



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LACTANTE MENOR
CON BRONCONEUMONÍA MÁS SÍNDROME DE WEST.

CALDERON PONCE JEFFERSON ABDON
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RUALES BELDUMA JHANINA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Proceso de Atención de Enfermería en Lactante menor con
Bronconeumonía más Síndrome de West.

CALDERON PONCE JEFFERSON ABDON
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RUALES BELDUMA JHANINA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Proceso de Atención de Enfermería en Lactante menor con Bronconeumonía más
Síndrome de West.

CALDERON PONCE JEFFERSON ABDON
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RUALES BELDUMA JHANINA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

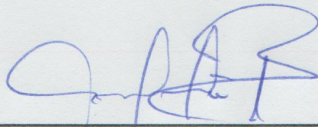
ANA SUCONOTA PINTADO

MACHALA, 06 DE SEPTIEMBRE DE 2019

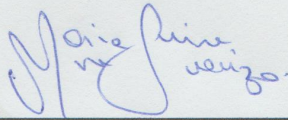
MACHALA
2019

Nota de aceptación:

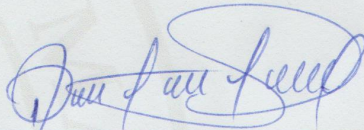
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Proceso de Atención de Enfermería en Lactante menor con Bronconeumonía más Síndrome de West., hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



ANA SUCONOTA PINTADO
0704503226
TUTOR - ESPECIALISTA 1



LOAIZA MORA LUISA MARIA
0701505752
ESPECIALISTA 2



REYES RUEDA ELIDA YESICA
0705085835
ESPECIALISTA 3

Machala, 06 de septiembre de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: bronconeumonia y sindrome de west.docx (D54859867)
Submitted: 8/17/2019 5:43:00 AM
Submitted By: jeruales_est@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

CASO EPILEPSIA valeria barcia.docx (D54213949)
Epilepsia durante el embarazo correccion 2.pdf (D47718820)
PREECLAMPSIA SEVERA.docx (D34725813)

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, CALDERON PONCE JEFFERSON ABDON y RUALES BELDUMA JHANINA ELIZABETH, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado Proceso de Atención de Enfermería en Lactante menor con Bronconeumonía más Síndrome de West., otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

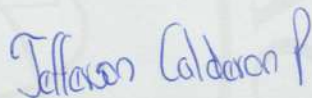
Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de septiembre de 2019



CALDERON PONCE JEFFERSON ABDON
0705400604



RUALES BELDUMA JHANINA ELIZABETH
0704962166

DEDICATORIA

A Dios: por permitirnos tener fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo. A nuestros padres por su esfuerzo en concedernos la oportunidad de estudiar y por su constante apoyo a lo largo de nuestra vida; por sus consejos, paciencia y toda la ayuda que nos brindaron para concluir nuestros estudios. Agradecemos a todos los docentes de la Universidad Técnica de Machala por sus conocimientos impartidos a lo largo de nuestra formación profesional que nos han permitido desarrollar nuestras habilidades y así ejercer nuestra profesión con humanismo, calidad y calidez.

Los Autores.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por las bendiciones que nos brinda día a día, por su amor, por su bondad y por permitirnos sonreír por cada uno de nuestros logros que son resultados de tu ayuda. Un agradecimiento muy sincero a nuestros padres que siempre han estado cuando los hemos necesitado, en los buenos y malos momentos siendo un pilar fundamental en nuestra formación académica. También de igual manera agradecemos a nuestros especialistas de estudio de caso Lcda. Anita Suconota, Lcda. María Loayza y Lcda. Elida Reyes por su orientación, dedicación, amistad y confianza en nuestro trabajo y su capacidad basada en conocimientos para guiarnos en la culminación de nuestra investigación.

Los Autores

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de West es una alteración epiléptica del encéfalo, se caracteriza por poseer espasmos epilépticos de la triada electroclínica; se puede clasificar en sintomático también llamado secundario (son las más frecuentes), idiopático y criptogénico. Clínicamente los espasmos son crisis de tipo mioclónico, agravándose en estos niños la psicomotricidad y el electroencefalograma hipsarrítmico; con especificidad no existe un tratamiento, sin embargo, los anticonvulsivantes como la Vigabatrina y las hormonas ACTH, han dado unos excelentes resultados. La Bronconeumonía es una infección inflamatoria del parénquima pulmonar el cual genera infiltrado celular a nivel del espacio alveolar alterando el intercambio gaseoso el tratamiento está basado en la escala CURB-65 en la que clasifica a los pacientes según su gravedad. Al encontrarse dentro de la clasificación de las enfermedades raras el síndrome de west por su baja prevalencia es importante diseñar un Proceso de Atención de Enfermería basado en el SOAPIE en relación a la Teoría de Jean Watson la cual trata con el paciente, el cuidador y el personal de salud para brindar cuidados individualizados y humanísticos que cubran todas las necesidades del paciente.

Presentación del Caso: Paciente masculino con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por movimiento tónicos de miembro superior izquierdo, acompañados oculogiros de segundos de duración, que se repiten en número de 3/24 horas, los movimientos tónico-clónicos se presentan por más de 5 veces al día que dura 5 segundos, acompañada de irritabilidad por lo que acude a esta casa de salud. Diagnóstico de hipertrofia de píloro a los 15 días nacido el cual es intervenido con cirugía de píloro y cardiopatía congénita hace un mes no especificada, Diagnóstico de síndrome de West a los 3 meses (consultorio particular), tratada en la actualidad. A los 4 meses de edad paciente con Diagnóstico Bronconeumonía, tratado actualmente por Síndrome de West.

Objetivo General: Diseñar Proceso de Atención de Enfermería de un lactante menor con Bronconeumonía y Síndrome de West basado en la teoría de Jean Watson que permitan la inserción y el afrontamiento situacional enfocada en los cuidados humanísticos y espirituales.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos actualizados hace 5 años atrás (2014-2019) referentes al tema de estudio publicados en revistas electrónicas como: Dialnet, Scielo, Medigraphic, Redalyc y en las bases de datos de la

Universidad Técnica de Machala: Taylor and Francis, E-libro, Scopus, entre otras. Y para el diseño del Proceso de Atención de Enfermería se lo realizó en base al lenguaje estandarizado de diagnósticos enfermeros de la NANDA, NIC y NOC.

Resultados: De acuerdo a los exámenes de Toxoplasmosis se observó serología materna con IgG positiva, no recibe tratamiento, recalando PCR para toxoplasma no detectado, lo cual coincide parcialmente con los estudios realizados por Zans et al 2014, Calderón et al 2017, sobre la clasificación sintomática prenatal del SW; en la TAC de cráneo se observó atrofia cortical y en RMN Atrofia cortico – subcortical; además la anemia persistente antes de su ingreso y post egreso, y la disminución inmunológica lo hace susceptible a contraer enfermedades virales o bacterianas como la bronconeumonía que presentó a los 3 meses de edad. En las casas de salud no existen modelos de enfermería, aún cuesta mucho el manejo del Proceso de Atención de Enfermería con el lenguaje de diagnóstico estandarizado enfermero.

Conclusión: El Síndrome de West es una enfermedad epiléptica del encéfalo de la infancia, con un pronóstico malo y un alto porcentaje de retraso psicomotor y neurológico desarrolla cierto grado de discapacidad con repercusión en el ámbito económico y social; su presentación se relaciona con la edad, además los espasmos epilépticos comparten una triada clínica. Su tratamiento consta de hormonas y anticonvulsivantes, aplicándola para el manejo de los espasmos epilépticos. La Bronconeumonía es una enfermedad grave al presentarse con enfermedades subyacentes se torna más complicada tratarla debido a la afectación del sistema inmunitario. La falta de estudios en nuestro medio se debe a la baja prevalencia de esta patología, además el empleo del SOAPIE se convierte en unos de los métodos de fácil y rápida valoración y diagnóstico enfermero.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de West, Bronconeumonía, Proceso de Atención de Enfermería, SOAPIE, Teoría de Jean Watson.

ABSTRACT.

Introduction: West Syndrome is an epileptic alteration of the brain, it is characterized by having epileptic spasms of the electroclinical triad; It can be classified as symptomatic also called secondary (they are the most frequent), idiopathic and cryptogenic. Clinically, spasms are myoclonic seizures, with psychomotricity and hipsarrhythmic electroencephalogram aggravating in these children; With specificity there is no treatment, however, anticonvulsants such as vigabatrin and ACTH hormones have given excellent results. Bronchopneumonia is an inflammatory infection of the lung parenchyma which generates cellular infiltrate at the level of the alveolar space by altering the gas exchange. The treatment is based on the CURB-65 scale in which it classifies patients according to their severity. Being within the classification of rare diseases West syndrome due to its low prevalence it is important to design a Nursing Care Process based on SOAPIE in relation to Jean Watson's Theory which deals with the patient, the caregiver and the health personnel to provide individualized and humanistic care that cover all the needs of the patient.

Case Presentation: Male patient with clinical picture of 1 month of evolution characterized by tonic movement of the upper left limb, accompanied by oculogyros of seconds duration, which are repeated in a number of 3/24 hours, the tonic-clonic movements are presented for more 5 times a day that lasts 5 seconds, accompanied by irritability so you go to this health home. Diagnosis of pylorus hypertrophy at 15 days born which was operated with pylorus surgery and congenital heart disease a month not specified, Diagnosis of West syndrome at 3 months (private office), currently treated. At 4 months of age, a patient with Bronchopneumonia Diagnosis, currently treated for West Syndrome.

General Objective: To design the Nursing Care Process of a minor infant with Bronchopneumonia and West Syndrome based on Jean Watson's theory that allow the insertion and situational coping focused on humanistic and spiritual care.

Method: A bibliographic review of scientific articles updated 5 years ago (2014-2019) regarding the subject of study published in electronic journals such as Dialnet, Scielo, Medigraphic, Redalyc and in the databases of the Technical University of Machala was made: Taylor and Francis, E-book, Scopus, among others. And for the design of the Nursing Care Process, it was carried out based on the standardized nursing diagnosis language of NANDA, NIC and NOC.

Results: According to the Toxoplasmosis examinations, maternal serology with positive IgG was observed, not receiving treatment, emphasizing PCR for undetected toxoplasma, which partially coincides with the studies conducted by Zans et al 2014, Calderón et al 2017, on classification symptomatic prenatal SW; in the CT scan of the skull cortical atrophy was observed and in NMR cortical atrophy - subcortical; In addition, persistent anemia before admission and post-graduation, and the immunological decrease makes it susceptible to viral or bacterial diseases such as bronchopneumonia that he presented at 3 months of age. In nursing homes there are no nursing models, it still costs a lot to handle the Nursing Care Process with the standardized nursing diagnostic language.

Conclusion: West Syndrome is an epileptic disease of the brain of childhood, with a bad prognosis and a high percentage of psychomotor and neurological delay develops a certain degree of disability with repercussion in the economic and social field; its presentation is related to age, and epileptic spasms share a clinical triad. Its treatment consists of hormones and anticonvulsants, applying it for the management of epileptic spasms. Bronchopneumonia is a serious disease when presenting with underlying diseases it becomes more complicated to treat it due to the affectation of the immune system. The lack of studies in our environment is due to the low prevalence of this pathology, in addition the use of SOAPIE becomes one of the methods of easy and rapid assessment and nursing diagnosis.

KEY WORDS: West Syndrome, Bronchopneumonia, Nursing Care Process, SOAPIE, Jean Watson Theory.

INDICE.

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN.	3
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	11
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.	11
1.1.1 Síndrome de West en lactante menor.....	11
1.1.2 Presentación breve del caso.	11
1.1.3 Hechos de Interés	12
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO.....	14
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA.....	14
2.1.1 Historia Natural De La Enfermedad.	14
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.	15
2.2.1 Síndrome de West.	15
2.2.2 Epidemiología.	16
2.2.3 Etiología y Fisiopatología.	16
2.2.4 Clínica de la Enfermedad.....	17
2.2.5 Clasificación etiológica.	17
2.2.6 Clasificación Sintomática.....	18
2.2.7 Criterios de Diagnóstico.	18
2.2.8 Tratamiento.	19
2.2.9 Teoría de Jean Watson.....	19
2.2.10 Proceso de atención de enfermería.....	20
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO.....	24
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA.	24
3.1.1 Tipo de investigación.....	24
3.1.2 Unidad de Análisis.	24
3.1.3 Área de estudio.	24
3.1.4 Tipo de Estudio.	24
3.1.5 Método de estudio.	24
3.1.6 Técnica a Utilizar.....	25
3.1.7 Instrumentos de Investigación.....	25

3.1.8 Categorías.	25
3.1.9 Aspectos Éticos – Legales.	25
3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN.	26
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS.	26
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	28
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.	28
4.1.1 Presentación del caso.	28
4.1.2 Datos de filiación.	29
4.1.3 Reporte de Enfermería	30
4.1.4 Presentación de Resultados.	31
CAPITULO V: ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS.....	34
CONCLUSIÓN.	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.	41

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de West (SW) es una encefalopatía epiléptica infrecuente. Se presenta al comienzo de la lactancia. Se compone de una triada característica de: espasmos infantiles o crisis mioclónicas, un patrón hipsarrítmico del EEG y retraso mental ligado pobremente a factores del desarrollo neurológico.(1)

El lactante menor oscila entre los 28 días a 12 meses y la edad de inicio del SW es entre los primeros 3 y 12 meses por lo tanto existe relación con nuestro estudio de caso.

Tiene un leve predominio en los varones de 1,5 a 1 en relación con las mujeres y se predomina en un 60% en ellos.(2)

Clínicamente los espasmos son crisis de tipo mioclónico, agravándose en estos niños la psicomotricidad y el electroencefalograma hipsarrítmico; con especificidad no existe un tratamiento, sin embargo, el uso de anticonvulsivantes y hormonas han dado unos excelentes resultados.(3)

La Bronconeumonía es una enfermedad infecciosa, causadas por virus, bacterias y hongos, afecta a los bronquiolos y hace referencia a áreas parcheadas y confluentes, con focos bilaterales o unilaterales, su diagnóstico oportuno ayuda a evitar complicaciones médicas graves e incluso la muerte.

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud, bordean los 2 millones de los cuales el 70% corresponden a menores de 2 años y el 15% en menores de 5 años. En el Ecuador, en el año 2011 la tasa de mortalidad por Bronconeumonía en menores de 5 años alcanzó el 9,70% y con una morbilidad de 210 casos x 100.000 habitantes. (7)

En la ciudad de Machala, actualmente no cuenta con estadísticas de tasas de morbimortalidad por Síndrome de West correlacionado con Bronconeumonía en lactantes menores, patologías coexistentes presente entre la población etaria menor, que sin duda alguna son enfermedades especialmente de impacto.

El estudio de caso está enfocado en un lactante masculino de 4 meses de edad es traído por su madre quien refiere cuadro clínico de aproximadamente 15 días de evolución caracterizada por dificultad para respirar más quejido e irritabilidad tratado por médico particular donde prescriben tratamiento medicamentoso, pero su cuadro no cede y hace más o menos 10 horas presenta dificultad respiratoria que se exagera, y por este motivo ingresado al Hospital General Teófilo Dávila con diagnóstico de Síndrome de

West, convulsiones, Bronconeumonía y Anemia. Con signos vitales: Frecuencia cardiaca: 183 x'; Frecuencia respiratoria: 80x'; Temperatura Axilar: 36.5 °C.

El proceso de atención de Enfermería es un método científico, organizado y ordenado que se emplea en la práctica asistencial para brindar cuidados individualizados y eficaces que permitan resolver los problemas que presenten los pacientes.

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.

1.1.1 Síndrome de West en lactante menor.

El Síndrome de West es una enfermedad epiléptica del encéfalo, que se caracteriza por la triada electroclínica; se puede clasificar en sintomático también llamado secundario (son las más frecuentes), idiopático y Criptogénico. (1)

Su causa es aún desconocida por la presencia de diversos factores; esta patología infantil puede presentarse en la edad de entre 3 a 6 primeros meses de vida y el sexo más frecuente es el masculino. (5)

Las secuelas de SW afectan al desarrollo psicomotor conforme avancen los espasmos, además de las malformaciones cerebrales y esclerosis tuberosa, afecta al cuidador, puesto que es quien tiene que brindar día a día los cuidados, mismos que requieren de un desgaste físico y emocional. (1)

1.1.2 Presentación breve del caso.

Paciente masculino de 1 mes de edad ingresa el 01 de septiembre del 2018 al Hospital del Niño Dr. Roberto Gilbert E. en la ciudad de Guayaquil, padre refiere cuadro clínico de 1 semana de evolución con irritabilidad que no calma en brazos de la madre, refiere movimientos tónico-clónicos generalizados, con oculogiros de segundos de duración que se repiten en número de 3/24 horas, hace 24 horas vómitos de contenido alimenticios por 2 ocasiones, por lo que acude a esta casa de salud. En su evolución durante estadía, paciente con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por movimiento tónicos de miembro superior izquierdo, acompañados oculogiros de segundos de duración, madre nota que los movimientos tónico-clónicos se presentan por más de 5 veces al día que dura 5 segundos, acompañada de irritabilidad. Diagnóstico de ingreso: Convulsiones no clasificadas en otras partes, Soplo Cardíaco. Paciente es dado de alta el 14 de septiembre del 2018 con Diagnóstico egreso: Epilepsia, Anemia de tipo no especificada. A los tres meses de edad paciente diagnosticado con Síndrome de West por médico particular. El 02 de noviembre del 2018 a los 4 meses de edad paciente ingresa al Hospital Teófilo Dávila por presentar cuadro de Bronconeumonía y posteriormente es dado de alta con el mismo diagnóstico de ingreso, actualmente tratado por el Síndrome de West.

1.1.2 Hechos de Interés

En 1841 William J. West, por primera vez en una publicación describió esta enfermedad en su hijo de 4 meses; actualmente es considerado el Síndrome de West como una patología epiléptica del encéfalo severa que suele presentarse en los primeros 3 y 12 meses de vida, se caracteriza por crisis epilépticas; 100 años después de esa descripción aparecieron reportes del EEG anormales; Gibbs y Gibbs en 1952 describieron un característico trazado hipsarrítmico. (15) Los espasmos del Síndrome de West abarcan contracciones del tronco y extremidades como extensión, flexión o mixtas y duran de medio a 2 segundos, acompañada de una pérdida momentánea de la conciencia. De la totalidad de epilepsias infantiles los espasmos constituyen el 2% de éstas y un 24% del primer año de vida, alrededor del 90% de los espasmos infantiles se presentan en menores de 1 año. Su incidencia en edad se encuentra entre los 4 y 6 meses; predomina levemente en el sexo masculino aproximadamente el 60% con 1,5 a 1 en relación con el sexo femenino y en países en vías de desarrollo(15).

En la provincia de El Oro específicamente en la ciudad de Machala, no existen estadísticas de esta enfermedad, su baja incidencia y prevalencia da paso a que estos datos no existan, además su tratamiento tiene un costo alto sumado a que los anticonvulsivantes y hormonas que controlan los espasmos no se comercializan dentro del país, permite a que la situación para el cuidador sea caótica desbastadora.

En 1875 Edwin Klebs fue el primero en observar a las bacterias causantes de las muertes por Bronconeumonía; en 1988 dio inicio a la vacunación en contra del Haemophilus influenzae tipo b en lactantes, mientras que en 1977 la vacunación fue en contra del Streptococcus pneumoniae en adultos y en el 2000 la vacunación en los niños.

El Haemophilus influenzae tipo b y el Streptococcus pneumoniae son unas de las causas que se pueden prevenir (7) (24); en la provincia de El Oro, según datos del INEC las defunciones infantiles se colocan en cuarto lugar por casos de Bronconeumonía. En la ciudad de Machala actualmente no se cuenta con cifras estadísticas sobre la tasa de morbimortalidad por Bronconeumonía en lactantes menores que reflejan la presencia de esta patología entre la población del grupo etario infantil.

1.1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

Diseñar Proceso de Atención de Enfermería de un lactante menor con Bronconeumonía y Síndrome de West basado en la teoría de Jean Watson que permitan la inserción y el afrontamiento situacional enfocada en los cuidados humanísticos y espirituales.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO

2.1 descripción del enfoque epistemológico de referencia.

2.1.1 Historia Natural De La Enfermedad.

La Historia Natural de la enfermedad es el curso normal de la enfermedad sin intervención médica, es decir es el conjunto de acontecimientos que ocurren dentro del ser humano desde que se dan las causas hasta el comienzo de la enfermedad. Es la interacción de la triada ecológica entre el huésped susceptible (ser humano), el agente causal que pueden ser biológicos como microorganismo (bacterias, virus, hongos y rickettsias) y agentes no biológicos los cuales poseen propiedades como: antigenicidad, vulnerabilidad, inefectividad, patogenicidad y virulencia; y el medio ambiente en donde se da la interacción del huésped y el agente causal en que se encuentran factores físicos (geografía y clima), biológicos (animales), socioeconómicos (hacinamiento, habitación, entre otros). (8)

Este proceso le permite al médico conocer el cuadro clínico de la enfermedad para dar un diagnóstico y un tratamiento acorde a las alteraciones que se presentan en el ser humano. La Historia Natural de la Enfermedad se clasifica en dos periodos:

Periodo Prepatogénico: Es el periodo que se da antes del comienzo de la enfermedad, el organismo del ser humano no presenta ni cambios, ni alteraciones a nivel de células, tejidos y órganos. Es la interacción de la triada epidemiológica en condiciones de salud normales.

Periodo Patogénico: Es el periodo donde se pueden detectar los cambios a nivel celular, tisular y de órganos y se presenta la sintomatología propia de la enfermedad; aquí encontramos dos subdivisiones: periodo subclínico que es cuando ya existen alteraciones dentro del organismo, pero los síntomas aún no se manifiestan y el periodo clínico es cuando los signos y síntomas se presentan en el individuo dando un horizonte clínico.

Síndrome de West en relación con la Historia Natural de la Enfermedad.

El Síndrome de West en el lactante menor de 3 meses de edad es el huésped quien se pone en contacto con el agente causal (causas aún desconocidas) en este caso factores inherentes como: edad entre 3 – 6 meses de edad, sexo masculino, antecedente

prenatales como Infección de vías Urinarias y también se detecta valores de IgG aumentados; perinatales como producto de sexo masculino obtenido por cesárea a los 15 días después del nacimiento es diagnosticado con hipertrofia de píloro; postnatales la enfermedad presenta un desequilibrio de los neurotransmisores del tallo cerebral los cuales podrían ser responsables del periodo subclínico donde se dan síntomas como: espasmos musculares desde el nacimiento y este cuadro clínico dio como resultado un diagnóstico médico de Síndrome de West.

Bronconeumonía en relación con la Historia Natural de la Enfermedad

La Bronconeumonía es una enfermedad que se caracteriza por ser infecciosa e inflamatoria del parénquima pulmonar se produce la proliferación de las células inflamatorias y exudado el cual da una fijación que ocupa los espacios alveolares de los bronquios, tomando en consideración los diversos periodos patogénicos, donde, el germen causante más común es el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), el lactante menor de 3 meses es el huésped, donde existe el periodo clínico se evidencia en el lactante dificultad respiratoria que va en aumento, quejido e irritabilidad más presencia de tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, con presencia de roncus y sibilancias en ambos pulmones este cuadro clínico da como resultado Diagnóstico de Bronconeumonía.

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.2.1 Síndrome de West.

El Síndrome de West es una enfermedad epiléptica del encéfalo, caracterizada por poseer espasmos epilépticos de la triada electroclínica que afectan la función normal o la estructural del mismo; se puede clasificar en sintomático también llamado secundario (son las más frecuentes), idiopático y criptogénico. (9),(10) Esta enfermedad predomina en un 80% de casos en aquellos países en desarrollo afectando principalmente a niños menores de 1 años de edad y según la Organización Mundial de la Salud estos pacientes no reciben un tratamiento oportuno debido al difícil acceso a las casas de salud, por la economía, y por la falta de personal capacitados. (3) (11)

2.2.2 Epidemiología.

El inicio del Síndrome de West está entre las edades de 3 a 12 meses de edad en un 50 y 70% de los casos a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud; se estima una incidencia del mismo de 1 por cada 4000 a 6000 mil nacidos vivos y su frecuencia oscila de 2 a 10 % de todos los casos de epilepsia infantil durante el primer año de vida, excluyendo las convulsiones neonatales y las crisis febriles. Predominando en el sexo masculino con 1,5 a 1 en relación al femenino; no existen evidencias de que el origen de esta patología sea de tipo hereditario. (2)

2.2.3 Etiología y Fisiopatología.

La etiología y la fisiopatología del Síndrome de West son aún desconocidas, pero se considera que los espasmos se deben a una respuesta no especificada de un cerebro inmaduro a cualquier tipo de alteración. La edad que frecuentemente inicia la enfermedad son los primeros meses de vida la cual puede dar a entender el periodo de la formación de dendritas y la mielinización conllevando a la fisiopatología. (2)

Algunos autores mencionan que puede deberse a un desequilibrio de los neurotransmisores del tronco cerebral los cuales podrían ser los responsables de estos espasmos musculares y del patrón anormal del encefalograma como resultado del incremento de la actividad del sistema adrenérgico y el descenso de la actividad del sistema colinérgico. (12) (13)

De acuerdo con la etiología de la bronconeumonía los agentes causales que más predominan son *Streptococcus pneumoniae* con un 20 a 60%, *Haemophilus influenzae* tipo B de 3 a 10%, los cuales ocasionan incremento de la posibilidad de adquirir esta enfermedad, sin embargo, es necesario valorar los diversos factores de riesgo que permitan detectar dicha enfermedad.

La fisiopatología de la bronconeumonía provoca disminución en el intercambio gaseoso, disrupción epitelial, inflamación de los alvéolos y exposición a bacterias exógenas, los cuales se depositan a la superficie alveolar. Diversos factores genéticos o medioambientales deterioran la funcionalidad del sistema respiratorio lo cual facilita la aparición de Bronconeumonía. (3)

2.2.4 Clínica de la Enfermedad.

Se desconoce una explicación exacta del proceso del SW, sin embargo, existen algunas hipótesis. Se cree que la edad de inicio tiene coincidencia en el período en que las dendritas y la mielinización se forman y de esta forma contribuyen a su fisiopatología. Desde una visión en los primeros meses de edad con respecto a la formación de la corteza cerebral, se observa un grado de estratificación, en los lóbulos parietales y occipitales se inicia la mielinización a más de la sinapsis excitatoria, las crisis de epilepsias pueden ser generalizadas con predominio de los espasmos; éstos se originan por reflejo de interacción extraña entre el tallo y la corteza cerebral. Un niño puede presentar en una crisis varios tipos de espasmos. Antes de dormir y al despertar se originan las salvas de espasmos, durante el sueño no son tan frecuentes en caso de presentarse solo aparecen en el sueño lento; antes de los espasmos se muestra la expresión asustada o confusa, así también la aparición de mueca, luego la crisis aparece el llanto o somnolencia cuando la salva es severa y prolongada. (14)(15)

Los factores que precipitan son: ruidos fuertes repentinos, el hambre con menos frecuencia, el calor ambiental en exceso, la excitación y la fase posprandial. A nivel neurológico se presenta anomalías como: diplejía, cuadriplejía, hemiparesias, microcefalia. (10)

2.2.5 Clasificación etiológica.

Sintomático: El pronóstico es malo, se asocia a alguna lesión cerebral y afecta a la psicomotricidad.

Criptogénico: Se presenta del 10 al 15%, sin causa etiológica, puede tener alguna afectación cerebral oculta, tiene mal pronóstico.

Idiopático: No reconocida, varios autores sin embargo reportan su existencia, presente en donde no existe anomalías neurológicas con existencia de predisposición genética, con recuperación espontánea (10).

2.2.6 Clasificación Sintomática.

Prenatales: Más frecuentes, autismo con mayor incidencia, entre las causas están: TORCHS, microcefalia, infecciones de vías urinarias, metabólicas, endocrinas, trisomía 21, entre otras.

Posnatales: Con menor frecuencia, se presenta en: encefalopatías perinatales, encefalopatías mitocondriales, enfermedades degenerativas, traumas, tumores.

Perinatales: luego de las prenatales, son las más frecuentes; entre sus causas están: hemorragias intracraneales, meningitis, traumas, encefalopatías hipóxico isquémico. (10)(16)

2.2.7 Criterios de Diagnóstico.

El cuadro clínico de la triada clásica facilita el diagnóstico del Síndrome de West, aunque los niños con otras patologías neurológicas pueden dificultarlo. El diagnóstico tardío se relaciona con el desconocimiento de esta enfermedad, por lo cual inicia el tratamiento tardío lo que provoca irreversiblemente retraso psicomotor; es por ello la importancia de un diagnóstico temprano para inicio de su tratamiento, apoyándose en métodos de neuroimagen como la tomografía computarizada y resonancia magnética las cuales sirven como diagnóstico diferencial. El electroencefalograma es la prueba diagnóstica más utilizada y la ecografía transfontanelar. El EEG se caracteriza por una serie de desorganizaciones como: ondas lentas de salvas breves de espiga e irregulares, ondas multifocales; el trazado descrito puede ser alternante o unilateral denominada hipsarritmia. (10) (15)

El diagnóstico para la Bronconeumonía es a través de la anamnesis, exámenes físicos, además existen criterios que ayudaran a un diagnóstico oportuno y adecuado entre ellos tenemos signos de dificultad respiratoria síntomas febriles, tales como fiebre e hipotermia, además de alteración de la frecuencia cardiaca y exámenes complementarios como bioquímica sanguínea donde se valora si hay presencia de leucocitosis $< 12.000 \text{ cel./mm}^3$ o leucopenia $< 4000 \text{ cel./mm}^3$, la radiografía torácica también ayuda al diagnóstico. (6)(25)

2.2.8 Tratamiento.

El plan farmacológico propuesto para esta enfermedad tiene tres líneas. El ácido valproico y la hormona adrenocorticotropa, se desconoce el mecanismo de acción, Segunda línea: anticonvulsivantes (Inhibidor de la GABA-transaminasa) y otros como: prednisona (corticosteroide de fácil empleo que la hormona adrenocorticotropa, aunque con iguales efectos adversos), ácido valproico; Tercera línea: benzodiacepinas: clonazepam, nitrazepam, tropigina, topiramato y lamotrigina.

Como recomendación se indica la terapia de rehabilitación y estimulación temprana de acuerdo con su edad. (15)(17)

El tratamiento para la Bronconeumonía comprende de la utilización de fármacos oportunos según la necesidad del paciente, en nuestro estudio de caso se utilizó amoxicilina/ ácido clavulánico, tratamiento ambulatorio de primera línea el cual pertenece al grupo 1 para pacientes con enfermedades concomitantes o factores de riesgo. (25)

2.2.9 Teoría de Jean Watson.

Su teoría del Cuidado Humano fundamenta el cuidado como una filosofía humanística, de conocimiento científico, bajo la ética y moral enfermera, basado en 10 factores:(20)

- 1.- Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Satisfacción tras el cumplimiento de las necesidades de los demás sin interés alguno.
2. Infundir fe-esperanza. Favorece a la promoción de salud y mejora las relaciones entre paciente y enfermera, logrando la adopción de conductas para su bienestar y mejora de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Desarrollo de un ser legítimo tras la aceptación y reconcomiendo de los sentimientos tanto de la enfermera, como del paciente.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Basada en comunicación asertiva y coherente, logrando la aceptación de sentimientos positivos y negativos de forma honesta.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. Capacidad de comprensión emocional e intelectual ante las situaciones y diferentes expresiones del paciente.
6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. Capacidad de la enfermera de resolver problemas de forma sistemática basada en el conocimiento científico.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Aplicación de técnicas de enseñanza, para que el paciente logre el autocuidado.
8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. Tras el reconocimiento de factores internos y externos, que no interfiera con el bienestar del paciente, proporcionando seguridad y confort.
9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. Reconocimiento de las “necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales” del paciente y la enfermera. Partiendo de la satisfacción de las necesidades de alimentación, las eliminaciones y la ventilación.
10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. Comprensión de los fenómenos o situaciones en cuestión.

La aplicación de la teoría de Jean Watson se enfoca en el cuidado humanista destacando, que la enfermera debe identificar factores sociales y emocionales tanto del paciente como de la persona encargada de brindar cuidados, desarrollando una relación de confianza antes de la aplicación del proceso de enseñanza, educación y promoción para que el paciente en nuestro caso el “cuidador”, desarrolle actitudes de aceptación, bienestar y cuidado del paciente ante ciertas situaciones de salud con la capacidad de afrontar y aceptar las circunstancias positivas y negativas que se presenten. De la misma manera el personal de salud debe demostrar ética y sentimientos de apego tolerando las creencias del paciente, así mismo debe ofrecer un ambiente de armonía para permitir una correcta interacción paciente - enfermero.

2.2.10 Proceso de atención de enfermería.

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	“Me siento preocupada por la salud de mi hijo”
O	Datos objetivos	Sudoración, Temblores, Taquicardia, Angustia.

A	Diagnóstico de enfermería	Ansiedad R/C Crisis situacional M/P Angustia.
P	NOC	Ayudar a la superación de problemas.
I	NIC	Brindar apoyo Emocional: 1: Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 2: Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 3: Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad 4: Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
E	Evaluación	Paciente mejora su estado emocional

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	“Madre no logro desempeñar de manera correcta el cuidado a mi hijo.”
O	Datos objetivos	Fatiga, Perdida de la concentración, Cefalea, Dolor muscular
A	Diagnóstico de enfermería	Cansancio del Rol cuidador R/C actividades de cuidados excesivas M/P cambios en el patrón de sueño.
P	NOC	Disminución de las alteraciones del estilo de vida del cuidador familiar
I	NIC	Cuidados intermitentes. 1: Controlar la capacidad de resistencia del cuidador. 2: Seguir la rutina habitual de cuidado. 3: Mantener un ambiente hogareño normal.
E	Evaluación	El cuidador mejorara sus actividades evitando actividades excesivas.

SOAPIE		
---------------	--	--

S	Datos subjetivos	“Madre, mi hijo no está respirando bien desde hace uno días”
O	Datos objetivos	Bronconeumonía
A	Diagnóstico de enfermería	Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios M/P patrón respiratorio anormal.
P	NOC	Controlar el estado de los signos vitales
I	NIC	Monitorización respiratoria 1: Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 2: Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. 3: Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar resultados. 4: Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. 5: Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.
E	Evaluación	Paciente mejorara su patrón respiratorio.

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	“Madre, refiere que tiene miedo que se podría caerse al momento de las convulsiones”
O	Datos objetivos	Síndrome West
A	Diagnóstico de enfermería	Riesgo de Caídas R/C Sexo masculino cuando tienen < 1 año de edad
P	NOC	Proporcionar conducta de seguridad para prevención de caídas
I	NIC	Prevención de caídas 1: Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. 2: Orientar al paciente sobre el “orden” físico de la habitación.

		<p>3: Educar a los miembros de la familia los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</p> <p>4: Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos</p> <p>5: Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene riesgos de caídas</p>
E	Evaluación	Paciente lograra una conducta segura para la prevención de caídas.

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO.

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.

3.1.1 Tipo de investigación.

El presente estudio de caso es de modalidad cualitativa, ya que mediante la revisión bibliográfica se fundamenta el tema a investigar.

3.1.2 Unidad de Análisis.

Paciente Lactante menor de 4 meses de edad con diagnóstico médico de Bronconeumonía más Síndrome de West.

3.1.3 Área de estudio.

El presente estudio de caso se lo llevó a cabo en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala ubicado en las calles Boyacá entre Colón y Buenavista frente al parque Colón. Esta casa de salud tiene una disponibilidad de 186 camas entre todos los servicios que brindan atención al usuario; presta servicios de: cuidados intensivos, hospitalización, pediatría, ginecología, emergencia, consulta externa, cirugía, servicios de diagnóstico y farmacia disponible las 24 horas del día. Con 8 ambulancias y 12 máquinas para el tratamiento a pacientes con hemodiálisis.

3.1.4 Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo ya que se manifiestan los datos más importantes de la unidad de análisis y de su historial clínico, analizando la información obtenida en referencia al tema a investigar.

3.1.5 Método de estudio.

Clínico: se emplea este método cuando generalmente el ser humano es la unidad de análisis.

3.1.6 Técnica a Utilizar.

Se realizó la búsqueda de referencia bibliográficas en revistas electrónica y en bases de datos confiables para la fundamentación científica del tema de estudio abarcando los aspectos más fundamentales de la enfermedad y así lograr obtener un conocimiento más amplio de la misma.

3.1.7 Instrumentos de Investigación.

1. Historia clínica.
2. Entrevista al familiar del paciente.
3. Revistas electrónicas.
4. Bases de datos de la Universidad Técnica de Machala.
5. Referencias Bibliográficas.

3.1.8 Categorías.

Datos del paciente (antecedente prenatales, perinatales y postnatales), antecedentes familiares, signos y síntomas, enfermedad actual (diagnóstico de Síndrome de West), evolución, pronóstico e intervención de enfermería.

3.1.9 Aspectos Éticos – Legales.

Principio de Confidencialidad: Se presentará solo la información más importante del paciente en referencia al tema y se omitirá los nombres del paciente.

Principio de Beneficencia: El personal de enfermería, el paciente y el cuidador serán los mayores beneficiarios, con el presente estudio de caso en relación con el diseño del Proceso de Atención de Enfermería mediante la aplicación del SOAPIE referente a la Teoría de Jean Watson que se enfoca en los cuidados humanísticos y espirituales que permitan el afrontamiento ante una situación difícil.

Principio de No Maleficencia: Al no ser un estudio de caso de tipo experimental no perjudica al paciente ni a sus familiares ya que se realizó sin malas intenciones la extracción y el manejo de la historia clínica del paciente.

3.2 Proceso de recolección de datos de la investigación.

En nuestro estudio de caso se aplicó la metodología con un proceso administrativo y sistemático para la recolección de los datos e información. Para el acceso de la Historia Clínica la coordinadora de la Carrera de Enfermería Mg. Sandra Falconi emitió un oficio N° UTMACH-UACQS-2019-0400-OF al ente máximo del Hospital General Teófilo Dávila director Dr. Javier Alberto Orellana Cedeño; quien nos permitió la obtención de los datos de la historia clínica del paciente. Para la fundamentación científica del tema a estudiar se realizó la búsqueda de artículos científicos actualizados desde hace 5 años atrás (2014 – 2019) en fuentes confiables como revistas electrónicas: Redalyc, Dialnet, Medigraphic, Scielo, entre otras; y en las bases de datos de la Universidad Técnica de Machala: Scopus, Taylor, Francis y E-Libro; artículos que fueron seleccionados cuidadosamente de acuerdo a la información que se necesitaba y para el diseño del Proceso de Atención de Enfermería mediante el SOAPIE referente a la Teoría de Jean Watson que se enfoca en los cuidados humanísticos y espirituales que permitan el afrontamiento ante una situación difícil basados en el lenguaje estandarizado de diagnósticos enfermeros de la NANDA, NIC y NOC.

3.3. Sistema de categorización en el análisis de datos.

Historia clínica: para la obtención de la historia clínica la coordinadora de la carrera de enfermería emitió un oficio al hospital para que nos permitan acceder a la misma.

Anamnesis: el personal de salud utilizó como herramienta de obtención de datos del paciente al interrogatorio o entrevista a los familiares para poder llegar a su afectación actual.

Signos Vitales: manifiestan la condición actual del paciente y el conjunto de variables que sirven para detectar alguna anomalía en el cuerpo humano.

Antecedentes personales: se refieren al estado actual del paciente, su diagnóstico actual, pronóstico y tratamiento (en este caso el paciente presenta diagnóstico de Síndrome de West con antecedentes prenatales, perinatales y postnatales).

Antecedentes familiares: se refiere a las enfermedades presentes es los familiares del paciente de estudio ya que existen patología que se transmiten por la herencia.

Examen físico: y diagnóstico: se utilizó las técnicas de la semiotecnia: inspección, palpación, percusión y auscultación las cuales son un conjunto de maniobras que realiza

el personal de salud con el fin de detectar algún tipo de alteración en el organismo del paciente.

Exámenes complementarios: medios diagnósticos indispensables para el clínico ya que con su confirmación se puede dar un diagnóstico preciso. Se realizaron exámenes de laboratorio como Biometría Hemática y Gasometría arterial.

Diagnóstico de ingreso (médico): mediante las técnicas de la semiotecnia y los exámenes realizados al paciente el médico presenta su diagnóstico de acuerdo a la sintomatología.

Pronóstico: evento que puede ocurrir provocando un cambio en la salud del paciente ya sea bueno o malo.

Diagnóstico enfermero: juicio clínico que brinda el personal de enfermería de acuerdo de las necesidades del paciente en relación a los problemas reales o potenciales diseñando un conjunto de intervenciones basadas en la NANDA, NIC y NOC.

Plan de tratamiento: es la prescripción medicamentosa por parte del médico para el alivio, curación, recuperación o rehabilitación del paciente mediante la administración por parte del personal de enfermería.

Evolución – Reporte de Enfermería: relato detallado, claro y preciso de la condición actual y de su evolución diaria del paciente hospitalizado en el Hospital General Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.

4.1.1 Presentación del caso.

Paciente de sexo masculino de 3 meses de edad, diagnosticado con Síndrome de West por médico particular, donde prescriben fosfocina 1,5 cc cada 8 horas por 10 días y amikacina 1 ampolla diaria por 2 días, su cuadro no cede y hace más o menos 10 horas su cuadro de dificultad respiratorio, quejido e irritabilidad se exacerba motivo por el cual deciden traerlo al Hospital Teófilo Dávila, al **área de emergencia** ingresa el **2 de noviembre del 2018** a los 4 meses de edad es traído por su madre quien refiere cuadro clínico de aproximadamente 15 días de evolución caracterizada por dificultad para respirar más quejido e irritabilidad **Signos vitales** al momento del ingreso **a Box de emergencia**: Frecuencia cardiaca: 183 latidos por minuto; Frecuencia respiratoria: 80 respiraciones por minuto; Temperatura Axilar: 36.5 °C; Peso: 4,7 kg; Talla: 61 cm, Saturación de Oxígeno: 98 %. **Examen físico**: Vía aérea: Permeable; Cabeza: Perímetro cefálico 40 cm, Ojos: pupilas normorreactivas, Prevalencia de Nistagmo Vertical, Boca: Mucosas semihúmedas; Tórax: Presencia de tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, presencia de roncus y sibilancia en ambos campos pulmonares, quejidos inspiratorios; Abdomen: Ruidos Hidroaéreos presentes, Herida en 2 cm de diámetro por cirugía de píloro a los 15 días de nacido en hipocondrio derecho; Extremidades: **Espasmo musculares continuos**. Diagnóstico de ingreso: **Bronconeumonía** (J180), Silbido (R062); iniciando plan de tratamiento (Ver figura 1). El **04 de noviembre del 2018** a las 11:30 horas, Lactante de sexo masculino de 4 meses de edad ingresa a sala de **Hospitalización de Pediatría**; afebril, tranquilo, con leve dificultad respiratoria, con **Signos Vitales**: FC: 105 x'; FR: 35 x'; T°: 36.8 °C; SatO2: 95%. **Examen Físico**: Piel: Normotensa, Normoelástica; Cabeza: Normocefalica, Fontanela anterior normotensa; Ojos: Pupilas normorreactivas a la luz; Boca: Mucosas Orales semihúmedas; Nariz: Fosas nasales permeables; Orofaringe: No congestiva, rosada; Cuello: Simétrico, no se palpan adenopatías; Tórax: Simétrico, campos pulmonares hipoventilados, con leves Roncus en campo pulmonar derecho. Corazón: R1 – R2 sincrónicos con el pulso.; Abdomen: Blando depresible no doloroso a la palpación; Extremidades: Ligeramente espáticas – rígidas; ENE: Activo – Reactivo. Plan de tratamiento (Ver Cuadro N°3); Exámenes Complementarios: en Urocultivo con fecha de orden 24/10/2018: resultados señalan presencia de *Klebsiella pneumoniae* (Ver

Cuadro N°4). Con **Diagnóstico de ingreso de:** Bronconeumonía (J18), Obstrucción Bronquial, Síndrome de West.

Al momento de ingreso del paciente, personal de enfermería se enfoca en valoración céfalo-caudal del lactante, verifica que el personal de salud encargado del traslado traiga consigo historia clínica completa, exámenes complementarios realizados, exámenes de laboratorio; paciente en compañía de familiar y las condiciones en que reciben al paciente, se comunica al doctor de turno el ingreso del paciente.

4.1.2 Datos de filiación.

Paciente de 1 meses de edad de sexo masculino, de nacionalidad ecuatoriana, nacido y residente en la ciudad de Machala.

Diagnóstico: Convulsiones no especificada, Soplo cardíaco.

Fecha de Ingreso: 01 de septiembre del 2018

Hora: 09:30 a Emergencia

Antecedentes Personales y familiares

- **Antecedentes familiares:** Tíos, abuelos paternos con convulsiones no especificadas
- **Antecedentes personales: Preconcepcional:** Madre con embarazo anterior con múltiples malformaciones que fallece a los 5 días

Prenatales: Madre de 23 años toma hierro y ácido fólico desde el 2do mes hasta el término del embarazo, controles desde el 2do mes de embarazo, sin novedad hasta el quinto mes que presenta Infección de vías Urinarias y no refiere tratamiento, Recibe inmunizaciones DT (2 dosis), Influenza (1) control por consulta externa con genética donde se detecta valores de IgG aumentados.

Perinatales: Paciente nacido por cesárea de 39 SG producto de 2da gestación, único, peso: 3800 gr, 47 cm diagnóstico de hipertrofia de píloro a los 15 días.

Postnatales: Diagnóstico de hipertrofia de píloro a los 15 días nacido el cual es intervenido con cirugía de píloro y cardiopatía congénita hace un mes no especificada, Diagnóstico de síndrome de West a los 3 meses de edad por presentar espasmos musculares desde el nacimiento, en tratamiento con: Carbamezepina 1,5 cc cada 12

horas, Levetiracetam 1,2 cc cada 12 horas, Prednisona 2cc cada 12 horas, Ácido Valproico 1,2 cc cada 12 horas, Fenitoína 0,7 cc cada 12 horas, Domperidona 5 gotas cada 8 horas.

Motivo de Ingreso:

Paciente de sexo masculino ingresa al Hospital del Niño Dr. Roberto Gilbert E en la ciudad de Guayaquil el 01 de septiembre del 2018, padre refiere cuadro clínico de 1 semana de evolución con irritabilidad que no calma en brazos de la mamá, refiere movimientos clónicos generalizados, con oculogiros de segundos de duración, que se repiten en número de 3/24 horas vómitos de contenido alimenticio por 2 ocasiones. Por lo que acude a esta casa de salud, con Diagnóstico de ingreso: Convulsiones no Clasificadas en otras partes, Soplo cardíaco no especificado. El paciente presentó Diagnóstico de hipertrofia de píloro a los 15 días de nacido el cual es intervenido con cirugía de píloro y cardiopatía congénita hace un mes no especificada. Lactante menor es dado de alta el 14 de septiembre del 2018 con Diagnóstico egreso: Epilepsia, Anemia de tipo no especificada.

4.1.3 Reporte de Enfermería

Paciente lactante menor de sexo masculino de 1 mes de edad, acude a esta casa de salud el 01 de septiembre del 2018 acompañado de familiares (padre y madre), refiriendo que hace 1 semana aproximadamente presenta cuadro clínico de evolución con irritabilidad que no calma en manos de madre, acompañado de movimientos tónicos clónicos generalizados, con oculogiros que duran segundos y vómito en dos ocasiones, por lo cual acuden a esta casa de salud. Paciente al momento, activo - reactivo, llanto vigoroso, irritable al manejo, cabeza Normocefalica, fontanelas normotensas, facies ligeramente pálidas, mucosas orales semihúmedas, respiraciones espontáneas con leve retracción xifoidea y tiraje intercostal, abdomen blando a la palpación presencia de herida por intervención quirúrgica del píloro, genitales de apariencia normal, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular; signos vitales: Pulso: 180 pulsaciones por minuto, Frecuencia respiratoria: 82 respiraciones por minuto, Temperatura: 38°C, SpO2: 90%. Se brinda cuidados de enfermería, control de signos vitales, balance hídrico, diuresis horaria, administración de medicamentos.

4.1.4 Presentación de Resultados.

Desde su ingreso, durante el tiempo de su evolución el lactante menor presentó algunas complicaciones por el cual se realizaron múltiples estudios como: Convulsión y estudio: por la presencia de movimientos tónicos clónicos localizado en miembro superior izquierdo, acompañada de retrodesviación de la mirada, por lo que fue impregnado con fenobarbital, se mantuvo con dosis de mantenimiento, durante su hospitalización madre refiere que los eventos convulsivos han disminuido y se presenta 1 vez por día de escasos segundos de duración. Se realizó TAC de cráneo con reporte de dilatación de los ventrículos laterales, dilatación de la cisterna magna y atrofia cortical, RMN de cerebro con disminución del grosor de la corteza y de sustancia blanca (Atrofia cortico – subcortical) con dilatación ventricular secundaria (exvacuo), además malformación de fosa posterior. Zonas de encefalomalacia en región paraventricular parietal bilateral de predominio izquierda. Es valorado por el servicio de neurología, quien indica mantener fenitoína, asociada a Levetiracetam, y fenobarbital hasta terminar cápsulas preparadas. A pesar de que la disminución de las convulsiones a su inicio de haber sido ingresado disminuyera, en su hospitalización presentó exacerbación de movimientos convulsivos por lo que se indicó aumentar dosis de fenitoína a 6mg/kg y Levetiracetam 40mg/kg, con lo que presenta mejor control de las convulsiones. Paciente evoluciona favorablemente, con mejor control de crisis convulsivas. Por lo que se indica alta hospitalaria, mantener triple esquema anticonvulsivante y seguimiento por neurología. Sospecha de Toxoplasmosis congénita: Por serología materna con IgG positiva para toxoplasmosis (792), que no recibe tratamiento, el paciente cuenta con serología de TORCH con IgG para toxoplasma 438.60, IgG para citomegalovirus 366.7, fue valorada por el servicio de oftalmología con fondo de ojo normal sin datos de coriorretinitis, recabar PCR para toxoplasma no detectado. Se indica mantener seguimiento por infectología y controles periódicos de serología. Reflujo gastroesofágico severo: se realizó durante su estancia hospitalaria TGED con evidencia de reflujo considerable, valorado por el servicio de gastroenterología quien indica mantener manejo con Domperidona, al momento alimentándose con buena tolerancia y succión. Infección de vías urinarias por klebsiella pneumoniae aislada en urocultivo (>100.000 UFC), se mantiene afebril, sin datos clínicos de SIRS, completo esquema antibiótico con ampicilina + amikacina por 7 días, se realiza nuevo control con reporte de urocultivo normal. Anemia: presenta valores de Biometría en hemoglobina de notable disminución con 8.1mg/dl, hematocrito de 22.3%. Llama la atención el examen físico la presencia de soplo sistólico por lo que se solicitó

valoración por cardiología con ecocardiograma normal, por datos de anemia recibe tratamiento con ácido fólico, complejo B y hierro.

Paciente con evolución clínica favorable, se indica alta hospitalaria y mantener seguimiento por consulta externa de neurología, infectología, gastroenterología y genética.

Así mismo en los exámenes y procedimientos relevantes se obtuvo la prueba de TORCH con reporte de IgG para toxoplasma 438.60, IgG para citomegalovirus 366.7 Citoquimo de LCR líquidos claro, incoloro, células totales 9, mononucleares 9%, glucosa 53, proteínas 45 mg/dl. Biometría en hemoglobina de 8.1 mg/dl, hematocrito de 22.3%. Ecocardiograma: Sin shunt intracavitarios. Se observa flujo turbulento en ramas pulmonares, ramas son confluentes de 3mm. Función ventricular conservada. FSP que reporta GB 8.000 xmm³, segmentados 34% sin granulación toxica, linfocitos 62%, Eosinofilos 4%, plaquetas 200.000 x mm³, compatible con anemia ferropénica, fondo de ojo normal sin datos de coriorretinitis cultivo de orina con reporte de Klensiella pneumoniae >100.000 UFC Biometría con leucocitosis 19.170, Nutrofilos 52%, Linfocitos 41%, se indica iniciar cobertura antibiótica con cefazolina + amikacina. TAC de cráneo con reporte de dilatación de los ventrículos laterales, dilatación de la cisterna magna y atrofia cortical RMN de cerebro con disminución del grosor de la corteza y de sustancia blanca (Atrofia cortico-subcortical) con dilatación ventricular secundaria (exvacuo), además malformación de fosa posterior. Zonas de encefalomalacia en región paraventricular parietal bilateral de predominio izquierda. Tránsito gastroesofágico duodenal: Paciente ingiere medio de contraste radiopaco, opacificandose el esófago, estómago y duodeno. No existen zonas de estrechez ni de dilatación, ni lesiones orgánicas ni tumorales de estas estructuras. Paso del contraste normal de esófago a estómago y de estómago a duodeno hay reflujo. Gastroesofágico severo que llega a la altura de horquilla esternal. El 07 de septiembre del 2018 Toxoplasma LCR no detectado y el 08 de septiembre del 2018 Cultivo de orina sin crecimiento bacteriano.

En cuanto a la medicación prescrita por médicos tratante y administrada por personal de enfermería a cargo, tenemos que se administró El 02 de septiembre del 2018: Dextrosa 5% 1400 centímetros cúbicos Intravenosa en infusión continua, cloruro de sodio 1200. Dextrosa 5% 1000 cc, soletrol k 10 cc. 24horas; para el control de las convulsiones, Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 70 mg intravenosa stat. 1horas; Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas; Paracetamol 10mg/ml 1000ml inyectable 40 mg intravenosa. stat 1 horas. El 03 de septiembre del 2018: Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 9mg intravenosa 12

y 24 horas; Dextrosa 5% 700 cc Intravenosa en infusión continua, dextrosa 5% 1000ml, cloruro de sodio 1200 cc, soletrol k 10 cc. 24horas; Fenitoína sódica inyectable 250mg/5ml 50mg intravenosa stat. 1 horas; Fenitoína sódica inyectable 250mg/5ml 9 mg intravenosa 12 y 24 horas. El 04 de septiembre del 2018: Fenitoína sódica inyectable 250 mg/5ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas; Dextrosa 5% 700 cc intravenosa en infusión continua, cloruro de sodio 1200 cc.; Dextrosa 5% 1000 cc, soletrol k 10 cc, 24 horas; Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas. El 05 de septiembre del 2018: Amikacina solución inyectable 250mg/ml (500mg/2ml) 51mg intravenosa 24 horas; Dextrosa 5% 700 cc intravenosa en infusión continua, dextrosa 5% 1000 ml, cloruro de sodio 1200 cc, soletrol k 10 cc. 24 horas; Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas.; Fenitoína sódica inyectable 250 mg/5ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas; Cefepime polvo para inyección 1000mg 113mg intravenosa 8 y 24 horas; Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas. El 06 de septiembre del 2018: Ampicilina polvo para inyección 1000mg 170 mg intravenosa 6 horas 2 días.; Levetiracetam 100mg/ml (solución oral) 34mg oral, 12 y 24 horas.; Amikacina solución inyectable 250mg/ml (500mg/2ml) 51mg intravenosa 24 horas. 2 días.; Fenitoína sódica inyectable 250 mg/5ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas. El 07 de septiembre del 2018: Amikacina solución inyectable 250mg/ml (500mg/2ml) 51mg intravenosa 24 horas. 3 días; Fenitoína sódica inyectable 250 mg/5ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas. 3 días; Levetiracetam 100mg/ml (solución oral) 34mg oral, 12 y 24 horas. 3 días. El 08 de septiembre del 2018: Dextrosa 5% 1400 cc Intravenosa en infusión continua, dextrosa 5% 1000ml, cloruro de sodio 1200 cc, soletrol k 10 cc. 24horas; Dextrosa 5% 200 cc Intravenosa en infusión continua, dextrosa 5% 1000ml, cloruro de sodio 1200 cc, soletrol k 10 cc. 24hora; Fenobarbital solución inyectable 120mg/2ml 9mg intravenosa 12 y 24 horas. 3 días.; Ampicilina polvo para inyección 1000mg 170 mg intravenosa 6 horas 3 días. Para tratar la anemia el 13 de septiembre del 2018 se administra Complejo B (vitaminas B1, B6, B12) solución inyectable 100 ml intravenosa 24 horas; Levetiracetam 100mg/ml (solución oral) 74mg oral, 12 y 24 horas.; Fenobarbital tableta 100 mg 9,50 mg oral, 12 y 24 horas.; Domperidona gotas 10mg/ml 5 gotas, oral 8 y 24 horas.; Hierro+ ácido fólico gotas 5 gotas, oral 24 horas; Dextrosa 5% 200 cc Intravenosa en infusión continua, dextrosa 5% 1000 cc, cloruro de sodio 1200 cc, soletrol k 10 cc. 24horas; Fenitoína sódica inyectable 250 mg/5ml 11mg intravenosa 12 y 24 horas.

CAPITULO V: ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS.

El Síndrome de West es una enfermedad que cuenta con gran concordancia en su conceptualización con la mayoría de los autores bibliográficos estudiados, como Salar et all en estudios realizados en el año 2015, Calderón et all en su artículo del año 2017 y en el año 2015 el autor Guillén et all, sostienen que éste síndrome, es una alteración epiléptica del encéfalo en el que predomina la aparición de la triada electroclínica: alteración psicomotriz, alteración hipsarrítmica del EEG y espasmos epilépticos, lo cual su presencia es fundamental para su diagnóstico; (15) (18) (19) aunque se desconoce cuál sería su exacto mecanismo de la enfermedad según en el estudio realizado en el año 2014 por Andia. (15). El diagnóstico con este síndrome del lactante menor del caso se llevó a cabo de manera ambulatoria en una unidad de salud privada, ya que padres no facilitaron exámenes complementarios que ayuden con el diagnóstico oportuno a más de la presencia de la tríada que se aplicó, los cuales son presencia de espasmos infantiles, patrón hipsarrítmico del EEG y retraso del desarrollo neurológico. (1)

En lo que corresponde a las manifestaciones clínicas según estudios realizados por el autor Zaldívar et all al igual que la autora Andia en su artículo en el 2014, señalan que las características más sobresalientes son los espasmos epilépticos y que los síntomas que se pueden presentar junto a ésta podrían ser: taquicardia, dilatación pupilar, sudoración y posterior o durante las crisis mioclónicas se acompaña de llanto (14) (20). Aunque en el estudio de éste caso, no se obtuvo los exámenes complementarios para el diagnóstico de la misma, a la edad de 1 mes en donde estuvo hospitalizado en la ciudad de Guayaquil en el Hospital del Niño Dr. Roberto Gilbert E., presentó movimiento clónicos generalizados, irritabilidad al manejo, oculogiros de segundos de duración, posteriormente a la edad de 3 meses el lactante fue hospitalizado en el Hospital Teófilo Dávila por en el área de pediatría con diagnóstico Bronconeumonía y se pudo observar la presencia de éstas manifestaciones clínica y llanto después de cada crisis de epilepsia.

En cuanto al inicio de presentación de este síndrome, de acuerdo a la revisión de los postulados estudiados, según autores como Akemi Nacamura en su estudio realizado en el año 2018 menciona que el comienzo del Síndrome de West se encuentra entre las edades de 4 a 8 meses de edad, (17) mientras que para Kaushik et all sostienen que la edades de inicio varía de entre 4 a 7 primeros meses de vida (21), según el autor Russo Angelo en estudios realizados en el año 2017 indica que su presentación se da en edades de 4 a 9 meses (22). En referencia al caso clínico de estudio, la presentación

de la enfermedad se dio a partir de los 3 meses de edad, se puede destacar el acercamiento de las edades comprendidas según los autores antes mencionadas, además se resalta la inexactitud con que los familiares proporcionaron este dato puesto a que su diagnóstico se llevó a cabo en médico particular.

Para diagnosticar la enfermedad, a más de la clínica, se emplea examen complementario frecuentemente como el Electroencefalograma (EEG), la TAC y RMN; la cual predomina un característico trazado de hipsarritmia según, según sostienen los autores Olmos et al en su estudio en el año 2016, González et al y los autores Ríos et al. (23) En nuestro estudio de caso, al lactante antes de la edad de su diagnóstico se le realizó una Tomografía Axial Computarizada de cráneo por las convulsiones que presentó, mostrando dilatación de los ventrículos laterales, atrofia cortical y dilatación de la cisterna magna, en la Resonancia Magnética de cerebro se observó disminución de la corteza y sustancia blanca, además malformación posterior, zonas de encefalomalacia; esto en cierta parte coincide con lo que indica el autor Sanz et al, que las epilepsias se deben a una interacción alterada de la corteza y el tallo, en éste caso hubo disminución de la corteza el cual puede influir en la aparición de las crisis mioclónicas. (14)

Entre la clasificación prenatal sintomática de la enfermedad que señala en su artículo Sanz et al en el año 2014, y que llama la atención es el TORCHS, esto nos permite dirigirnos en nuestro caso, en la sospecha de toxoplasmosis congénita con una IgG positiva (792) la cual no recibió tratamiento, contando con serología de TORCH con IgG para toxoplasma 438.60, aunque se destaca que el PCR para toxoplasma no fue detectado, además se puede mencionar que se realizó examen de citomegalovirus (366.7), la cual fue valorada por el servicio de oftalmología con resultado de fondo de ojo normal sin datos de coriorretinitis.

El tratamiento del Síndrome de West, en el que sostiene la gran mayoría de autores como Olmos et al, Sanz et al, consta especialmente con la administración del ácido valproico, así como la Vigabatrina y la hormona adrenocorticotropa, medicamento que nuestro país no se comercializa, pero que se puede complementar con la vigabatrina, en nuestro caso nuestro paciente estuvo impregnado con fenobarbital, y posteriormente fue tratado con fenitoína asociada a levetiracetam varios estudios demuestran que la efectividad de la hormona ACTH es de 52,9 % y de la vigabatrina es del 40% en comparación con el ácido valproico que es del 3,1% (1) (14) (23).

A los 15 días de nacido fue intervenido por hipertrofia pilórica; por lo cual ha sido manejado por una serie de antibióticos algunos de ellos provocan la lisis de glóbulos

rojos, en nuestro estudio el paciente presentó leucocitosis 19.170, con una hemoglobina de 8.1 mg/dL y un hematocrito de 22,3%; por otro lado, el Urocultivo tuvo un reporte de *Klebsiella pneumoniae* >100.000 UFC.

A la edad de 3 meses, el lactante menor fue ingresado por presentar Bronconeumonía, enfermedad que puede coexistir con patología de base, según Acuña et al y Moenne et al, sostienen que la malnutrición, anemia, o problemas inmunológicos, permiten que el huésped sea susceptible a enfermedades virales o bacterianas. (4) (7)

El Síndrome de West al ser una enfermedad en el que se desencadena crisis epilépticas, puede ser factor principal para que el paciente en el momento que presente estos movimientos mioclónicos desarrolle Bronconeumonía debido a que los pacientes se encuentran inmunocompetentes por factores predisponentes como anemia, malnutrición además son fáciles de ser susceptibles a enfermedades virales (Influenza, virus respiratorio sincitial) o bacterianas (*S. pneumoniae*, *S. agalactiae*, *S. auerus*). (1)

CONCLUSIÓN

El Síndrome de West es una de las enfermedades epilépticas del encéfalo que se desarrolla en los primeros meses de vida, la falta de estudios sobre esta patología se debe a su baja prevalencia. Su pronóstico relacionado con la bronconeumonía son múltiples debido a la comorbilidad y a los diversos ingresos a hospitales que tuvo el lactante por cirugía de píloro, cardiopatía congénita y anemia, por lo tanto los pacientes que presentan síndrome de west desarrollan deficiencia psicomotriz y neurológica además de los problemas emocionales que produce en el cuidador debido al desgaste que enfrenta a diario por otorgar cuidados que permitan disminuir los factores de riesgos haciendo énfasis en la teoría de Jean Watson en la cual prioriza la atención que deben tener tanto el tutor como la enfermera y de esta manera se pueda otorgar cuidados integrales.

En las casas de salud se evidencia la falta de empleo de modelos y teorías de Enfermería basados en el lenguaje estandarizado enfermero; por otra parte, son pocos los profesionales enfermero/as que aplican el método de SOAPIE, sin duda éste proceso a más de darnos una valoración exacta y diagnóstico, contribuye en gran parte en ganancia de tiempo y facilidad, en el que se evalúa de forma cefalo – caudal al paciente, permitiendo obtener una visión holística y cubriendo sus necesidades individuales de manera humanística.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Syndrome W. Síndrome de West , experiencia con una serie de casos con acceso al tratamiento de primera línea , en Lima. 2015;78(2):65-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n2/a02v78n2.pdf>
2. Desiderio C, Pozo R, Albia DC, Pozo J, Manuel J, Stewart S, et al. El electroencefalograma en el síndrome de West y otras entidades clínicas relacionadas Electroencephalogram in the West syndrome and other related clinical entities. 2015;87(3):362-70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped11315.pdf>
3. Medina P. Síndrome de West , el desafío de una atención. 2015; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n2/a01v78n2.pdf>
4. Peñafiel TS, Sofía E, Valverde W, Reyes FM, Neira FC. Estudio Transversal : Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños . 2016;8:25-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303320943_ESTUDIO_TRANSVERSAL_NEUMONIA_ADQUIRIDA_EN_LA_COMUNIDAD_EN_NINOS
5. Nasiri J, Kachuei M, Kermani R, Samaninobandegani Z. Research in Developmental Disabilities Neurodevelopmental outcomes of the West syndrome in pediatric patients : The first report from the Middle-East. Res Dev Disabil [Internet]. 2019;89(February 2017):114-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.03.010>
6. Pediatría OLADE, Moreno-pérez D, Martín AA, García AT, Montaner AE, Cav-aep DP. Neumonía adquirida en la comunidad : tratamiento ambulatorio y prevención. 2015;83(6). Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403314005219>
7. Arouca S. La historia natural de las enfermedades * The Natural History of Diseases. 2018;44(4):220-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n4/1561-3127-rcsp-44-04-220.pdf>
8. Matheus-berrocal F. Efecto de la terapia física y terapia ocupacional en una paciente con Síndrome de West . Reporte de un caso. 2014;227-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n4/a08v25n4.pdf>
9. Oviedo C, Cl M. Síndrome de West: reporte de un caso. 2018;2(1):37-40. Disponible en: <http://www.medicinaclicinaysocial.org/index.php/MCS/article/view/>

10. Ko A, Ee S, Jung H, Hee S, Soo J, Dong H. Vigabatrin and high-dose prednisolone therapy for patients with West syndrome. *Epilepsy Res* [Internet]. 2018;145(May):127-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2018.06.013>
11. Gyl Dayara Alves Carvalho 1 , Odinéia Batista Lima 2 , Vanessa Costa Melo 3 KLS 4. Actions of nursing care in the infant with west syndrome : a case report. 2015;(October 2014). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273976777_Actions_of_nursing_care_in_the_infant_with_west_syndrome_a_case_report
12. Luz RM, Etiología SDEW, Clínicos A. Redalyc.SÍNDROME DE WEST: ETIOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO. 2014; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3250/325038650007.pdf>
13. Hv DH, Wudvwruqr XQ, Txh Q, Ploorqhv DD, Shuvrqdv GH, Ho HQ, et al. Euroinflamación y epilepsia. 2016;19(1):24-31. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1405888X16000048?token=33FD7093C5BB4ECB4D7B6A2A3C37558AD404CEC8B551175EE1A932F15F17F3B700AAE97393FF22CB19732967F28916C9>
14. Javier Francisco Miranda-Candelario, 1 Javier Enrique Espino-Huamán, 1 Bianca Fiorella Miranda-Cabrera, 1 Segundo Enrique Cabrera-Hipólito 2 Rodolfo Rivas-Rojas1. ARTÍCULO ORIGINAL Utilidad de la escala de predicción diagnóstica de neumonía bacteriana de Moreno en el manejo de la neumonía en niños. 2015;32(3):157-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n3/a05v32n3.pdf>
15. Soto MJ, Gualtero S. Neumonía adquirida en la comunidad : una revisión narrativa. 2018;(4). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/23829/20944>
16. Enfermería F De, Doce L, Habana L. Revista Cubana de Enfermería Enfermería : Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional , una visión humana. 2015;1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006
17. Galanopoulou AS, Salar S, Mosh SL. Metabolic etiologies in West syndrome. 2018;3(2):134-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5983207/pdf/EPI4-3-134.pdf>

18. Martínez BB, Madruga M, Alonso O. Síndrome de West criptogénico : perfil clínico , respuesta al tratamiento y factores pronósticos &. 2018;89(3):176-82. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403317304526>
19. West S De, Manuel N, Villarroel A. Impacto del síndrome de west en pacientes del hospital del niño Manuel Ascencio Villarroel. 2014;17(2):9-13. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a03.pdf
20. Syndrome W, Case C. West Syndrome : Report of Clinical Case : 2018;66(4):369-74. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgo/v66n4/1981-8637-rgo-66-4-0369.pdf>
21. Tazón-varela MA, Alonso-valle H, Mu P. Aumento de microorganismos no habituales en la neumonía adquirida en la comunidad. 2017;43(6). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-aumento-microorganismos-no-habituales-neumonia-S1138359316301356>
22. Russo A, Duchowny M, Boni A, Giannotta M, Filippini M, Gobbi G. Epilepsy & Behavior Case Reports West syndrome in three patients with brain injury and a benign course. Epilepsy Behav Case Reports [Internet]. 2017;8:35-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ebcr.2017.03.002>
23. Academia D, Neurología M De. Revista Mexicana de Neurociencia. 2016; Disponible en: http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2016/05/RevMexNeuroci_2016_173.pdf
24. Aracaibo HOUNDEM. E h u m. 2016;79(1):118-26. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/avpp/v79n4/art03.pdf>
25. Río R Del. Revista Pediatría Electrónica NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. 2017;35-7. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2017/vol14num1/pdf/NEUMONIA_ADQ_COMUNIDAD.pdf

ANEXOS.

1.-

PLAN DE TRATAMIENTO		
Control de ingesta y Eliminación – Balance hídrico		
Lactancia si Fr < 50 Respiraciones por minuto		
Control de signos vitales		
Control de saturación cada 2 horas		
Control de ingesta y Eliminación – Balance hídrico		
Solución salina 0.9% 1000 ml	Intravenosa	A razón de 18 ml/hora
Ranitidina 4mg	Intravenosa	c/8 horas
Hidrocortisona 25 mg	Intravenosa	c/8 horas
Amoxicilina + Acido clavulanico 150 mg	Intravenoso	c/8 horas

Cuadro N° 1: PLAN DE TRATAMIENTO – BOX EMERGENCIA

2.-

PLAN DE TRATAMIENTO		
Control de ingesta y Eliminación – Balance hídrico		
Lactancia si Fr < 50 Respiraciones por minuto		
Control de signos vitales		
Control de saturación cada 2 horas		
Control de ingesta y Eliminación – Balance hídrico		
Solución salina 0.9% 1000 ml	Intravenosa	A razón de 18 ml/hora
Ranitidina 4mg	Intravenosa	c/8 horas
Hidrocortisona 10 mg	Intravenosa	c/6 horas
Amoxicilina + Acido clavulanico 150 mg	Intravenoso	c/8 horas
Paracetamol 70mg	Intravenosa	c/6 horas

Cuadro N° 2: PLAN DE TRATAMIENTO – PEDIATRIA EMERGENCIA

3.-

PLAN DE TRATAMIENTO		
Balance hídrico – Diuresis Horaria		
Lactancia materna		
Control de signos vitales		
Posición semifowler		
Control curva térmica c/4horas		
Nistatina aplicar después de cada cambio de pañal		
Terapia Respiratoria BID		
Dextrosa al 5% en agua 1000 cc + Soletrol Na 15 ml + Soletrol k 10 ml	Intravenosa	A razón 10 ml/hora
Metilprednisolona 5mg	Intravenosa	c/6horas
Bromuro de Ipatropio	1 puff	c/4horas
Salbutamol	2 puff	c/4horas
Amoxicilina + Acido clavulanico 157 mg	Intravenoso	c/8 horas
Fenitoina 12 mg	Intravenosa	c/12 horas

Cuadro N° 3: PLAN DE TRATAMIENTO – HOSPITALIZACIÓN - PEDIATRIA

4.-

GASOMETRIA ARTERIAL	
Temperatura: 37 °C	TCO2: 21.2 mmHg
pH – Gases Arteriales: 7,372	TCO2: 21.2 mmHg
PCO2: 30.6 mmHg	BASE EXCESO: - 6.5
PO2: 150.7 mmHg	BASE EXCESO: - 6.5
HCO3: 17.4 mmHg	SATURACION O2: 99.2 %
BEecf: -7.9	FIO2: 0.2

Cuadro N° 4: Exámenes complementarios - GASOMETRÍA ARTERIAL