

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
CRISIS ASMÁTICA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ, LIMA 2014-2016”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

LICENCIADA MARIA LUZ RAMOS PILLACA

**CALLAO - 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 125

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución de Decanato N°737-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. RAMOS PILLACA MARIA LUZ

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivo.....	7
1.3 Justificación.....	8
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Marco Conceptual.....	19
2.3 Teorías aplicadas en el Proceso de Enfermería.....	31
2.4 Definición de Términos.....	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	36
3.1 Recolección de Datos.....	36
3.2 Experiencia Profesional.....	37
3.3 Procesos realizados en el tema del informe.....	41
IV. RESULTADOS.....	44
V. CONCLUSIONES.....	48
VI. RECOMENDACIONES.....	49
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	54
Anexo N° 1: Servicio.....	55
Anexo N° 2: Guías.....	55
Anexo N° 3: Historial clínico pediátrico.....	56
Anexo N° 4: Orden de hospitalización.....	57

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencias de pediatría del Hospital San Bartolomé son atendidos de una manera pronta y oportuna basados en normas legales establecidas en la Institución.

El Departamento de Enfermería establece su atención basados en Protocolos y Guías de atención de enfermería el cual permita dar al paciente pediátrico una atención oportuna de calidad y calidez, muchas veces no alcanzan la satisfacción del usuario en un 100% ya que se ve afectado por un porcentaje dado que existen aún carencias del hospital ya sea por la falta de insumos, infraestructura, que se ven dentro de las debilidades y amenazas del Hospital.

Los pacientes que acuden al servicio de emergencias pediátricas por crisis asmática son atendidos de manera oportuna basándose en las guías de atención y se dan desde el momento en que ingresa el paciente al servicio, brindando los cuidados inmediatos al paciente y orientando al familiar que trámites debe realizar la admisión del paciente.

La crisis asmática es una patología frecuente en el servicio de emergencias pediátricas que equivale al 35.8% de las patologías más frecuentes que acuden al servicio. Es por ello que cabe resaltar que la crisis asmática severa es una enfermedad de alto riesgo en la morbilidad del

paciente, siendo una de las enfermedades respiratorias que causan la muerte en los niños menores de 5 años.

Las enfermedades respiratorias constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representando el 40-60% de las consultas, la incidencia es más elevada en las áreas urbanas, existen factores de riesgo que predisponen a favorecer las IRAs, algunos modificables y otros no, como son la edad bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico, hacinamiento, contaminación ambiental, uso de kerosene, humo del cigarrillo ó tabaco. (1)

Es por ello que creo conveniente corregir algunas debilidades que se presentan en el servicio de emergencias pediátricas al momento de la atención de estos pacientes ya que de esta manera garantizaremos una pronta recuperación de salud del paciente pediátrico para ello se buscará culminar con el plan de mejora del servicio de emergencia pediátrica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La crisis asmática es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que producen episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria y tos que se acentúan en la noche y la madrugada siendo la causa más común de consultas en las unidades de emergencia pediátricas. El asma aguda es una emergencia médica que debe ser diagnosticada y tratada rápidamente, los niños con crisis asmática deben ser evaluados en dos dimensiones una fase estática (determinación de la gravedad de la crisis de ingreso (y una fase dinámica (su respuesta al tratamiento). Se revisan y analizan con detalle los actuales tratamientos farmacológicos (oxígeno, broncodilatadores y corticoides inhalados y sistémicos, aminofilinas, sulfato de magnesio y otros). Aunque muchos consideran que el asma es una patología de manejo ambulatorio, las hospitalizaciones son causadas por una falta de tratamiento ambulatorio y preventivo, y los factores asociados a esto están implicados, experiencia de los padres en la comprensión de la enfermedad, niños muy pequeños y múltiples medicamentos de control (2)

A nivel mundial los principales problemas de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de éstas, el Asma Bronquial (AB) ha sido considerada la más común entre adultos y niños en el mundo desarrollado,

constituyendo un problema epidemiológico creciente que sobrecarga los servicios hospitalarios, ocupando un lugar importante con una mortalidad en aumento en los últimos años (3).

El Asma constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados, su incidencia se incrementa en los países en vías de desarrollo y la prevalencia ha aumentado en casi todos los países. (4)

Independientemente del nivel de desarrollo a tal punto que se ha catalogado como la epidemia no infecciosa del siglo XXI. (5)

Se conoce que más del 5% de la población de las sociedades industrializadas sufren de AB. Según la Iniciativa Global para el Asma este padecimiento afecta a 300 millones de personas en el mundo, cifra que según un estudio prospectivo puede crecer en más de los 100 millones para el año 2025. En cuanto a la mortalidad, más de 180 mil personas mueren cada año a causa de esta enfermedad. Sólo en América central y del sur 40 millones de personas tienen asma. (6)

En México la prevalencia hasta 1997 era relativamente baja, sin embargo, sólo en este año 120,000 personas fueron diagnosticadas, y se estima que arriba de 4,000 personas mueren de asma cada año en México (7)

El asma bronquial se ha incrementado en todo el mundo de un 10 a un 40% en el último congreso Mundial de Alergia e Inmunología organizado por la IAAACI y la reciente WAO (Organización Mundial de Alergia). Se

presentó por el Dr. Johansson (congreso ICACI Australia), un incremento del 10 al 40% de asma en todo el mundo (8).

El asma es la enfermedad más común que se presenta en los niños de Estados Unidos de América (EUA), afectando aproximadamente a 2.7 millones. (9)

El análisis de datos de The National Health Interview Survey reveló que, entre 1981 y 1988, la prevalencia del asma informada por los padres de familia tuvo un incremento de 42% en todos los niños menores de 18 años. (9)

En la década pasada, las hospitalizaciones por asma en los Estados Unidos tuvieron un incremento de 46% entre los niños menores de cinco años de edad, y las tasas de mortalidad correspondientes tuvieron un incremento de 80% entre los niños de 5-14 años de edad.(10)

En Perú, según la encuesta demográfica de Salud Familiar del 2015, se obtuvo como resultado que uno de cada 5 niños menores de cinco años de edad tuvieron síntomas de infecciones respiratorias. La prevalencia encontrada para los niños de 3 a 5 años fue de 18.9%. En relación al nivel de urbanización la prevalencia de crisis asmática fue de 20.3% y otras ciudades grandes el 21.3%, para el resto urbano el 17.4% y para el rural 20.6%.

Diversos estudios en el ámbito mundial han sido realizados con la finalidad de hacer comparaciones internacionales sistemáticas sobre prevalencias

muchas las debilidades que queremos corregir para así brindar una atención de calidad a nuestros pacientes para ello buscamos a través de un plan de mejora del servicio de emergencia sugerir al hospital la importancia de mejora estas debilidades que obstaculizan una atención de calidad y calidez.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

VEGA SEPÚLVEDA, Dora Angélica. México (2013) en su tesis titulada **“Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control de asma”**, siendo su objetivo conocer las características familiares, que tienen los pacientes con asma bronquial y determinar el nivel de conocimientos que tienen los padres sobre el control del asma bronquial durante el 2013, teniendo como resultado La muestra quedó conformada por 73 pacientes de los cuales en base a sus características familiares arroja que 41.10% de los niños asmáticos pertenecen a una familia con parentesco nuclear simple, 16.44% a una familia monoparental extendida sin parentesco, 100% a una familia de núcleo integrado en base a presencia física, 72.60% a una familia de servicio en base a su subsistencia. La puntuación promedio del cuestionario fue de 35.06 3.28 puntos (Error estándar), con un mínimo de 2 puntos y un máximo de 73 puntos, obtenidos mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma. Llegando a las siguientes conclusiones: En base a los cuestionarios aplicados, que los resultados son un tanto variables, predominando la característica de familia como nuclear simple, así en el

nivel de conocimientos se aprecia que hay predominantemente padres que si tiene conocimiento sobre asma. Sin embargo consideramos que una intervención del personal de salud puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre asma, y con ello disminuir la morbilidad de esta enfermedad. (12)

ORJUELA PARRA, Martha Inés, Colombia (2013) en su tesis titulada: **Evaluación de la eficacia del uso de Salbutamol utilizando dosis de 200 y 300 microgramos en escolares con Crisis Aguda de Asma Leve a Moderada. Hospital Pediátrico Agustín Zubiaga. Abril- Agosto 2013**, cuyo objetivo es. El objetivo principal del tratamiento en la crisis aguda de asma es la reversión rápida de la bronco constricción mediante la administración repetitiva de Beta dos adrenérgicos por vía inhalatoria, así como la administración de esteroides que actúan sobre la inflamación. La dosis apropiada de Beta dos agonistas por inhalador de dosis medida no ha sido determinada aún, diversas investigaciones citan dosis que varían desde 2 a 10 puff (200 a 1000 microgramos), por lo cual se realizó ensayo clínico experimental. El estudio se realizó a 50 escolares niños de edad escolar, 23 con crisis asmática leve y 27 con crisis moderada, se tomaron 2 grupos tratamiento, un grupo (25 pacientes) recibió dosis de 2 puff cada 10 minutos hasta por una hora, y otros (25 pacientes) 3 puff cada 10 minutos hasta por una hora. El grado de respuesta se midió a través del Flujo Espiratorio Pico previo a la terapia y posterior a la misma a los 30 y 60 minutos. Hubo predominio del

sexo masculino en los pacientes estudiados aunque no estadísticamente significativa ($P=0.45$). Se evidenció respuesta satisfactoria en la medición del FEP sin diferencia estadísticamente significativa en la efectividad entre ambas terapias al comparar cada grupo tratamiento según edad y grado de severidad de la crisis. Lo que demuestra que el uso de bajas dosis de Salbutamol, proporciona respuesta clínica satisfactoria y contribuye al rendimiento del inhalador de dosis medida en beneficio económico, así como de cómoda posología para el paciente (13).

De la Vega, T., et al llevaron una investigación en Cuba en el año 2013 bajo la denominación **“Comportamiento clínico-epidemiológico del asma bronquial en menores de 15 años”** con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico del asma bronquial en menores de 15 años de un policlínico cubano. Desde el punto de vista metodológico el estudio se caracterizó por ser descriptivo de corte transversal llevado a cabo en una muestra de 257 menores. Los resultados mostraron que la mayoría fueron de sexo masculino (52,1%), predominando los pacientes clasificados con asma leve intermitente (32,3%), seguido del moderado persistente (30,1%) y leve persistente (22,6%). Respecto a las condiciones higiénicas y ambientales de la habitación de los pacientes, el 53% tenía en casa elementos que favorecen la presencia de polvo en el hogar, el 81,7% tenía un familiar en casa con hábito tabáquico. En relación a los factores de riesgo en pacientes asmáticos la totalidad tenían antecedentes familiares de atopia

y desencadenaban las crisis con los cambios climáticos, seguidamente. El 95,0% de pacientes eran sensibles a inhalantes respiratorios y en el 64,0% de los hogares se detectó la presencia de fumadores. Las manifestaciones clínicas más severas de la enfermedad se evidencian en los asmáticos que poseen malas condiciones materiales de vida (64,3%). En este sentido las condiciones materiales de vida se relacionan con la severidad del asma ($p=0,05$). Se concluyó que el asma bronquial persiste como una enfermedad infradiagnosticada. En el orden epidemiológico, los antecedentes familiares de atopia y los cambios de tiempo, aventajaron a los restantes factores de riesgo asociados (14).

Ojanguren, I., et al desarrollaron un estudio en España en el año 2012 con el nombre de **“Incidencia y características de las agudizaciones asmáticas en Barcelona en 2005 y 2011”** donde el objetivo fue estimar la incidencia de asma y las características clínicas de sus agudizaciones en 219 pacientes asmáticos atendidos en el servicio de urgencia de un hospital universitario. Se planteó un estudio observacional y prospectivo donde como se empleó la documentación y la entrevista telefónica como instrumentos de recolección de datos. Los resultados mostraron que la mayoría pertenecía al sexo femenino (68%). La rapidez en la instauración de la agudización fue inferior a una hora en 81/219 (38%) en el 2005. En el 8% de pacientes fue de inicio agudo (1 a 3h). En el 25% de los pacientes la velocidad de la instauración fue entre 4 a 24h. La mayoría de pacientes (29%) refirieron que el episodio se había iniciado de forma lenta

>24h. La rapidez en la instauración de la agudización en 2011 pudo conocerse en 198 de 220 casos y se distribuyó de la siguiente manera: fue súbita (<1h) en 9 pacientes. Los signos y síntomas evidenciaron la presencia de catarro nasal lento (49%), seguido de tos, expectoración y fiebre (26,0%), rinitis y estornudos (4,0%). El 13% de pacientes presentaron una temperatura registrada en urgencias inferior a 36,5°C. El 41% de los pacientes presentaron una temperatura superior a 37°C y el 17% presentaron temperaturas entre 36,5°C y 37°C. Se concluyó que sólo uno de cada dos asmáticos realiza tratamiento corticoideo inhalado de forma habitual, de lo que podemos concluir que el asma sigue siendo una enfermedad infratratada y el pulso entre el desarrollo científico y el comportamiento de la enfermedad continúa (15).

Antecedentes Nacionales

BARBOZA PALACIOS, Tatiana, Lima (2011), en su estudio titulado: **“Perfil del paciente asmático que acuden a la Emergencia del Instituto de Salud del Niño (ISN) por crisis de asma aguda”**, donde se tomó los datos de los pacientes mayores de 2 años de edad que ingresaron por crisis asmática Para el tratamiento ambulatorio y/o hospitalario en una ficha clínica especialmente preparada para tal fin y posteriormente al tratamiento (de acuerdo a los lineamientos del Consenso de Asma Bronquial del Colegio Médico del Perú). Se tomó contacto con los familiares de éstos para saber la evolución clínica a los 7

7 días de dicho episodio. Se encontró una predominancia del sexo masculino y el de grupo etario de 5 a 9 años en el grado estudiado. De los 90 pacientes 7 fueron hospitalizados, 5 el mismo día del estudio por Status Asmático Bronconeumonía sobre agregada y 2 por recaída días después (16).

ARTEAGA VEGA, César Augusto. Lima (2015) en su tesis titulada: **Caracterización clínico-epidemiológica de las agudizaciones asmáticas en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora Enero 2015 - Diciembre 2015**, cuyo objetivo es : Determinar las características clínico-epidemiológicas de las agudizaciones asmáticas en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora (HMA), teniendo los siguientes resultados: En relación a las características epidemiológicas de las agudizaciones asmáticas en niños de 5 a 10 años se observó que la edad media fue 7,3 años, perteneciendo la mayoría al grupo etario mayor igual a 7 años (64,7%). Según la distribución por sexo, más de la mitad de niños pertenecieron al sexo femenino (56%), además la mayoría tuvo un índice de masa corporal normal (85,3%). Entre otras características, se observó un promedio de 1,9 episodios de crisis asmática en el último año, siendo la ocurrencia principalmente en los meses de invierno (39,7%). El 40,5% de los niños tenían hospitalizaciones previas por asma. El 63,8% usó corticoides, siendo la beclometasona el más utilizado. Entre los antecedentes familiares se encontró asma bronquial (50,9%), seguido de dermatitis

atópica (23,3%), rinitis alérgica (21,6%) y un solo caso de atopía (0,9%). El desencadenante más frecuente de las crisis asmáticas fue la infección viral (67,2%) originando un promedio de 3,6 días de hospitalización. Los signos y síntomas más frecuentes fueron hipoxemia (99,1%), sibilancias (98,3%), fiebre (65,5%) y tiraje subcostal (56,9%). En los resultados de laboratorio se observó una media de leucocitos $10 \pm 3,8$ mil/mm³, PCR promedio de $3,2 \pm 1,8$ mg/ml y un promedio de 2,8 células abastionadas. El resultado de flujometría con β_2 agonista con reversibilidad superior al 15% fue reversible en el 50,9%. Se evidenció que las principales complicaciones fueron atelectasia (27,6%), neumonía (21,6%) y neumotórax (2,6%). Entre los resultados de hospitalización, el 44,8% de los pacientes presentaron ingreso hospitalario por agudización asmática, con un tiempo promedio de $4 \pm 1,3$ días, siendo los criterios de alta más frecuentes, la saturación O₂ > 95% (44,8%), la ausencia de taquipnea (29,3%) y la ausencia febril superior a 24 horas (28,4%). En cuanto a las características clínico- epidemiológica según el ingreso hospitalario se observó que los niños de sexo femenino presentaron mayor frecuencia de ingreso hospitalarios por agudizaciones asmática en comparación del sexo masculino (52,3% vs 35,3%) (17).

Muro, D. llevó a cabo un estudio en el año 2013 en Lima con la denominación "Factores desencadenantes más frecuentes de crisis asmática, en niños de 3 a 14 años, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional PNP Luis Nicasio Sáenz, durante el

periodo julio 2011 a junio 2012” donde el objetivo fue identificar los factores desencadenantes más frecuentes de crisis asmáticas en niños de 3 a 14 años. Desde el punto de vista metodológico el estudio fue descriptivo, prospectivo, transversal que incluyó la participación de 1359 pacientes que acudieron al servicio de emergencia. Los resultados arrojaron que el 63,5% fueron varones, siendo principalmente del grupo etario de 6 a 10 años, teniendo a Lima Centro como el lugar de mayor procedencia (52,8%); además se encontró que la mayor frecuencia de crisis asmática (31,7%) y la estación más prevalente fue el invierno (29,0%). Entre otros hallazgos encontrados, las infecciones respiratorias representaron el 73,3%, como el factor más frecuente, también se encontró el clima (7,5%), los alimentos (6,4%), los epitelios de animales (3,6%), el polvo de casa (2,8%), los ácaros (1,9%) y la contaminación ambiental (1,7%). Se concluyó que dentro de los factores desencadenantes más frecuentes, las infecciones respiratorias representaron las más frecuentes, en relación con la edad, sexo, lugar de procedencia, estaciones del año y según el tipo de intensidad de la crisis asmática. (18)

Lescano, B. desarrollaron una investigación en el año 2012 en Lima-Perú con el título “Características clínico epidemiológicas de pacientes de 2 a 6 años con diagnóstico de asma atendidos en la unidad de asma en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Enero 2006-Diciembre 2010” donde el objetivo fue describir las características clínico epidemiológicas del asma bronquial en pacientes de 2 a 6 años. La metodología del estudio

ameritó un planteamiento observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo llevado a cabo en 1610 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 25% lo constituyó el grupo etario de 3 años. El sexo masculino correspondió al 52,5%. El 8,8% procedió del Callao. Los niños presentaron rinitis alérgica como manifestación clínica más frecuente representando el 82% de casos. Los niños con familiares atópicos fueron 23,9% versus 76,1% de niños sin familiares atópicos, en el primer grupo la madre ocupó el 36,7%. Los niños con familiares fumadores fueron 9,2% versus 90,8% de niños sin familiares fumadores, respecto al primer grupo el padre representó el 55,7%. Los niños con animales en casa fueron 16,2% versus 83,8% de niños sin animales en casa, en relación al primer grupo el tener un perro correspondió al 52,6%. Se brindó tratamiento combinado de corticoide inhalador más beta agonista inhalador (44,9%). Se concluyó que la mayoría de pacientes fueron de sexo masculino y niños de 3 años. La rinitis alérgica fue la manifestación clínica más frecuente al iniciar las crisis de asma. Tener algún familiar atópico, algún familiar fumador o animales en casa presentó asociación con mayor número de visitas por descompensación de la enfermedad. (19)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Definición de crisis asmática

El asma es una enfermedad respiratoria crónica, que deriva su nombre del griego *asthma* (respiración difícil). Se caracteriza por episodios, de variada intensidad, duración y frecuencia, en los cuales la persona afectada presenta dificultad para respirar, acompañada de sonidos de alto tono, similares a un silbido (*sibilancias*). Estos episodios, o ataques, son desencadenados por una reacción alérgica de las vías respiratorias que hace que diversos agentes produzcan una inflamación en los bronquios, dificultando el paso de aire al pulmón. No sólo la inflamación obstruye el paso del aire.

El músculo que recubre los bronquios se contrae y contribuye también a estrechar su luz. Además las células secretoras, presentes en todo el aparato respiratorio, comienzan a producir mayor cantidad de moco. En consecuencia, éste puede formar tapones que dificultan aún más la respiración. En resumen los principales componentes de la respuesta asmática son:

- Inflamación de la vía aérea con edema de la pared y aumento de la permeabilidad vascular
- Hipersecreción mucosa
- Contracción del músculo liso bronquial

2.2.2. Clasificación del asma

- **Asma atópica o extrínseca:** generalmente es estacional y tiene un estímulo alérgico evidente; con frecuencia se inicia en la infancia o adolescencia y el paciente presenta antecedentes familiares de enfermedades alérgicas (eccemas, rinitis, urticaria). Su incidencia es doble en el hombre que en la mujer. Asma extrínseca incluye a aquellos pacientes en los que puede demostrarse una reacción antígeno-anticuerpo como desencadenante del proceso. En general esta reacción antígeno-anticuerpo está mediada por IgE (asma extrínseco atópico), mientras que en otros casos generalmente de origen ocupacional no puede demostrarse una reacción de hipersensibilidad tipo I de Gell y Coombs (asma extrínseca no atópico). 90% de los asmáticos son atópicos.
- **Asma no atópica o intrínseca** (de causa desconocida): los pacientes no presentan antecedentes personales ni familiares de alergia; la enfermedad aparece en la edad adulta y afecta por igual a ambos sexos. No es posible detectar un antígeno concreto como causa precipitante. Suele comenzar en la vida adulta, en muchos casos se asocia con pólipos nasales, sinusitis maxilar, y/o idiosincrasia a aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos y presenta un curso crónico con frecuente necesidad de esteroides orales para su control.

2.2.3. Clasificación según evolución clínica:

- **Asma intermitente o episódica:** si la enfermedad cursa con crisis de disnea con intervalos asintomáticos.
- **Asma crónico o persistente** si los síntomas son más o menos permanentes y sostenidos con exacerbaciones periódicas.

2.2.4. Clasificación según edad:

- **Asma del lactante.** La gran mayoría son de origen viral, por los mismos virus que causan las bronquiolitis.
- **Asma de la edad escolar.** Afecta sobre todo a varones, y se asocia con alergia a neuroalergenos en la mayor parte de los casos.
- **Asma de la adolescencia.** Se caracteriza por la negación de síntomas y de regímenes terapéuticos, y es el rango de edad con mortalidad más alta.
- Asma del adulto

2.2.5. Clasificación de la severidad del asma

Asma	Síntomas	Síntomas nocturnos
Severa persistente	Síntomas continuos Limitación de actividad física Exacerbaciones frecuentes	Frecuentes

Moderada persistente	Síntomas diariamente Uso diario de beta-2 de acción corta Exacerbaciones afectan actividad Exacerbaciones más de 2 veces por semana	Más de una vez a la semana
Leve persistente	Síntomas más de 2 veces por semana pero menos de 1 vez/día Exacerbaciones pueden afectar actividad	Más de 2 veces al mes
Leve intermitente	Síntomas menos de 2 veces por semana Asintomático entre exacerbaciones Exacerbaciones breves de variable intensidad	Más de 2 veces al mes

2.2.5. Clasificación del asma infantil

Gravedad	Asma leve		Asma moderada		Asma grave
	Episódica	Persistente	Episódica	Persistente	Persistente
Tipo	Episódica	Persistente	Episódica	Persistente	Persistente
Nº de crisis	1-4/año	< 1-2/ semana	4-8/año	> 1-2/ semana	Frecuentes/ graves
Duración de los episodios	Días	Breve	Días	Breve duración	Hospitalizaciones ocasionales
Intercrisis	Asintomático		Asintomático	Tos, sibilancias frecuentes	Tos y sibilancias casi diarias
Síntomas nocturnos	No	< 2/mes	No	> 2/mes	Muy frecuentes
Tolerancia al ejercicio	Buena		Buena	Disminuida	Mala

2.2.6 Características generales

En primer lugar, debemos evitar ponernos nerviosos, porque se lo transmitiremos al niño y su estado empeorará. En una situación de nerviosismo se respira más deprisa y de forma más superficial, agravando en cualquier asmático una posible crisis.

Por este motivo, hay que tranquilizar al niño, procurando que esté cómodo, sin ropa apretada, sentado o acostado e intentando que respire despacio. Para evitar la pérdida de líquido, podemos darle una bebida refrescante o un zumo que le guste. El segundo paso es valorar la crisis asmática para determinar cómo actuar. Según sus características clínicas, las crisis asmáticas pueden ser leves, moderadas o graves.

2.2.7 Diagnóstico de crisis asmática

La historia clínica y la exploración física generalmente son suficientes para llegar al diagnóstico, a pesar de que los síntomas más comunes (tos, sibilancias, tiraje y disnea) no son patognomónicos. Es importante preguntar por historia previa de episodios recurrentes, frecuentemente provocados por factores exógenos (alergenos, irritantes, ejercicio o infecciones víricas). Cuando atendemos a un paciente con los síntomas descritos y una historia previa de asma apenas plantea problemas diagnósticos. El diagnóstico diferencial se plantea principalmente en el primer episodio y con más frecuencia en los menores de 2 años. Los cuadros que con más frecuencia pueden presentar similitudes con una

crisis asmática son: bronquiolitis, laringitis, neumonía, cuerpo extraño bronquial, episodios de hiperventilación (bien primarios, como cuadros psicógenos, o secundarios a trastornos metabólicos, como la cetoacidosis diabética) y otros (anillos vasculares, traqueomalacia, fibrosis quística, disfunción de cuerdas vocales, etc.). Cuando atendemos un episodio agudo de asma, dos aspectos son básicos: la valoración de la gravedad del cuadro y los diferentes escalones en el tratamiento del mismo

2.2.8 Tratamiento

Tratamiento de la crisis asmática leve

a. Agonistas β_2 . Se usa salbutamol inhalado, con espaciador o sin él, o en nebulizaciones a las dosis ya recomendadas cada 20 minutos por una hora y, de acuerdo con la respuesta clínica, se espaciará para ser administrado cada hora durante tres horas y luego cada dos horas hasta la mejoría. El tratamiento ambulatorio se continúa cada cuatro a seis horas durante las siguientes 24 a 36 horas.

b. Esteroides orales. Si la crisis lleva más de 4 horas de instaurada o el paciente viene recibiendo esteroides previamente, se debe valorar la posibilidad del uso de un ciclo corto de esteroides orales a dosis de 1 a 2 mg por kilogramo de peso al día durante tres a cinco días.

Tratamiento de la crisis asmática moderada

- a. Oxígeno.** Se usa en todo paciente con saturación de oxígeno menor de 90%.
- b. Agonistas β_2 .** Se usa salbutamol inhalado o en nebulizaciones a dosis ya enunciadas, cada 20 minutos por una hora y, según la respuesta, se espaciará para ser administrada cada hora durante tres horas y luego cada dos horas hasta obtener disminución de la dificultad respiratoria y auscultación simétrica, con uso posterior cada 4 horas.
- c. Esteroides sistémicos.** Se preferirá la vía oral a la intravenosa.
- d. Bromuro de ipratropio.** Se usa en crisis de moderada a grave. Se puede administrar en ciclo inicial de tres micronebulizaciones con intervalos de 20 minutos y luego continuar cada seis horas. Con el inhalador, la dosis es de 250 a 500 μg por inhalación y de 1 a 2 inhalaciones cada 4 a 6 horas.
- e. Aminofilina.** Se usa en pacientes cuya crisis evoluciona a grave y como paso previo al manejo en unidad de cuidado intensivo.

Tratamiento de la crisis grave

Si la condición clínica del paciente lo permite, se inicia el manejo igual a la crisis asmática moderada; de lo contrario, debe trasladarse a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, previa toma de gases arteriales. Criterios de hospitalización La decisión de hospitalizar se debe fundamentar en el

criterio clínico del médico, pero está en gran parte determinada por factores sociales o del comportamiento individual de cada paciente y su familia (cumplimiento de la terapia por parte de los padres, disponibilidad de medios para realizar el manejo en casa) y la misma institución y sistema de salida (distancia al hospital, disponibilidad de medicamentos, etc.). La respuesta al tratamiento inicial en el servicio de urgencias es el mejor factor pronóstico de la necesidad de hospitalizar, más que la gravedad de la presentación al ingreso. Algunos de los criterios que indican mayor gravedad o posibilidad de hospitalización son los siguientes:

Criterios clínicos

- Percepción de empeoramiento por parte del paciente.
- Persistencia de los signos de dificultad respiratoria.

Criterios funcionales

Saturación de oxígeno menor de 92% a nivel del mar o menor de 90% a alturas intermedias.

- Volumen espiratorio forzado en un segundo o flujo espiratorio pico antes del tratamiento menor de 25% del predicho o mejor personal.
- Volumen espiratorio forzado en un segundo o flujo espiratorio pivo después del tratamiento por debajo del 40%.

Criterios para dar de alta del servicio de urgencias

- Evolución hacia la mejoría y estabilidad por 4 horas con la terapia establecida.
- Gravedad leve de la crisis.
- Apoyo en casa para continuar el tratamiento iniciado en urgencias.
- Cumplimiento del paciente y su familia del tratamiento.
- FEP \geq 60% del predicho o del mejor personal.

El paciente o sus padres deben ser capaces de evaluar la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca, la detección del uso de músculos accesorios, la presencia de sibilancias audibles a distancia, realizar una revisión técnica del uso de inhaladores e inhalocámaras y mantener una comunicación permanente y objetiva con el médico y decidir cuándo asistir a un servicio de urgencias. El tratamiento de la crisis en casa debe incluir manejo con salbutamol, 2 inhalaciones cada 20 minutos durante una hora, si hay mejoría 2 a 4 inhalaciones cada 3 a 4 horas, si la respuesta al manejo con agonistas β_2 de acción corta no es rápida y sostenida después de la primera hora se recomienda una dosis de prednisona de 1 a 2 mg/kg al día.

Medicamentos

- **Salbutamol por inhalador:** dos inhalaciones cada 4 a 6 horas durante 5 a 7 días, dosis que se debe reducir hasta suspender, según la mejoría clínica y funcional. Se usará en casa según necesidad después de la recuperación de la crisis con base en la información dada al paciente de signos y síntomas clínicos de crisis o exacerbación de la enfermedad.
- **Prednisolona:** 1 a 2 mg por kilogramo por día hasta completar 3 a 5 días.
- **Corticoide inhalado:** en los pacientes con clasificación crónica persistente o pacientes crónicos sin manejo previo adecuado. Controles médicos - Control con médico pediatra en la semana posterior al egreso.
- Control con neumología o alergología pediátrica durante el mes siguiente.

2.2.9 Proceso de Atención de Enfermería

- Durante la crisis asmática aguda el personal de Enfermería controla la ventilación y el esfuerzo requerido para respirar mediante la evaluación de los patrones respiratorios.
- Observaremos directamente la frecuencia y la profundidad de las respiraciones y uso de músculos accesorios. Auscultaremos los sonidos respiratorios y mediremos la frecuencia del pulso.
- Los patrones de respiración serán ineficaces y el trabajo de la respiración alto.

- Controlaremos estrechamente el intercambio gaseoso, mediante gasometría y pulsioximetría.
- Si la crisis es grave, se puede prever la necesidad de medir con frecuencia los gases sanguíneos e insertar un catéter arterial permanente para evitar las punciones repetidas.
- Evaluaremos la intensidad de la disnea y el esfuerzo necesario para respirar.
- Controlaremos también el equilibrio de líquidos durante una crisis prolongada, ya que estos pacientes suelen experimentar excesiva disnea para poder ingerir líquidos, que pierden en exceso a causa de la elevada ventilación por minuto.
- Una vez estabilizado el paciente, el personal de Enfermería intentará identificar la causa de la crisis, ya que esta información es necesaria para ayudar a controlar sus crisis.
- Durante el cuidado de los pacientes en el contexto comunitario, la valoración de Enfermería se centra en los patrones de síntomas, los métodos utilizados para prevenir las crisis y las técnicas de autocuidado, dirigidas a controlar los episodios agudos.

Planificación

Los criterios de evolución son los siguientes:

- El paciente recupera un patrón de respiración normal, incluyendo frecuencia y profundidad de las respiraciones.

- El paciente mantiene una Pa Co₂ en la línea basal normal (alrededor de 40 mm Hg)
- Sonidos respiratorios claros en la auscultación, con evidencia escasa o nula de sibilancias
- El paciente mantiene una Pa O₂ alrededor de 100 mm Hg.
- El paciente comunica ausencia de disnea en repos

Diagnóstico

- Si se trata de la primera vez que el niño sufre una crisis se comienza con dosis pequeñas y se va aumentando según la respuesta del niño y si ha tomado previamente medicación es necesario conocer la cantidad y dosis que se le han administrado a fin de no provocar sobredosificaciones y efectos secundarios graves.
- Los medicamentos de uso habitual son los broncodilatadores y los corticoides que la enfermera debe manejar con rapidez para aliviar los síntomas lo antes posible.
- La medicación inhalada se administra a través de un dispositivo nebulizador conectado a una fuente de aire o de oxígeno, dependiendo de las necesidades del niño. Tiene que alcanzar los 6 litros y permanecer horizontal para que el medicamento sea inhalado eficazmente.
- Durante la administración del medicamento el niño debe adoptar una posición sentada, incluso en el regazo de su madre/padre y respirar de manera normal.

- La monitorización respiratoria incluye: el control de las respiraciones, saturación de oxígeno y observar los signos de dificultad respiratoria...
- Evidentemente el asma trae consigo una hipersecreción mucosa que debido al estrechamiento de las paredes no es posible que el niño las expulse hasta que no ha cesado la broncoconstricción de lo que se deriva este otro diagnóstico del proceso asmático y que precisa de medicación para resolverse

2.3 Teorías aplicadas en el Proceso de Enfermería

Teoría de Virginia Henderson

Su teoría se basa en el "concepto de las necesidades básicas humanas" "toma en consideración aspectos fisiológicos y psicológicos". También se ocupó de las necesidades básicas, señalando 14 necesidades: Respirar, nutrirse e hidratarse, eliminar, mantener la temperatura corporal, descansar o dormir, protegerse de enfermarse y morir, mantener la integridad de la piel, actividad y ejercicio, vestir ropas adecuadas, poder comunicar emociones, opiniones, reproducción y sexualidad, aprender para el autocuidado de la salud, recreación y descanso, vivir según valores y creencias, tener un trabajo que agrada (20).

Esta teoría lo que nos aporta es que el ser humano es un ser integral y por lo tanto todas sus necesidades están integradas, por lo cual las necesidades básicas deberían estar cubiertas, además nos permite lograr independencia en el paciente, contribuyendo en el autocuidado.

Teoría de Dorothea Orem

Se refiere, al autocuidado "es una conducta concreta dirigidas por las personas sobre si mismas, para beneficio de su vida, salud o bienestar" (21).

También mencionan, que ella ha desarrollado la Teoría general del Autocuidado, la cual trata de tres subcategorías: Teoría del autocuidado, que incluye requisitos de autocuidado universal, (conservación del agua, del aire, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana; requisitos de autocuidado del desarrollo promover las condiciones necesarias para la vida, prevenir las condiciones adversas.

La teoría del déficit del autocuidado, es la que describe y explica, las causas que puedan provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud, no pueden asumir su auto cuidado.

La Teoría de Sistemas de Enfermería, es donde se explica cómo las enfermeras, pueden atender a los individuos, empleando diferentes sistemas: sistemas totalmente compensadores, parcialmente compensadores, de apoyo y educación

Esta teoría es importante, debido a que al paciente se vea incentivado y que asuma su autocuidado para que se reintere nuevamente a su vida. (22)

Teoría de Ramona Mercer

Ramona Mercer, con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. (23)

Es importante recalcar el cuidado materno perinatal de la profesión de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación. La aplicación de esta teoría a la práctica sirve como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre – hijo. Cabe recalcar la importancia de las intervenciones de enfermería pues son la forma más efectiva de elevar las

interacciones entre madre-hijo y el conocimiento materno sobre el cuidado infantil, ayudando a simplificar un proceso muy complejo de adaptación; la madre porque va a cumplir un papel importante en la sociedad en la formación de una persona pandimensional y el neonato por el paso de la vida intrauterina al medio externo.

2.4 Definición de Términos

- **Crisis asmática:** Es una persona que tiene asma, las vías respiratorias de los pulmones son un problema. Siempre están un poco inflamadas e irritadas, pero, durante una crisis asmática (también denominada ataque, brote o episodio asmático, o exacerbación de asma), los problemas se agravan. Una mucosidad pegajosa obstruye parcialmente esas importantes vías respiratorias. Y los músculos que hay a su alrededor se contraen, estrechándolas todavía más y quedando muy poco espacio en su interior para que fluya el aire con normalidad.
- **Alergénico:** Algo que causa una reacción alérgica o que el asma se exacerba.
- **Alergia:** Una respuesta exagerada del sistema inmune o una reacción a sustancias que no son generalmente dañinas.
- **Plan de acción para crisis asmática:** Este plan debe incluir toda la información necesaria para una persona que sufre de asma: que

medicamentos tomar, los pasos a seguir cuando tiene un ataque de asma y a quien llamar en caso de una emergencia. Su médico lo ayudará a crear su Plan de Acción para el Asma. Compártalo con su familia, sus maestros, su niñera y amigos para que todos sepan cómo ayudarle en el caso de que tenga un ataque de asma.

- **Ataque de asma:** Cuando una persona respira con silbido, tiene mucha tos o le falta el aire, es que está con un ataque de asma. Detonantes tales como las alergias, un resfriado, el humo del cigarrillo, el ejercicio y hasta aire frío pueden causar un ataque de asma.
- **Broncoconstricción:** La bronco-constricción es la constricción de las vías respiratorias. Además de la inflamación de las vías respiratorias, puede producir síntomas como tos, respiración con silbido y falta de aire.
- **Inhalador:** Un inhalador es un dispositivo portátil, que se toma con las manos y con el cual se administran dosis de un medicamento que se puede inhalar para que llegue directamente a los pulmones, a diferencia de una pastilla o un líquido que se traga. Hay dos tipos de inhaladores: el inhalador de dosis medida emite el medicamento en forma de vapor o spray, mientras que el inhalador de medicamento en polvo emite el medicamento en forma de polvo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Los Datos se recogieron de datos estadísticos de pacientes que acudieron al servicio por un problema respiratorio. Se hizo una lectura de total de las Historias clínicas, sacando datos importantes, tanto de la Anamnesis, Anotaciones de Enfermería, Evolución médica, tratamiento y exámenes de laboratorio.

Se ha tomado datos desde el 2014 hasta el 2016, del historial estadístico, de producción del servicio emergencia de pediatría del Hospital San Bartolomé que se presenta a continuación.

También hemos revisado los libros de ingresos y egresos del servicio de emergencias de pediatría así como también las normas institucionales tanto administrativas como funcionales, hemos revisado las guías de procedimientos de la institución, así como la visión y la misión del servicio.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia laboral inicia en el año 2004 realizando el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de salud) de modalidad electiva en la Unidad de Bomberos Roma II del centro de Lima trabajando paralelamente en la Clínica Quirúrgica Santa María en el área de emergencia y hospitalización. Posteriormente ingreso al HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ HONADOMANI MATERNO INFANTIL MADRE NIÑO en el 2007 al servicio de emergencias pediátricas también he rotado temporalmente por los servicios de uci neonatal utip pediátrica y medicina pediátrica también en el 2010 me desempeñé como profesora de practica en el curso de salud del niño y adolescente de la universidad Winer por 2 años , posteriormente he trabajado en la clínica san Borja en el servicio de pediatría y hospitalización de adultos por 3 años. Actualmente solo trabajo en el hospital san Bartolomé tengo 10 años laborando en el servicio de emergencias pediátricas

Como Enfermera asistencial inicio mis labores de enfermería recibiendo el reporte de enfermería del turno saliente obteniendo el reporte de los pacientes hospitalizados, los pacientes ambulatorios, de las salidas de la ambulancia, del material e insumos que hay en el servicio, de las eventualidades que suscitaron durante el turno saliente.

Como personal nombrado de enfermería laborando casi 10 años en el servicio de emergencias de pediatría cumplo mis funciones trabajando conjuntamente con el equipo multidisciplinario en situaciones críticas y no críticas de los pacientes que acuden al servicio de emergencia de pediatría realizando muchas veces las funciones no solo de enfermera asistencial sino también administrativa y de docencia.

A lo largo de mi experiencia laboral durante estos años he aprendido que la enfermera en esta área crítica es una persona líder, capaz de manejar situaciones de estrés de dar soluciones de brindar apoyo emocional al paciente, familia capaz de dar todo de sí para minimizar la dolencia del paciente y de dar seguridad al que lo necesita.

En mi hospital se observa el incremento de pacientes no solo de lima centro sino también de otros distritos de lima ya que los pacientes y familiares refieren la calidad y calidez en la atención a ellos y lo gratificante que se siente posterior a la atención, ya que una sonrisa paga mi atención a mi labor como enfermera.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad:

a) Área Asistencial

- Planear, ejecutar y evaluar la atención integral y continua de enfermería de los pacientes a su cargo.
- Ejecutar las rondas de enfermería para detectar problemas o necesidades del servicio
- Brindar cuidados de enfermería especializada a pacientes en estado crítico
- Planear la atención de enfermería durante las 24 horas del día y las funciones son estas:
 1. Administración de medicamentos EV.
 2. Administración de medicamentos subcutáneo / intradérmico.
 3. Administración de medicamento IM.
 4. Alimentación por sonda nasogástrica, orogastrica – yeyunostomía.
 5. Canalización de vía periférica.
 6. Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal, traqueotomía y orofaríngea.
 7. Colocación de sonda Foley.
 8. Colocación de sonda nasogástrica.
 9. Toma de sangre capilar para control de Glicemia (3/v al día).
 10. Curación de estoma.
 11. Nebulizaciones / inhalaciones.

12. Oxigenoterapia según dispositivos.
13. Extracción de muestra de sangre arterial – venosa.
14. Administración de medicamentos por vía oftálmica – tópica.
15. Educación al paciente y/o familia.
16. Ingreso de pacientes.
17. Pre operatorio.

b) Área Administrativa

- Planificar, dirigir, organizar, ejecutar y coordinar la atención integral del paciente y el buen funcionamiento del servicio a su cargo.
- Participar en la formulación y actualización de normas técnico administrativas y diversos procedimientos.
- Coordinar con el medico jefe del servicio sobre las ocurrencias, cambio de personal, apoyo de necesidades del servicio, etc.
- Realizar el inventario mensual del material, equipos y servicios.
- Supervisar y evaluar la atención de enfermería brindada al paciente.
- Coordinar con los demás miembros del equipo de salud necesidades y/o problemas de servicio.
- Propiciar y mantener el sistema de trabajo en equipo
- Mentar buenas relación humanas
- Participar en la evaluación del personal a su cargo.

- Verificar ingresos y altas, registrar estos en la hoja de censo diario del paciente.
- Conocer y propiciar el buen uso y mantenimiento del material del servicio.

c) Área Docencia:

- Colaborar en la educación de estudiantes de enfermería y otros profesionales en prácticas clínicas o asistenciales.
- Participo en la educación para la salud en los cuidados humanos, usuarios, familia y comunidad.
- Orientación sobre las necesidades de alimentación y nutrición al paciente y familia.
- Charla educativa a familiares y/o acompañante.

d) Área de Investigación:

- Colaborar en la formación de Manual de Procedimientos y guía de atención de enfermería.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Niño asmático de 10 años, acude por fatiga en aumento en las últimas dos horas, a pesar de haber tomado 2 tandas de tratamiento inhalado con sabutamol. La madre refiere que es la 3ª vez que ha precisado atención de urgencia en los últimos 2 meses, y que no toma ningún tratamiento. A

la exploración FC 120 x', FR 60 respiraciones por minuto, pálido, adormilado, cianosis perioral, con mucho esfuerzo respiratorio y muy escasas sibilancias a la auscultación.

1. Diagnóstico: Crisis Asmática Severa, sobre Asma mal controlado.
2. Tratamiento: Previa medición de Sat O₂, nebulización de Beta2 con O₂ al 100% (está cianótico) más Corticoide oral.
3. Antes del alta: Comentarle que, con esa evolución, probablemente va a precisar tratamiento de base (en principio con Corticoides inhalados) y SEGUIMIENTO del niño.

Comentario: Se trata de una crisis asmática severa (cianosis, taquipnea, distress...) en el contexto de un Asma no controlado. El tratamiento inicial son los Beta 2 de acción rápida (salbutamol), y en una crisis grave el corticoide oral es fundamental (Prednisoma, 1-2mg/kg/ día). Pero igualmente, en este caso (crisis grave, 3 recaídas en 2 meses), precisa Tratamiento de Mantenimiento y un SEGUIMIENTO más estrecho por su pediatra.

Innovaciones - Aportes

- ✓ Se logró involucrar la participación del personal en el servicio (trato humanizado con la madre del niño).
- ✓ Se brindó educación individualizada a los familiares de los niños con riesgo de crisis asmática.

Limitaciones para el desempeño profesional

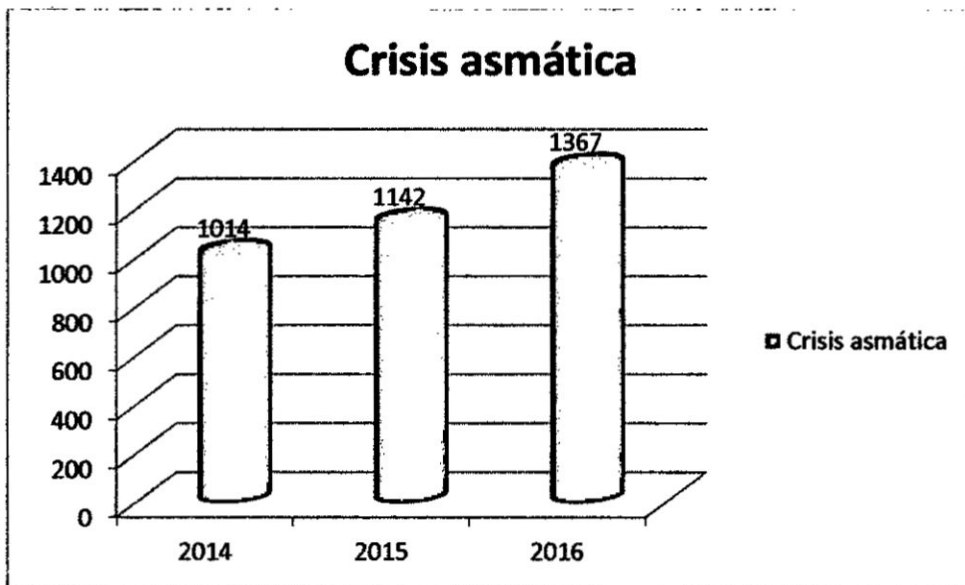
- ✓ Aumento de niños por crisis asmática en fechas no citadas acuden a la atención por emergencias.
- ✓ Aumento de niños transeúntes y niños de EsSalud que acuden a nuestro establecimiento.
- ✓ Falta de personal para la atención de los niños.
- ✓ Falta de personal para realizar seguimientos a los niños con crisis asmática
- ✓ Abandono de algunos familiares directos o responsables del niño; lo cual dificulta educarlos y orientarlos en la prevención de la deshidratación
- ✓ Bajo grado de instrucción de familiares de los niños, no permite que se logre la participación activa en los cuidados de los niños y falta de apoyo del equipo de gestión.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

Pacientes pediátricos con crisis asmática que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

DIAGNÓSTICO	2014	2015	2016
Crisis asmática	1014	1142	1367

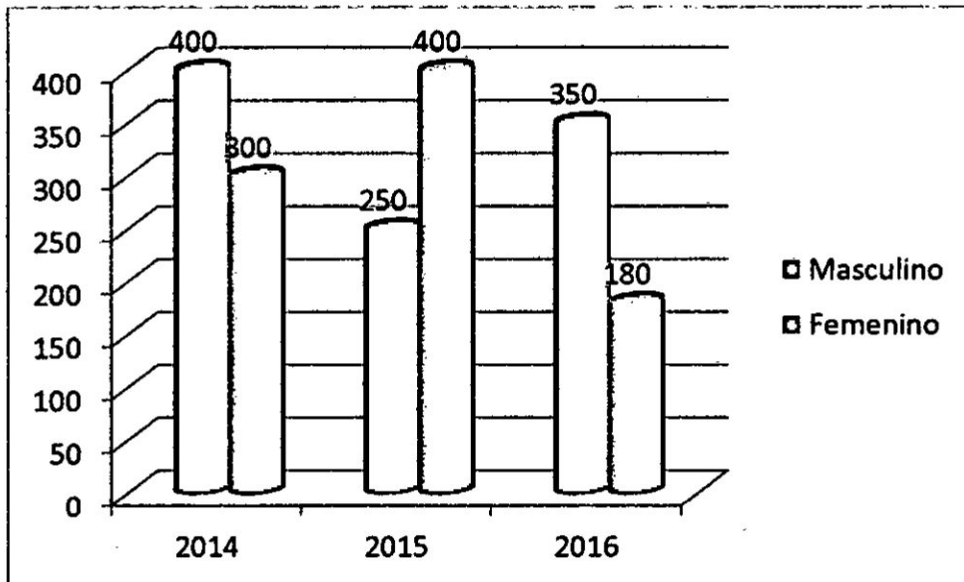


De acuerdo a la gráfica podemos ver que la incidencia de pacientes fue en el año 2016 donde ingresaron 1367 pacientes con el diagnóstico de crisis asmática en el año 2015 ingresaron 1,142 pacientes pediátricos con problemas de crisis asmática y por último en el año 2014 1,014 pacientes.

Tabla N° 4.2

Sexo de pacientes pediátricos con crisis asmática que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

SEXO	2014	2015	2016
Masculino	400	250	350
Femenino	300	400	180
Total	700	650	530

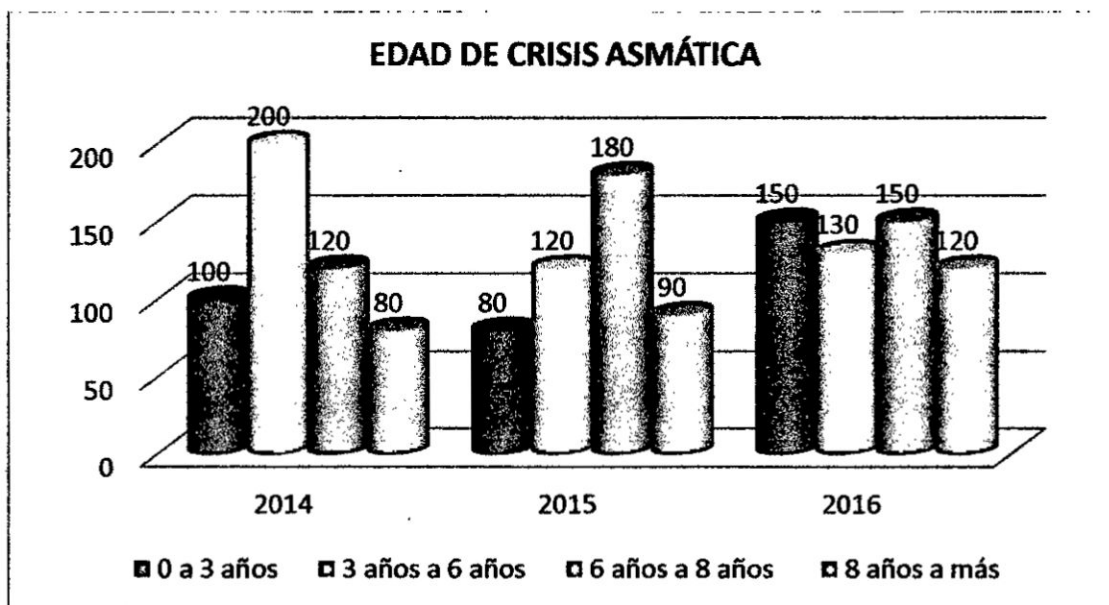


De acuerdo al gráfico 4.2 podemos apreciar que hubo más incidencia en el año 2016 en el sexo masculino seguido del femenino, en el año 2015 el sexo femenino tuvo más incidencia en crisis asmática que en el sexo masculino, y por último en el año 2014 hubo más incidencia en el sexo masculino que el femenino.

Tabla N° 4.3

Edad de pacientes pediátricos con crisis asmática que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

EDAD	2014	2015	2016
0 a 3 años	100	80	150
3 años a 6 años	200	120	130
6 años a 8 años	120	180	150
8 años a más	80	90	120
Total	500	470	550

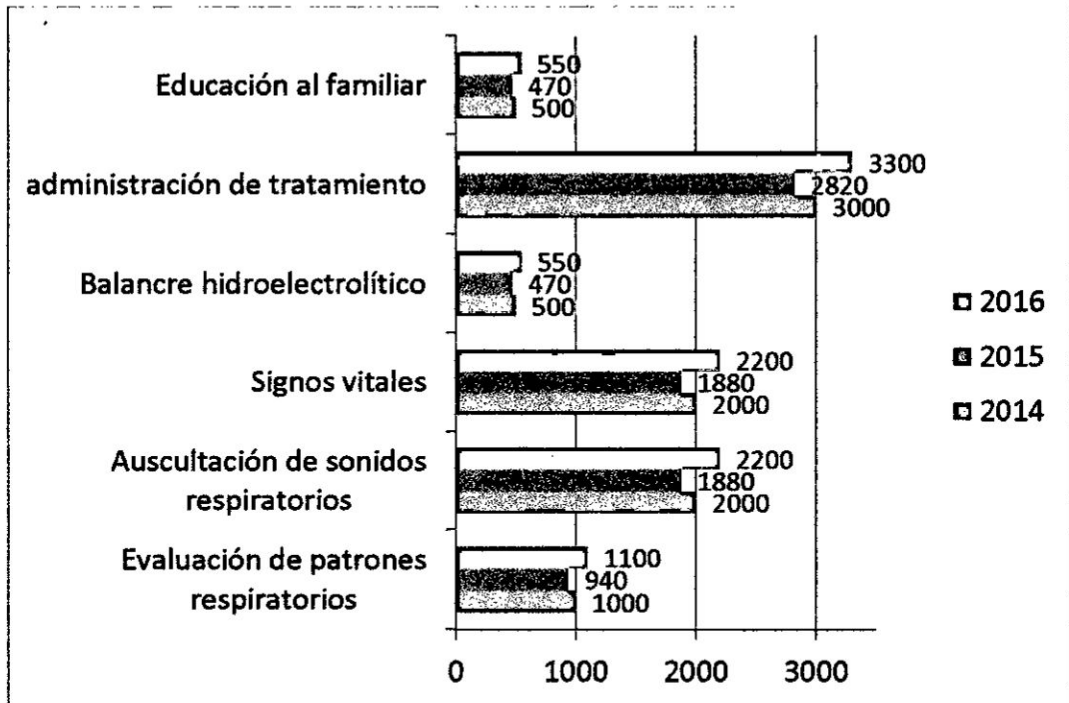


De acuerdo al gráfico 4.3 podemos apreciar que hay más incidencia significativa en el 2016 en pacientes de 0 a 3 años con un ingreso de 150 pacientes con crisis asmática.

Tabla N° 4.4

Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con crisis asmática del servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	2014	2015	2016
Evaluación de patrones respiratorios	1000	940	1100
Auscultación de sonidos respiratorios	2000	1880	2200
Signos vitales	2000	1880	2200
Balancre hidroelectrolítico	500	470	550
administración de tratamiento	3000	2820	3300
Educación al familiar	500	470	550
Total	9000	8460	9900



De acuerdo al gráfico 4.4 se evidencia que los principales cuidados están dirigidos a la evaluación respiratoria del paciente, así como en el tratamiento adecuado principalmente.

V. CONCLUSIONES

- a) La labor del personal profesional de enfermería es fundamental en la atención del paciente pediátrico, ya que el respaldo científico y humanístico avala su labor, enfocándose no solo en el paciente, sino también en la educación de la familia sobre los cuidados que debe tener este tipo de pacientes para lograr su eficaz recuperación.
- b) La demanda de pacientes pediátricos con patología respiratoria es alta, y de aumento progresivo a través de los años, lo que conlleva a mayor necesidad de profesionales competentes que ayuden a reducir la sobrecarga laboral; de esta manera se podrá cubrir la atención clínica del paciente como la educación personalizada al cuidador principal del niño o niña hospitalizado.
- c) La implementación de programas educativos sobre el cuidado del paciente pediátrico de crisis asmática dirigidos a la familia, requiere de la estandarización de actividades, así poder interactuar entre paciente- enfermera en forma oportuna con calidad candidez en el servicio.

VI. RECOMENDACIONES

a) A las enfermeras:

- Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente pediátrico con crisis asmática como especialización.
- Atención humanizada al paciente y familia.

b) A la institución:

- Debe continuar con las gestiones respectivas, en el nombramiento del personal de enfermería y técnico de enfermería.
- Contribuir con la proyecciones audio visuales de videos educativos de pacientes con crisis asmática.
- Fomentar la capacitación del personal.

c) Al servicio:

- Actualizar las guías de procedimiento y de intervención de enfermería.

Realizar retroalimentación en la educación del paciente y familia en el manejo de la crisis asmática.

- Actualizar el Manual de Organización y Funciones (MOF)

VII REFERENCIALES

1. MINISTERIO DE SALUD - MINSA. República del Perú. Doctrina, normas y Procedimientos para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma; en menores de 5 años. Lima – Perú. 2000.
2. SUÁREZ L,* DR. HUERTA JG y Otros. Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres Revista Alergia México *2005; 52
3. ALVARADO MM. Impacto familiar del asma bronquial infantil 2012; 4(39-40)
4. LANG D, SHERMAN M, POLANSKY M. Guidelines and realities of asthma management. ArchInternMed 1997; 157:1193-1200.
5. NEGRÍN VILLAVICENCIO JA. Asma bronquial: aspectos básicos para un tratamiento integral según la etapa clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
6. VARONA P. P. Asma bronquial: "certificado de larga vida" [editorial]. RESUMED [serie en Internet] 1999 [citado 6 feb 2007]; 12(4) Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_4_99/res01499.htm
7. HUERTA J.G, revista de alergia, asma e inmunología pediátricas. (Vol. 13, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2004).pp94-98.

8. Huerta J.G, revista de asma, inmunología y alergia de México (Vol. 10, Núm. 3 • Mayo-Junio 2001) pp72-76. 15. Taylor WR, Newacheck PW.
9. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. Impact of childhood asthma on health. Pediatrics 1992; 90:657-662.
10. Yunginger JW, Reed CE, O'Connell EJ, Et. al .Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juarez. A community-based study of the epidemiology of asthma. I. Incidencerates, 1964-83. Am RevRespirDis 1992; 146:888-894.
11. Lancetl. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juarez. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema.1998 Apr 25;351(9111):1225-1232. 45
12. VEGA SEPÚLVEDA, Dora Angélica. México (2013) en su tesis titulada "Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control de asma".
13. ORJUELA PARRA, Martha Inés, Colombia (2013) en su tesis titulada: Evaluación de la eficacia del uso de Salbutamol utilizando dosis de 200 y 300 microgramos en escolares con Crisis Aguda de

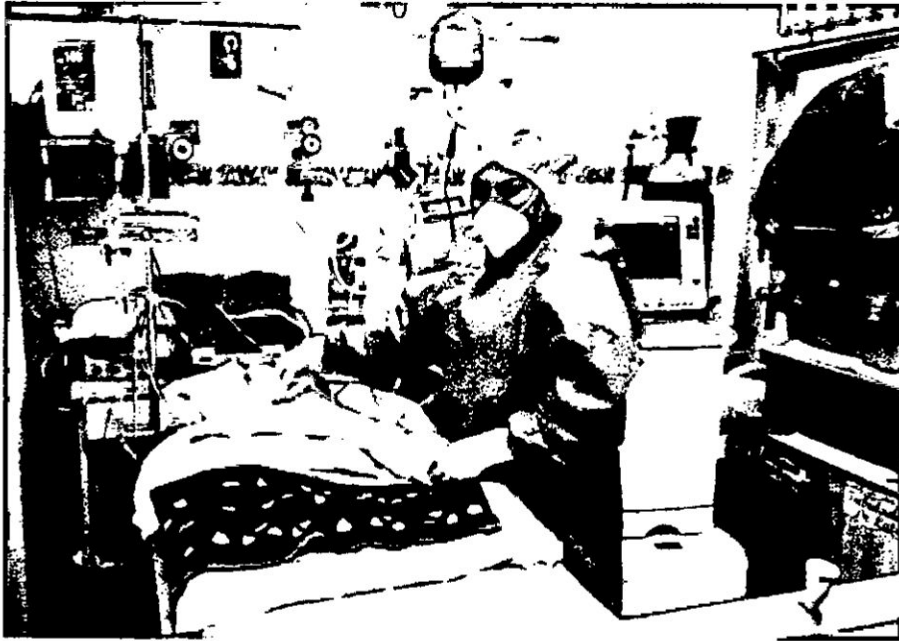
Asma Leve a Moderada. Hospital Pediátrico Agustín Zubiaga. Abril-Agosto 2013

14. De la Vega, T., Pérez, V., Castillo, L. Comportamiento clínico-epidemiológico del asma bronquial en menores de 15 años. Rev Cub Med Gen Integr. 2013; 29 (3): 253- 266.
15. Ojanguren, I., Morrel, F. Incidencia y características de las agudizaciones asmáticas en Barcelona en 2005 y 2011. [Tesis de grado]. España: Univ Autónoma de Barcelona. 2012. 28.
16. Herrera, A., Escobar, A., Saavedra, M., Eugenia, M., Salgado, E., Palavecino, T. Exacerbación en la Unidad de Paciente Crítico: Caracterización clínico. Rev Chil Enf Respir. 2011; 27: 26-30.
17. BARBOZA PALACIOS, Tatiana, Lima (2011), en su estudio titulado: "Perfil del paciente asmático que acuden a la Emergencia del Instituto de Salud del Niño (ISN) por crisis de asma aguda
18. ARTEAGA VEGA, César Augusto. Lima (2015) en su tesis titulada: Caracterización clínico-epidemiológica de las agudizaciones asmáticas en niños de 5 a 10 años atendidos en el Hospital María Auxiliadora Enero 2015 - Diciembre 2015
19. Muro, D. Factores desencadenantes más frecuentes de crisis asmática, en niños de 3 a 14 años, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional PNP Luis Nicasio Sáenz, durante el periodo julio 2011 a junio 2012. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco, 2013.

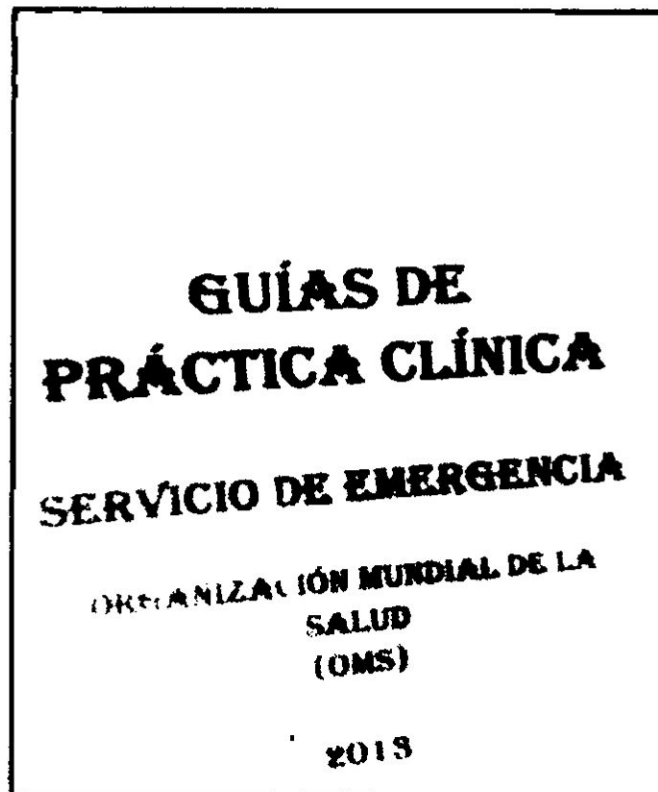
20. Lescano, B. Características clínico epidemiológicas de pacientes de 2 a 6 años con diagnóstico de asma atendidos en la unidad de asma en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Enero 2006-Diciembre 2010. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012.
21. Arena L, Arias J, Beltrán S, Izaguirre M. el cuidado teoría de virgínea Henderson [internet]. [Consultado 2014 nov 28]. Disponible en file:///F:/EI%20Cuidado%20%20VIRGINIA%20HENDERSON.html
22. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Abr 17] ; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es
23. Alvarado, L.; Guarín, L.; Cañón M., W.; Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Revista cuidarte. 2011. 2(1): 195-201. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>

ANEXOS


Anexo N° 1: Servicio



Anexo N° 2: Guías



Anexo N° 3: Historial clínico pediátrico



HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA INTEGRAL (HCPI)
Hospital Amigo de la Madre y el Niño

Nombre: Nege Osorio


Edad: 1 año Sexo: M Fecha de nacimiento: 10/01/2010

Obesidad
 Normal
 Desnutrición leve
 Desnutrición Moderada/Severa


N.º CAMA:

Ministerio de Salud

TABLAS DE PESO EDAD DE NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS (OMS)



TABLAS DE TALLA EDAD DE NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS (OMS)



FOLIO N° Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones

BN	PUNTO-ALISTI ASPI E			ROTAVIRUS		SINUSORCUD			INFLUENZA		SRP	AVIA	DTP	DTP2	DTP3	
	1M	2M	3M	1M	2M	1M	2M	3M	1M	2M						

Anexo N° 4: Orden de hospitalización

ANEXO 07



Instituto de Gestión
de
Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente
Madré Nino San Bernardino

Departamento de
Enfermería

Servicio de
Emergencia
Pediátrica

"Año de la Consolidación del Mar de Grau".

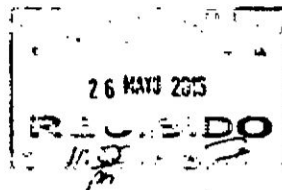
NOTA INFORMATIVA N° 110- 2016- SEP-DE-HONADOMANI-SB.

A : Mg. Miriam Ortíz Espinoza
Enf. Jefa del Departamento de Enfermería.

Asunto : Guías de Intervención de Enfermería

Fecha : 26 de Mayo del 2016

Me dirijo a Ud. para saludarla muy cordialmente y a la vez hacerle llegar las Guías de Intervención de Enfermería del Servicio de Emergencia Pediátrica.



ETR

Atentamente,

AMEXO 05



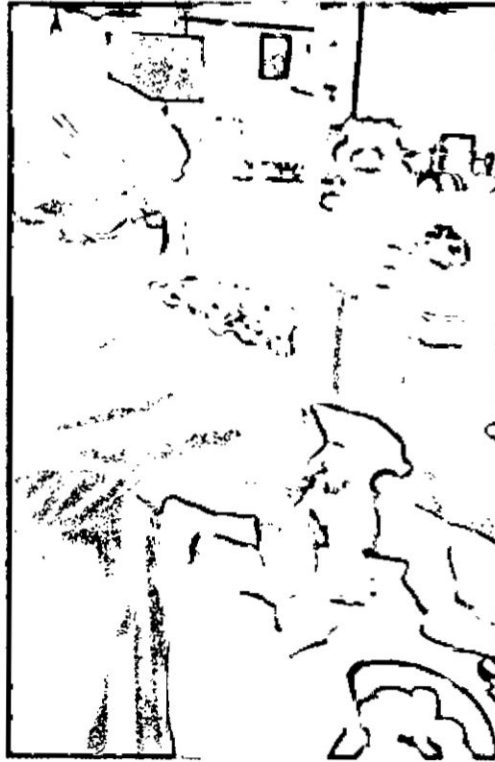
Instituto de Gestión
de
Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño San Bartolomé

Departamento de
Enfermería

Servicio de
Emergencia
Pediátrica

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HONADOMANI – SB



2016

ANEXO 06

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

- **Mg. Miriam Ortiz Espinoza**

JEFA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA:

- **Lic. Elsa Antonia Tasayco Retuerto**

ELABORADO POR:

- **Lic. Jessica Mogollon Vigo**
- **Lic. Vilma Melgar Salcedo**
- **Lic. Miriam Magallanes Hernández**
- **Lic. Guiliana Medina Grimaldo**
- **Lic. Liliana Cueva Flores**
- **Lic. Lizet Oscco Valenza**
- **Lic. Raquel Calderón Villavicencio**
- **Lic. Rosa Moreno Zurita**
- **Lic. Luis Esteban Munayco**
- **Lic. Aurelia Vega Salazar**
- **Lic. Janeth Briceño Fernar dini**
- **Lic. Mabel Parra Tello**
- **Lic. Yanina Céspedes Castro**
- **Lic. Rosario León Sánchez**
- **Lic. María Ramos Pillaca**
- **Lic. Roxana Roldan Espinoza**
- **Lic. Flor De María Quea Vélez**

MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICÍTIS AGUDA

Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de enfermería	Complicaciones	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicador de seguimiento
<p>00060 Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.</p>	<p>2600 Familiares mostrarán gradualmente Afrontamiento de los problemas de la familia.</p>	<p>7140 Apoyo a la familia. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Favorecer una relación de confianza con la familia. • Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. </p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Alentar a la familia manifestar sus sentimientos por el miembro familiar </p>	<p>Trastornos de adaptación.</p>	<p>Médico pediatra, Médico Cirujano Pediatra y Enfermera Especialista.</p>	<p>IV</p>	<p>Estrategias de afrontamiento familiar.</p>

ANEXO 07

HOSPITAL SAN RAFAEL
PELIATRIA
EMERGENCIA

HISTORIA CLINICA:

ORDEN DE HOSPITALIZACION

CAJONES:

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO:

SERVICIO SOCIAL

CATEGORIA A % DESCUENTO CONVENIOS

CATEGORIA B % DESCUENTO IPSS CANILLAS

CATEGORIA C % DESCUENTO COLIGIOS OTROS

NOMBRES:

DIRECCION: No DE LOTE: LUGAR:

CALLE, JR, AV., LT, MZ

DISTRITO:

CODIGO DE UBICAO:

OX. DE INGRESO: 1)
 2)
 3)

DEPARTAMENTO: No DE CAMA:

LUGAR DE INGRESO: CONSULTA
 EMERGENCIA
 TRANSFERENCIA ESPECIFIQUE:

ESPECIFIQUE:

NOMBRE DE FAMILIAR DEL PACIENTE:

No. DE L.E.:

FIRMA Y CODIGO DEL COLEGIO MEDICO:

NOTA: ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ADMISION Y DEL MEDICO LLENAR ESTE FORMATO