

trolítico.)

En casos favorables, sucede lo contrario, los síntomas físicos persisten un poco más de tiempo y el estado general no tarda en restablecerse de una a dos semanas, de acuerdo a la etiología.

Diagnóstico.- Este se determina tomando en cuenta los antecedentes patológicos del niño; la sintomatología clínica, estudio radiológico de tórax que ayudan a la diferenciación de otras enfermedades, estudios de laboratorio (biometría hemática, frotis de exudado faríngeo, cultivo de secreción brónquica.

Diagnóstico diferencial.- La bronconeumonía es una enfermedad que dá una sintomatología fácil de confundirse con otros padecimientos de vías respiratorias, para ello hago una breve diferenciación de síntomas:

En la bronquitis aguda, por la ausencia de signos de insuficiencia respiratoria, los estertores alveolares no son tan aparentes; con los accesos de asma bronquial, en que existe disnea muy acentuada, pero sin cianosis y a menudo sin fiebre; la laringotraqueobronquitis, con disfonía, tos, signos de obstrucción laríngea y ausencia de estertores alveolares; en la tuberculosis pulmonar avanzada, por los rayos X, antecede

dentes del padecimiento y pruebas de laboratorio (PPD). En neumonías, por la localización de las lesiones por medio de rayos X; derrames pleurales y abscesos pulmonares, se hará el diagnóstico diferencial con los datos de exploración y estudios radiológicos de tórax; insuficiencia cardíaca con cardiopatías congénitas, hay hepatomegalia, edema ingurgitación yugular.

En resumen la diferenciación más acertada está basada -- principalmente en placas radiológicas y sintomatología clínica.

Pronóstico..- La bronconeumonía es un padecimiento siempre grave, cualquiera que sea la edad del niño, y la forma clínica observada, sin embargo, son particularmente severas y dan un porcentaje elevado de letalidad las bronconeumonías en los niños desnutridos, prematuros, así como en aquellos niños en que se presentan como complicación de otros padecimientos severos (sarampión, desequilibrio hidroelectrolítico y otras).

El pronóstico depende de diferentes factores como son: edad, estado nutricional, naturaleza del padecimiento, etiología y medio social.

Intervención de la enfermera en el diagnóstico..- El diagnóstico es una función del médico, la enfermera interviene en

la preparación del paciente física y psicológica, los equipos y material necesarios,

Uno de los pasos a seguir más importantes en la determinación del diagnóstico de la bronconeumonía es la exploración clínica del paciente. Cuando se explora por primera vez, la enfermera debe orientar a los familiares tomando en cuenta su temor y las distintas formas de reaccionar ante este tipo de problema, dándole confianza con el objeto de que éstos colaboren en forma más eficaz en el interrogatorio y sea más factible la determinación del diagnóstico. Nunca se debe descuidar en el niño sus tres aspectos biopsicosocial, no sólo por su delicadeza física sino porque él instintivamente capta nuestros sentimientos y cualquier manipulación brusca o la falta de cuidado le produce dolor psíquico que puede ser tan severo como físico.

Equipo de exploración.

- 1 charola con compresa conteniendo:
- 1 termómetro (rectal, de preferencia),
- 1 estetoscopio,
- 1 oftalmoscopio,
- 1 lámpara de mano,
- 1 martillo para reflejos,
- 1 baumanómetro con brazalete adecuado al niño,

1 bolsa de papel para desperdicios,  
abatelenguas.

Método exploratorio.- Prácticamente éste se hace de acuerdo al criterio del médico, unos prefieren que se coloque al niño en la camilla, sin hacer ninguna sujeción para disminuir la intranquilidad del niño y observar con mayor facilidad su estado general (respiración, frecuencia cardíaca, coloración de tegumentos), la enfermera se coloca al lado opuesto al médico con el equipo necesario para evitar pérdida de tiempo posteriormente el médico empieza la exploración empezando por cabeza, tórax, extremidades superiores, abdomen y miembros inferiores, en otros casos se envuelve en una sábana y se va descubriendo conforme se vaya revisando; puede tomarse con los brazos hacia arriba sosteniendo la cabeza al mismo tiempo para examinar cavidad bucal, reflejos oculares, continuar descubriendo de acuerdo a la exploración. La técnica más aceptada en estos casos es la primera ya que algunos signos vitales como respiración, latido cardíaco se alteran por ansiedad e intranquilidad del niño y es más difícil obtener datos exactos. Una vez terminada la exploración, la enfermera viste al niño, lo deja cómodo en el lugar correspondiente, le da los cuidados necesarios al equipo y hace sus anotaciones en la hoja de la enfermera tales como: Hora, procedimiento efectuado, observaciones que hizo durante el examen.

El estudio radiológico.- Es otro método de diagnóstico en la bronconeumonía y la enfermera interviene preparando al niño empleando su criterio, si está en condiciones de transportarse hasta el departamento de rayos X, puede hacerlo ya sea en su cuna o en brazos, si necesita oxígeno directo llevarle un tanque portátil y nunca transportarlo con peligro de paro respiratorio si no se cuenta con el equipo necesario de lo contrario solicitarlo con aparato portátil. En ocasiones la enfermera ayuda al técnico a la toma de placas radiológicas deteniendo al niño de acuerdo a las indicaciones del radiólogo y de las condiciones del paciente, ya sea acostado, de pie sosteniéndole la placa, la enfermera deberá protegerse de radiaciones por medio del mandil de plomo.

En exámenes de laboratorio.- Como en todos los procedimientos, la enfermera prepara el equipo y material necesario de acuerdo a la muestra solicitada. El médico es el encargado de tomar la sangre generalmente punciona la yugular externa o interna y para esto la enfermera prepara al niño, lo envuelve con una sábana inmovilizándolo (tipo momia), colocando una toalla enrollada debajo de los hombros para facilitar la extensión del cuello, la cabecita hacia el lado opuesto a dónde se va hacer la punción, el mentón hacia la clavícula del mismo la

do, durante el procedimiento es útil que el niño lllore, así se logra mayor dilatación de la vena externa y la sangre fluye con mayor facilidad. Una vez extraída la sangre se coloca en los tubos previamente preparados y rotulados con el nombre del niño, sala, No. de cama, fecha, edad, sexo, hora en que se tomó la muestra y las envía al laboratorio correspondiente con las solicitudes.

Los estudios de exudado bronquial se llevan a cabo cuando no se puede definir con exactitud el padecimiento y no hay respuesta terapéutica y se sospecha alguna reacción alérgica u otro tipo de padecimiento. En este caso la enfermera se encarga de hacer los trámites para la sala de operaciones y aplicar la premedicación anestésica dosificada por el departamento de anestesia. Se lleva al paciente previamente preparado a sala de operaciones con el material necesario (frascos para cultivo). Una vez extraída la muestra se recoge al paciente, se lleva a la sala y se le dan cuidados de enfermería los correspondientes a un post-operatorio (en caso necesario aspiración de secreciones, vigilancia de signos vitales), el exudado se envía al laboratorio correspondiente. Al final la enfermera hace sus anotaciones en la hoja de la enfermera especificando producto tomado, hora, médico que la tomó y reacción del paciente.