

21  
2º



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
"SARAMPIÓN"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA

MARÍA DEL CARMEN LUYANDO MARTÍNEZ

U. N. A. M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
ASESORA

NOV. 15 1996

COORDINACION DE SERVICIOS  
SOCIAL Y OPCIONES  
TERMINALES DE TITULACION

LIC. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NOVIEMBRE, 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A MIS PADRES  
MARÍA Y LUIS**

Ustedes son lo más bello que Dios me ha dado,  
gracias por su apoyo, ternura y comprensión que  
día a día me brindan.

Siempre me inculcaron que lo más importante en  
la vida es prepararse y que con este trabajo final estoy  
logrando pasar esta etapa.

Esto no hubiese logrado sin su apoyo,  
este triunfo es de los tres.

Los quiero  
Ma. del Carmen

**A MI ESPOSO  
MAURICIO**

Gracias por tu amor, apoyo y comprensión  
que siempre me brindas, ya que con todo  
tu amor logre una de mis metas.

Por tus palabras de aliento que me ofreciste  
en esos momentos difíciles de la carrera,  
las que me dieron firmeza en mis actitudes  
y constancia en mis ideas.

Te quiero  
Ma. del Carmen

**A MIS HIJOS  
MAURICIO Y GUSTAVO**

Por permitirme quitarles un poco de su tiempo  
en que merecían estar conmigo y porque quiero  
que sientan este logro como suyo quien los  
quiere mucho

Su mamá

**A MIS AMIGAS**

Agradezco todas las palabras de aliento  
que me brindaron en los momentos difíciles  
de la carrera.

Por compartir conmigo mis triunfos,  
fracasos y por brindarme su amistad sincera  
en especial a Domí Manzano.

A todos los integrantes de la Coordinación de Servicio Social  
quienes con paciencia hicieron posible el cumplimiento de esta  
meta, en especial a la Lic. Susana Rosales Barrera

A la profesora Yolanda Herrera Cuellar  
por su gran apoyo, paciencia que me tuvo  
y el estímulo que siempre me dio.

# ÍNDICE

	PAG.
Introducción .....	1
Objetivos.....	4
Metodología.....	5
i. Marco Teórico.....	6
Sarampión.....	6
Concepto .....	6
Etiología.....	6
Epidemiología .....	7
Historia Natural .....	9
Cuadro Clínico.....	10
Formas no frecuentes del sarampión.....	16
Diagnóstico .....	18
Diagnóstico diferencial .....	21
Complicaciones.....	23
Profilaxis.....	29
ii. Historia clínica .....	35
Problemas detectados y jerarquización.....	41
Diagnóstico de enfermería.....	41
iii. Plan de atención de enfermería.....	42
Conclusiones .....	51
Sugerencias.....	52
Bibliografía .....	53

## INTRODUCCIÓN

La palabra castellana sarampión, pudo haberse derivado del griego que significa color encendido.

Sin embargo, de acuerdo a la experta opinión del filósofo hispanolatino Coromins, sarampión es más bien una palabra derivada del romance latino siripo-onis, que significa pápula o lesión dérmica propia de esa enfermedad.

Nada se sabe de cierto acerca de la historia del sarampión, el médico árabe Rhazes, del siglo X es a quien se le atribuye haber diferenciado entre el sarampión y varicela, aunque él mismo citó a Yehudi, médico judío del siglo I, como el primero en descubrir la enfermedad. No obstante fue en las epidemias del sarampión del siglo XVII que estas enfermedades quedaron claramente separadas.

En México el sarampión llegó de Europa en 1532 - 1534. El sarampión es una enfermedad infecciosa aguda contagiosa, caracterizada por cuatro períodos: incubación, el período prodromico, catarral, período eruptivo y el período de descamación.

Se transmite de persona a persona a través de las gotitas de moco naso-faríngeo (gotitas de Flügge), que el enfermo expulsa en el período catarral, al toser, estornudar o hablar.

El saramplón se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 1 a 14 años, tiene un carácter endémico que corresponde prácticamente a todo el mundo entero.

Se presenta por brotes epidémicos durante la primavera y estaciones próximas, su incidencia aumenta de diciembre a abril y desaparece de junio a octubre.

De acuerdo a las estadísticas realizadas en los últimos años, en 1986 se obtuvo como resultado que entre las 20 principales enfermedades ocupó el saramplón el décimo lugar, siendo el I.M.S.S. el que presentó la mayoría de los casos en las edades de 1 a 4 años afectando en su mayoría al sexo masculino.

Gracias a la vacunación masiva se registra disminución de su morbilidad y mortalidad por la eficiencia del tratamiento de sus complicaciones.

La enfermedad confiere inmunidad definitiva; prácticamente se considera que toda población adulta la ha padecido y esta inmune porque los anticuerpos que produce la infección perdura definitivamente.

Los niños adquieren inmunidad por vía transplacentaria de las madres que han tenido saramplón.

Esta Inmunidad suele ser completa durante los 4 a 6 meses de vida y después desaparece rápidamente, tal situación ha motivado a la selección de un caso de sarampión para ser elaborado como trabajo para titulación.



## **OBJETIVOS**

1. Ampliar y profundizar conocimiento teórico-prácticos en la atención de enfermería a un paciente con sarampión y sus complicaciones.
2. Elaborar un trabajo de Investigación que permita la titulación del pasante.
3. Hacer promoción para la salud, mediante orientación higiénico-dietética y con el fin de orientar a la población sobre brotes de sarampión en épocas de mayor incidencia.

## **METODOLOGÍA**

El presente trabajo se elaboró siguiendo el esquema de P.A.E. manejado por Atkinson en el cual prevé las etapas de valoración, planeación, ejecución y evaluación, aplicando cada una al paciente seleccionado para contar con los elementos necesarios que me permitieron brindar los cuidados de enfermería que el paciente requirió.

En la etapa de valoración se recolecto la información de datos que permitieron elaborar un diagnóstico de enfermería el cual me permitió formular los objetivos de la atención de enfermería y jerarquizar las necesidades del paciente y planear las acciones de enfermería tendientes a proporcionar una atención de calidad y calidez al niño y a su familia, integrando todo esto para evaluar la calidad de atención.

## **I.- MARCO TEÓRICO**

### **SARAMPIÓN**

#### **Concepto**

El sarampión es una enfermedad exantemática, infecto-contagiosa de evolución aguda y febril causada por un virus con RNA de la familia de los Paramixovirus.<sup>1</sup>

#### **Etiología**

El virus de sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia de los Paramixovirus, que incluye así mismo a los virus de la para Influenza, y al de la paratoditis.

Posee, en su envoltura exterior una enzima que aglutina los glóbulos rojos y se conoce con el nombre hemaglutinina, carece de neuraminidasa que destruye el receptor de los eritrocitos para la hemaglutinación.

Contiene también glicoproteína, que es su espícula con acción, el factor hemolítico que puede separarse de la partícula vírica y es soluble en disolventes lípidos no solo hemoliza los eritrocitos sino que además induce la fusión de células del cultivo celular (células gigantes) probablemente por efecto sobre la membrana celular. Estas células se encuentran en las secreciones nasales durante la fase prodrómica, así como

---

<sup>1</sup> Fernández de Castro Jorge. Vacunas Antisarampión. Pag. 143

el tejido linfoide del tubo digestivo; hemolizante y de fusión celular; esta última propiedad se demuestra por la formación de células gigantes en los cultivos de tejidos y se considera como responsable del defecto que se presenta en el epitelio respiratorio humano; la formación de sincicios o células gigantes de Warthin-Finkelde son características del sarampión.

Otros constituyentes del virus son: La membrana a la que se fijan las glicoproteínas de superficie mencionadas y la núcleo cápside formada por la cadena única de RNA, y las núcleo proteínas adheridas a todo lo largo de ese ácido nucleico. Las glicoproteínas producen hemaglutinación, hemólisis y fusión celular.<sup>2</sup>

### **Epidemiología**

Todos los niños son susceptibles a contraerlo, excepto los menores de 6 meses que tienen inmunidad natural transmitida por la madre; si se observa en un niño menor de 6 meses es porque la madre también lo presenta.

Su incidencia aumenta de diciembre a abril y desaparece de junio a octubre.<sup>3</sup>

En el Distrito Federal se observa con cierta frecuencia en lactantes menores (6 a 12 meses de edad).

---

<sup>2</sup> Fernández de Castro. Op. cit. pag. 146

<sup>3</sup> Valenzuela H. Rogello. Manual de Pediatría. Pag. 401

El sarampión es más grave en lactantes y preescolares. Existen grupos de riesgo elevado que padecen una forma más severa de la enfermedad, presentándose en individuos con alteraciones de la inmunidad humoral o celular como las ocurridas por leucemias, linfomas, tratamiento inmuno depresor y desnutrición avanzada.

La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en preescolares entre 3 y 5 años de edad, quienes contraen la infección en Jardines de Niños, albergues infantiles y guarderías, trasladándolos posteriormente al seno familiar, donde se contagian los individuos susceptibles.

En un estudio realizado por la Investigación Interamericana de Mortalidad en la niñez, demostraron que el sarampión es la segunda causa de mortalidad entre las enfermedades infecciosas en América Latina.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> González Saldaña Napoleón, Tósales Tósales Andrés Noé, et. al. Infectología Clínica Pediátrica, Pag.28

## HISTORIA NATURAL DEL SARAMPIÓN

### FACTORES DEL AGENTE:

El virus pertenece al grupo de los paramixovirus.  
 Contiene RNA.  
 Posee dos antígenos: V Y NP  
 Tiene forma esférica y es muy sensible a los cambios de temperatura, humedad e iluminación.  
 Se encuentra en secreciones nasofaríngeas, orina y sangre durante el periodo prodromico y poco tiempo después de haber aparecido el exantema

### FACTORES DEL HUESPED

Se presenta con mayor frecuencia en lactantes y preescolares.  
 No hay diferencias en cuanto a sexo.  
 Existen grupos de riesgo elevado: niños con alteración de la inmunidad humoral o celular, con leucemias o linfomas, desnutridos o quienes reciben

### FACTORES DEL AMBIENTE

Más frecuente en invierno.  
 Puede ser endémico o presentarse en epidemias.  
 La transmisión de la enfermedad es más factible en los lugares con falta de ventilación.  
 Hacinamiento y con deficientes condiciones socioeconómicas.

**Complicaciones**  
 Otitis media  
 Neumonías y bronconeumonías  
 Laringotraqueitis  
 Encefalitis  
 Púrpura trombocitopénica  
 Diarrea y vómitos  
 Neumonía de células gigantes  
 Panencefalitis esclerosante subaguda

Fiebre, anorexia, malestar general  
 Coriza, conjuntivitis y tos (líneas de Stimson en algunos enfermos)  
 Manchas de Koplik  
 Adenopatías generalizadas  
 Exantema

Reacción inflamatoria en piel, mucosa rinofaríngea y bronquial y en la conjuntiva

Muerte

Secuelas

Cronicidad

Horizonte clínico

Periodo de incubación  
 9 a 11 días

Curación

Estímulo desencadenante

Periodo prepatogénico

Periodo patogénico

Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria	
Promoción a la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Educación sanitaria de la población Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales Mejorar las condiciones nutricionales de vivienda e higiene	Aplicación de gamma globulina a los contactos susceptibles Aplicación de vacuna antisarampionosa	Generalmente se realiza con el antecedente epidemiológico y el cuadro clínico Los estudios virológicos de aislamiento, estudio citológico y las pruebas serológicas son poco prácticas, y los resultados son tardíos Identificación temprana de las complicaciones	El tratamiento es sintomático: reposos, control de temperatura, abundantes líquidos En complicaciones por infecciones bacterianas sobregregadas dar tratamiento específico contra el agente causal.	Evitar complicaciones o manejarlas adecuadamente en caso de que aparezcan Concientizar a la comunidad de los riesgos de la enfermedad	Rehabilitación de los que presentan secuelas, debidas a las complicaciones de la enfermedad

## Cuadro Clínico

En la evolución natural del sarampión se distinguen cuatro etapas:

- a) Incubación
- b) Fase prodrómica
- c) Período exantemático
- d) Convalecencia <sup>5</sup>

a) Incubación: Tiene una duración de 7 a 14 días, casos moda de 10 días. Los primeros síntomas son indistinguibles de una infección respiratoria aguda causada por cualquier otro virus y consisten en tos seca, irritación faríngea, conjuntivitis y fiebre de más de 38.5 °C. Este cuadro es debido a la entrada del virus al aparato respiratorio superior, y se multiplica en el epitelio y tejido linfático regional, y va siendo más severo conforme transcurren los días. <sup>6</sup>

Es importante precisar la fecha del contagio, para aplicar medidas profilácticas adecuadas, factibles en muchas ocasiones. <sup>7</sup>

La aplicación de la globulina gamma lo puede prolongar hasta por 19 ó 21 días. <sup>8</sup>

b) Fase Prodrómica: Tiene una duración de 3 a 5 días consiste en una erupción fina, que puede aparecer al segundo o tercer día y se desvanece rápidamente.

<sup>5</sup> González Saldaña. Op. cit. pag. 336

<sup>6</sup> Fernández de Castro. Op. cit. pag. 143

<sup>7</sup> Valenzuela H. Rogello Op.cit. pag. 401

<sup>8</sup> Navarro Díaz de León, Gínez Guzmán Orozco Reynaldo, et. al. Control de Enfermedades transmisibles. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Fiebre:

La fiebre generalmente persiste todo el prodrómo, fluctúa entre 38.3 a 40°C. tendiendo a ser mayor antes de la aparición del exantema cutáneo, puede descender después de la erupción.<sup>9</sup>

La fiebre es continua con remisiones matinales.<sup>10</sup> Hacia el cuarto día alcanzan su máxima expresión la fiebre y los síntomas respiratorios y a continuación sobreviene el exantema, que por lo regular comienza por la cara y cuello siguiendo progresivamente el tórax y las extremidades. La erupción tiene el aspecto de manchas muy pequeñas y numerosas de color rosado leve que después se vuelven papulosas.

En algunas áreas de la piel las lesiones confluyen en tanto que en otras permanecen en su forma individual, al mismo tiempo que su color pasa de rosa al rojo intenso.

Se presenta conjuntivitis (los párpados se pegan, se edematizan y hay fotofobia) rinitis (sólo algunas veces epistaxis), faringitis, traqueo bronquitis con tos grave y anginas (únicamente en algunos casos tapones amigdalinos y pseudo membranas por infección mixta). Son observables las manchas de Koplik,<sup>11</sup> son pequeñas pápulas blanquecinas rodeadas de una halo eritematoso, situados en la mucosa del carrillo, a la altura del segundo molar. Aparece en uno o dos días antes del

---

<sup>9</sup> K. Silva Henry, Kempo C. Henry, et. al. Manual de Pediatría, pag. 531

<sup>10</sup> Navarro Díaz de León, Op. cit. pag. 360

<sup>11</sup> Fernández de Castro, Op. cit. pag. 144



exantema y se borra al segundo o tercer día del inicio del periodo exantemático.

12

#### Respiración:

En algunos casos hay linfadenopatía generalizada. La coriza se manifiesta por la presencia de estornudos, seguidos de congestión nasal y secreción mucosa o mucopurulenta, que desaparece al tercer o cuarto día del inicio del exantema.

En algunos enfermos se observan las líneas de Stimson que son áreas hemorrágicas localizadas en los párpados inferiores, la tos al principio es seca y molesta, luego se torna productiva y persistente generalmente una o dos semanas.

Puede llegar a ser numerosas. Después de su desaparición la mucosa queda hiperémica. Este periodo se extiende de tres a cuatro días, pudiendo prolongarse hasta una semana.

Las manchas de Koplik, también son consideradas como patognomónicas, tienen una duración de 18 a 36 horas su tamaño se compara a la cabeza de un alfiler.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> González Saldaña. Op. cit. pag. 337

<sup>13</sup> Navarro Díaz de León. Op. cit pag. 360

Durante este período hay gran cantidad de virus en sangre, ganglios linfáticos, bazo, riñón y pulmones.

- c) Período Exantemático: Se manifiesta por la aparición del exantema, lo que ocurre tres o cuatro días después de comenzar la enfermedad. Dura cinco a siete días, es típica o frecuente la aparición simultánea de un nuevo ascenso febril (o sea, la curva presenta dos elevaciones correspondientes al período inicial o eruptivo).<sup>14</sup>

Se acentúa el malestar general o los síntomas catarrales (coriza, tos y conjuntivitis), los cuales remiten alrededor del cuarto día de esta etapa, excepto la tos, que puede prolongarse hasta una semana más. La fiebre tiende a disminuir dos o tres días de haber brotado el exantema; cuando persiste más allá del tercer día, deber pensarse en una complicación.<sup>15</sup>

Al mismo tiempo se observan leucopenia, con aumento proporcional de los linfocitos, (sólo hay leucocitosis en las complicaciones como la neumonía).

El exantema se caracteriza por una erupción maculopapuloeritematosa, empieza en la cara, que está abotagada, detrás de las orejas y en el cuero cabelludo; al principio es de color rojo claro, que luego se oscurece; consiste en una erupción en forma de manchas un poco prominentes que primero forman grupos

---

<sup>14</sup> Fernández de Castro, Op. cit. pag. 144

<sup>15</sup> González Saldaña, Op. cit. pag. 337

de nodulillos en los sitios correspondientes a los folículos y luego se convierten en pápulas planas, más o menos grandes de forma Irregular, pero generalmente separadas unas de otras.

En ocasiones y sin que el caso sea maligno, se presenta exantema hemorrágico que no desaparece cuando se hace presión con una espátula o un portaobjeto, o se toma un pliegue de la piel.

El exantema alcanza su máxima intensidad, muchas veces acompañándose de prurito, en un plazo de 48 horas, se extiende al cuello, al tronco y a las extremidades. Además, hay tumefacción y dolor a la presión en los ganglios del cuello y de la nuca y a veces, en otras partes del cuerpo. <sup>16</sup>

Para el segundo día se propaga a todo el tronco; continúa descendiendo hasta llegar a los pies generalmente al tercer día y comienza a desvanecerse en el mismo orden en que apareció. Aproximadamente al cuarto día la erupción adquiere un aspecto pardovioláceo, descamándose finamente en los sitios en donde el exantema es más intenso; este no se presenta en palmas de manos y plantas de pies. La pigmentación no desaparece a la presión; mientras que las lesiones eritomasos iniciales sí lo hacen. <sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Fernández de Castro. Op. cit. pag. 144

<sup>17</sup> González Saldaña. Op. cit. pag. 332

El periodo de transmisibilidad dura cuatro días después de haber aparecido la erupción y puede ir acompañado por prurito moderado. La descamación dura de dos a tres días y posteriormente puede aparecer una pigmentación color pardo claro.<sup>18</sup>

La cara del enfermo cubierta por el exantema, con las conjuntivas enrojecidas, la fotofobia, el lagrimeo, la abundante secreción nasal, moco purulenta, los labios ligeramente edematizados y los estornudos frecuentes, caracterizan las fases típicas del saramponoso.

#### Piel:

La piel afectada por el exantema conserva su elasticidad, es húmeda y ateropelada al tacto, las manchas son congestivas, desaparecen a la presión cuando se estira la piel del paciente, y solamente en casos excepcionales son hemorrágicas. (Saramplón hemorrágico).

#### Frecuencia variable:

El niño presenta anorexia muy acentuada al grado de que rechaza todo alimento, aún aquellos que le causaban mayor atracción, tiene sed intensa, en los casos graves rehusa los líquidos a pesar de presentar una sequedad muy marcada de la lengua, los labios y la mucosa bucal; la faringe se observa enrojecida con las amígdalas ligeramente tumefactas, la lengua saburral cuando ya ha desaparecido

---

<sup>18</sup> Silva K. Henry, Kempe C. Henry. Op. cit. pag.531

el exantema de transición. Existe también polipnea, sin caracteres específicos. Además la inquietud, insomnio, el estupor o convulsiones leves pueden observarse en grados y frecuencia variables. Hay oliguria, orina concentrada, taquicardia, taquisfigmia. Al principio hay diarrea; generalmente existe leucocitosis moderada con hallazgo frecuente de células plasmáticas y linfoblásticas.<sup>19</sup>

- d) Convalecencia: La convalecencia es breve, se caracteriza por un descenso rápido y a veces casi crítico de la temperatura, (que llega a la cifra normal o a temperatura subfebril por algún tiempo).<sup>20</sup>

Corresponde a la desaparición de toda la sintomatología excepto la tos, que puede durar más tiempo.<sup>21</sup>

### **Formas no frecuentes de Sarampión**

Sarampión Hemorrágico (sarampión negro).

Se caracteriza por manifestaciones encefálicas, severas y hemorrágicas en piel y mucosas, que generalmente tienen un curso letal, es un padecimiento raro.

---

<sup>19</sup> Valenzuela Rogello H. Op. cit. pag. 332

<sup>20</sup> Fernández de Castro. Op. cit. pag. 144

<sup>21</sup> González Saldaña. Op. cit. pag. 337

### Sarampión Modificado

Se presenta en niños que han recibido gamma globulina o que conservan parte de la inmunidad pasiva materna. El período de incubación puede prolongarse hasta tres semanas. El período prodrómico es breve de uno a dos días. Puede no presentar manchas de Koplik y si aparecen, son escasas y de breve duración; los síntomas generales son benignos, el exantema es mínimo y puede pasar inadvertido.

### Sarampión Atípico

Se observa en niños previamente inmunizados (de 2 a 4 años antes) con vacuna antisarampión inactivada. Las manifestaciones clínicas características son: fiebre, neumonitis, consolidación pulmonar y derrame pleural. El exantema es diferente al del sarampión clásico, la erupción es maculo papular, petequial, equimótica y algunas veces vesicular que se localiza principalmente en extremidades, incluyendo palmas y plantas; se pueden presentar además mialgias, edema de tobillos, pies y manos.

Este proceso está relacionado con la sensibilización por vacuna antisarampión inactiva.

El diagnóstico se confirma al observar aumento de anticuerpos de inhibición de la hemaglutinación u otras pruebas serológicas contra sarampión de dos muestras, al comienzo de la enfermedad y otras dos o tres semanas después.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> González Saldaña, Op. cit. pag. 334

## **Diagnóstico**

Se establece sobre bases epidemiológicas y clínicas del saramplón que corresponden a los casos típicos; el contacto con un caso de saramplón es definitivo, basta el convivir de pocos minutos para transmitir la enfermedad. Durante la fase prodrómica, la presencia de catarro nasal, fiebre y las manchas de Koplik permiten hacer el diagnóstico y pronosticar la aparición del exantema; se pueden encontrar también células gigantes multinucleares y durante ese lapso los leucocitos disminuyen a expensas de los neutrofilos y los eosinófilos.

Se presentan también en las personas que no han sido vacunadas y/o que tienen antecedentes de no haber sufrido la enfermedad.

### **Pruebas de laboratorio**

Examen citológico.- Búsqueda de las células de Warthin Finkeldey (células gigantes multinucleadas) en frotis de secreción nasofaríngea; durante el periodo prodrómico y los dos primeros días del periodo exantemático.

Pruebas serológicas.- Se puede realizar por medio de las técnicas de inhibición de hemaglutinación, neutralización y fijación de complemento. Es necesario tomar dos muestras de suero con intervalo de dos o tres semanas para observar el aumento de los anticuerpos.

Recientemente se ha usado la técnica de ELISA, para detectar anticuerpos en pacientes con sarampión. Al comparar esta técnica con la fijación de complemento inhibición de hemaglutinación y método de anticuerpos florecientes en la determinación de anticuerpos en pacientes con la enfermedad; se encontró que la prueba de ELISA fue tan sensible y más simple que los otros dos métodos.

El aislamiento del virus se realiza a partir de las muestras de sangre, secreción nasal, faríngeas, heces y orina; utilizándose células de riñón ananos humano y riñón de mono.

Biometría Hemática se presenta leucopenia a expensas de los neutrófilos y eosinófilos, principalmente en el periodo prodrómico.<sup>23</sup>

Después del descubrimiento y uso generalizado de los antibióticos, del aislamiento del virus, de su cultivo en tejido renal humano o de monos y de la aplicación de la vacuna se están registrando en la actualidad, con mayor frecuencia casos atípicos, modificados o atenuados que ocurren:

1. Aislamiento o en pequeños brotes en cualquier época del año fuera de los clásicos periodos epidémicos.

---

<sup>23</sup> González Saldaña. Op. cit. pag. 340



2. En escolares o adolescentes que recibieron una sola dosis de vacuna antisaramplionosa antes de que cumplieran un año de edad o sea que su inmunidad no fue prolongada.
3. En niños que reciben altas dosis de antibióticos en cuanto se inician los primeros síntomas del periodo catarral.
4. En desnutridos de 2º ó 3er. grados.
5. En niños que reciben alguna dosis de gamma globulina después del 5º día de contagio.

Lo típico en estos casos puede consistir en:

1. Periodo de incubación más largo que el de los 12 días.
2. El exantema puede ser menos preciso y exuberante.
3. Los ciclos prodromico y exantemático pueden ser mayores o menores de los cuatro días respectivamente.

4. Las manchas de Koplik pueden evolucionar en lapsos tan cortos que no siempre hay oportunidad de identificarlas. En todos estos casos en que se plantean dudas el diagnóstico directo puede ratificarse mediante:

1. La presencia de células gigantes (de Warthin-Finkeldey) en frotis de la secreción naso faríngea durante el período prodrómico.
2. El aislamiento del virus, durante el período febril en heces, orina, sangre o secreción nasofaríngeas y la titulación de anticuerpos ya sean de neutralización de inhibición de la hemaglutinación o de fijación del complemento más elevado dos a cuatro semanas después de la enfermedad. Los dos primeros persisten durante años.<sup>24</sup>

#### **Diagnóstico diferencial:**

##### **Exantema Súbito:**

- a) El período prodrómico es similar al del sarampión.
- b) Es característico que desaparece la fiebre al aparecer el exantema.

##### **Rubéola:**

- a) No se presenta el período prodrómico en los niños.
- b) La presencia del exantema puede ser la primera manifestación de la enfermedad.

---

<sup>24</sup> Valenzuela R. H. Luengas Bartels Javier, Manual de Pediatría, pp. 405-406

- c) El exantema es discreto, no casfluente, color rosa, progresa rápidamente de tres a 5 días y generalmente no provoca descamación.
- d) La temperatura puede ser normal o solo presentarse febrícula.  
Es característica la linfadenopatía con nódulos postauriculares u occipitales.

#### Escarlatina:

- a) El exantema se presenta 12 horas después de comenzar la fiebre y la faringitis. El período prodrómico se presenta súbitamente y puede prolongarse dos días con vómito, cefalea y escalofrío.
- b) El exantema es eritematoso y uniforme y palidece a la presión. Se presenta en las superficies de flexión para luego generalizarse, excepto alrededor de la boca.
- c) La descamación es en colgajos y afecta manos y pies.
- d) Característicamente se presentan "lengua en fresa", y amigdalitis exudativa y signos de PASTIA ( Hiperemia en superficies flexoras de muñecas, codos e ingles).

#### Meningococemia:

- a) El período prodrómico es variable. (fiebre, vómitos, irritabilidad, rigidez de nuca, fontanela hiperfena).
- b) La erupción es maculo a populosa la principio; después se torna petequeal y purpúrica.
- c) No posee distribución uniforme o descendente.

d) Pueden visualizarse los microorganismos por tinción de Gram o cultivo de sangre, petequias o líquido cefalorraquídeo.

Erupción petequial asociada con signos meníngeos.

**Enfermedad de Kawasaki:**

a) Existe edema indurado y descamación de palma, manos y plantas de pies.

b) La lengua es aframbuesada.

c) Adenomegalias cervicales mayores de 1.5 cm.

d) La fiebre es prolongada.

**Complicaciones:**

En orden de frecuencia, se presentan:

Otitis Media.

Esta se manifiesta por dolor de oídos y persistencia o reaparición de la fiebre después del tercer día del período exantemático. En lactantes puede manifestarse por irritabilidad y constante tirarse de las orejas. El primer signo de otitis puede ser salida de secreción purulenta del oído.

Neumonía o Bronconeumonía.

Estas ocupan el primer lugar como causa de muerte. Pueden ser causadas por extensión de la propia infección viral; cuando esto es así, la lesión es intersticial. Aparecen células gigantes en el esputo y pueden contener inclusiones nucleares y

citoplasmáticas eosinófilas semejantes a los que se ven en cultivos celulares infectados.

También puede ser provocada por una infección bacteriana secundaria; en particular neumococo, estafilococo, estreptococo y H. influenza. Debe sospecharse en niños con fiebre persistente y alteraciones respiratorias de grado variable.

#### Laringitis y Laringotraqueítis.

En el curso normal del sarampión se presentan generalmente estas manifestaciones con curso benigno y transitorio, pero se pueden acentuar ocasionando intensa insuficiencia respiratoria por obstrucción. Puede deberse únicamente al virus.

#### Encefalomielitis.

Es la complicación más grave. Se presenta en uno por cada 10,00 casos de sarampión. Se presenta entre el segundo y el sexto día del período exantemático. En el cerebro existen hemorragias perivasculares e infiltrados linfocíticos desde el inicio; después tanto en cerebro como en médula espinal presentan áreas de desmielinización. Las manifestaciones clínicas son las de una meningoencefalitis. El LCR muestra pleocitosis con predominio de linfocitos y elevación de proteínas; rara vez es normal. La mortalidad varía de 10 a 30%. Algunos sobrevivientes quedan con secuelas. (Trastornos psíquicos de la conducta de aprendizaje y parálisis).

Aumento de Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis.

Sobre todo en desnutridos. Ocurre por exacerbación de un foco tuberculoso preexistente, debido a la deficiencia de la inmunidad celular (timodependiente).

Alteraciones GastroIntestinales.

Como diarrea o vómitos.

Panencefalitis esclerosante subaguda.

Es una complicación rara y tardía que ocurre en un paciente 5 a 7 años después de haber sufrido la enfermedad. Se estima que se presentan 10 casos por un millón de casos de sarampión . El paciente sufre la pérdida progresiva de las funciones cerebrales, terminando después de 6 a 12 meses en espasticidad, coma y muerte, dado que hay una degeneración cortical que afecta la sustancia blanca. Existen cuerpos de inclusión Intranucleares e Intracltoplásmicos parecido a los que se encuentran en el sarampión agudo.<sup>25</sup>

Las complicaciones neurológicas son más frecuentes en el sarampión que en cualesquiera otras enfermedades exantemáticas. No parece existir ninguna relación entre la gravedad del sarampión y la de la afectación neurológica ni entre la gravedad del proceso encefalítico inicial y el pronóstico.

---

<sup>25</sup> González Saldaña. Op. cit. pp. 341-343

En casos muy raros se ha comunicado la presencia de una encefalitis en asociación con un sarampión modificado por la globulina; y no se han descrito casos en relación con el empleo de la vacuna antisarampión de virus atenuados.

En un pequeño número de casos de afectación encefálica se pone de manifiesto en el período prescriptivo, pero más frecuentemente el comienzo se verifica de dos a cinco días después de la aparición del exantema.

La causa de encefalitis sarampiónosa continúa en discusión. La encefalitis que se presenta al comienzo del sarampión es debida probablemente al propio virus del exantema; lo que se produce más tarde es considerada postinfección y puede representar un fenómeno de hipersensibilidad.<sup>26</sup>

### **Compromiso ocular**

Es característica la intensa blefarconjuntivitis que forma parte de la sintomatología propia de la enfermedad, que persiste durante el período de estado y desaparece con la normalización de la temperatura; en algunas ocasiones este compromiso ocular se complica adquiriendo las características de la blefarconjuntivitis purulenta; aunque es raro, puede producirse compromiso de la cornea con ulceración de esta.

Como complicación menos frecuente, puede producirse compromiso cutáneo con formación de abscesos, forúnculos u otras plodermias.

---

<sup>26</sup> Nelson Waldo E., Vanghan U.C.; et. al. Tratado de pediatría pag. 631,

En el sarampión del lactante, especialmente pueden presentarse diarreas con o sin síndrome de deshidratación. Esta complicación es particularmente grave cuando se trata de lactantes desnutridos.

Los efectos perjudiciales del sarampión sobre el embarazo también están demostrados; su aparición en este periodo es causa predisponente de aborto o parto prematuro pero no se ha comprobado que ha causa de él los niños nazcan con malformaciones congénitas.<sup>27</sup>

Miocarditis.

La miocarditis es una grave complicación poco frecuente; siendo relativamente comunes las alteraciones electrocardiográficas transitorias.

### **Eritema Infeccioso**

- a) Generalmente no hay periodo prodrómico.
- b) La primera manifestación de la enfermedad es el exantema.
- c) El exantema se caracteriza por: Mejillas enrojecidas, con palidez peribucal, erupción maculo papulosa en extremidades, la cual al desvanecerse toma el aspecto de encaje.

---

<sup>27</sup> Meneghello R. Julio. et. al. Pediatría Volúmen I, pag. 594



## **Infecciones Por Entero Virus (Echo Y Coxsackie)**

a) La fiebre y los síntomas generales.

Pronóstico:

El curso natural del saramplón en los niños entóxicos, sin otra enfermedad concomitantes, y sin complicaciones, es hacia la curación y por lo tanto no es grave ni amerita hospitalización. El pronóstico es grave en los niños desnutridos, en los que padecen otras condiciones patológicas, como son tuberculosis, cardiopatía, mioplasmas y hematopatías, entre otras; carecen de cuidados, y conviene hospitalizarlos.<sup>28</sup>

El pronóstico se ha modificado substancialmente en los últimos años como el uso de los agentes antimicrobianos; las complicaciones, que constituyen el más serio peligro de la enfermedad, pueden ser controladas por ellos en numerosos casos. Cuando el saramplón se presenta en forma de epidemia, aproximadamente el 60% de los pacientes se recupera por completo, el 15% fallece y el 25% queda con secuelas que implican daño cerebral; retardo mental, cuadros convulsivos recurrentes, trastornos de conducta, sordera, hemiplejía o paraplejía. El curso del compromiso neurológico no se puede predecir.

Mucho se ha escrito sobre la patogenia de las complicaciones neurológicas del saramplón siendo lo más aceptado, que esto obedece a la activación de un virus latente tratándose de una encefalomielitis de tipo alérgico.

---

<sup>28</sup> Valenzuela R. H. Op. cit. pag. 406

Existen ciertos factores que hacen que el pronóstico sea más reservado como la edad; a menor edad, peor pronóstico. La existencia de una tuberculosis previa también ensombrece el pronóstico de la enfermedad. Las condiciones de déficit nutricional hacen que el sarampión esta más expuesto a complicaciones; las infecciones estafilocócica, especialmente pulmonar, agrava el pronóstico en forma considerable.

El sarampión atenuado por suero de convaleciente o gamma globulina es generalmente muy benigno.<sup>29</sup>

## PROFILAXIS

Comprende:

1. La vacunación sistemática de todos los niños susceptibles (mayores de 7 meses de edad, en épocas epidémicas o preepidémicas o mayores de 12 meses en posfechas; o sea la inmunización activa.
2. La protección de los que no están vacunados y están expuestos al contagio, mediante la gamma globulina humana, inmunización pasiva, siempre transitoria y

---

<sup>29</sup> Meneghello R. Julio. Op. cit, pag. 594

3. El aislamiento del enfermo hasta 4-5 días después de la aparición de la erupción.<sup>30</sup>

Las precauciones de aislamiento son de escasa utilidad, por lo muy fácil del contagio de la enfermedad en la fase prodómica, cuando no se sospecha su existencia. Los niños susceptibles que hayan tenido contacto con el primer caso o grupo de casos pueden gozar de libertad de movimiento durante una semana y ser mantenidos a continuación en condiciones de riguroso aislamiento de ocho días. En la escuela o en el hogar estos intentos de aislamiento resultan ineficaces. El aislamiento de los niños afectados de sarampión hará que tengan menos ocasiones de adquirir infecciones bacterianas secundarias. El aislamiento de la persona afecta puede suprimirse uno o dos días después de haber vuelto la temperatura a la normalidad.

### INMUNIZACIÓN ACTIVA

Contra el sarampión ha sido lograda por una vacunas que actualmente están sometidas a valoración: La vacuna con virus vivos atenuados y la vacuna con virus muertos. Las vacunas se consiguen principalmente a partir de la cepa Edmonston "B", de Endes.

La preparada con virus vivos atenuados se administra en una sola inyección subcutánea 0.2 a 0.25 centímetros cúbicos. Alrededor de una semana después de la

---

<sup>30</sup> Valenzuela R. H. Op. cit. pag. 406

inoculación se produce una breve enfermedad febril de 2 ó 3 días de duración. En varios grupos en los que se ha aplicado la vacuna, ha oscilado entre los 38.5 y 40°C, vía rectal; pueden verse manchas de Koplik y erupciones cutáneas discretas; sin embargo, en los niños sanos faltan las manifestaciones graves, y las complicaciones que suelen presentarse en la infección natural.

En algunos casos la reacción febril es considerable, y pueden presentarse convulsiones febriles. El empleo de inmunoglobulina, 0.04 cm<sup>3</sup>/kg, administrada separadamente por vía intramuscular inmediatamente después de la inoculación de la vacuna disminuye la reacción vacunal.

Los niveles de anticuerpos inducidos por la vacuna en los niños serológicamente negativos son más bajos que los que producen la enfermedad natural. Sin embargo, la inmunidad producida por la vacuna es efectiva, y se cree que su protección respecto al sarampión será tan duradera como la consecutiva a la infección natural. El nivel de anticuerpos aumenta rápidamente en las exposiciones posteriores. Durante su respuesta febril los niños vacunados no parecen ofrecer riesgo de infección para los susceptibles de contagio. Generalmente los lactantes pequeños que han recibido anticuerpos sarampiñosos de sus madres inmunes no ofrecen respuesta alguna a la vacuna contra el sarampión hasta aproximarse a los 8 meses de edad, en que los anticuerpos maternos transferidos pasivamente han descendido con un nivel bajo.

Son raras las reacciones graves que se presentan a consecuencia de la vacunación con vacuna de virus vivo. Se han observado bajas erupciones regionales, púrpura, trombocitopenia y neumonía, así como convulsiones febriles.

Se han producido reacciones alérgicas consecutivamente al empleo de la vacuna cultivada en embrón de pollo en individuos sensibles al huevo.

No se recomienda la administración simultánea de vacuna antisarampionosa de virus vivos y la vacuna de poliovirus atenuados.

Se aconseja un intervalo de por lo menos un mes. Si se ha administrado inmunoglobulina en los 3 meses precedentes a la vacunación, no puede predecirse la respuesta a la vacuna antisarampionosa viva. Después de la administración de la vacuna viva atenuada contra el sarampión es posible que se desarrolle alergia a la tuberculina, que puede persistir un mes o más. El niño con una infección tuberculosa activa debe estar sometido a tratamiento antituberculoso cuando se administra la vacuna antisarampionosa viva. Es útil practicar la prueba de la tuberculina antes de la inmunización activa contra el sarampión.

No se recomienda el empleo de la vacuna antisarampionosa en los niños que sufren una enfermedad debilitante como la leucemia o en los que toman medicamentos inmunosupresores. Cuando está indicada la protección contra el sarampión, debe administrarse inmunoglobulina sarampionosa (humana) por vía intramuscular a la

dosís de  $0.25 \text{ cm}^3/\text{kg}$ , tan pronto como sea posible después del contagio. En los niños que sufren leucemia aguda esta dosís puede ser aumentada.

No se recomienda el empleo de la vacuna antisarampionosa de virus inactivado (muerto). Se han producido reacciones locales o generales desusadas en los que han recibido vacuna de virus muerto y que luego se han contagiado del sarampión natural o han sido vacunados con la vacuna antisarampionosa atenuada viva. Estas reacciones a la vacuna de virus vivo han constituido en gran dolorimiento local, edema, eritema, ardor y lesiones hemorrágicas o vesiculares, acompañados de malestar, fiebre y linfadenopatía regional. El contagio con el sarampión natural ha ocasionado una forma atípica grave de enfermedad, con fiebre alta, neumonía y estado tóxico. El exantema que puede ser petequeal, vesicular o urticariforme, empieza por los pies y se extiende hacia arriba, pero se concentra especialmente en las extremidades. Estas reacciones no parecen observarse después de las inoculaciones repetidas de la vacuna de virus vivo atenuado en los niños.

La inmunización pasiva con mezclas de suero de adulto, de suero de convaleciente, globulina placentaria o globulina y procedente de mezclas de plasma, es eficaz en la profilaxis o atenuación del sarampión. El sarampión puede prevenirse mediante el empleo de seroglobulina inmune (globulina y en dosis de  $0.25 \text{ cm}^3/\text{kg}$ . de peso corporal) administrada intramuscularmente dentro de los primeros 7 días a partir del momento de la exposición, aunque es preferible hacerlo tan pronto como sea posible. La protección completa está indicada en los lactantes, en los niños afectados

de una enfermedad crónica y para evitar el contagio en las salas del hospital y tal vez de otras instituciones. La cantidad de globulina y necesaria para la atenuación del sarampión se evalúa en 0.045 a 0.05 cm<sup>3</sup>/kg. La que prepara actualmente en los Estados Unidos a partir de sangre placentaria es unas 25 veces más fuerte en título anticuerpo que la mezcla de suero de adultos de diversas procedencias. La atenuación es variable, por lo que los cuadros clínicos resultantes pueden oscilar desde los que presentan pocos o ningún síntoma hasta los que ofrecen escasa o nula modificación.

Después del séptimo u octavo días de incubación las cantidades de cuerpos inmunitarios deben aumentarse rápidamente para obtener algún efecto protector. Si la inyección se retrasa hasta el noveno, décimo o undécimo días, es muy fácil que ya se haya iniciado ligera fiebre y en general, tan sólo es posible una modificación de la enfermedad.

#### Tratamiento:

La administración de medicamentos en caso de fiebre elevada adecuadas lociones cutáneas para el prurito o irritación, reposo completo en cama; suficiente ingestión de líquido, son los requisitos corrientes del tratamiento. En caso de laringitis o tos irritativa muy intensa, puede ser necesaria la humectación de la habitación y es mejor que ésta esté confortablemente calentada que fría. Las complicaciones como otitis media y neumonía, requieren de una terapéutica antibacteriana apropiada.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EXAMEN CLÍNICO

II. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: J.C.B.Q.	Servicio: Pediatría
No. de cama: 402	Fecha de Ingreso: 01-03-94
Edad: 14/12	Sexo: Masculino Estado civil: -----
Escolaridad: ----	Ocupación: Hijo de familia
Religión: ----	Nacionalidad: Mexicana
Lugar de procedencia: Edo. de México	
Domicilio: Calle Benito, Manzana 562, Lote 9 Col. Santa Ursula Coapa	

---

---

2. PERFIL DEL PACIENTE

2.1. Ambiente físico:

Habitación:

Características físicas La casa de sus padres cuenta con iluminación artificial y natural, con dos ventanas en cada habitación.

Tenencia

Construcción (tipo y número de habitaciones)

Techo de concreto, piso de cemento, cocina, recámara, baño y comedor



Animales domésticos

No cuenta con animales

---

---

Servicios sanitarios:

Agua (Intradomiciliaria, hidrante público, otros) Cuenta con todos los servicios

---

---

Control de basuras: El carro recolector pasa cada 3 ó 5 días

---

---

Eliminación de desechos: (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros)  
Cuenta con drenaje

---

---

Iluminación : Existe iluminación en su colonia

---

---

Pavimentación: Toda la colonia cuenta con pavimentación

---

---

Vías de Comunicación ( medios de transporte, teléfono, etc.)

Teléfono: Casetas públicas

Medios de transporte:

Transporte colectivo, camión y metro.

Recursos para la salud: Cuenta con el IMSS

---

---

## 2.2 HÁBITOS HIGIÉNICOS

Aseo:

Baño (Tipo, frecuencia): Baño cada 3er. día a Jicarazos

De manos: Antes de comer y después de ir al baño

Bucal: 3 veces después de cada comida

Alimentación:

Desayuno: 8:00 A.M. leche, pan pollo y frijoles.

Comida: 14:00 hrs. pollo, tortilla, frijoles, fruta.

Cena: 20:00 ó 21:00 horas leche y fruta.

---

---

Allmentos que originen preferencia, desagrado o Intolerancia:  
ninguno

---

---

Eliminación (horario y características):

Urinarial: 5 a 6 veces de características normales

Intestinal: 2 ó 3 veces al día de características normales.

Descanso (tipo y frecuencia):

Duerme de 3 a 6 de la tarde

---

---

Sueño (horario y características)

De 21 horas a 6 de la mañana

---

---

Deportes (tipo y frecuencia):

Ve la televisión, juega con sus papás.

---

---

Estudio y/o trabajo:

Ninguno

---

---

### 2.3. Dinámica social:

#### Composición familiar

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES
PADRE	24	ALMACENISTA	
MADRE	18	HOGAR	
HIJO	1 <sup>9</sup> /12	NINGUNA	

Dinámica familiar: Satisfactoria

---

---

### 3.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

#### 3.1. Problema o Padecimiento por el que se presenta:

Inicia hace 7 días con hipertermia no cuantificada y exantema difusa con mala evaluación Ingresó con tos traqueal disfonía y síndrome convulsivo.

---

---

#### 3.2 Antecedentes:

Personales patológicos: Producto de 1ra. gesta por cesárea por presentar circular de cordón de cuello al 2do. día de vida presenta hiperbilirrubinaria con manejo de fototerapia. Estuvo internado 7 días por presentar infección de vías aéreas superiores.

---

---

Antecedentes familiares patológicos:

### 3.3. Tratamiento:

Medicamentos: Soluciones parenterales. solución glucosada al 5%,  
Solución Isotónica P.P.N.

Indicaciones: Ayuno, posición semifowler y rossiere.

Fisioterapia pulmonar, aspiración de secreciones, control de líquidos,  
vigilar evacuaciones e irritación de región glútea.

Aseo ocular, cuidados de la piel.

Aislamiento de la luz.

---

---

### III. EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección:

Aspecto físico: Lactante menor de sexo masculino, con hipertermia,  
hipoactividad, responde a estímulos dolorosos, pupilas mióticas, con cánula  
endotraqueal, con estertores pulmonares, abdomen blando, despreciable con  
presencia de exantema en tórax y abdomen.

---

---

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones):

Deprimido, intranquilo, llorón.

---

---

Obtención de datos, mediante otros métodos de exploración física, de acuerdo al  
estado del paciente (palpación, percusión, auscultación medición):

Campos pulmonares con abundantes estertores con buen automatismo  
respiratorio, frecuencia cardíaca normal.

A la movilidad responde débilmente.

A la auscultación presenta irritación en región glútea.

#### IV) DATOS COMPLEMENTARIOS

##### Exámenes de laboratorio

TIPO	CIFRAS	
	DEL PACIENTE	NORMALES
BH		
Hemoglobina	7.8	13 - 14.6
Leucocitos	11.800	4.500.10.00
Hematocrito	10-20	40 . 52
Linfocitos	40	24 . 38
Monocitos	11	4 - 9
Neutrofilo	57	50 - 70
QUÍMICA SANGUÍNEA		
Glucosa	117	60 -100
Urea	14	16 - 35
Creatinina	6.7	7.5 - 1.2

##### Exámenes de gabinete

TIPO	RESULTADO
No se efectuó ninguno	

## V) PROBLEMAS DETECTADOS Y JERARQUIZACIÓN DE ESTOS PARA SU ATENCIÓN:

- Hipertermia
- Disnea
- Tiro Supraesternal
- Acceso de tos traqueal
- Estertores, abundantes secreciones
- Diarrea
- Irritación región glútea
- Exantema Morbiliforme
- Disfonía
- Fotofobia

## VI. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Lactante masculino 1<sup>4</sup>/12 de edad, con palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas, decaído, presentando exantema morbiliforme en cuello y tórax, con hipertermia de 39 grados, hiporreflexico, con disfonía, disnea, tiro supraesternal, tos traqueal, con abundantes secreciones, con irritación en región glútea, presentando evacuaciones líquidas verdosas.

ELABORO: MA. DEL CARMEN LUYANDO MARTÍNEZ

### III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MANIFESTACIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVOLUCIÓN
Hipertermia	La destrucción tisular la respuesta inflamatoria liberan pirógenos que son sustancias químicas que elevan el patrón termostático del centro regulador de calor.	Normotermia	Valoración <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de temperatura</li> <li>• Control de temperatura por medio del baño con agua tibia</li> </ul>	Existen receptores nerviosos para el frío y calor en la piel que ayuda a regular la temperatura corporal, estos son controlados por elementos reguladores del hipotálamo.	Mejora el paciente, baja la hipertermia.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea,</li> <li>• Tiro supra external</li> <li>• Estridor laríngeo</li> </ul>	La presencia de microorganismos causantes de un proceso infeccioso favorece el acu-	Disminuir la insuficiencia respiratoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia pulmonar</li> <li>• Drenaje postural</li> <li>• Aspiración</li> </ul>	La puñopercusión de campos pulmonares, ayuda a la movilización de secreciones que	Con el manejo que se le da disminuye la presencia de

	<p>mulo de secreciones en el árbol bronquial, lo cual disminuye la luz de este, originando los signos de insuficiencia respiratoria</p>		<p>gentil de secreciones bucofaringeas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de posición</li> <li>• Puritan con oxígeno</li> <li>• Semifowler</li> <li>• Rossiere, cabeza 30º</li> <li>• Atención a lesiones del aparato respiratorio superior originadas por la tos.</li> </ul>	<p>por gravedad y por el arrastre mecánico las elimina y mejora el intercambio gaseoso.</p> <p>La administración de oxígeno con nebulizaciones aumentan el intercambio gaseoso alveolar con partículas de una a dos micrones, que son las unidades que pueden alcanzar las partes más bajas.</p> <p>La humidificación del ambiente</p>	<p>secreciones, mejora su respiración.</p>
--	---	--	---	--	--



				<p>fluido.</p> <p>La tos al principio es seca y molesta, luego se toma productiva y persistente, generalmente por una o dos semanas.</p>	
<p>Exantema morbiliforme</p>	<p>Los virus causan : tres cuadros básicos de infección; localizada, diseminada e inaparente.. El sarampión se desarrolla por infección diseminada iniciando en la multiplicación del virus en la zona de entrada y ganglios linfoides regionales,</p>	<p>Disminuir la erupción</p>	<p>Aislamiento</p> <p>Observar al paciente para valorar aumento o disminución de exantema.</p>	<p>El período de transmisibilidad va desde poco antes de iniciar el período prodromico hasta 4-5 días después de aparecer la erupción. El contagio es mínimo después del 2o. día de</p>	

	<p>a continuación se esparce por corrientes sanguíneas y linfática a los órganos respiratorios y demotrópicos; en estos se multiplican causando lesiones y enfermedad clínica la cual se manifiesta en la piel mediante pápulas y ulceración final. Con esto termina el período asintomático o de incubación y se inicia la enfermedad clínica.</p>			<p>erupción.</p> <p>El sarampión se transmite por las gotitas de Flügge ya que el virus se encuentra en secreciones nasales y en saliva antes de aparecer esta. Más tarde el virus se encuentra en orina.</p> <p>La vía de entrada es la respiratoria. Los virus son partículas de ácido nucleico (DNA o RNA) con</p>	
--	---	--	--	---	--

				<p>cubiertas proteicas, capaces de reproducirse y de producir muchos tipos de cambios celulares y lesiones.</p> <p>Los anticuerpos circulantes aparecen de 10 a 14 días después de la infección, más o menos cuando se presenta el exantema y alcanza su título máximo cuando esta desaparece, dando inmunidad permanente.</p>	
			Aplicación de medidas profilác-	Es importante precisar la fecha del conta-	

			<p>ticas</p> <p>Aseo bucal</p> <p>Sueño y descanso</p>	<p>gío para aplicar medidas profilácticas adecuadas, fáctibles en muchas ocasiones. La aplicación de la globulina gamma lo puede prolongar hasta 19 a 21 días. Las manchas de Koplik, son pequeñas pápulas blanquesinas rodeadas de un halo eritematoso situados en la mucosa del carrillo, a la altura del segundo molar. Las células del organismo requieren de período de disminución de la actividad para</p>	
--	--	--	--	---	--

			Aseo	restablecerse y mantener funcionamiento óptimo del organismo. Su privación causa sensación de fatiga, irritabilidad, conjuntivitis, nerviosismo. Los virus ofrecen resistencia a desinfectantes químicos. En lugares con deficientes condiciones higiénicas y económicas, las epidemias se presentan anualmente	
--	--	--	------	--	--

ESTADO DE LA SALUD DEL NIÑO

			Corte de uñas	Las lesiones de la piel deben protegerse del rascado para evitar sus autoinoculación.	
Stress	Las situaciones estrafias, la manipulación constante y la separación del niño de la madre, aumenta la tensión emocional y comprometen su estado de salud.	Afecto	Estimulación verbal para permitir la cercanía con sus padres.	El contacto directo con el niño la manifestación de cariño con manifestación verbal, mediante un tono de voz suave para satisfacer su necesidad de afecto proporciona tranquilidad que se observa a la vez que se mantiene el vínculo.	Disminuye la irritabilidad del niño.

				lo madre-hijo que se ve suspendido por la hospitalización del niño.	
--	--	--	--	--	--

				lo madre-hijo que se ve suspendido por la hospitalización del niño.	
--	--	--	--	--	--



				lo madre-hijo que se ve suspendido por la hospitalización del niño.	
--	--	--	--	--	--

## **Conclusión**

La Iniciativa de la pasante es de gran importancia para la realización y ejecución de las actividades planeadas en el paciente pediátrico.

Durante la investigación para realizar el proceso atención enfermería, la pasante tuvo la oportunidad de llevar a la práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera principalmente lo relativo a la pediatría considerando al paciente pediátrico como un ser biopsicosocial.

Se dio orientación a la madre en el manejo del niño concientizándola para la continuación del tratamiento.

Este proceso me permitió hacer una comparación de la bibliografía consultada y lo que se lleva a cabo realmente con la experiencia.

El tener el apoyo del personal de la Institución permitió realizar este proceso atención enfermería de la mejor manera posible.

### **Sugerencias**

A futuro ó en situaciones posteriores, se asigne pasantes para realizar el proceso atención de enfermería, se busquen casos clínicos de patologías cuya estancia sea mayor con la finalidad de planear y organizar acciones específicas de enfermería que apoyen al personal de enfermería en su tarea diaria hacia el paciente.

## **Bibliografía**

ALVAREZ, Alva Rafael

SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA

Editorial Manual Moderno, 1991

BEESON Mc. Dermott

TRATADO DE MEDICINA INTERNA

Tomo I, Editorial Interamericana, 1990

BRUMER, Sudderth

ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA

Editorial Interamericana

3a. Edición, 1988

CHOW, M.p. et. al.

MANUAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Editorial Limusa, 1983

DAVIS, D.B. et. al.

TRATADO MICROBIOLOGÍA

Editorial Salvat Editores, S.A.

3a. Edición, 1990.

FERNÁNDEZ de Castro Jorge

VACUNAS CIENCIA Y SALUD

Secretaría de Salud, 1990

FITZPATRICK B. Thomas, et. al.

Dermatología en Medicina General

Editorial Médica Panamericana, S.A., 1980

GORDILLO Díaz Fernando

RELACIÓN DEL ESTADO VACUNAL PREVIO Y LAS COMPLICACIONES DEL  
SARAMPIÓN EN NIÑOS DE 0 A 15 AÑOS.

I.M.S.S., 1986

GONZÁLEZ Saldaña Napoleón, et. al.

INFECTOLOGÍA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Editorial Trillas

4a. Edición, 1988

KUMATE Jesús, González Gutiérrez

MANUAL DE INFECTOLOGÍA

Editorial Méndez Cervantes, 1986

LÓPEZ Luna Ma. Concepción

ENFERMERÍA SANITARIA

Editorial Interamericana, 1987

MERCADO Ramírez E.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Editorial Limusa, 1990

NAVARRO Díaz de León, et. al.

CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1986

OPS

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL HOMBRE

Publicación Científica 507 A

Editor Abraham Benenson, 1987

SILVER K. Henry, et. al.

MANUAL DE PEDIATRÍA

Editorial Manual Moderno,

11a. edición, 1985

SUBSECRETARIA DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO  
COLECCIÓN PUBLICACIONES TÉCNICAS DEL INDRE, 1989

VALENZUELA H. Rogello,  
MANUAL DE PEDIATRÍA  
Editorial Interamericana  
9a. edición, 1975

WALDO E. Nelson, et. al.  
TRATADO DE PEDIATRÍA  
Editorial Salvat  
Tomo I, edición 1990