



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de Salud en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.

AUTORA:

Vega Rubio Marjorie Karina

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Rodrigo Alvear

Ibarra - Ecuador

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Director de la tesis de grado **“TITULADA “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL CUIDADO A MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, 2017.”**, de autoría de MARJORIE KARINA VEGA RUBIO, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 02 días del mes de octubre de 2017

Atentamente,



Dr. Rodrigo Alvear

C.C.: 1712583986

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	1004128771
Apellidos y nombres:	Vega Rubio Marjorie Karina
Dirección:	Machala 3-47 y macas
Email:	Karij_2@hotmail.com
Teléfono fijo:	2602587
Teléfono móvil:	0997008080
DATOS DE LA OBRA	
Título:	Cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de Salud en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.
Autor:	Vega Rubio Marjorie Karina
Fecha:	2017-10-02
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciada en enfermería
Director:	Dr. Rodrigo Alvear

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Marjorie Karina Vega Rubio**, con cédula de ciudadanía Nro. **1004128771** en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 02 días del mes de octubre de 2017

LA AUTORA:



Marjorie Karina Vega Rubio
C.I.: 1004128771

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Marjorie Karina Vega Rubio**, con cédula de ciudadanía Nro. 1004128771; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL CUIDADO A MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, 2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 02 días del mes de octubre de 2017

LA AUTORA:

Marjorie Karina Vega Rubio

C.I.: 1004128771

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN
Fecha: Ibarra, 02 de octubre de 2017

MARJORIE KARINA VEGA RUBIO “Cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de Salud en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.” TRABAJO DE GRADO. Licenciatura de Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 02 de octubre de 2017

DIRECTOR: Dr. Rodrigo Alvear

El principal objetivo de la presente investigación fue: Evaluar el nivel del cumplimiento del protocolo de atención por el personal profesional de salud en menores de cinco años con Dg. de neumonía, HLGD, 2017. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio. Identificar el protocolo de atención en pacientes con Neumonía realizado por la institución. Valorar el cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de atención en niños con Neumonía. Diseñar un taller de capacitación dirigido al personal profesional para un efectivo cumplimiento del protocolo de atención.

Ibarra, a los 02 días del mes de octubre de 2017



Dr. Rodrigo Alvear
Director de Tesis



Marjorie Karina Vega Rubio
Autora

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis amados padres Edmundo Vega y Guadalupe Rubio por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Tanya y Anita por apoyarme incondicionalmente para que siga adelante.

A mi amado esposo Esteban Valenzuela por su amor, comprensión y apoyo en todo momento.

A mi querida hija Lía Valenzuela y sobrino Josué Valencia quienes fueron una inspiración para culminar mis estudios.

Gracias

Karina Vega

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por haberme permitido ser parte de esta prestigiosa institución y haber logrado convertirme en profesional.

Al personal docente de la Carrera de Enfermería por compartir sus amplios conocimientos y experiencias durante mi etapa de estudiante.

A la Msc. Ximena Tapia una excelente profesional y persona quien colaboró en la elaboración de mi proyecto de tesis.

Al Dr. Rodrigo Alvear por brindarme su ayuda durante el desarrollo de este proyecto de tesis.

A mi familia y amigos por el apoyo moral, que sin lugar a duda fue un impulso para lograr la culminación de este trabajo y dar inicio a mi vida profesional.

Gracias

Karina Vega

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
TEMA	xvi
CAPITULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	4
1.5. Preguntas de Investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Atención de enfermería a los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de neumonía y neumonía grave en el área de pediatría en el Hospital Vicente corral Moscoso	7

2.1.2. Prevalencia de Cumplimiento con las guías nacionales en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad: resultados del Estudio Capo en Venezuela (2014)	8
2.1.3. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica.....	8
2.1.4. Proceso atención de enfermería aplicado a un paciente que cursa con neumonía	9
2.1.5. Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del hospital provincial general de Latacunga	9
2.2. Marco Contextual	10
2.2.1. Misión	10
2.2.2. Visión	10
2.2.3. Situación Geográfica	11
2.3. Marco Conceptual.....	12
2.3.1. Infección Respiratoria Aguda	12
2.3.2. Sistema Respiratorio	14
2.3.3. Neumonía	16
2.3.4. Diagnóstico	21
2.3.5. Clasificación y tratamiento	24
2.3.6. Determinantes socio ambientales	26
2.3.7. Proceso de atención e enfermería.....	27
2.3.8. Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos	30
2.3.9. Atención educativa para el hogar	32
2.4. Marco Legal	34
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador	34
2.5. Marco Ético.....	36
2.5.1. Derechos del Paciente	36
2.5.2. Derechos Humanos	36
2.5.3. Código Deontológico de Enfermeras	37
CAPITULO III	41
3. Metodología de la Investigación	41

3.1. Diseño de la investigación	41
3.2. Tipo de estudio de la investigación.....	41
3.3. Localización y población de estudio.....	42
3.4. Población	42
3.4.1. Universo	42
3.4.2. Muestra.....	42
3.4.3. Criterios de inclusión	42
3.4.4. Criterios de exclusión.....	43
3.5. Operacionalización de Variables	43
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información	47
3.6.1. Encuesta	47
3.6.2. Lista de verificación	47
3.7. Análisis de datos	48
CAPITULO IV	49
4. Resultados de la investigación.....	49
4.1. Características sociodemográficas	49
CAPÍTULO V	63
5. Conclusiones y recomendaciones.....	63
5.1. Conclusiones.....	63
5.2. Recomendaciones	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	70
Anexo 1. Encuesta.....	70
Anexo 2. Lista de verificación	74
Anexo 3: Archivos fotográficos	75
Anexo 4: Tríptico	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Datos sociodemográficos del personal médico y de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	49
Gráfico 2. Protocolo de atención utilizado por el personal médico y de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	51
Gráfico 3. Seleccionar cama adecuada (semifowler) para la edad del paciente diagnosticado con neumonía en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	52
Gráfico 4. Monitoreo y control de signos vitales realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.	53
Gráfico 5. Administración de oxígeno para oximetría de pulso mayor de 88% realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.	54
Gráfico 6. Curva térmica realizada por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	55
Gráfico 7. Control de ingesta y excreta realizada por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	56
Gráfico 8. Limpieza de fosas nasales realizada por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	57
Gráfico 9. Aspiración de secreciones realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	58
Gráfico 10. Score Downes realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.	59
Gráfico 11. Mantener en NPO a paciente con taquipnea realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	60
Gráfico 12. Hidratación del paciente según criterio de gravedad realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	61
Gráfico 13. Preparar o prescribir medicación antibiótica según tipo de neumonía realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia respiratoria (12)	16
Tabla 2. Escala de predicción diagnóstica de la neumonía (19)	21
Tabla 3. Test de Silverman- Anderson modificada para lactantes (20)	22
Tabla 4. Escala de Wood-Downes (21).....	22
Tabla 5. Clasificación y tratamiento de la neumonía (24)	24

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL CUIDADO A MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, 2017.

Vega Rubio Marjorie Karina

karij_2@hotmail.com

RESUMEN

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones, los alvéolos de los enfermos de neumonía están acumulados de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. El presente trabajo busca evaluar el cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de Salud en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía del Hospital Luis Gabriel Dávila en el servicio de pediatría, 2017, para ello se utilizó una metodología descriptiva, transversal, no experimental, cualitativa, observacional con una muestra de 32 profesionales de salud, la información se recolectó utilizando una encuesta realizada al personal profesional de salud del servicio de pediatría y complementando con una lista de verificación realizada a los mismos. Entre los principales resultados y conclusiones se encontraron que la mayor parte del personal de salud fueron del sexo femenino con una edad promedio de 22-30 años, en su mayoría solteros y de religión católica y se logró identificar que el cumplimiento de este protocolo es parcial, siendo el más bajo la realización del score downes y el más alto, el control de ingesta y excreta.

Palabras claves: Neumonía, nivel de cumplimiento, personal médico y de enfermería

COMPLIANCE OF CARE PROTOCOL BY HEALTH PROFESSIONALS IN CHILDREN'S CARE UNDER FIVE YEARS OLD WITH PNEUMONIA DIAGNOSIS, HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, 2017.

Marjorie Karina Vega Rubio

karij_2@hotmail.com

SUMMARY

Pneumonia is a type of acute respiratory infection that affects the lungs, the alveoli of pneumonia sufferers are accumulated with pus and fluid, which makes breathing painful and limits the absorption of oxygen. The present study seeks to evaluate compliance with the protocol of care by health professionals in children's care under five years old with a diagnosis of pneumonia at Luis Gabriel Dávila Hospital in the pediatric service, 2017. Regarding that situation, for the present investigative work was used a descriptive, transversal, non-experimental, qualitative, and observational methodology with a sample of 32 health professionals, the information was collected using a survey conducted to the professional health personnel of the pediatric service and complemented with a check list made to them. Among the main results and conclusions were found that the majority of the health personnel were female with an average age of 22-30 years old, mostly single and catholic believers and it was identified that the fulfillment of this protocol is partial, as the lowest in the performance of the score downes and the highest, in ingestion and excreta control.

Key words: Pneumonia, level of compliance, physician and nursing staff

TEMA

Cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de salud en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.

CAPITULO I

1. Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Las I.R.A. en el mundo son la causa de 4,3 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años y se calcula que mató a unos 922 000 niños en 2015. Por esta razón, la NAC se ha convertido en la principal causa de muerte en menores de 5 años a nivel mundial. (1).

En el Ecuador, de acuerdo a las estadísticas publicadas por el INEC en el año 2013, la neumonía ocupa el tercer lugar dentro de las 10 principales causas de morbilidad en niños menores de 5 años, sólo por debajo de las afecciones perinatales y de las anomalías congénitas; siendo una de las causas principales de mortalidad por esta patología, la falta de atención médica oportuna. (2)

La neumonía es una enfermedad caracterizada por la presencia de patógenos en el parénquima pulmonar causando cambios inflamatorios de origen bacteriano, viral o mixto. En el año 2014 se han notificado 1258 casos de Neumonía en Ecuador y en la provincia del Carchi fueron reportados 99 casos. (3)

En varios estudios realizados, se encontró la existencia de un bajo nivel de cumplimiento de los protocolos de atención a pacientes diagnosticados con neumonía, lo cual podría repercutir en la recuperación clínica y en el surgimiento de complicaciones como derrame pleural, neumotórax, absceso pulmonar y pericarditis.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de Salud, en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017?

1.3. Justificación

En el Hospital Luis Gabriel Dávila se ha implementado desde el 2015 a propósito de la acreditación canadiense el protocolo de atención a niños menores de cinco años con neumonía, con el fin de estandarizar procedimientos en relación a esta patología y brindar una atención con estándares de calidad; por lo que se considera importante evaluar el cumplimiento de la normativa propuesta.

Según estadísticas en el año 2016, en esta casa de salud ingresaron 259 niños con diagnóstico de neumonía, es por esta razón que se realiza el presente estudio para verificar si el personal de Salud cumple o no con el protocolo de Atención en niños menores de cinco años con Dg de Neumonía, implementado por el servicio de pediatría del HLGD.

Al ser la neumonía una patología infecciosa con una morbi-mortalidad infantil muy alta, es prioritario brindar cuidados médicos y de enfermería basados en procedimientos estandarizados a fin de que se puedan evitar complicaciones por el manejo clínico inadecuado. La calidad de los cuidados entregados por el personal de salud dice mucho del tiempo ocupado para la recuperación.

Los Beneficiarios Directos son los niños porque con esta investigación se podrá disminuir las complicaciones de esta patología, las madres porque sus hijos estarán menos días hospitalizados y su economía no se verá afectada, la academia porque con este estudio aportará información para desarrollar de mejor manera los protocolos de Atención del personal profesional de salud y la comunidad porque al cumplir con el protocolo habría menor incidencia de esta patología.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención por el personal profesional de salud en menores de cinco años con Dg. de neumonía, HLGD, 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir a la población de profesionales que laboran en el servicio de pediatría del HLGD.
- Analizar el protocolo de atención en pacientes con Neumonía realizado por la institución.
- Valorar el cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de atención en niños con Neumonía.
- Socializar el análisis del protocolo de neumonía y los resultados obtenidos al personal profesional de salud del Hospital Luis Gabriel Dávila en el servicio de pediatría para promover el cumplimiento del mismo.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características de la población de profesionales que laboran en el servicio de pediatría del HLGD?
- ¿Cómo podría conocer los detalles del protocolo de atención en pacientes con Neumonía realizado por la institución?
- ¿Cómo está el cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de atención en niños con Neumonía?
- ¿Cómo socializar los resultados y el protocolo al personal profesional?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

Para esta investigación se ha tomado en cuenta investigaciones anteriores referentes al estudio.

2.1.1. Atención de enfermería a los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de neumonía y neumonía grave en el área de pediatría en el Hospital Vicente corral Moscoso

El Proceso de Atención de Enfermería que aplican las enfermeras e internas del Hospital Vicente Corral Moscoso es muy deficiente porque no se practican los pasos y su secuencia y se dice que en la etapa de valoración el 74% que equivale a siempre realiza una correcta valoración al paciente lo que quiere decir que el 26% restante aplica frecuentemente y rara vez esta importante etapa del proceso mientras que la fase de Diagnóstico observada y aplicada con los formularios nos da datos más pobres en donde dan a conocer que tan solo el 64% lo aplican siempre en cuanto al personal de enfermeras y las internas lo realizan frecuentemente el 31%.

La etapa de planificación que es fundamental dentro de Enfermería porque de ésta depende el accionar para el cuidado del niño/a y su bienestar se explica que es una fase cumplida de una manera satisfactoria y el 60% de enfermeras cumplen a cabalidad siempre con esta fase, lo que hay una diferencia con los formularios aplicados en donde las enfermeras responden que un 67.5% cumplen siempre, existiendo un 7.5% de desacuerdo; por otra parte podemos indicar que las internas frecuentemente realizan esta etapa un 60% y un 40% rara vez, existiendo de igual modo una diferencia con lo aplicado; en la ejecución donde el cuidado es dependiente tanto por la edad del niño

como por su estado crítico, las enfermeras en un 50% lo hacen satisfactoriamente recalcando de igual modo el trabajo en equipo en el área de cuidados intensivos e individual en piso; un 45% lo realizan frecuentemente, en cuanto a las internas no realizan siempre esta etapa sino con frecuencia un 57.6% marcando una diferencia con lo que responden en lo aplicado que siempre aplican un 26.8% y frecuentemente un 42.2%. (4)

2.1.2. Prevalencia de Cumplimiento con las guías nacionales en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad: resultados del Estudio Capo en Venezuela (2014)

A través de este estudio es posible evidenciar que existen bajos nivel de cumplimiento con las guías nacionales en varios aspectos de la atención de pacientes hospitalizados con NAC en Venezuela. Las áreas de manejo con bajo cumplimiento son: la necesidad de ingreso hospitalario, la evaluación de la oxigenación, terapia antibiótica empírica inicial, el paso de la terapia antibiótica de la vía endovenosa a la vía oral (switch), el estudio etiológico e indicación de hemocultivos, la administración de la vacunación antineumocócica y antigripal y el ofrecimiento del cese del hábito tabáquico. Cada vez es más frecuente el uso de indicadores de calidad como herramienta de evaluación por parte de las organizaciones oficiales que auditan la calidad de la atención a nivel (5)

2.1.3. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) continúa siendo una enfermedad frecuente y grave en muchas ocasiones. A pesar de los avances en el conocimiento en el tema de NAC su diagnóstico depende fuertemente del juicio clínico y el tratamiento antibiótico generalmente es empírico, ya que no es posible documentar el agente etiológico en la mayoría de los casos.

Esta enfermedad, afecta de forma desproporcionada a los adultos mayores.

Es una enfermedad a la que se enfrentan tanto médicos generales, médico internista como el neumólogo o el médico intensivista. La importancia de las guías para el tratamiento es obvia, y la información contenida en este documento, nos invita a explorar sobre su implementación o falta de implementación en la práctica clínica rutinaria. La calidad de. (6)

2.1.4. Proceso atención de enfermería aplicado a un paciente que cursa con neumonía

Al haber realizado un adecuado proceso de atención de enfermería, se logró que el paciente (adulto mayor) con diagnóstico de neumonía lograra una recuperación satisfactoria corrigiendo la insuficiencia respiratoria, cianosis, tos productiva, dolor, y recuperara su estado de ánimo, que presentó a su ingreso a la clínica. Se le Proporcionó acciones de enfermería específicas e individualizadas y sistemáticas que nos condujeron a una evolución satisfactoria de dos semanas, así mismo se brindó orientación a los familiares sobre medidas preventivas e higiénicas y dietéticas, con el fin de evitar posibles recaídas.

Se concluye que el proceso de enfermería permite brindar una atención de calidad en la atención de pacientes con enfermedades respiratorias de manera satisfactoria tanto para el paciente como para el personal de enfermería. (7)

2.1.5. Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del hospital provincial general de Latacunga

Se determinó que para el desarrollo de la Neumonía Aguda Grave en niños menores de cinco años existen diferentes factores de riesgo que predisponen a padecerla.

El estado nutricional en niños menores de cinco años es uno de los principales factores de riesgo para padecer neumonía aguda grave, como lo señalan Hernández y Salinas, 2008; plantean una mayor vulnerabilidad, de los niños desnutridos a las neumonías, y lo explican por varios factores: en primer lugar la desnutrición adelgaza la membrana

de los pulmones, con lo que se puede facilitar la entrada de bacterias y por otro lado por la debilitación del sistema inmunitario del niño.

El contacto con personas que presentan algún tipo de infección respiratoria aguda y los múltiples síndromes gripales a repetición predisponen a padecer neumonía aguda grave como asegura Cruz, J en el 2012; coincide que la mayoría de niños duermen en el mismo cuarto que sus padres y en ocasiones con sus hermanos sin importar que estos presente algún tipo de infección respiratoria favoreciendo al desarrollo de neumonías.
(8)

2.2. Marco Contextual

Esta investigación se realizará en el Hospital Luis Gabriel Dávila

2.2.1. Misión

El Hospital "Luis G. Dávila", brinda atención a los usuarios, familia y comunidad, con servicios de calidad científica, técnica y humana, en forma permanente, contribuyendo al desarrollo técnico y gerencial de la Institución en coordinación con los miembros del equipo de salud, acorde con la situación económica, cultural, política y epidemiológica de la Provincia del Carchi; planifica y evalúa procesos de su competencia en base a las políticas del Ministerio de Salud Pública y con ello garantiza una atención de calidad ,eficiente y con equidad.

2.2.2. Visión

Queremos un Hospital, fortalecido en su capacidad de Gerencia y Liderazgo, que impulse los procesos de cambio orientados a promover el fortalecimiento y óptimo funcionamiento de cada proceso que garanticen la cobertura total de las prestaciones de salud con calidad, equidad, eficiencia y solidaridad.

2.2.3. Situación Geográfica

Ecuador es un país situado en la parte noroeste de América del Sur, el Ecuador tiene 24 provincias, la provincia de Imbabura con 4.616 km² que se encuentra en la zona 1, con 398244 número de habitantes, Este estudio será realizado en la provincia del Carchi, cantón Tulcán y parroquia Tulcán con 60.493 habitantes, en el Hospital Luis Gabriel Dávila, su directora es la Dra. Ruth Velasco, y consta de varios servicios:

- Pediatría,
- Medicina Interna
- Ginecología
- Traumatología
- Cirugía (cirugía General, urología, oftalmología)
- Atención de tercer nivel con Unidad de Cuidados Intensivos o neonatología.
- El Hospital cuenta con servicios de apoyo como:
- Mantenimiento,
- Laboratorio
- Imagenología,
- Rehabilitación
- Odontología.

La capacidad instalada es de 220 camas pero la capacidad funcional es de 166.

Esta investigación será realizada en el servicio de Pediatría el cual consta de 40 camas, brinda atención a niños desde los 28 días hasta los 15 años de edad y trabajan 32 profesionales médicos y de enfermería, estableciéndose 5 médicos especialistas, 10 internas/os de medicina, 5 enfermeras/os y 12 internas/os de enfermería.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Infección Respiratoria Aguda

Epidemiología

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda; la incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo y es más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, debido a que existen más de factores de riesgo que facilitan una evolución más rápida. En un porcentaje no despreciable de casos, la duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución. El modo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El período contagioso es también variable, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínica con prolongación en algunos casos por más de 5 días. Al igual que con muchas otras enfermedades, el riesgo de muerte por IRA, es más alto en los lactantes pequeños. En los países en desarrollo aproximadamente del 20% al 25% de las muertes por IRA, ocurre en los lactantes menores de dos meses, registrándose muy pocas defunciones por IRA, entre los niños mayores de 5 años. (9)

Etiología

Existe una gran variedad de virus y bacterias que ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus respiratorio, virus de la parainfluenza o adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus*, el 9%. (9)

Definición

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como : tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de acudir a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.

Factores relacionados con la infección respiratoria aguda:

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental.
- Hacinamiento.
- Desnutrición.
- Contaminación del medio ambiente.
- Auto medicarse.
- Factores intrínsecos del huésped.
- Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.
- Falta de alimentación materna. (10)

Modo de transmisión

Las infecciones respiratorias son ocasionadas en su mayoría por virus, aunque también pueden ser bacterias o parásitos, que se transmiten de persona a persona a través de las gotitas de saliva que expulsamos al toser o estornudar. También puede ser por contacto con superficies contaminadas como son manijas de las puertas, baños, barandales de transporte público, mesas o escritorio, entre otros. (11)

2.3.2. Sistema Respiratorio

Este sistema inicia su actividad funcional en el nacimiento con la primera respiración. Las estructuras básicas del sistema respiratorio están presentes desde el nacimiento y su crecimiento se continúa hasta la adolescencia.

Las características anatómicas y fisiológicas del niño son distintas a las del adulto, pero se hacen menores a medida que el niño va creciendo.

Vías aéreas y pulmón

Al nacer el niño respira solo por la nariz, hasta los tres meses no sabe respirar por la boca (nariz pequeña y lengua grande), la nariz es pequeña la mucosa nasal menos vascularizada y los cilios poco desarrollados, son características que determinan que no se logre filtrar, humidificar y entibiar completamente el aire.

La comunicación oído faringe (T de Eustaquio) es más horizontal, esto permite la diseminación de infecciones al oído.

La laringe, tráquea y bronquios son de longitud y diámetro más pequeño razón por la cual los procesos inflamatorios locales son más graves. Está aumentada la producción de secreción mucosa a esto se le suma una tos poco efectiva lo que ocasiona riesgo de problemas obstructivos.

Conformación del tórax y movimientos respiratorios

Las costillas se encuentran en forma horizontal al nacer lo que limita la expansión de la caja torácica. Cuando se inicia la marcha se inicia el cambio de posición a oblicuas (5 y 7 años). Los músculos intercostales están poco desarrollados y se fatigan fácilmente.

La respiración es abdominal (predominio del diafragma), a los dos años los músculos intercostales tienen mayor participación, la respiración se hace toraco abdominal, a los 5 años la respiración es de predominio torácico y la caja es blanda y fácilmente comprimible.

Capacidad torácica

Los órganos intratorácicos grandes ocupan gran parte de la cavidad torácica, a los 12 años ocupan el 43% del tórax y el contenido de la cavidad abdominal eleva el diafragma a una posición más alta.

Como mecanismo de compensación durante el periodo de la niñez la frecuencia respiratoria es más elevada conforme aumenta la edad disminuye la frecuencia respiratoria. El cuello de los RN y lactantes es corto lo que no favorece el paso del aire (sobre todo en situaciones de enfermedad respiratoria), por ello la importancia de la posición al acostarlos.

Frecuencia respiratoria

En este periodo los pequeños presentan una actividad metabólica aumentada, por lo mismo requieren más oxígeno (proceso de crecimiento y desarrollo) y una forma de compensar las necesidades de oxígeno es la frecuencia respiratoria más elevada comparada con el adulto.

A medida que los niños van creciendo, va disminuyendo la actividad metabólica y el aparato respiratorio aumenta su capacidad funcional. (12)

Tabla 1. Frecuencia respiratoria (12)

EDADES	RESPIRACIONES POR MINUTO
Recién Nacido	40 a 60
Lactante	30 a 40
Preescolar	20 a 30
Escolar	15 a 20

2.3.3. Neumonía

Etiología

Establecer el diagnóstico microbiológico en niños con neumonía es difícil debido a las limitaciones técnicas. Los niños pequeños no producen esputo, la aglutinación de partículas de látex y la coagulación, no son satisfactorias para determinar el diagnóstico etiológico en estos casos, debido a su baja sensibilidad. Se considera que la punción pulmonar y el hemocultivo son los métodos más confiables para identificar los agentes bacterianos que producen neumonía en niños. La mayoría de las infecciones del tracto respiratorio inferior son de origen viral y sólo un pequeño número de éstos produce infección grave o fatal. Las bacterias ocasionan con menor frecuencia neumonía, pero el riesgo de muerte es mucho mayor que con las infecciones virales o por algún parásito.

Los estudios han demostrado de manera consistente que *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* son las bacterias aisladas con más frecuencia; estas dos bacterias representan 73,9% de los aislamientos obtenidos por punción pulmonar y 69% de los aislamientos por hemocultivos. La neumonía por el *Staphylococcus aureus* puede ocurrir en cualquier edad, sin embargo, es más frecuente en niños mayores y progresa con frecuencia a derrame pleural. (13)

Epidemiología

La neumonía es la principal causa de mortalidad en los menores de cinco años. Se estima que la incidencia en ese grupo de edad es de unos 156 millones de episodios nuevos cada año en todo el mundo, de los cuales 151 millones se registran en los países en desarrollo. La mayoría de los casos se dan en la India (43 millones), China (21 millones), el Pakistán (10 millones), y también presentan cifras altas Bangladesh, Indonesia y Nigeria (6 millones cada uno). De todos los casos comunitarios, un 7-13% son lo bastante graves para poner en peligro la vida y requerir inmediatamente hospitalización.

Numerosos datos demuestran que los principales factores de riesgo de la incidencia de neumonía son la falta de lactancia materna exclusiva, la desnutrición, la contaminación del aire en locales cerrados, el bajo peso al nacer, el hacinamiento y la falta de inmunización contra el sarampión. La neumonía provoca aproximadamente un 19% de todas las defunciones entre los niños menores de cinco años, y más del 70% de esas muertes se producen en el África subsahariana y en Asia sudoriental. (14)

Causas comunes

- *Streptococcus Pneumoniae*: Es la causa más común de neumonía bacteriana en niños;
- *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib): la segunda causa más común de neumonía bacteriana;
- El virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumonía vírica.
- *Pneumocystis jiroveci* es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/SIDA, responsable de al menos uno de cada cuatro fallecimientos de lactantes seropositivos al VIH.

Fisiopatología de la neumonía

El agente causal ingresa en el organismo a través del tracto respiratorio por medio de la inspiración o la aspiración, a través de las secreciones orales. Los organismos que pueden llegar a los pulmones a través de la circulación sanguínea son los estafilococos y los bacilos gram negativos.

El mecanismo de defensa del cuerpo, son los pulmones, cuando estos reaccionan. Un reflejo es la tos, durante la que los mucociliares y los macrófagos pulmonares tratan de proteger el cuerpo de la infección. Sin embargo, en algunas personas, su mecanismo de defensa está suprimido o abrumado por el agente invasor, lo que conduce al desarrollo de la infección y con mayor rapidez en los inmunodeprimidos.

El organismo invasor comienza a multiplicarse y liberar toxinas perjudiciales, que causan la inflamación y el edema del parénquima pulmonar. Esta acción lleva a la acumulación de los residuos celulares y la destilación dentro de los pulmones. Pronto la ausencia del aire disminuye y los pulmones se llenan de los fluidos difíciles de expectorar.

En el caso de neumonía viral, las células epiteliales ciliadas son dañadas. El virus llega a los pulmones a través del oxígeno inhalado por la boca y la nariz. Después de que el virus haya entrado en los pulmones, comienza a invadir al revestimiento de las células de las vías respiratorias y de los alvéolos. Esto produce la muerte de las células por la acción directa del virus o por una célula llamada apoptosis. Esta respuesta del organismo a la invasión, produce un mayor daño a los pulmones, ya que el fluido es filtrado en los alvéolos. La infección viral afecta los pulmones y los hace susceptibles a las infecciones bacterianas. Esta complicación es aún más importante, que la complicación por la neumonía viral. (15)

La colonización microbiana depende del tipo de microorganismo y factores relacionados a enfermedades crónicas como la leucemia, alcoholismo, epilepsia,

hipotensión, terapias con glucocorticoides y coma. En este tipo de neumonía se consideran tres mecanismos de contaminación como son:

- Micro aspiración de las secreciones de la orofaringe colonizadas por bacterias, producidos por la posición del paciente, instrumentación de la vía aérea.
- Inoculación directa de los gérmenes a través de insumos como ser nebulizadores, que inducen a neumonía cuando estos están contaminados con partículas de un tamaño que permiten su penetración hasta los bronquiolos. Los humidificadores causan colonización orofaríngea a través de pequeñas gotas.
- Infección de diseminación hematológica ubicada en otras regiones del organismo por focos sépticos, como los focos odontógenos.
- Inadecuado hábitos de higiene del personal de salud. (16)

Cuadro clínico

Los signos y síntomas varían de acuerdo a la edad, antecedentes epidemiológicos e inmunológicos:

- Taquipnea: es el síntoma con mayor sensibilidad para el diagnóstico de neumonía comparado con la radiografía de tórax. Una frecuencia respiratoria mayor de 50 a 60 por minuto en niños mayores de 2 a 12 meses de edad y mayor de 40 por minuto en niños de 1 a 5 años de edad sugiere un diagnóstico de neumonía.
- Fiebre: generalmente es súbita, mayor de 38,5°C, asociada con frecuencia a escalofríos en las infecciones bacterianas, de forma más insidiosa y prolongada en infecciones virales; en estas últimas, comúnmente con el antecedente de una infección de vías aéreas altas en los 3 a 5 días previos.

- Tos: es usual, pero no es una constante. Casi siempre es seca al inicio del padecimiento; posteriormente, húmeda, acompañada de expectoración en los niños mayores de ocho años, ya que antes de esta edad no es posible.

Otros síntomas encontrados al examen físico orientadores del diagnóstico de neumonía: presencia de retracciones que son 2,4 a 2,5 veces más frecuentes, siendo un signo de mal pronóstico el que exista tiraje subcostal. El dolor en la fosa ilíaca derecha que se puede confundir con un cuadro apendicular por lo general está relacionado con neumonías basales derechas. La disminución de los ruidos respiratorios, la aparición de ruidos sobreañadidos, el incremento del frémito y la matidez a la percusión son hallazgos clínicos relacionados con la consolidación neumónica. La auscultación de sibilancias es orientadora de etiología viral o infección por Mycoplasma; sin embargo, no se puede excluir la posibilidad de una neumonía bacteriana. La posición antálgica nos obliga a descartar derrame pleural asociado a matidez a la percusión y disminución del murmullo vesicular. (17)

- a) La típica se caracteriza por ser de inicio brusco con tos productiva seca generalmente corta y aislada, con esputo mucopurulento, dolor torácico pleurítico de intensidad moderada, cianosis, disnea y escalofríos. En la exploración física el signo más frecuente es la taquipnea, taquicardia, hipertermia que suele llegar a los 38 a 39 ° C asociada a diaforesis. La auscultación pulmonar denota datos de condensación pulmonar caracterizada por estertores crepitantes, egofonía y soplo tubárico.
- b) La neumonía atípica no presenta un cuadro clínico característico, debido a que muchas veces los signos y síntomas de la enfermedad se pueden fácilmente confundir. Uno de los signos es la hipotermia, asociados a crepitantes y tos húmeda mucopurulento. El Center for Disease Control, establece los siguientes criterios de diagnóstico en neumonía nosocomial. Inicio de esputo purulento, microorganismo aislado en hemocultivo, radiografía con infiltrado

nuevo y progresivo, cavitación, consolidación o derrame pleural y evidencia de hallazgos clínicos. (18)

2.3.4. Diagnóstico

Escala de predicción diagnóstica de la neumonía

Tabla 2. Escala de predicción diagnóstica de la neumonía (19)

Escala clínico-radiológica de predicción diagnóstica de neumonía bacteriana, según Moreno et al.*				
		Componentes	Puntaje*	
Temperatura al ingreso ($\geq 39^{\circ}\text{C}$)			3	
Edad (≥ 9 meses)			2	
Neutrófilos totales (≥ 8000 células/ mm^3)			2	
Neutrófilos inmaduros o en cayado (5%)			1	
Radiografía de tórax	Infiltrado	Bien definido, lobar, segmentario, subsegmentario (redondeado)	2	3a7
		Pobremente definido, en parche	1	
		Intersticial, peribronquial	-1	
	Localización	Un solo lóbulo	1	
		Múltiples lóbulos en uno o ambos pulmones, pero bien definidos como infiltrados	1	
		Múltiples localizaciones, perihiliar, pobremente definido	-1	
	Líquido en espacio pleural	Borramiento mínimo de senos	1	
	Absceso, bulla o neumatocele	Dudoso	1	
		Evidente	2	
	Atelectasia	Subsegmentaria (habitual múltiple)	-1	
		Lobar (lóbulos superior o medio derechos)	-1	
		Lobar (otros lóbulos)	0	
















*Puntaje ≥ 4 ; Neumonía *presumiblemente bacteriana*, Puntaje =4: Neumonía *presumiblemente viral*.

Escalas para valorar la dificultad respiratoria

El Test de Silverman- Anderson modificada para lactantes

- Lactante con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Lactante con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- Lactante con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada. (20)

Tabla 3. Test de Silverman- Anderson modificada para lactantes (20)

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Barboleo

Escala de Wood-Downes

Tabla 4. Escala de Wood-Downes (21)

SIGNOS	0	1	2
Frecuencia respiratoria	< 59	61 - 80	> 81
Cianosis central	No	Con aire ambiental	Con O2 al 40% o apneas
Entrada de aire	Bueno	Regular	Mala
Quejido respiratorio	No	Débil, audible con estetoscopio	Audible a distancia
Retracción subcostales y subxifoides	No	Moderadas	Marcadas
a) 0-2 puntos	Afección leve		
b) 3-5 puntos	Afección moderada		
c) 6 o más	Afección grave		

Pruebas de laboratorio: Análisis de sangre y orina, niveles de oxígeno en sangre, gasometría, pruebas de esputo y cultivo para valorar la gravedad de la neumonía o la necesidad de ingreso hospitalario. (22)

Radiografía de tórax: En todo paciente con sospecha clínica de neumonía sería imprescindible realizar una radiografía simple de tórax con proyecciones anteroposterior y lateral.

No existen criterios clínicos ni radiológicos que permitan distinguir con seguridad una neumonía típica de una atípica. (23)

Con la radiografía podremos ver la localización, la extensión y las posibles complicaciones como la presencia de derrame pleural.

Técnicas no invasivas: En el caso de los pacientes con ingreso hospitalario, se recomienda la recogida de muestras de sangre, orina y esputo, con el objeto de realizar cultivos que permitan identificar el germen causal y brindar un tratamiento eficiente antes de iniciar el tratamiento antibiótico.

Técnicas invasivas: Solo en casos de neumonías graves o que no respondan al tratamiento inicial.

Toracocentesis: Punción a través de la pared torácica para extraer muestras de líquido o liberar líquido acumulado en el pulmón a causa de la infección.

Broncoscopía: Introducción de un tubo por la vía aérea para llegar al bronquio y recoger muestras de mucosidad, para realizar un cultivo que permita averiguar el germen causante de la neumonía. (22)

2.3.5. Clasificación y tratamiento

Tabla 5. Clasificación y tratamiento de la neumonía (24)

CRITERIO	CLÍNICA/AGENTE	ANTIBIÓTICO	DOSIS
RECIÉN NACIDOS			
< 7 días	TORCH, EGB, Estafilococos aureus, Gérmenes gram negativos (E. coli, Enterococo, Listeria)	Ampicilina + Amikacina (o gentamicina)	-Ampicilina 200mg/kg/día por 14 días. -Amikacina 15 a 22 mg/kg/día (cada 12h) por 14 días.
> 7 días	Gram negativos, Estafilococo aureus, chlamydia (adenovirus, VSR)		-Gentamicina 5 a 7 mg/kg/día por 14 días.
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (Paciente con estancia < a 72h y no hospitalizado en las últimas 4 semanas)			
2 semanas a 3 meses	Clínica típica benigna (gram negativos)	-Ampicilina +Amikacina	Cefuroxima 100mg/kg/día cada 6h por 7 a 10 días
		-Cefotaxima o Ceftriaxona	Cefotaxima 100mg/kg/día cada 6h por 7 a 10 días.
			Ceftriaxona 100mg/kg/día cada 12h por 7 a días
	Atípica benigna (Chlamydia)	Eritromicina	Eritromicina IV 40mg/kg/día cada 6h por 14 días
Grave (Estafilococo Aureus)		Cefotaxima + vancomicina	Cefotaxima 150mg/kg/día cada 6h por 3 semanas

			Vancomicina 40mg/kg/día cada 8h por 3 semanas- Cefotaxima o Ceftriaxona
3 meses a 5 años Haemophilus Influenzae en <3a. Estreptococo Pneumoniae y Mycoplasma en > 3ª Alta morbimortalidad y baja	Ambulatorio	Amoxicilina	Amoxicilina 90mg/kg/día cada 8h por 7 días
		Amoxicilina + clavulánico	Amoxicilina + clavulánico 40mg/kg/día cada 8h por 7 días
	Hospitalización típica benigna	Penicilina, Ampicilina	PNC 300000 UI/kg/día
		Cefuroxima, Amoxicilina + clavulánico	Ampicilina 200mg/kg/día cada 6h por 14 días
		Cefotaxima, Ceftriaxona	Amoxicilina – clavulánico 100 a 200mg/kg/día cada 8h por 7 días
			Cefuroxima 100mg/kg/día cada 6h por 7 días
		Cefotaxima 100mg/kg/día cada 6h por 7 a 10 días	
NEUMONÍA NOSOCOMIAL			
Cefotaxima + Gentamicina			Cefotaxima 100 mg/kg/día cada 6 h por 7 a 10 días
			Gentamicina 5 a 7 mg/kg/día por 14 días

NEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN	
Clindamicina + PNC	Clindamicina 20 a 40 mg/kg/día cada 6h
Metronidazol + Penicilina	PNC 3000000 UI/kg/día cada 6h
	Metronidazol 15 a 20 mg/kg/día cada 8h

Medidas de soporte: Oxigenoterapia según requerimientos idealmente con base a control de oximetría de pulso buscando saturaciones mayores de 90%; con preferencia por sistemas de bajo flujo (cánula nasal), pero en caso de ser necesario se utilizará sistema de alto flujo, líquidos IV y aporte nutricional de acuerdo a las características de cada caso en particular, manejo de la fiebre ($T^{\circ} > 38.5^{\circ}C$) y desobstrucción nasal. (25)

2.3.6. Determinantes socio ambientales

Desnutrición en la neumonía: La mayoría de los niños sanos pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía o de que esta se complique. El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna. (26)

Desarrollo y crecimiento: Durante el proceso de desarrollo y crecimiento en los pacientes pediátricos deben seguir secuencialmente aumento de talla, peso, perímetro cefálico y desarrollo neuronal de acuerdo a la edad meses y años lo cual se refleja en un adecuado funcionamiento anatomoinmunitario que previene las enfermedades respiratorias graves.

Factores ambientales: Estos factores ambientales también aumentan la susceptibilidad de los niños a la neumonía: la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (como leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar, vivir en hogares hacinados, el consumo de tabaco u otras drogas por los padres. (26)

2.3.7. Proceso de atención e enfermería

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a según las necesidades de salud.

Características del PAE

- Interpersonal
- Cíclico Universal
- Enfoque holístico
- Humanístico (27)

Fases del PAE

Valoración: Es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que sea necesaria del paciente, es decir características que nos ayude para obtener una buena valoración.

Diagnóstico: En la valoración se pudo determinar qué necesidad está afectada y es aquí donde formularemos un diagnóstico de enfermería. Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud. Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etiología, S=signos y síntomas)

Tipos de diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería son reales, de riesgo, de bienestar y posibles:

Diagnóstico real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería.

Diagnóstico de riesgo: Según el juicio clínico del profesional de enfermería sobre un individuo, familia o comunidad, no existe un problema; pero hay Factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema, a no ser que intervenga el profesional de enfermería.

Diagnóstico de bienestar: Describe las respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y alcanzar un mayor grado de bienestar. La enfermera puede deducir esta capacidad por los deseos manifiestos de la persona, Familia o comunidad. Por ejemplo: disposición para aumentar el bienestar espiritual en un adulto que va a ser sometido a un procedimiento invasivo.

Diagnóstico posible: Son enunciados que describen un problema sospechado. No son claras o son insuficientes las pruebas de que existe un problema de salud. Este tipo de diagnóstico requiere más datos para apoyarlo o refutarlo. (28)

Planificación

Sirve para formular objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas. Elección del modo de intervención y determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

Ejecución

En esta fase los objetivos son ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

Evaluación

Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución. Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible. La enfermera y la persona deben establecer si se ha visto alguna mejoría o algún cambio en el mismo. (27)

2.3.7.1. Valoración de pacientes pediátricos

Cuando se asigna un paciente pediátrico por primera vez a una enfermera, se realiza una valoración con objeto de establecer una base de datos para la valoración del desarrollo y el diagnóstico y tratamiento enfermero. Se necesita información sobre: 1) el desarrollo de cada patrón funcional/crecimiento anatómico; 2) patrones de salud actuales, y 3) salud familiar/entorno del hogar en el que el bebé/ niño se está desarrollando.

El examen físico de enfermería al ingreso debe buscar problemas de elevada incidencia. Las preguntas/ítems relacionadas a continuación pueden utilizarse como guía para una comprensión de la historia de salud padres/hijo o utilizada de forma selectiva para la investigación de un problema. (29)

2.3.7.2. Diagnósticos e intervenciones de enfermería

Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de los músculos respiratorios M/p
Aleteo nasal, polipnea, uso de músculos accesorios

Intervención: Oxigenoterapia

Fundamento: Nos permite aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos, utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. La cantidad de oxígeno inspirado debe ser tal, que su presión parcial en el alveolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Retención de las secreciones M/P
Estertores, Cambios en la frecuencia respiratoria.

Intervención: Aspiración de las vías aéreas

Fundamento: Permite movilizar secreciones del árbol traqueo bronquial, nariz y boca, para mantener la vía aérea permeable y recibir el aporte necesario de oxígeno.

Deprivación del sueño R/C Estimulación ambiental sostenida M/P somnolencia
diurna.

Intervención: Manejo ambiental confort

Fundamental: Brindar la comodidad del paciente para favorecer el restablecimiento del patrón del sueño. (30)

2.3.8. Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos

Debemos considerar ciertos aspectos a la hora de plantear cuidados para pacientes con neumonía: la valoración respiratoria, pudiendo observarse taquipnea, disnea,

hipoventilación, respiración trabajosa, también puede observarse fiebre y taquicardia. Se valorará el balance de líquidos, la situación nutricional, la tolerancia a la actividad, el sueño y el reposo, y la ansiedad. (31)

- Realizar aspiración de secreciones retenidas en los bronquios: La retención de secreciones impide el intercambio de gases, dificulta la respiración y retrasa la resolución del proceso.
 - Estimular al paciente a que tosa para ayudar a eliminar las secreciones con masajes suaves pero firmes en el área interescapular.
 - Utilizar percusión de la pared torácica y drenaje postural para movilizar las secreciones.
 - Auscultar el tórax para descubrir crepitaciones.
 - Control de signos vitales: temperatura, pulso, respiración y presión arterial a intervalos regulares, para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.
 - Auscultar el tórax y el corazón. Los soplos o los frotos cardiacos pueden indicar endocarditis bacteriana aguda, pericarditis o miocarditis. (32)
 - Administración de medicamentos prescritos por el médico:
 - Antibióticos para paliar la infección en el caso de neumonías bacterianas.
 - Antipiréticos si hay fiebre.
 - Analgésicos si hay dolor torácico.
 - Medios físicos
 - Recoger muestras para realizar cultivos de esputo de forma periódica y manteniendo la bioseguridad.
 - Mantener una buena higiene bucal en caso contrario realizar limpieza con soluciones antisépticas.
 - Realizar cambios posturales para ayudar al aclaramiento de las secreciones pulmonares.
 - Mantener un adecuado soporte nutricional del paciente, es decir una ingesta adecuada.
 - Animar al paciente, cuando éste pueda, a realizar ejercicios de espirometría.
- (31)

- Proporcionar al paciente y a la familia información sobre el tipo de neumonía que padece, las complicaciones y el tiempo de recuperación.
- Explicar a la familia del paciente el carácter infeccioso de la enfermedad con el fin de evitar el contagio a otras personas.
- Explicar la importancia de evitar el tabaco y los humos que puedan irritar los bronquios y agravar la enfermedad. (33)

2.3.9. Atención educativa para el hogar

Enseñanza a la madre para el cuidado en el hogar de los niños de 2 meses a 4 años 29 días con Infecciones Respiratorias:

- Enseñar a los padres la administración y dosis correcta del antibiótico
- Alimentar al niño: Durante la enfermedad darle al niño mayor de 6 meses comidas blandas variadas y ofrecerle porciones pequeñas con frecuencia. Es ideal continuar con la lactancia materna, explicando a la madre que si disminuye el tiempo de toma, debe aumentar la frecuencia.
- Aumentar los líquidos: El niño con IRA, pierde más líquido de lo normal, especialmente si tiene fiebre, por tanto se debe ofrecer líquidos adicionales.
- Limpiar las fosas nasales: es importante mantener las fosas nasales permeables, lo cual se logra realizando lavado con solución salina, aplique un gotero de esta solución en cada fosa nasal, cada tres o cuatro horas o cada vez sea necesario.
- Aliviar la Tos: La madre puede suavizar la garganta y aliviar la tos con remedios caseros como té o miel con limón a los niños mayores de 1 año. Siendo la tos uno de los mecanismos de defensa del pulmón, no están indicados el uso de antitusivos expectorantes o mucolíticos.

- Vigilar los signos de alarma: Vigilar en el niño los signos que indican que puede tener una neumonía, como fiebre, dificultad para respirar, poco apetito, se pone morado, diarrea o vómito y si ese es el caso consultar inmediatamente al médico.

Enseñanza para el cuidado en el hogar para un niño menor de dos meses:

- Mantener abrigado.
- Continuar la lactancia.
- Limpiar la nariz con solución salina como se indicó para el niño mayor de 2 meses, en especial aplicarla antes de dar alimentación y nunca en el periodo postprandial inmediato.
- Estar muy atento a la aparición de signos de peligro, en especial, disminución de la ingesta de alimentos.
- Consultar de inmediato ante cualquier inquietud. (34)

2.4. Marco Legal

Para este estudio se ha tomado en cuenta la Constitución de la República del Ecuador 2008, Plan del Buen Vivir y Plan Nacional Territorial.

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (35)

2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir: Objetivo 3

Mejorar la calidad de vida de la población

Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos. (36)

2.4.3. Plan Nacional Territorial

El Ordenamiento Territorial (O.T) es la proyección espacial de las políticas social, cultural, ambiental y económica en una sociedad, además

es la gestión de los usos óptimos de los suelos urbanos y rurales a partir de las directrices enmarcadas por los planes de ordenamiento territorial del nivel administrativo político jerárquico superior. Como ejemplo, el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) nacional servirá de directriz para los POT de Las regiones y provincias, al igual los POT de las provincias tendrá las directrices para los POT cantonales.

El Ordenamiento Territorial tiene tres facetas complementarias: Diagnostico territorial, o interpretación de la estructura y funcionamiento del sistema territorial (medio físico, población y sus actividades, asentamientos humanos e infraestructuras); la Planificación Territorial o diseño del modelo territorial objetivo al que tender un horizonte temporal determinado o indeterminado y el curso de acción para avanzar hacia él; y la Gestión Territorial o conducción del sistema territorial en su avance hacia el modelo objetivo.

Se entiende por Ordenamiento Territorial como la disciplina técnica multi e interdisciplinaria, a la consecución de dos objetivos básicos: la corrección de desequilibrios territoriales y la localización espacial de las actividades humanas en el espacio al que se aplica el Plan Territorial, en definitiva es el intento de eliminar el contraste entre ciudad y el campo.

La Constitución del Ecuador redactada por la Asamblea Nacional Constituyente en Montecristi, Manabí y aprobada por voto popular en referéndum constitucional el 28 de septiembre del 2008, describe claramente en el artículo 241 “La planificación garantizará el ordenamiento territorial y será obligatoria en todos los gobiernos autónomos descentralizados” y en Capítulo cuarto de Régimen de competencias en que los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) deben planificar el desarrollo y formular los correspondientes planes de ordenamiento territorial, de manera articulada con la planificación nacional, regional, cantonal y parroquial. (37)

2.5. Marco Ético

2.5.1. Derechos del Paciente

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir un trato amable y digno de todos los funcionarios.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz de los diagnósticos, pronósticos y tratamientos.
- Decidir libremente sobre su atención y consentimiento informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de emergencia.
- Recibir la prescripción médica.
- Contar con una historia clínica.
- Otorgar consentimiento para ser sometido a estudios, investigación o donante voluntario.
- Ser atendido cuando se encuentre inconforme con la atención médica recibida.
- Abandonar el Hospital, bajo su responsabilidad, expresada por escrito, aún en contra de la indicación médica.
- En caso de que su enfermedad sea terminal, a que si usted o su representante así lo pidieren, en debida forma, no se efectúen procedimientos extraordinarios para prolongar su vida, y a recibir en todo caso, toda la atención disponible para aliviar sus sufrimientos.
- Recibir asistencia religiosa, moral o espiritual mientras dure la atención, o a rechazarla.
- Ejercer estos derechos sin discriminación ninguna. (38)

2.5.2. Derechos Humanos

- El derecho a la libertad de reunión
- El derecho a la propiedad

- El derecho a la libertad de expresión
- El derecho a una alimentación adecuada, vivienda, agua y saneamiento
- El derecho a la privacidad
- El derecho de voto.
- El derecho a la libertad de religión
- El derecho a un nivel de vida adecuado
- El derecho a la educación.
- Los derechos en el trabajo (39)

2.5.3. Código Deontológico de Enfermeras

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2000. Preámbulo.

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

El Código del CIE

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

Elementos del Código

1. La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

2. La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.

La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

3. La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la enfermería.

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas cuando un compañero u otra persona pongan en peligro los cuidados que ellas reciben. (40)

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental y cualitativo.

No experimental: Es aquella en la que no manipulamos deliberadamente variables. Es decir, no hacemos variar intencionalmente las variables independientes.

Cualitativa: Es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios y materiales en una determinada situación o problema.

3.2. Tipo de estudio de la investigación

Observacional: son estudios de carácter estadístico y demográfico, ya sean de tipo sociológico o biológico -estudios epidemiológicos- en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

Descriptivo: Es un tipo de estudio exacto en el cual se describen características y se generalizan varios fenómenos similares, mediante la exploración y descripción de situaciones de la vida real. Supone el conocimiento de las variables pertenecientes al problema, se apoya en una o varias hipótesis de tipo general dirigidas en una dirección específica. En este estudio podemos descubrir nuevos significados, determinar la frecuencia de fenómenos y categorizar la información.

Transversal: Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida.

3.3. Localización y población de estudio

Esta investigación será realizada en el Hospital Luis Gabriel Dávila en el área de Pediatría; la población en estudio serán los profesionales médicos, enfermeras e internos que brindan atención a niños menores de cinco años hospitalizados con diagnósticos de neumonía.

3.4. Población

3.4.1. Universo

El universo de este estudio se realizó con 32 profesionales médicos y de enfermería que laboran en el Hospital Luis Gabriel Dávila, estableciéndose 5 médicos especialistas, 10 internas/os de medicina, 5 enfermeras/os y 12 internas/os de enfermería.

3.4.2. Muestra

El 100% de los médicos, enfermeras e internos que laboran en el servicio de pediatría del Hospital Luis Gabriel Dávila.

3.4.3. Criterios de inclusión

Profesionales Médicos y de Enfermería que laboran en el área de Pediatría del Hospital Luis Gabriel Dávila.

Internos rotativos de medicina y enfermería que se encontraban realizando su pasantía por el servicio de pediatría durante el tiempo de realización del presente estudio.

Profesionales que hayan firmado el consentimiento informado y que estén de acuerdo con la investigación

3.4.4. Criterios de exclusión

Profesionales Médicos y de Enfermería e internos que se encuentran de vacaciones.

Profesionales que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.5. Operacionalización de Variables

Objetivo I: Describir a la población de profesionales que laboran en el servicio de pediatría del HLGD.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características de la población de profesionales que laboran en el servicio de pediatría del HLGD.	Es el análisis, estudio y obtención de datos y conclusiones sobre un grupo social determinado, en este caso sería el personal que labora en tu empresa.	Sociales	Religión(nominal)	Católica
				Evangélica
				Protestantes
				Ateos
			Sexo(nominal)	Masculino
				Femenino
			Estado civil(nominal)	Soltero
				Casado
				Divorciado
				Unión Libre
Viudo				
Edad (intervalo)	22-30 años			
	31-40 años			
	41-50 años			

		Demográficos		51 o más
			Profesión	Médicos
				Enfermeros
				Internos de medicina
				Internos de enfermería

Objetivo II: Analizar el protocolo de atención en pacientes con Neumonía realizado por la institución.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Conocimiento del protocolo de atención en pacientes con Neumonía realizado por la institución.	Es una acción eminentemente intelectual característica de los seres humanos y que implica la realización de un análisis sobre una determinada materia o asunto.	Conocimiento	General (nominal)	Propia institución MSP
			Específico (nominal)	Particular

Objetivo III: Valorar el cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de atención de niños con neumonía.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Valorar el cumplimiento de cada uno de los ítems del protocolo de atención de niños con neumonía	Atribuir o determinar el valor de algo o de alguien teniendo en cuenta diversos elementos antes establecidos.	Calidad de Atención en Salud mediante una lista de verificación.	Cama para la edad (semifowler)	Cumple
			Monitoreo continuo de signos vitales Oxígeno para saturación mayor de 88% Curva térmica Control de ingesta y excretas Limpieza de fosas nasales Aspiración de secreciones Score Downes NPO si presenta taquipnea Hidratación Tratamiento antibiótico	No cumple

Objetivo IV: Socializar el análisis del protocolo de neumonía y los resultados obtenidos al personal profesional de salud del Hospital Luis Gabriel Dávila en el servicio de pediatría para promover el cumplimiento del mismo.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Socialización	Proceso a través del cual los seres humanos aprenden e interiorizan las normas o valores de una determinada sociedad y cultura específica.	Tríptico con el protocolo del servicio.	Cumplimiento del protocolo por parte del personal de salud.	Elaboración de un tríptico.

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Encuesta

Serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado, la misma que constará de preguntas cerradas para evaluar el conocimiento y la calidad de cuidados brindados a niños menores de cinco años con diagnóstico de Neumonía.

3.6.2. Lista de verificación

Lista de control acerca del cumplimiento de protocolos que servirá para verificar el cumplimiento o no del protocolo de atención.

3.7. Análisis de datos

Después de realizar la encuesta se colocará en una base de datos a través del programa Microsoft Excel, el cual va a ayudar a la tabulación de datos para su respectivo análisis.

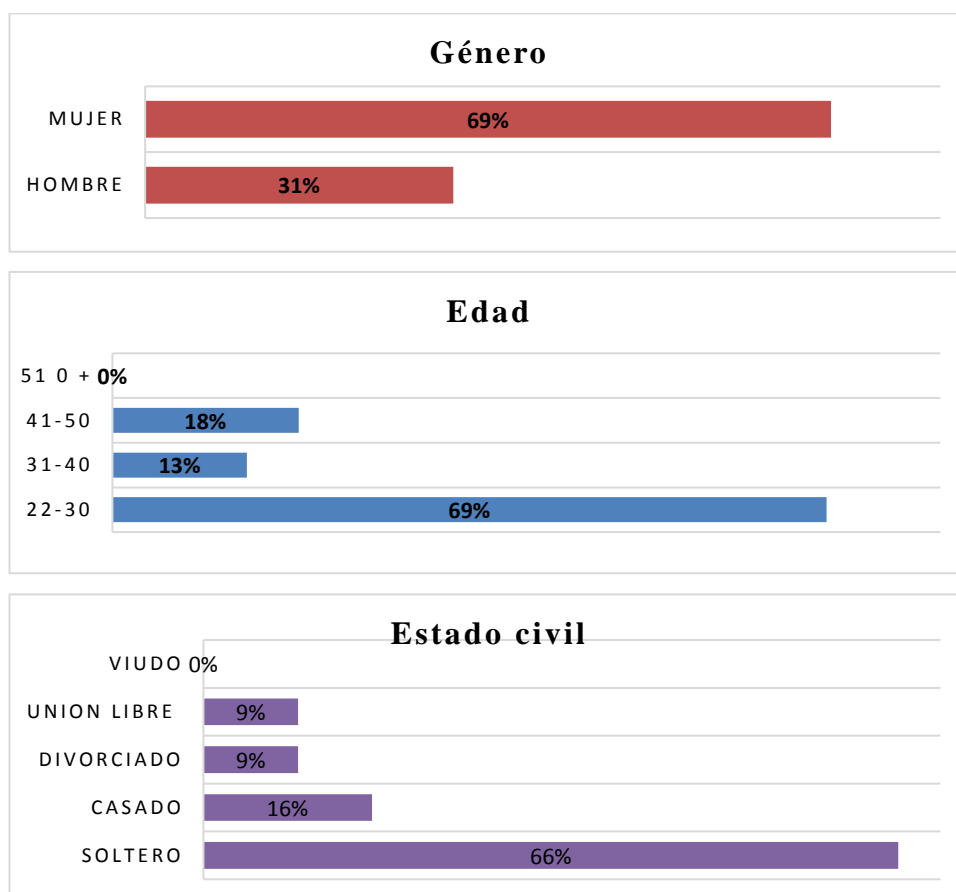
CAPITULO IV

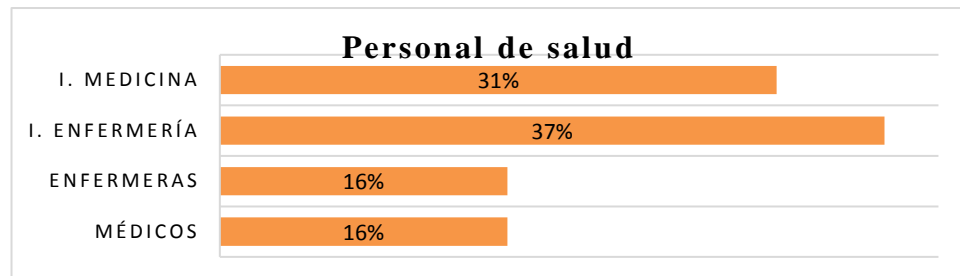
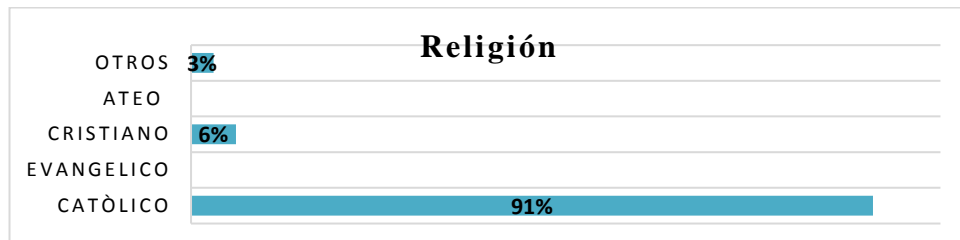
4. Resultados de la investigación

A continuación, observaremos los siguientes análisis que se realizaron durante la investigación realizada sobre Cumplimiento del protocolo de atención por los profesionales de Salud en el cuidado a menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.

4.1. Características sociodemográficas

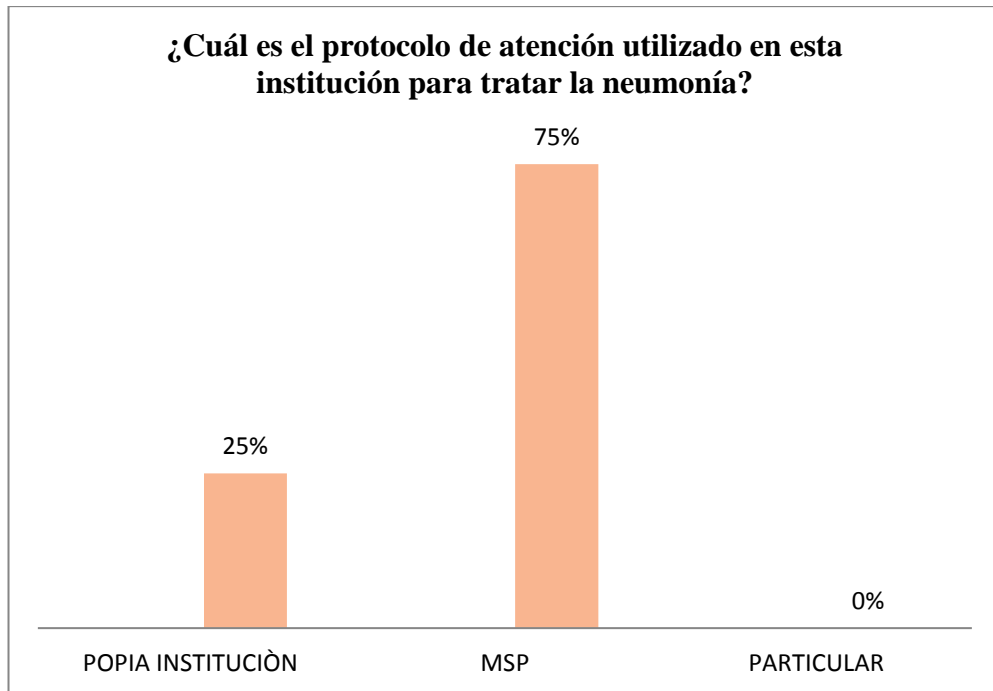
Gráfico 1. Datos sociodemográficos del personal médico y de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.





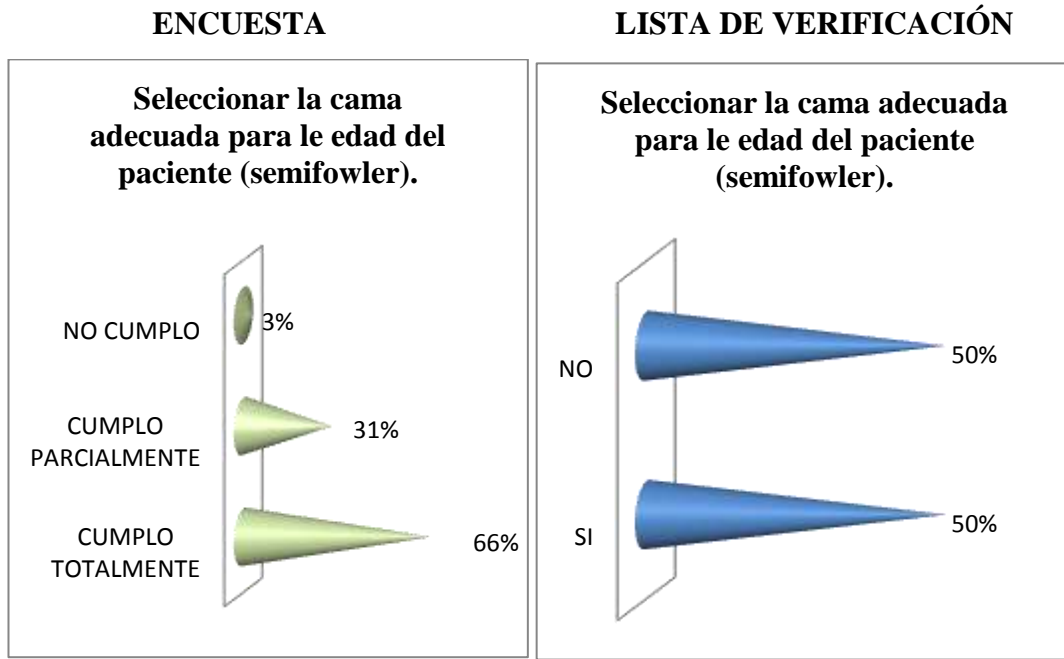
El personal de salud del servicio de pediatría del HLGD está conformado por médicos, enfermeras e internos de medicina y enfermería, siendo la mayoría del género femenino, con una edad predominantemente joven (22-30), solteros y de religión católica, lo cual coincide con los datos publicados por el INEC en el 2010, indicando que en el cantón de Tulcán el 51% de la población son de género femenino, con una edad promedio de 28-30 años (41), de los cuales el 95% son solteros según el INEC (2013) (42) y el 80,4% pertenece a la religión Católica. (43). Los internos rotativos de medicina y enfermería superan en número al personal profesional que labora en este servicio lo que logra equiparar la falta de personal, esto explica los hallazgos encontrados ya que es una población relativamente joven es decir que tienen una vida laboral corta, pero el pequeño porcentaje de profesionales entre los 41-50 años pueden ayudar con su experiencia e incluso capacitar a los profesionales de menor edad.

Gráfico 2. Protocolo de atención utilizado por el personal médico y de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



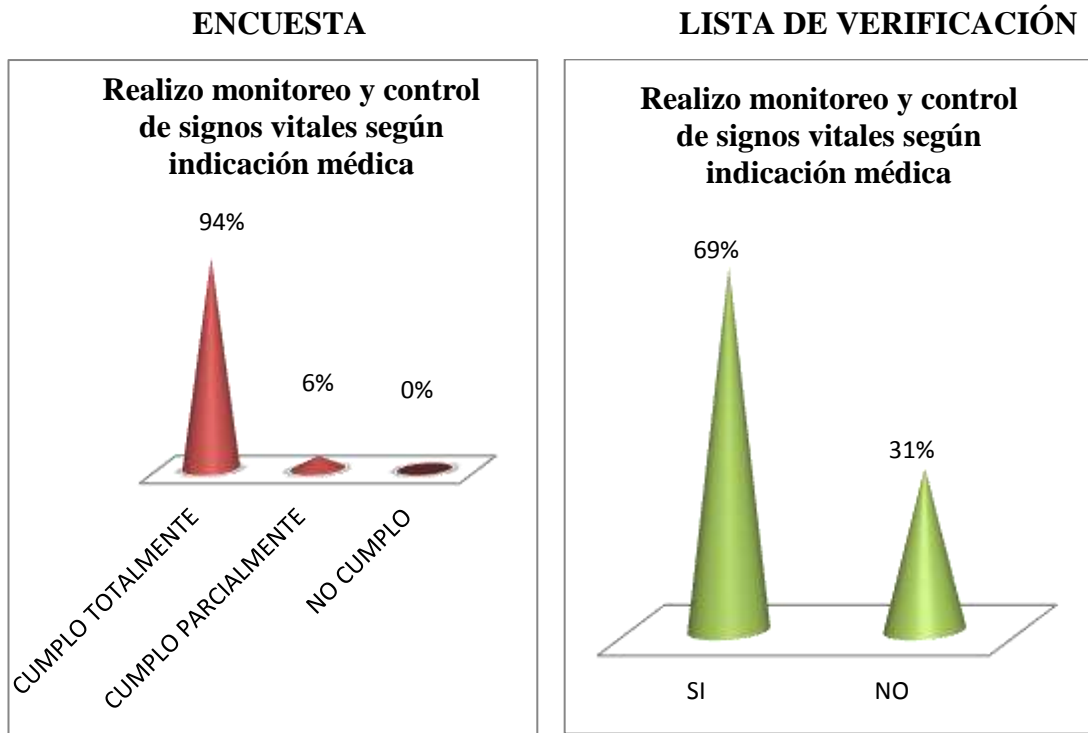
Cuando se preguntó al personal de salud sobre el origen del protocolo utilizado en el servicio de pediatría, la mayor parte del personal cree aplicar el protocolo del Ministerio de Salud Pública en el Hospital Luis Gabriel Dávila para tratar la neumonía y solo un pequeño grupo afirma que el protocolo aplicado en el servicio es el realizado por la institución, lo cual concuerda con el estudio realizado por Ligia Miniguano en el cual refiere que el 70% de los profesionales de salud desconocen que exista un protocolo elaborado por la institución, en comparación con el 30% que sí conocen. (44). El desconocimiento del protocolo puede darse por varios factores, entre estos la falta de capacitación al personal rotativo o probablemente porque el documento no se encuentran en un lugar visible para que el personal pueda acceder con facilidad.

Gráfico 3. Seleccionar cama adecuada (semifowler) para la edad del paciente diagnosticado con neumonía en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



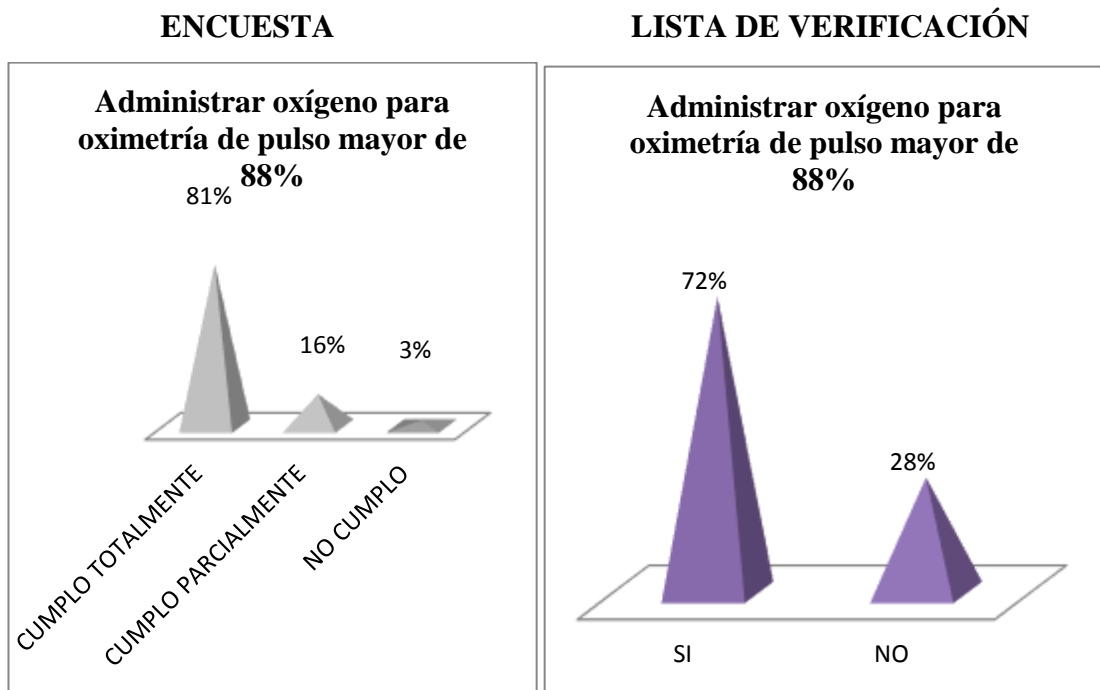
En relación a la selección de la cama adecuada para el paciente, más de la mitad del personal menciona que cumple totalmente esta actividad, pero al realizar la verificación lo realiza un porcentaje menor. Estos datos difieren en el estudio realizado por Ligia Miniguano en el cual se observó un 90% de cumplimiento en el personal de enfermería. Este hallazgo puede estar relacionado a la carencia de mobiliario adecuado en el servicio de pediatría, y sabemos que colocar al paciente en semifowler ayuda a relajar la tensión de los músculos abdominales, obteniendo una mejoría en la oxigenación del paciente e incrementando la comodidad durante la alimentación.

Gráfico 4. Monitoreo y control de signos vitales realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



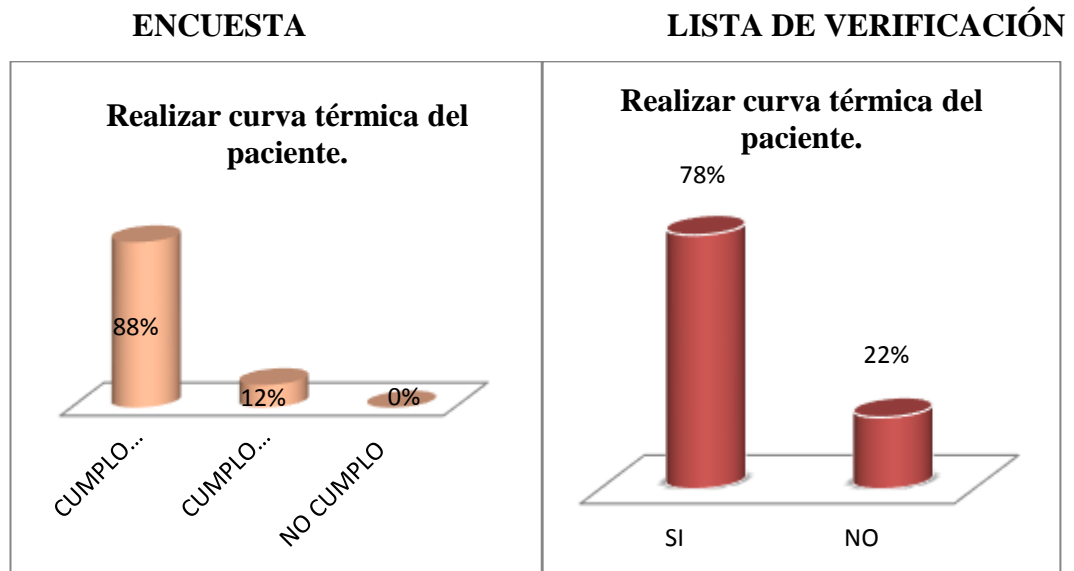
En la encuesta realizada en el servicio de pediatría la mayor parte del personal profesional de salud realiza monitoreo y control de signos vitales, pero se pudo verificar que se cumple parcialmente con este procedimiento, lo cual tiene concordancia con el estudio realizado por Ligia Miniguano en el cual el 90% del personal realiza la toma de signos vitales a los niños con neumonía. (45) En el HLGD no existen los monitores suficientes para la gran demanda de pacientes que existe en este servicio lo que dificulta el cumplimiento de este ítem, y es de suma importancia monitorizar los signos vitales ya que esto nos da una imagen objetiva del estado clínico del paciente y su funcionamiento respiratorio, siendo el sistema que se ve más afectado en esta patología.

Gráfico 5. Administración de oxígeno para oximetría de pulso mayor de 88% realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



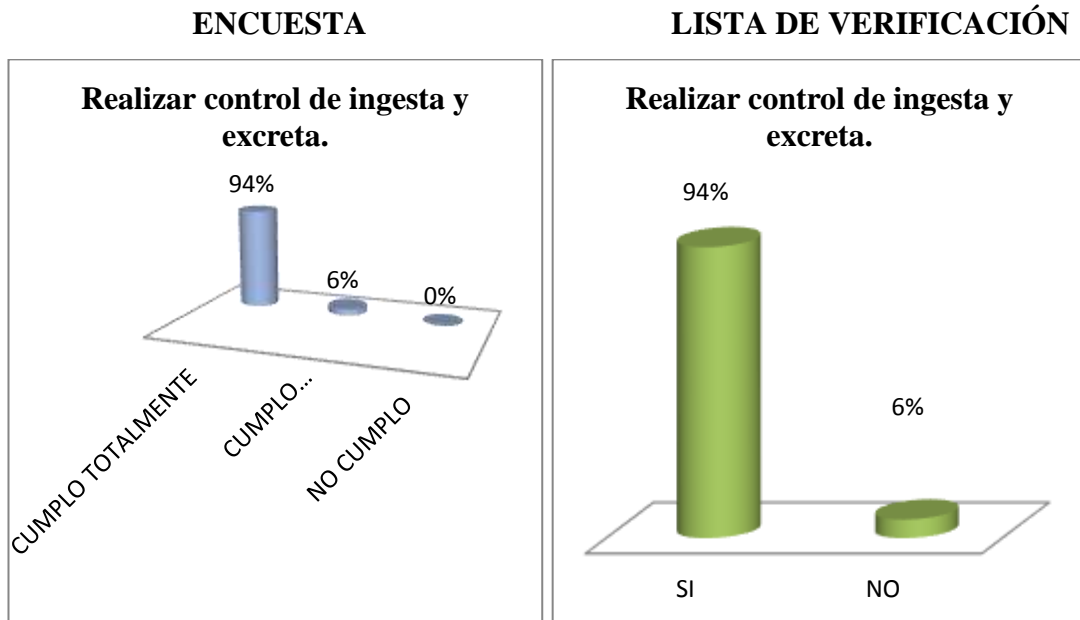
En relación a la administración de oxígeno la mayor parte del personal menciona que cumple totalmente con el procedimiento, pero al realizar la verificación se da un cumplimiento parcial, obteniendo una aproximación con los resultados del estudio realizado por Diana Christensen el cual indica que el 90% del personal cumple con este cuidado (46). Esta variabilidad de porcentajes que se observa se debe a que parte del personal profesional de salud administra oxígeno cuando la saturación es menor del 86% y no como dice el protocolo para oximetría de pulso mayor del 88%. La administración de oxígeno es imprescindible cuando no hay una buena oxigenación, ya que una complicación de mantener una saturación baja o por debajo de 60% puede provocar una hipoxia cerebral.

Gráfico 6. Curva térmica realizada por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



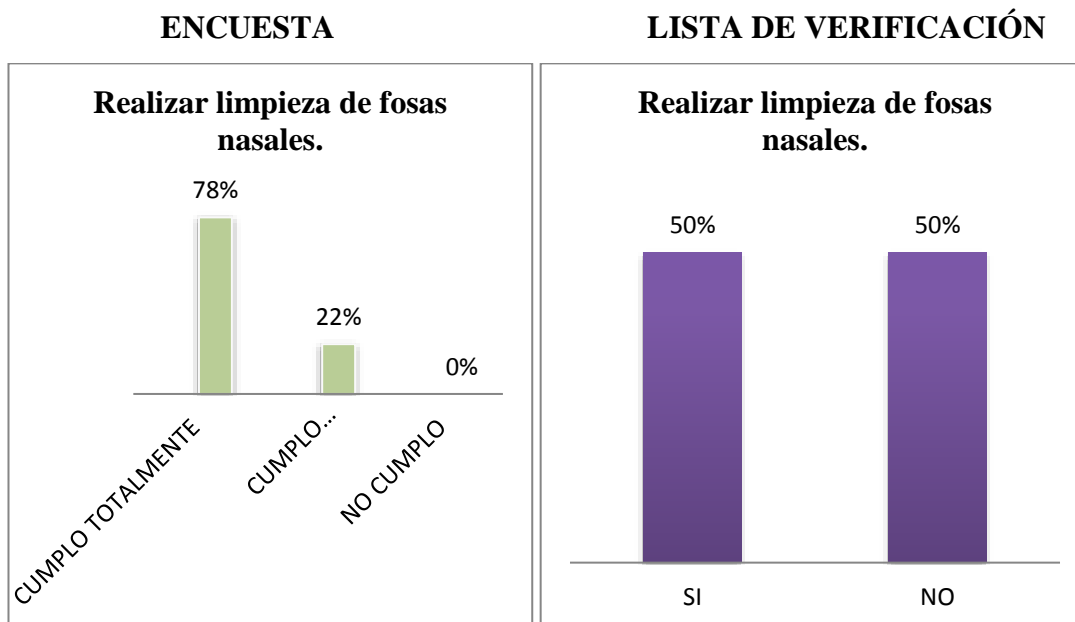
Se evidencia en la encuesta que el cumplimiento es significativo al realizar curva térmica del paciente lo cual coincide con las lista de verificación, La fiebre alta (con temperaturas mayores de 40.5°C) se correlaciona con un riesgo mayor de bacteremia oculta o de infección bacteriana grave como meningitis, neumonía y septicemia, otros efectos peligrosos de la fiebre son las convulsiones febriles, perdidas insensibles de líquidos y un aumento del gasto calórico por el aumento en el metabolismo. Es por eso que la temperatura debería tomarse una vez al día en la mañana o una vez por turno; pero puede ser más a menudo si la condición clínica del niño lo amerita. (47)

Gráfico 7. Control de ingesta y excreta realizada por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



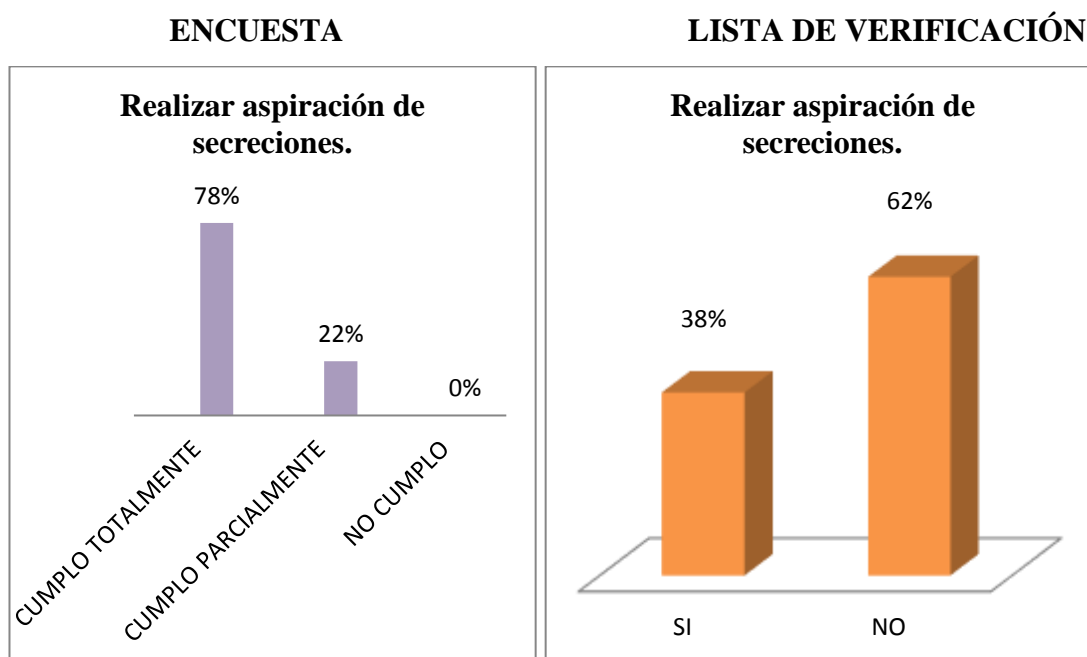
En el control de ingesta y excreta existe un cumplimiento significativo por parte del personal de salud, coincidiendo con el estudio realizado por Ligia Chanchicocha el cual refiere que existe un nivel alto de cumplimiento. (48) El incumplimiento de este ítem se puede relacionar con el desconocimiento del protocolo instaurado en el servicio y la poca importancia que se le da al mismo. El control de ingesta y excreta es para mantener supervisión permanente de órganos blancos en posibles casos de infección extrapulmolar como por ejemplo en sepsis temprana y alteración del filtrado glomerular, además es para controlar la hidratación permanente.

Gráfico 8. Limpieza de fosas nasales realizada por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



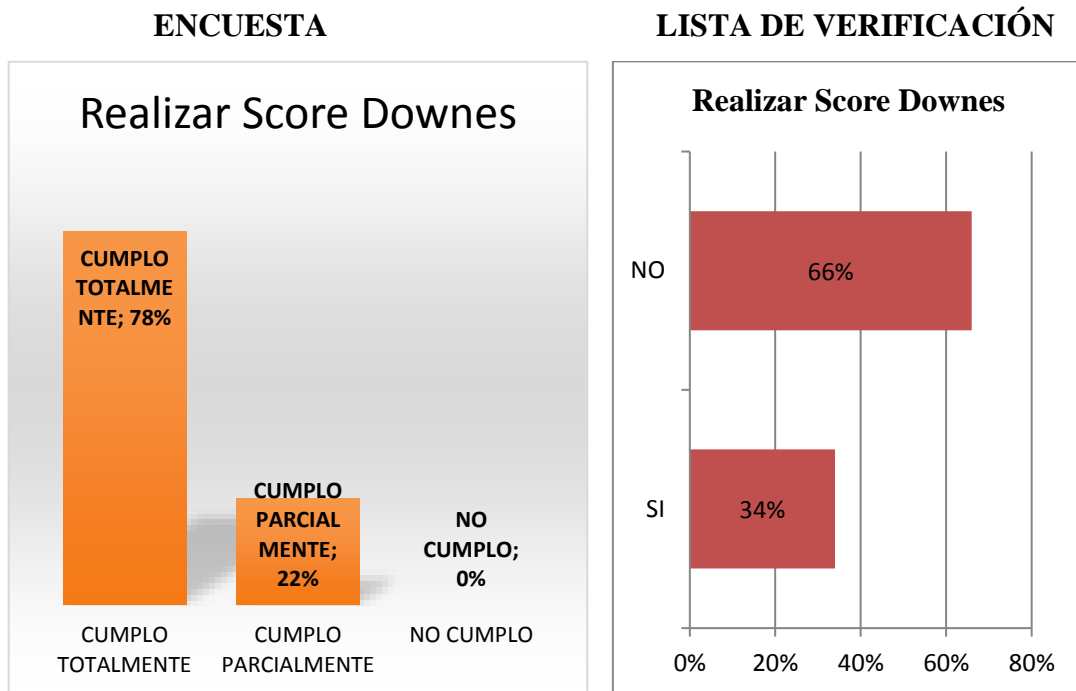
En la encuesta realizada a los profesionales de salud la mayoría realiza limpieza de fosas nasales, pero al verificar solo la mitad del personal realiza este procedimiento, coincidiendo con el estudio realizado por Tatiana Lema y Jorge Bajaña el cual tiene un cumplimiento mínimo del 27%. (49) Es importante limpiar las fosas nasales en niños ya que por lo general se encuentra obstruida por mucosidad, lo cual es común en pacientes con neumonía, esto ayudará a que exista mejor oxigenación, para el confort del paciente y es preferible realizarlo antes de dar alimentación.

Gráfico 9. Aspiración de secreciones realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



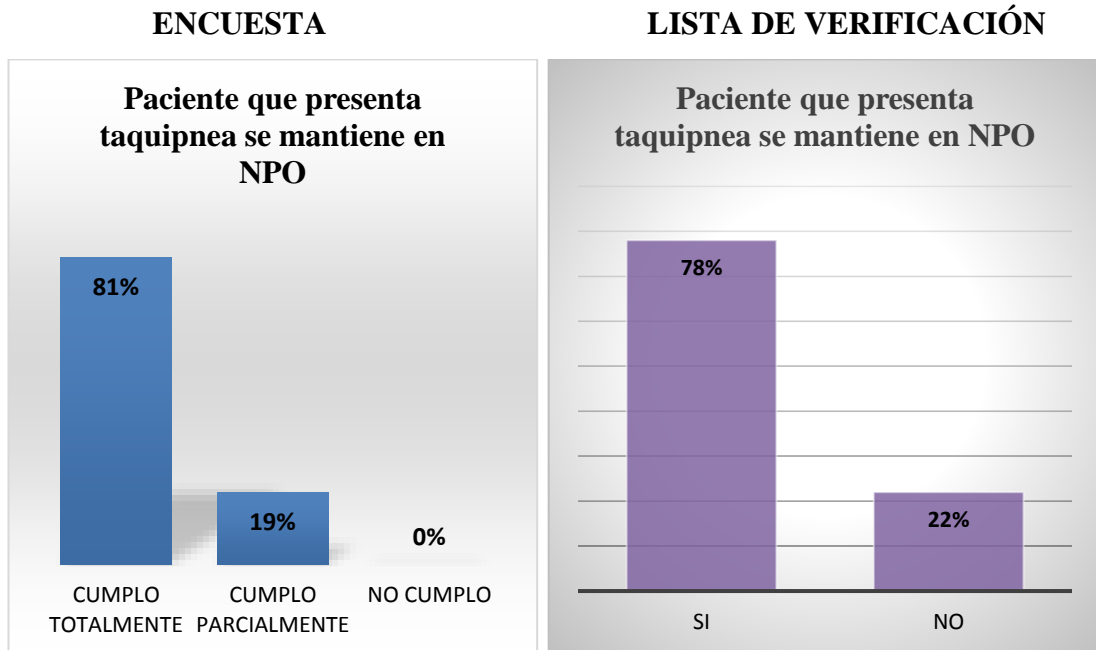
A partir de los resultados obtenidos se muestra que existe desigualdad entre la encuesta y la lista de verificación, en la cual se obtuvo un cumplimiento mínimo en la aspiración de secreciones, lo cual discrepa con el estudio realizado por Stephanie Iraiz Núñez Olvera¹, Jorge Alfonso Pérez Castro el cual indica que el 71% de los profesionales realizan este procedimiento obteniendo un cumplimiento parcial. (50) Este incumplimiento se puede dar por varias causas, como gran demanda de pacientes, el poco personal existente en el servicio y el desconocimiento del protocolo establecido para tratar la neumonía. Si no se realiza este procedimiento, el paciente no recibirá el aporte necesario de oxígeno para el correcto funcionamiento de los sistemas corporales porque la vía aérea no estará permeable.

Gráfico 10. Score Downes realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



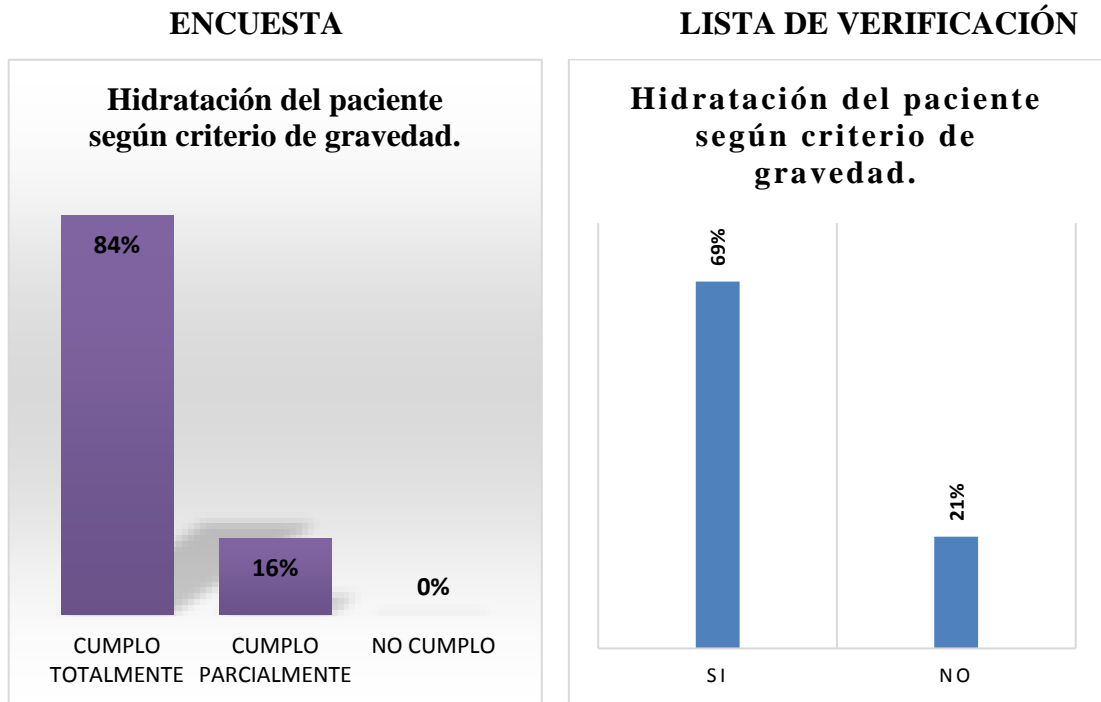
La mayor parte del personal de salud afirma que realiza el score de downes lo cual no se evidencia en la lista de verificación ya que existe un cumplimiento mínimo de este ítem. El componente neonatal realizado por el MSP establece que para valorar los niños con neumonía el grado de dificultad respiratoria se debe utilizar la escala Downes (51). Es prioritario cumplir con este ítem para valorar el grado de dificultad respiratoria con la finalidad de orientar la pauta de actuación dentro del manejo clínico.

Gráfico 11. Mantener en NPO a paciente con taquipnea realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



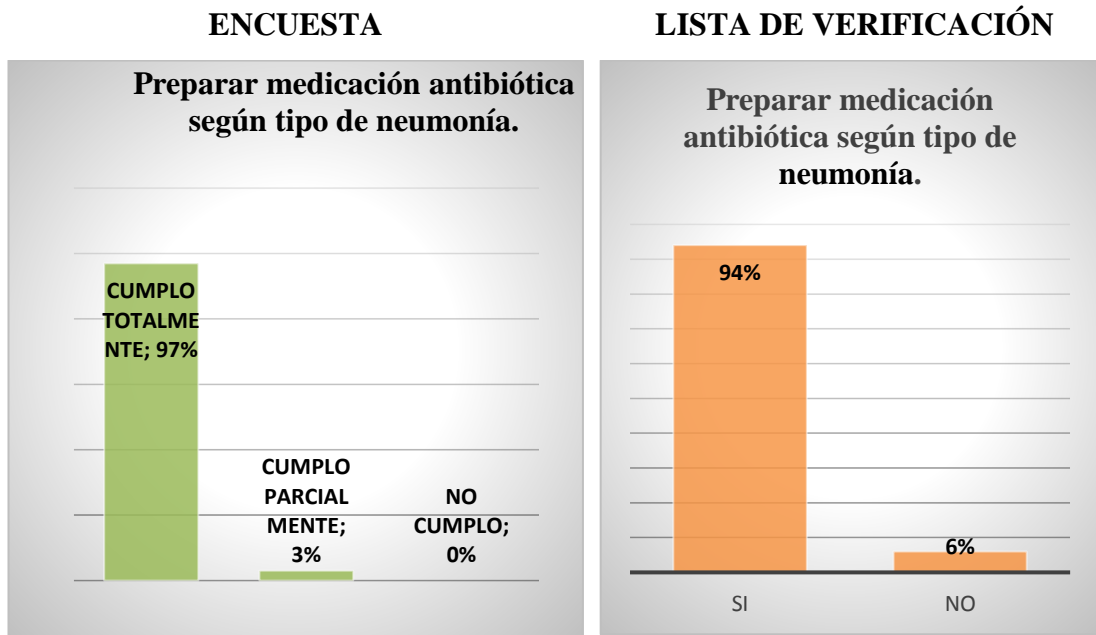
La mayor parte del personal de salud afirma que mantiene al paciente en NPO cuando presenta taquipnea lo cual concuerda con la lista de verificación. El componente neonatal realizado por el MSP establece que para valorar los niños con neumonía, con frecuencia respiratoria es igual o mayor a $80 \times$ se debe mantener al niño en NPO, colocar una sonda oro gástrica y realizar manejo hidroelectrolítico intravenoso. (51) Mantener a un niño en NPO cuando presenta taquipnea es mandatorio debido al riesgo de bronco aspiración y obstrucción de vías aéreas ya que no existe la permeabilidad permanente del tracto respiratorio para el ingreso de oxígeno.

Gráfico 12. Hidratación del paciente según criterio de gravedad realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



En la encuesta realizada al personal de salud se evidencia que existe un cumplimiento significativo, mientras que en la lista de verificación se obtuvo un cumplimiento parcial, lo que concuerda con el estudio de Ligia Miniguano en el cual el 60% del personal profesional de salud fomenta la ingesta de líquidos ya que la hidratación de líquidos moviliza secreciones las cuales impiden que el paciente pediátrico tenga buena oxigenación (48). Cuando un paciente presenta fiebre se da una pérdida insensible ocasionada por el sudor, es decir que por cada grado centígrado que suba de temperatura se pierde entre 50 a 75ml de líquidos, es por eso la importancia de reponer estas pérdidas en un paciente con neumonía.

Gráfico 13. Preparar o prescribir medicación antibiótica según tipo de neumonía realizado por personal médico y de enfermería en el Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.



En relación a la preparación o prescripción de medicación antibiótica según tipo de neumonía, los resultados son similares es decir que se pudo comprobar lo que afirmaron los profesionales en la encuesta inicial lo que concuerda con el estudio realizado por Diana Christensen y Carlos Luna quienes reportan un nivel de cumplimiento del 84% al elegir un antibiótico de acuerdo a las necesidades del paciente (52).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

- El servicio de pediatría del HLGD está conformado por profesionales en su mayoría del sexo femenino con una edad promedio de 22-30 años, en su mayoría solteros y de religión católica.
- El servicio de pediatría cuenta con un protocolo de neumonía debidamente elaborado, revisado y aprobado por los profesionales de salud del Hospital Luis Gabriel Dávila.
- En el HLGD en el servicio de pediatría se pudo identificar que existe un cumplimiento parcial del protocolo, siendo el cumplimiento más bajo, la realización del score downes mientras que el nivel más alto de cumplimiento es el control de ingesta y excreta, preparación y prescripción de medicación antibiótica.
- La socialización de resultados y protocolo constituyó el medio más idóneo para que el personal de salud conozca el estado actual de cumplimiento del protocolo utilizado en el servicio de pediatría, aspecto muy importante que apunta a mejorar los estándares de calidad en la atención de niños con diagnóstico de neumonía.
- Se pudo evidenciar que existe una diferencia considerable entre lo que se afirma y la lista de comprobación, en la mayoría de los casos por desconocimiento del protocolo establecido en el servicio.

5.2. Recomendaciones

- De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación es prioritario organizar talleres de capacitación para el personal de salud acerca de los protocolos establecidos en la institución y dentro de éstos, específicamente el protocolo de neumonía al personal de planta que labora en el servicio de pediatría del HLGD, así como a los internos rotativos de medicina y enfermería.
- Se sugiere al Hospital Luis Gabriel Dávila incorporar más personal de salud al servicio de pediatría el cual tiene una gran demanda de pacientes, con esto se podrá mejorar el servicio y cumplir con las metas establecidas.
- Se recomienda a la líder del servicio de pediatría del Hospital Luis Gabriel Dávila que el tríptico sea utilizado para informar al personal, el protocolo de neumonía utilizado en el servicio ya que se convierte en una guía de referencia rápida, y sea colocado en un lugar donde se pueda observar con claridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Neumonía. s.l. : Organización Mundial de la Salud, 2015.
2. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Rodríguez, Dra. Lizett Leonor Moreno. Venezuela : s.n., 2010, Medic.
3. MSP. Gaceta epidemiológica. MSP. s.l. : Sirve-Alerta, 2014.
4. Atención de enfermería a los niños menores de cinco años con neumonía y neumonía grave. Lorena Sacoto, Carlos Berreueta. Cuenca : s.n., 2013, Repositorio Institucional.
5. Cumplimiento de las guías nacionales en pacientes hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad. Mario Perez, Gur levy. s.l. : Elsevier, 2015, Médica HJCA, pág. 198.
6. 2.1.3. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención . Renata Baez, Hector Molina. Barcelona : s.n., 2013, medicgroup.
7. Proceso atención de enfermería aplicado a un paciente que cursa con neumonía . Felida Borjes. Ecuador : s.n., 2013.
8. Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del hospital provincial general de Iatacunga. Aveiga Flores, Walter Jonatan. Ecuador : s.n., 2013.
9. infecciones respiratorias agudas. Doctor Luis Carlos Ochoa V, Doctor Ricardo Posada S. [ed.] Su salud. 2011, Guía de bolsillo AIEPI, pág. 36.
10. Dr. Jaime Morales De León, Dr. Daniel Acosta O. Infecciones respiratorias agudas. 2001. pág. 17.
11. salud, Secretaria de. Infecciones respiratorias agudas. Mexico : gob.mx, 2015.
12. Meneghello, J. Características anatómo-fisiológicas del niño. academico. [En línea] julio de 2002. [Citado el: 23 de julio de 2017.] <http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7BCD1DA417-1590-40A7-879C-C76A5F477A08%7D/2012/S1/CARACTERISTICAS%20ANATOMOFISIOLOGICAS.pdf>.

13. León, Dr. Jaime Morales De. Infecciones respiratorias agudas. Mexico : s.n., 2001. pág. 41.
14. Epidemiología y etiología de la neumonía en la niñez. Igor Rudan, Cynthia Bosch-Pinto, Zrinka Biloglav, Kim Mulholland, Harry Campbell. 2008, OMS, págs. 321-416.
15. Otorrinolaringología. La fisiopatología de la neumonía. s.l. : Salud y bienestar.
16. Neumonía. Fabiola, Maydana Chambi. 2011, Actualización clínica, pág. 593.
17. Neumonía adquirida en la comunidad en niños. Bertha Inés Agudelo Vega, Marina Manotas Villegas, Catalina Vásquez Sagra. 2011, págs. 17-18.
18. Neumonía. Arcani Alanoca David, Maydana Chambi Fabiola. 2011, Revista de Actualización Clínica, pág. 594.
19. Utilidad de la escala de predicción diagnóstica de neumonía bacteriana de Moreno en el manejo de la neumonía en niños. Javier Francisco Miranda, Javier Enrique Espino-Huamán. [ed.] Fondo. Lima : s.n., 2015, Vol. 32, pág. 159. 3.
20. Pina, Inés Sánchez. Test de Silverman- Anderson. s.l. : Enfermera pediátrica, 2013.
21. Bolaños, Maritza. Neumonía. [En línea] 28 de enero de 2015. [Citado el: 26 de mayo de 2017.]
22. diagnóstico de la neumonía. Peña, Olga de la. 2016, web consultas.
23. etiología y diagnóstico. Inaki Irastorza, Joseba Landa , Eduardo González. 2003, anales de pediatría continuada.
24. Neumonía pediátrica. CASTILLO, BENJAMIN RINCÓN. [ed.] Hospital de Yopal. 2016, pág. 5.
25. aiepi. Doctor Luis Carlos Ochoa V., Doctor Ricardo Posada S., Doctor Felipe Restrepo N., Lic. Patricia Aristizábal M. 2000, susalud, pág. 56.
26. La neumonía es la principal causa de muerte en el mundo. Paris, Evelyn. 2012, Bebes y mas.
27. Yadira, Hernandez Salazar. Proceso de atención de enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México. Mexico : ENEO, 2013.
28. Priscila, González Salcedo y Alida, Chaves Reyes. Proceso de atención e enfermería desde la perspectiva docente. pág. 59.
29. Balcazar, Tatiana. INCIDENCIA DE NEUMONIA EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD QUE INGRESAN AL AREA DE PEDIÁTRIA DEL HOSPITAL

TEÓFILO DÁVILA DEL CANTÓN MACHALA, EN LOS MESES DE ENERO A JUNIO DEL 2012. Machala : Universidad de Machala, 2014.

30. Martínez López, M. Pérez Constantino. Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía. México : Enfermería universitaria, 2014. págs. 3,4,7.
31. Cuidados de enfermería. Anónimo. 2016, Portales médicos.
32. Quimbayo, Jaime. Neumonías e infecciones infrecuentes pulmonares. Colombia : Patologías respiratorias, 2013.
33. La neumonía. Rojo, Pedro Manuel Suárez. 2009, Todo enfermería.
34. aiepi. V., Doctor Luis Carlos Ochoa. 2000, susalus, pág. 60.
35. Ecuador, Constitución de la república del. 2008.
36. Plan Nacional del Buen Vivir. PBV. 2013-2017.
37. Plan Nacional Territorial. PNT. 2013-2017.
38. Ley orgánica de Salud. Ecuador. 2006.
39. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Unidas, Asamblea general de las Naciones. 1948.
40. Código Deontológico de enfermeras. Enfermeras, Consejo Internacional de. 2005.
41. INEC. Resultados del Censo 2010. s.l. : INEC, 2010. pág. Quito.
42. —. Anuario de estadísticas vitales. 2013. pág. INEC.
43. —. INEC presenta por primera vez estadísticas sobre religión. QUITO : s.n., 2012.
44. Protocolo de atención de enfermería en el cuidado de pacientes con neumonía en el servicio de pediatría del HJMVIT. Miniguano, Ligia. Ambato : s.n., 2014, pág. 40.
45. Ligia, Miniguano. Protocolo de atención de enfermería en el cuidado de pacientes con neumonía, en el servicio de pediatría del Hospital Jose María Velasco Ibarra. Ambato : s.n., 2014. pág. 76.
46. Christensen Diana, Carlos M. Luna. CUMPLIMIENTO CON LAS GUIAS NACIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. Buenos Aires : Medicina, 2007. pág. 711.
47. Noguera, Dr. Ronald Armando. Manual de pediatría. Costa Rica : Comité de investigación Hispanoamericana, 2009. págs. 39-40.

48. Miniguano. Protocolo de atención de enfermería en el cuidado de pacientes con neumonía, en el servicio de pediatría en el Hospital Jose Maria Velasco Ibarra. Ambato : s.n., 2014. pág. 62.
49. Tatiana Lema, Jorge Bajaan. Terapia respiratoria y su incidencia en el manejo del síndrome de obstrucción nasal del lactante . Los Rios : Universidad Tecnica de Babahoyo, 2015. pág. 47.
50. Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación. Stephanie Iraiz Núñez Olvera¹, Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez. [ed.] CONAMED. Mexico : s.n., 2015, pág. 5.
51. MSP. Componente Normativo Neonatal. Quito : MSP, 2008. pág. 103.
52. CUMPLIMIENTO CON LAS GUIAS NACIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. Diana Christensen, Carlos Luna. [ed.] Medicina. Buenos Aires : s.n., 2007, págs. 3-5.
53. Neumonía. Ramirez, Mario. s.l. : Salud y bienestar, 12 de Noviembre de 2015, DMedicina.
54. Protocolo de atención de enfermería en niños con neumonía en el servicio de pediatría. Miniguano, Ligia. Barcelona : s.n., 2014.
55. 2.1.3. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención . Renata Baez, Hector Molina. Barcelona : s.n., 2013, medigrafic.
56. FISILOGIA DEL APARATO RESPIRATORIO. Young, Dra. Marcela. 2010.
57. Una introducción a las enfermedades pulmonares ocupacionales. Hankinson, J-L- . 1979, American Lung Association, pág. 10.
58. Guyton-Hall. Cambios en los volúmenes pulmonares durante el ejercicio. s.l. : Pasta, 2012, págs. 529-530.
59. Fisiología pulmonar. Harrison. 2008, facultad de medicina, págs. 1-6.
60. Fisiopatología de la neumonía. Anónimo. 2010, Salud y bienestar.
61. Neumonía. Soler, William. 2014.
62. José Luis, García Satué. Neumonías. Madrid : 11, 2005.
63. INEC. POBLACIÓN DE 5 Y MÁS AÑOS POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASITIÓ, SEGÚN PROVINCIA, CANTÓN,

PARROQUIA Y ÁREA DE EMPADRONAMIENTO . QUITO : s.n., 2010.
Informativo.

64. Infecciones respiratorias. M. Macedo, S. Mateos. 1997, pág. 138.
65. Elsa Mercedes García Baltodano, Yaoska Argentina González Hernández. Aplicación del protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neumonía no grave en niños menores de cinco años de edad atendidos en el Centro de Salud Perla María Norori, en el primer semestre. 2008. pág. 21.
66. comunitaria, Enfermería. Plan de atención de enfermería. México : s.n., 2010.
67. INEC. Población por grupos de edad, según provincia, cantón, parroquia y área de empadronamiento. QUITO : s.n., 2010.
68. Willer, Motoche. ATENCION DE ENFERMERIA A NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS CON NEUMONIA EN EMERGENCIAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA MACHALA 2010”. Guayaquil : Universidad de Guayaquil, 2014. pág. 80.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL CUIDADO A MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, 2017.

OBJETIVO: Evaluar el nivel del cumplimiento del protocolo de atención por el personal profesional de salud en menores de cinco años con Dg. de neumonía, HLGD, 2017.

INSTRUCCIONES

Esta encuesta es de carácter confidencial y sus respuestas son netamente utilizadas para la investigación.

Lea la pregunta y responda de acuerdo a su criterio.

Si está de acuerdo a sus intereses.

.....

FIRMA

SELECCIONE

- | 1. Edad | 2. Estado civil | 3. Religión |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 22-30 | <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Católico |
| <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Evangélico |
| <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> Divorciad0 | <input type="checkbox"/> Cristiano |
| <input type="checkbox"/> 51 a + | <input type="checkbox"/> Unión libre | <input type="checkbox"/> Ateo |
| | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Otros |

4. Género

- Hombre
- Mujer

CALIFIQUE SEGÚN CONSIDERE

5. ¿Cuál es el protocolo de atención utilizado en esta institución para tratar la neumonía?

- Propia institución
- MSP
- Particular

6. Seleccionar la cama adecuada para la edad del paciente

- Cumpló totalmente
- Cumpló parcialmente
- No cumpló

7. Realizo monitoreo y control de signos vitales según indicación médica

- Cumpló totalmente
- Cumpló parcialmente
- No cumpló

8. Administrar oxígeno para oximetría de pulso mayor de 88%

- Cumpló totalmente
- Cumpló parcialmente
- No cumpló

9. Realizar curva térmica del paciente

- Cumpló totalmente
- Cumpló parcialmente
- No cumpló

10. Realizar control de ingesta y excreta

- Cumplimiento totalmente
- Cumplimiento parcialmente
- No cumplimiento

11. Realizar limpieza de fosas nasales

- Cumplimiento totalmente
- Cumplimiento parcialmente
- No cumplimiento

12. Realizar aspiración de secreciones

- Cumplimiento totalmente
- Cumplimiento parcialmente
- No cumplimiento

13. Realizar Score Downes

- Cumplimiento totalmente
- Cumplimiento parcialmente
- No cumplimiento

14. Paciente que presenta taquipnea se mantiene en NPO

- Cumplimiento totalmente
- Cumplimiento parcialmente
- No cumplimiento

15. Hidratación del paciente según criterio de gravedad

- Cumplimiento totalmente
- Cumplimiento parcialmente
- No cumplimiento

16. Preparar medicación antibiótica según tipo de neumonía

- Cumplo totalmente
- Cumplo parcialmente
- No cumplo

OBSERVACIONES: _____

MARJORIE KARINA VEGA RUBIO

OCTAVO

Anexo 2. Lista de verificación

Cama adecuada (semifowler)	CSV	Administrar oxígeno	Curva térmica	Ingesta y excreta	Limpieza fosas nasales	Aspiración secreciones	Score downes	NPO en niños con taquipnea	Hidratación	Medicación antibiótica

Anexo 3: Archivos fotográficos

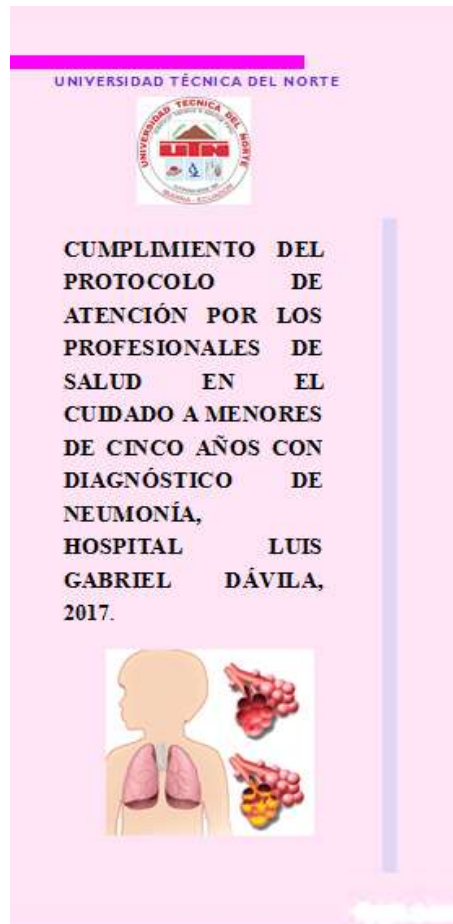
PERSONAL MÈDICO LLENANDO ENCUESTAS



PERSONAL DE ENFERMERÍA LLENANDO ENCUESTAS



Anexo 4: Tríptico



SUMMARY

Pneumonia is a type of acute respiratory infection that affects the lungs, the alveoli of pneumonia sufferers are accumulated with pus and fluid, which makes breathing painful and limits the absorption of oxygen. The present study seeks to evaluate compliance with the protocol of care by health professionals in children's care under five years old with a diagnosis of pneumonia at Luis Gabriel Dávila Hospital in the pediatric service, 2017. Regarding that situation, for the present investigative work was used a descriptive, transversal, non-experimental, qualitative, and observational methodology with a sample of 32 health professionals, the information was collected using a survey conducted to the professional health personnel of the pediatric service and complemented with a check list made to them. Among the main results and conclusions were found that the majority of the health personnel were female with an average age of 22-30 years old, mostly single and catholic believers and it was identified that the fulfillment of this protocol is partial, as the lowest in the performance of the score downes and the highest, in ingestion and excreta control.

Key words: Pneumonia, level of compliance, physician and nursing staff

