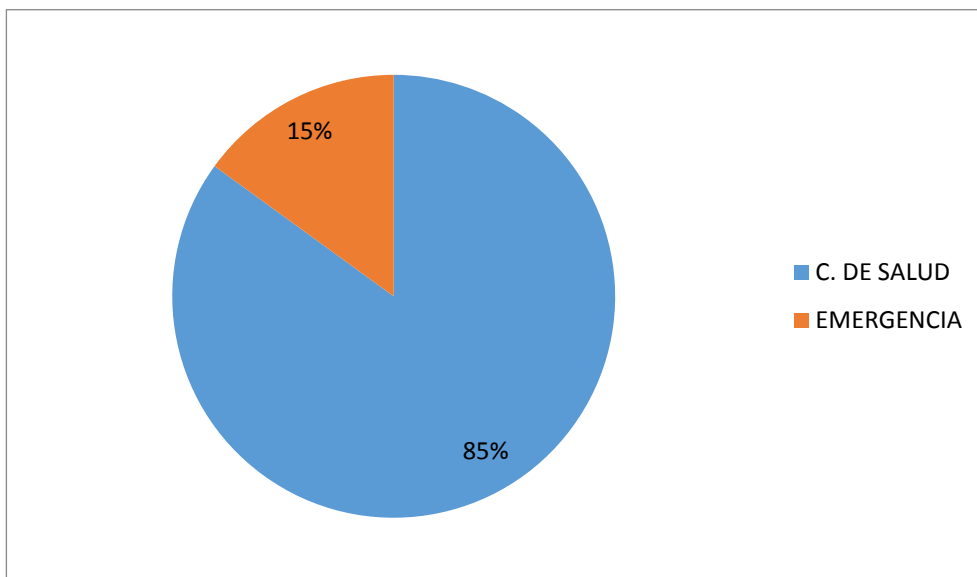
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 69% de las madres que se encuentran con sus hijos en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón ayudan con el drenaje postural debido a que observan que luego de esta maniobra puede respirar mejor y el 31% desconocían sobre este procedimiento.

GRAFICO Nº 7

LUGAR DONDE ACUDE PARA UNA ATENCION MEDICA CUANDO SU HIJO SE ENFERMA.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

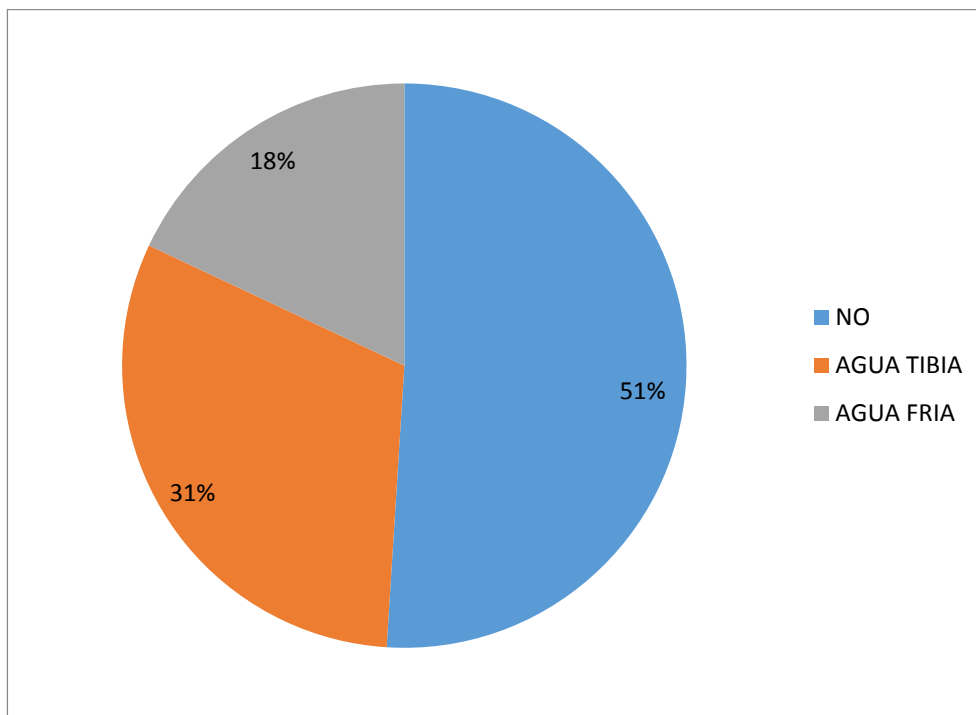
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 85% de las madres que se encuentran con sus hijos en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón acuden al centro de Salud cuando su niño se enferma ya que es obligación ir al primer nivel de atención médica como son los centros de Salud, el 15% acuden al hospital por el área de emergencia por que presenta alguna complicación en la bronconeumonía.

GRAFICO Nº 8

EL METODO DE BAÑO DE AGUA PARA BAJAR LA FIEBRE.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

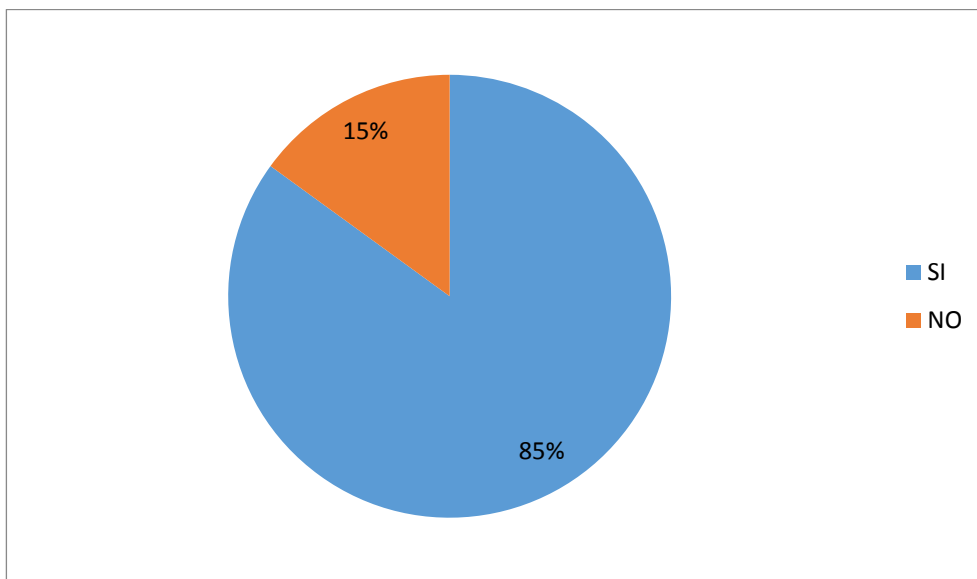
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 51% de las madres que se encuentran con sus hijos en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón no bañarían a su hijo por temor a alguna complicación manifiestan que pueden convulsionar el 31% conocen que el agua tibia baja la temperatura y el 18% lo bañarían con agua fría.

GRAFICO N° 9

ESQUEMA DE VACUNACION CORRESPONDIENTE AL PRIMER AÑO



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

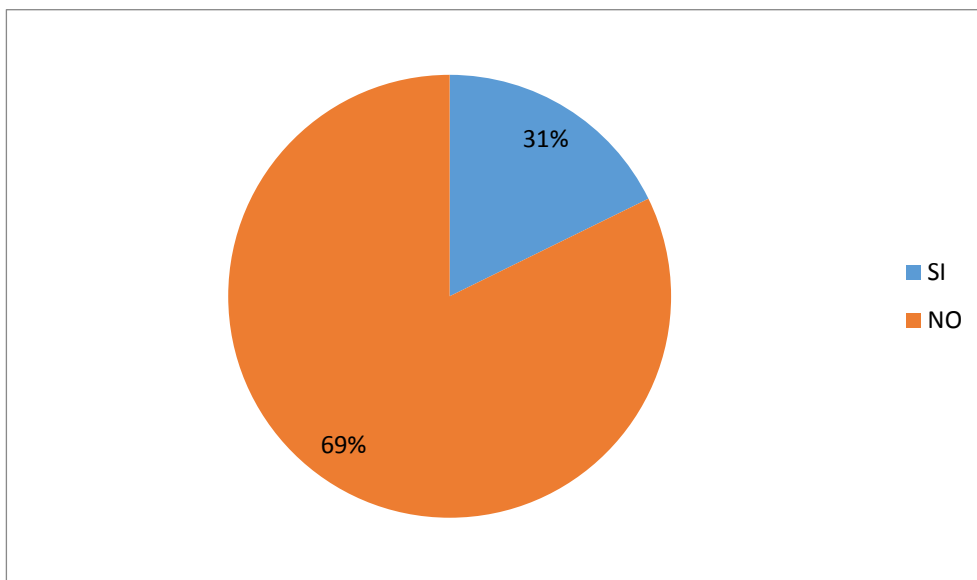
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 85% de las madres que permanecen con sus hijos en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón acuden puntualmente a la vacunación de sus hijos y el 15% no tienen las vacunas correspondientes a la edad por motivo de enfermedad y otras circunstancias.

GRAFICO Nº 10

PREVENCION DE ENFERMEDADES INTRAHOSPITALARIAS CON EL LAVADO DE MANOS.



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

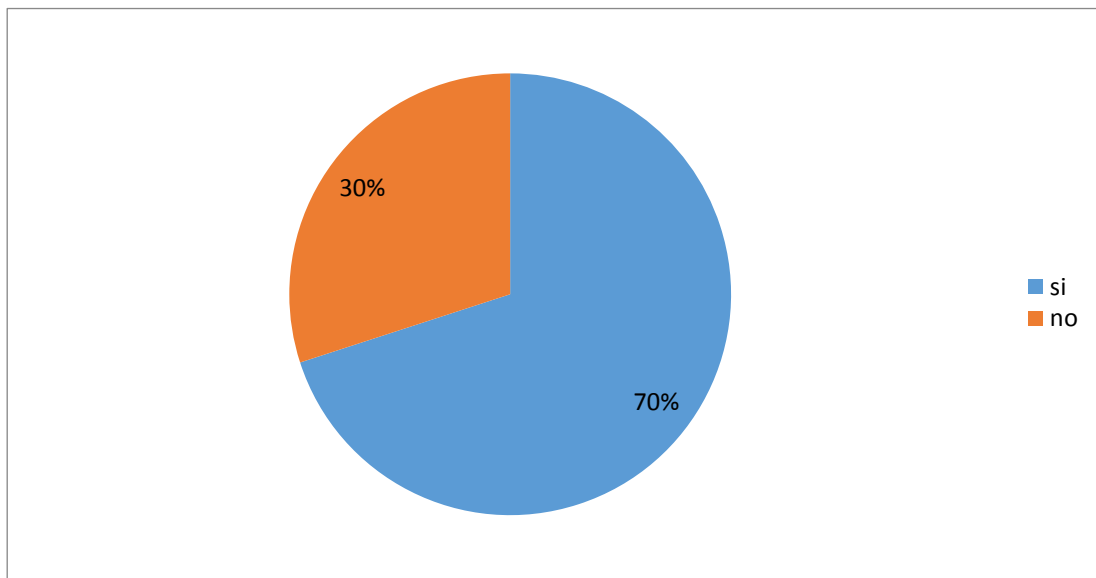
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 69% de las madres de lactantes del área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón conoce que el lavado de manos puede prevenir la contaminación de las enfermedades intrahospitalarias y el 31% desconocían la importancia del lavado de manos.

GRAFICO N°11

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACION EN LA RECUPERACION DEL LACTANTE



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

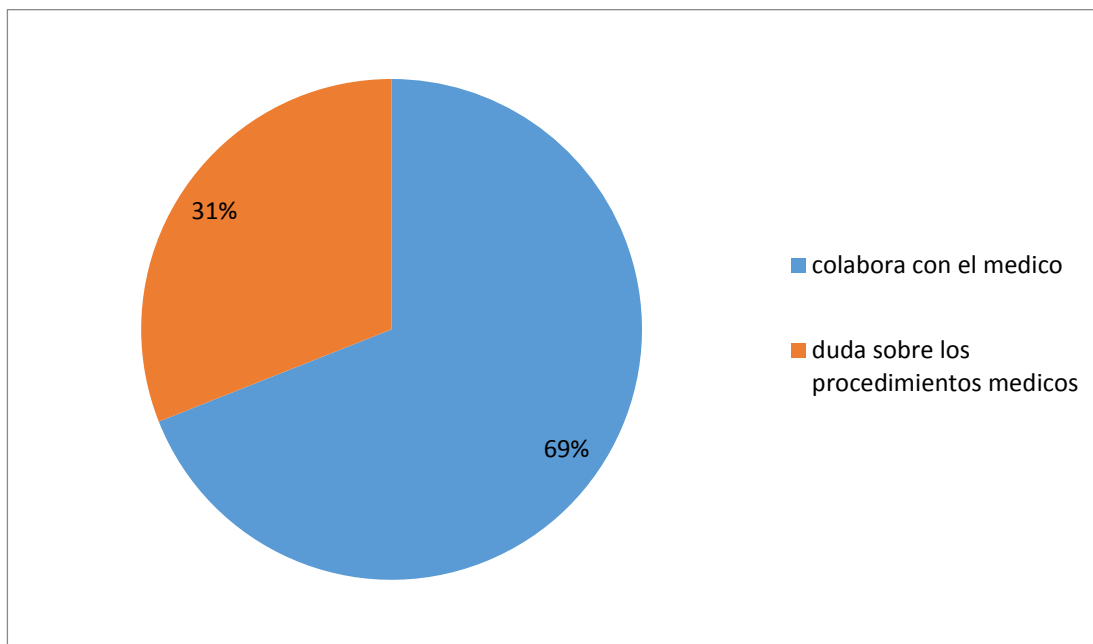
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 70% de las madres de lactantes del área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón están de acuerdo que la continuidad de la alimentación ayuda a una pronta recuperación y el 30% piensa que el lactante está enfermo y es preferible no obligarle en la alimentación.

GRAFICO N°12

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE ANTE UNA EMERGENCIA CON SU HIJO HOSPITALIZADO



Fuente: encuesta a las madres del lactante hospitalizado en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

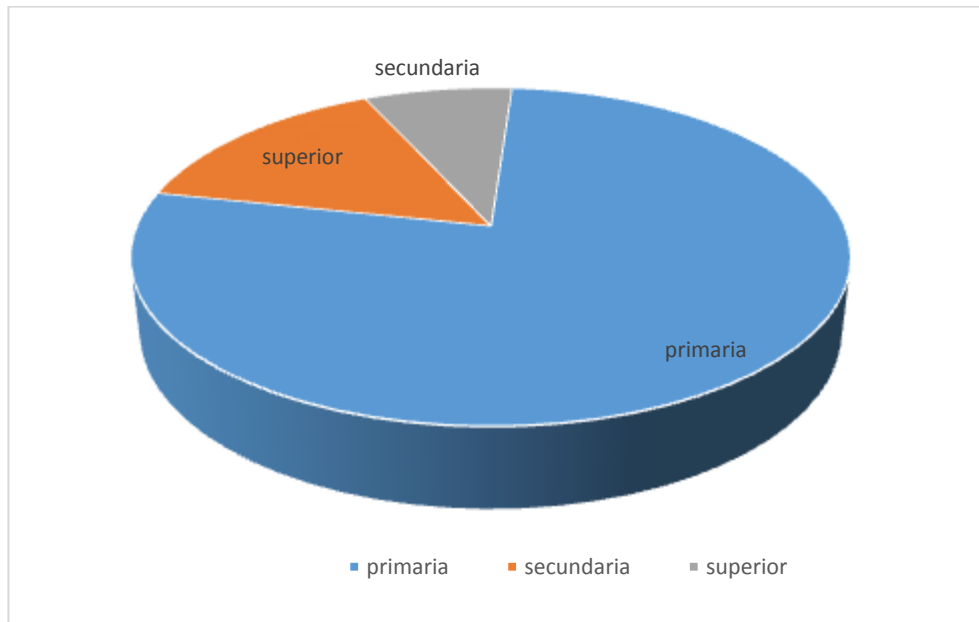
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 69% de las madres de lactantes del área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón colaboran con el equipo médico ya que tienen confianza y el 31% dudan sobre algún procedimiento por la falta de información que le realizan a su hijo.

GRAFICO N° 13

NIVEL ACADEMICO DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES



Fuente: encuesta a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

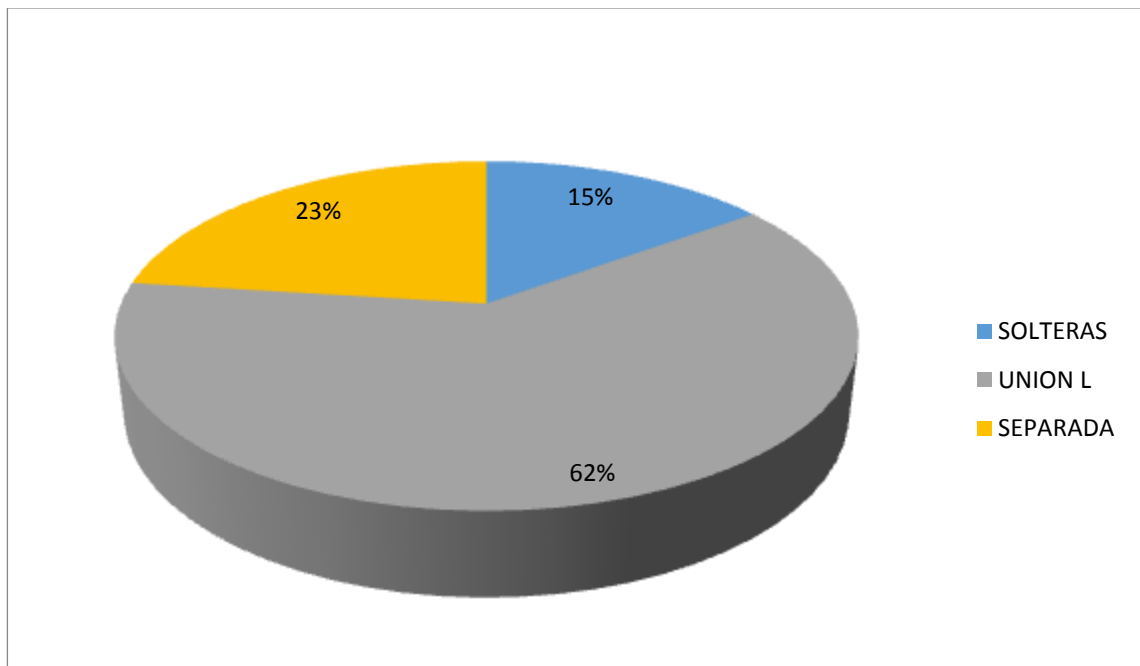
Autor: María del Carmen Reyes.

ANALISIS

El 77% de las madres de lactante menor que se encuentran hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón solo han terminado el nivel primaria de educación escolar ya sea por factores económicos, o en su entorno familiar no ha habido esa motivación o dirección de sus padres lo que hace que exista un mayor desconocimiento del lactante hospitalizado

GRAFICO N° 14

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES



Fuente: encuesta a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

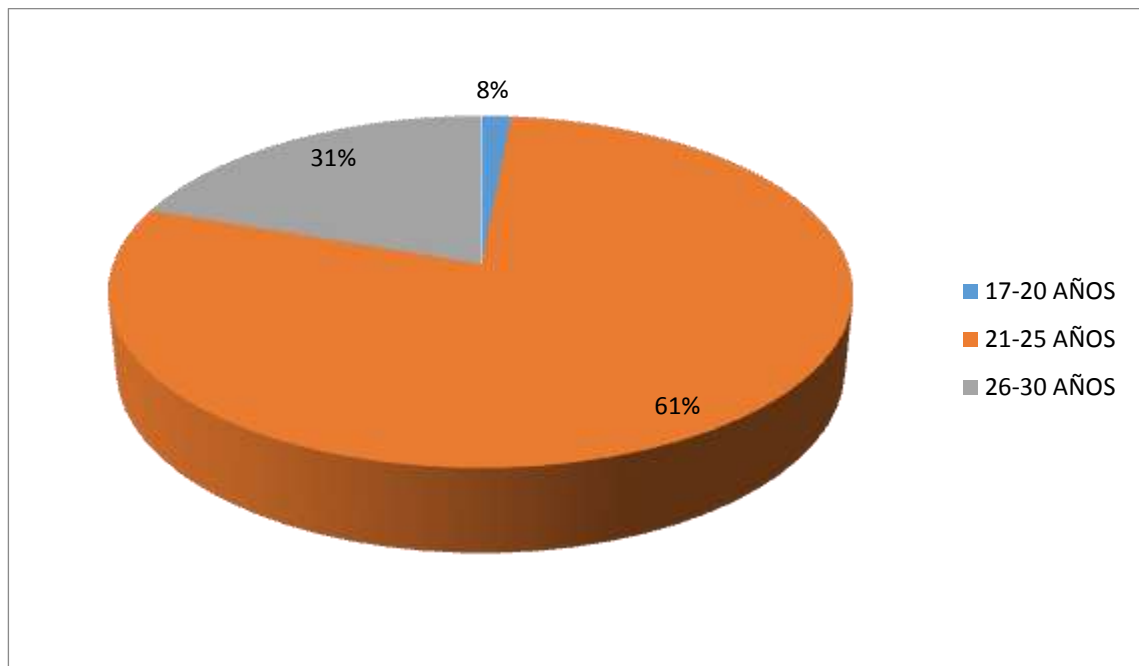
Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

El 62% de las madres tienen cónyuge en unión libre y no poseen ingresos propios dependen del cónyuge, el 23% son separadas algunas trabajan otras dependen de sus padres y el 15% son solteras.

GRAFICO N°15

EDADES DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES



Fuente: encuesta a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Autor: María del Carmen Reyes

ANALISIS

EL 61% de las madres de los lactantes son adulto joven, que se encuentran al cuidado de su hijo, con poca experiencia en estos procesos respiratorios aunque ya han sido a repetición. El 31% son adultas y también con el poco conocimiento de las complicaciones en la bronconeumonía.

CONCLUSIONES

Se pudo determinar que las madres que participan de forma directa en el cuidado de sus hijos hospitalizados colaboran con el personal de enfermería en el lavado de manos, baño de sus hijos, aunque no todas por sus costumbres y creencias.

Es necesario que la madre conozca las medidas preventivas a tener en cuenta en sus niños, contribuyendo de esta manera a reducir la morbilidad como también las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas.

El bajo nivel de instrucción de la madre dificulta el cumplimiento del tratamiento en el hogar poniendo en peligro la salud del niño, por lo tanto la mayoría de las madres no están concientizadas en que una de las complicaciones del niño es la hospitalización.

Demostramos que con la guía educativa elaborada dirigida a las madres y a la comunidad en general, se puede prevenir complicaciones mejorando de esta manera la calidad de vida de este grupo vulnerable.

RECOMENDACIONES

- Ofrecer permanentemente información a las madres de lactantes menores con diagnóstico de Bronconeumonía que están ingresados en el área de Pediatría del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, sobre los signos y síntomas de peligro para que puedan actuar oportunamente y evitar complicaciones.
- Brindar una adecuada atención con calidad y calidez, para garantizar el bienestar de los pacientes con Bronconeumonía.
- Incentivar a las madres a continuar con la lactancia materna hasta los 6 meses.
- Continuar con las capacitaciones acerca de la importancia de cumplir con el tratamiento en el hogar.
- Recomendar a las madres a que asistan a los controles mensuales del lactante menor.
- Evitar contacto con pacientes enfermos y fómites
- Seguir esquema de vacunación para algunas de los gérmenes que producen Neumonía, vacuna antigripal o contra la influenza
- Mantener la guía de atención sobre el cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía

Bibliografía

BUSTOS, Narcisa Cando. (2011). Comportamiento de las pacientes con cancer de mama. *Anteproyecto*. Guayaquil: s.n.

BULECHEY, Johame C. MACCLOSKEY Gloria M. (s. f.). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Barcelona España: tercera edición.

CHIRIBOGA, Carlos. (1980). *Nueva Biología*. Quito: Talleres de Misión Andina.

CHOW, Marilyn P. (1983). *Manual de enfermería pediátrica*. México d.f. Editorial Limusa, primera edición.

FAYARD, J. A. (1990). *Fuerza y Salud por la Alimentación*. Buenos Aires Argentina: Casa Editorial Sudamericana.

FRANCO, Stallin y Pillasagua Juan. (1994). *Bacterología y Parasitología*. Ecuador: primera edición.

FORT, J. A. (1996). *Anatomía Descriptiva*. México: Edición G. Gil.

GUEVARA, Dario Dr. *Anatomía*.

GUEVARA, Ruben Dario. (1996). *Anatomía*. Quito: s.n.

HERRERIA, Sandro. (2010). *Métodos de investigación*. Guayaquil, Ecuador: s.n.

LATARJET, Ruiz Llard. (1999). *Anatomía Humana*. Impreso en España: tercera edición, Vol 2.

MASSINI, Xavier Ch. y GERNEZ Riux. (1983). *Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene*. México d.f. Editorial Limusa, primera edición.

OSORIO. (2012). *cuidados del lactante*. www.wikipedia. [en línea].

PINEDA, Elia Beatriz. (s. f.) *Metodología de la investigación*. EEUU: Organización Panamericana de la Salud, tercera edición.

TORTORA. (2009). *Anatomía y Fisiología*.

CONSTITUCION DEL ECUADOR. (2008). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Ecuador: registro oficial.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2006). *Normas de Atención a la Niñez, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud*. Quito, Ecuador: s.n.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2006). *Manual de Capacitación, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia*. Ecuador: s.n.

Revista chilena de Pediatría. (2012). Santiago: s.n., . Nº 3. Vol. 83. 4106.

Revista Chilena Pediatría. (2007). Chile: s.n., 85-94.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”

ENCUESTA A LAS MADRES O FAMILIARES DE LACTANTES HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL Dr. ABEL GILBERT PONTON DE GUAYAQUIL.

FECHA:

NOMBRE:

INSTRUCCIÓN: PRIMARIA SECUNDARIA

RESIDENCIA:

ESTADO CIVIL:

1.- SABIA USTED QUE LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO PARA SU HIJO Y QUE PREVIENE DE MUCHAS ENFERMEDADES

SI

NO

2.- HASTA QUE EDAD LE DIO LECHE MATERNA A SU HIJO

6 MESES

1 AÑO

NO LE DIO

3.- CREE USTED QUE SE DEBA SUSPENDER LA LECHE MATERNA A SU HIJO CUANDO TIENE

GRIPE

TOS

COLICO

4.- CONOCE USTED SOBRE LA BRONCONEUMONIA

SI

NO

5.- RECONOCE USTED LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LA BRONCONEUMONIA

SI

NO

6.- QUE TAN FRECUENTES SON LOS SILBIDOS EN EL PECHO Y TOS COMO PARA TENER QUE LLEVARLO A UNA CITA MEDICA O A LA SALA DE EMERGENCIA.

CITA MÉDICA

EMERGENCIA

7.- A DONDE ACUDE PARA UNA ATENCION MEDICA CUANDO SU HIJO SE ENFERMA.

CENTRO DE SALUD

EMERGENCIA

8.-EN CASO DE FIEBRE BAÑARIA A SU HIJO CON AGUA FRIA, TIBIA O

NO LO BAÑA.

AGUA FRIA

AGUA TIBIA

NO LO BAÑA

9.- TIENE SU HIJO LAS VACUNAS CORRESPONDIENTE AL PRIMER AÑO DE VIDA.

SI

NO

10.- SABIA USTED QUE EL LAVADO DE MANOS PREVIENE LA CONTAMINACION DE MUCHAS ENFERMEDADES DENTRO DEL HOSPITAL.

SI

NO

11.- CREE USTED QUE LA ALIMENTACION AYUDA A UNA PRONTA RECUPERACION EN ESTA ENFERMEDAD

SI

NO

12.- CUAL SERIA SU COMPORTAMIENTO FRENTE A UNA EMERGENCIA
CON SU HIJO HOSPITALIZADO

COLABORA

DUDA SOBRE EL PROCEDIMIENTO

13.- CUAL ES SU NIVEL ACADEMICO

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

14.- CUAL ES SU ESTADO CIVIL.

SOLTERA

CASADA

UNION L

SEPARADA

15.- CUANTOS AÑOS TIENE.

17-20 AÑOS

21-25 AÑOS

26-30 AÑOS



GUÍA DE ATENCION SOBRE EL CUIDADO DEL LACTANTE HOSPITALIZADO CON BRONCONEUMONÍA DIRIGIDO A MADRES Y CUIDADORES

La bronconeumonía es considerada como caso de infección respiratoria aguda a los niños con problema en sus vías respiratorias de hasta 15 días de evolución

COMO RECONOCER LOS SIGNOS DE PELIGRO

Las infecciones respiratorias del parénquima pulmonar si no tienen un manejo adecuado en el tratamiento de esta enfermedad, pueden incluir signos que requieren una valoración en la dificultad respiratoria como:

- El ritmo de sus respiraciones es rápido.
- Hay retracciones (se hunde el espacio debajo de las costillas, o entre las costillas o encima del esternón).
- Hay aleteo nasal (tu niño mueve los cartílagos de la nariz).
- Hay cianosis (los labios o las uñas se ponen morados) pues indica que tu niño no recibe suficiente oxígeno.
- Tiene dificultad para alimentarse.

Órganos que afecta

Como es un proceso inflamatorio casi siempre infeccioso del Parénquima Pulmonar, en si a la zona más distal a las vías aéreas (los bronquios). Las lesiones bronconeumonías consisten en los focos bronco neumónicos se encuentran frecuentemente en las regiones dorso- basales y laterales de los lóbulos inferiores. En los centros del pulmón los focos son mayores que la periferia donde tienen hacer más densos a menudos alcanza la pleura.

El personal de salud deberá tener en cuenta que:

- El manejo de los casos de infección respiratoria aguda sin NEUMONÍA se basa en la aplicación de las seis (6) medidas de apoyo (atención en el domicilio sin antibiótico) que deberán ser enseñadas a la madre por el personal de salud que recibe el caso.
- El adecuado manejo de los casos sin neumonía con las medidas de apoyo tienen gran importancia en el control de estas infecciones, por el hecho que éstos representan la gran mayoría de los CASOS de infección respiratoria aguda y por el riesgo que pasen a NEUMONÍAS Y CAUSEN LA MUERTE DE LOS NIÑOS.
- Enfatizar la gran importancia del componente educativo.

Las seis medidas de apoyo son:

1. Cómo tratar la FIEBRE.
2. Seguir ALIMENTANDO al niño.
3. Darle LIQUIDOS suficientes.
4. Manejo de la TOS.

5. Enseñar a las madres los signos de ALARMA.
6. Explicar cómo limpiar la NARIZ obstruida por secreciones.



No existe mejor alimento que la leche materna.

Estimular la alimentación del niño en forma fraccionada. Es importante recordar que la pérdida del apetito del enfermo mejora paulatinamente.

Al dar los alimentos (sobre todo en menores de un año) hay que tener al niño en posición sentada para prevenir que los alimentos puedan entrar a los pulmones.

Debe darse líquidos de acuerdo a la tolerancia del niño, tomando en cuenta no dar mucha cantidad en poco tiempo por el riesgo de que pueda vomitar. Ejemplo de algunos líquidos para darle al niño: Jugos de naranja, limonada, té, aguas aromáticas, leche y agua, manteniendo siempre un aporte de líquidos que no permitan que el niño se deshidrate. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 4 o 6 meses, luego de esta edad la leche materna más alimentación complementaria.



Mejorar la alimentación del niño, durante el período de convalecencia, a más de la alimentación normal debe permitírsele al niño que coma tanto como quiera, sin embargo como el apetito está disminuido, debe ofrecérsele los alimentos con mayor frecuencia. Después de haber cesado la infección respiratoria aguda, el niño debe recibir por lo menos una ración extra de

comida cada día durante una semana, para logra recuperar la pérdida de peso causada por la enfermedad.

En los casos de diarrea asociada con infección respiratoria aguda, deberán utilizarse las sales de rehidratación oral que el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas y cólera aconseja.

Si existe taponamiento nasal por moco espeso se recomienda:

- Limpiar las fosas nasales con una tela limpia o un pedazo de algodón mojado en agua hervida tibia o en agua de manzanilla; cuantas veces sea necesario para destapar la nariz del niño.
- No utilizar sustancias aceitosas o mentoladas ni gotas nasales.
- Antes de alimentar a los niños lactantes (menores de un año) hay que dejar libres las vías respiratorias utilizando el procedimiento anterior.



- Tratamiento de la fiebre y dolor, la primera alternativa para bajar la fiebre es utilizando medios físicos (baño con agua tibia, fricción), se debe vestir al niño con ropas ligeras y mantener una temperatura ambiental adecuada.
- Evitar exponer al niño a las corrientes de aire, así como a temperaturas extremas, o en lugares cerrados donde se encuentren más niños.
- En regiones de clima seco se debe mantener la humedad de la pieza con prendas mojadas colgadas.
- Recuerde a la madre que no debe introducir reverberos o braseros para calentar el agua o el ambiente, pues se corre el riesgo de quemaduras o asfixia.
- Evite exponer al niño al humo del cigarrillo y al humo de las cocinas con leña.
- Deberá tenerse siempre en cuenta que si el niño continúa con temperatura de 38.5 C o más, vómito, rechazo a los alimentos, o empeora su estado general, deberá consultar nuevamente al servicio de salud.
- Enseñar la importancia y la responsabilidad de vacunar a todos los niños oportunamente y con las dosis completas.
- Manejo de la tos, para facilitar la movilización de la flema se recomienda: drenaje postural que consiste en dar golpecitos en la espalda del niño con la mano ahuecada de manera suave, colocando al niño en posición boca debajo de tal forma que su cabeza quede más baja que las caderas, debe ejecutarse este procedimiento antes de la lactancia o de las comidas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
Elaboración y aprobación del Anteproyecto																
Designación de Tutor de Tesis																
Recolección de información y elaboración de capítulos																
Tramites respectivos y permisos																
Revisar encuesta aplicada																
Corrección de tesis																

CRONOGRAMA DE CHARLAS

Fecha	Hora	Tiempo de Duración	Temas y Actividades	Recursos Materiales	Responsable
16/07-13	09:30	20 minutos 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta. ✓ Que es la bronconeumonía ✓ Síntomas ✓ 6 medidas de apoyo ✓ Signos de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> Pancarta Trípticos 	Estudiante de Enfermería: María del Carmen Reyes
24/07/13	12:00	20 minutos 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que es la bronconeumonía ✓ 6 medidas de apoyo ✓ Preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> Pancarta Trípticos 	Estudiante de Enfermería: María del Carmen Reyes
31/07/13		20 minutos 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta ✓ Que es la bronconeumonía ✓ Signos de alarma ✓ Preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> Pancarta Trípticos 	Estudiante de Enfermería: María del Carmen Reyes

CRONOGRAMA DE RECURSOS y PRESUPUESTO

MATERIALES Y FINANCIEROS	VALOR \$
4 RESMAS DE PAPEL	16.00
INTERNET 6 MESES	132.00
IMPRESIONES	80.00
MATERIAL DE ENCUESTA	20.00
EMPASTADO	30.00
TRANSPORTE	50.00
ANILLADO	20.00
FOLLETOS	35.00
TOTAL	381.00



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"

Guayaquil, Junio 19 del 2014

LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINCES MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UCSG


Ciudad

En su despacho:

Comunico que la alumna **María del Carmen Reyes Alvarracin** con número de identidad 091891212-2 finalizó el proceso de revisión del Trabajo de Titulación cuyo tema es: **Participación de las madres en el cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía, en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de Guayaquil de junio a septiembre del año 2013.** Dando paso a los trámites correspondientes.

Agradezco de antemano la atención prestada a mi solicitud.

Atentamente,


Dr. Amarilis Pérez.
Docente de la Carrera.



Guayaquil, 9 de julio de 2013

Lcda. Angela Mendoza Vines
Directora Carrera de Enfermería
Ciudad.-

De mis consideraciones

Una vez revisado la tesis nivel de conocimiento a las madres en el tema Participación en el cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía en el área de pediatría del hospital Abel Gilbert Ponton, elaborado por María del Carmen Reyes Alvarracin, se realizo cambio en la elaboración, faltas ortográficas.

La tesis esta lista para seguir trámite correspondiente

Agradeciendo lo anterior

Atentamente



Lcda. Cristina González Osorio Mg.
Docente de la carrera de Enfermería



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA

Guayaquil, 26 Abril de 2013

Lcda.
Cristina González
Docente
Carrera de enfermería
Ciudad.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada como tutor de trabajo de graduación del estudiante **Reyes Alvarracin María del Carmen** con el tema de "Participación de las madres en el cuidado de los Lactantes Hospitalizados con bronconeumonía en el área de Pediatría del Hospital DR. Abel Gilbert Pontón de Guayaquil".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angélica Mendoza Vinces
Directora (e)

Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1817 - 1818

Guayaquil-Ecuador

Cvg/AMV

Lcda. Angélica Mendoza Vinces
Lcda. Cristina González



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA



Guayaquil, junio 03 de 2013

Dra.
María Isabel Honores
Directora
Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Ponton
En su Despacho.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a usted, la realización de encuestas y trabajo de titulación para la Srta. **Reyes Alvarracin María del Carmen** estudiante de del Octavo Ciclo, para el Trabajo de Titulación con el tema de "Participación de las madres en el cuidado de los Lactantes Hospitalizados con bronconeumonía en el área de Pediatría del Hospital DR. Abel Gilbert Pontón de Guayaquil".

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería - San Vicente de Paul
Linda Angélica Mercedes Vences
Directora (e)

Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1816 - 1818

Guayaquil-Ecuador

cc.
CVG

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
DE TRÁMITE ADMINISTRATIVO
FECHA 03 JUN 2013
HORA 10h25
Firma



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTON"
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Memorando N° 276 -DI-HEG-2013
Guayaquil, Junio 07 del 2013.

Doctora
Flor Intriago López
LIDER DE PEDIATRIA
Presente.

De mis consideraciones:

A través de la presente comunico a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a la Señorita Interna Reyes Albarracín María del Carmen, quien se encuentra realizando tesis de "PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DE LOS LACTANTES HOSPITALIZADOS CON BRONCONEUMONIA", la cual deben recabar información en el área de Pediatría.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,


Dr. Francisco Obando Freire
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION

*Revisado
Dra. Ponce
- 10/06/2013*

cc. Archivo

	NOMBRE	AREA/PROCESO	CARGO	SUMILLA
AUTORIZADO:	Dr. Francisco Obando	Docencia e Investigación	Coordinador de Docencia	
ELABORADO:	Gisela Sánchez	Docencia e Investigación	Secretaría	



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No. CQR-1493



CARRERA
DE
ENFERMERIA

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-293-2013

Guayaquil, 9 de julio del 2013

**LICENCIADA
NORMA SILVA**
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como **Primera Lectora** del trabajo de titulación de la Sra. María del Carmen Reyes **Alvarracin**, con el tema "PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL LACTANTE HOSPITALIZADO CON BRONCONEUMONIA EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE GUAYAQUIL".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Ángela Mendoza Vences
Directora (a)

Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Pamela

Norma Silva
19/7/13



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"

CERTIFICACIÓN DE LECTOR

Guayaquil, 6 de Junio del 2014

Lcda. Mgs. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería UCSG
Ciudad.
En su despacho.

De mis consideraciones.

En calidad de lector de tesis de grado del trabajo titulado **PARTICIPACION DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL LACTANTE HOSPITALIZADO CON BRONCONEUMONIA, EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON DE GUAYAQUIL DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2013**, realizado por la Srta. María del Carmen Reyes Alvarracin

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero **APROBADO**.

Atentamente:


Lcda. Norma Silva
Lector de tesis.





Certificado No. CQI-1497



www.ucsg.edu.ec
Aparado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11617

Guayaquil-Ecuador

DOCTORA
AMARILIS PEREZ
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designado como Segundo Lector del trabajo de titulación de la Srta. REYES ALBARRACIN MARIA , con el tema PARTICIPACION DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES HOSPITALIZADOS CON BRONCONEUONIA EN EL AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2013.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Angela Mendoza Vincés
Directora (E)

Lcda. Angela Mendoza Vincés
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

AMFátima



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Guayaquil, 18 de junio del 2014

Lcda. Mgs. Angela Mendoza Vinces.

Directora de la carrera de Enfermería UCSG

Ciudad.

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, informo a usted que la estudiante: María del Carmen Reyes Alvarracin con CI. 0918912122, he revisado la tesis con el tema Participación de las madres en el cuidado del lactante hospitalizado con bronconeumonía, en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de Guayaquil de Junio a septiembre del año 2013, cuya revisión se realizó a través del sistema Urkund, la cual es aprobada y grabado en PDF con 0% de similitud.

Atentamente

Lcda. Cristina González Osorio Mgs.

Coordinadora de unidad Básico

Carrera de enfermería



