

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON CRISIS
ASMATICA EN EL INSTITUTO NACIONAL ESPECIALIZADO; LIMA - 2021**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA PEDIATRICA**

PATRICIA YOLANDA MUÑOZ ALCA

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ PRESIDENTA
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES VOCAL

ASESORA: Dra. Haydee Blanca Román Aramburú

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: N°019-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de FEBRERO del 2022

Resolución de Consejo Universitario: N.º 099-2021-CU., de fecha 30 junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios, con mucho amor y gratitud

A mi padre siempre te llevare en mi corazón, a mi madre Alicia ejemplo de esfuerzo y perseverancia.

A mi esposo por su paciencia y Amor

A mi hija Pamela, Gael y Ethan por ser la alegría de mi vida fuente mas pura de mi inspiración y estar a mi lado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme y ser mi guía en toda mi carrera profesional .A mis padres por los valores inculcados, a mi esposo e hijos por haberme sostenido y apoyado en cada paso con amor, comprensión y alegría.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por darme la oportunidad de estudiar la especialidad así también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia; se reconoce que esta patología es importante desde el punto de vista de salud pública ya que constituye un problema trascendental a nivel mundial, dado por el aumento de su prevalencia, su alta tasa de morbilidad y mortalidad (1).

Según la Organización Mundial de la Salud en países desarrollados la prevalencia del asma se ha elevado significativamente en las últimas décadas, tanto en niños como en adultos, y se estima que hacia el año 2025, la población urbana se incrementará desde un 45 hasta un 59%, en las próximas dos décadas” (1).

También confirma que 235 millones de personas sufren de Asma en el mundo, siendo los niños los más afectados. De acuerdo con el Reporte Global de Asma del 2018, Latinoamérica posee la mayor cantidad de casos de asma, con un total de 42 606 infantes entre los 6 a los 14 años que portan el padecimiento. Costa Rica se coloca como uno de los países con la mayor cantidad de asma infantil” (2).

En el Perú “Las ciudades con mayor incidencia son: Piura, Chiclayo, Ica y Lima siendo esta la segunda ciudad con mayor contaminación atmosférica de Latinoamérica: casi seis veces superior a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud” (3).

“Essalud informa que las atenciones en estos dos últimos meses por asma en niños se han incrementado más de un 50 % en comparación al año pasado, el mayor porcentaje hacen cuadros de asma ante experiencias estresantes o eventos cargados de emociones y son usualmente aquellos que no tienen un buen control de su enfermedad, a lo que se denomina asma no controlado” (4).

La prevalencia del asma varía conforme a las condiciones medioambientales y demográficas, se desconoce la causa, sin embargo, existen diferentes factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad de desarrollar la enfermedad como la genética, las alérgicas, obesidad, ambiente de fumadores, tener exposición a gases u otros tipos de contaminación atmosférica, la ingesta de diferentes medicamentos, estrés que les causa la pandemia, el consumo de ciertos alimentos.

Siendo el cuidado la esencia de la profesión realizo el presente informe de experiencia profesional sobre cuidados que se brindan a los pacientes pediátricos hospitalizados con Crisis Asmática, en el servicio de Pediatría General del Instituto Nacional Especializado 2021.

.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en niños, las exacerbaciones de la enfermedad determinan consultas reiteradas y causan hospitalizaciones frecuentes en situaciones potencialmente fatales. “La crisis asmática es un episodio de progresiva o repentina dificultad para respirar, con disnea, tos o sensación de opresión torácica o una combinación de estos síntomas. La identificación precoz de la crisis asmática y su tratamiento inmediato son objetivos primordiales, ya que el fallo en el reconocimiento de la gravedad de la crisis o su tratamiento insuficiente o tardío se asocian significativamente con la morbilidad y la mortalidad por asma” (5).

“Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el asma es una de las principales enfermedades no transmisibles, con cerca de 300 millones de personas afectadas en el mundo, en gran parte niños, y unas 400.000 muertes anuales, según datos de 2019, En cuanto a casos, países latinoamericanos como Costa Rica o Panamá muestran una prevalencia considerable de asma” (6).

José Luis Dávila, pediatra del Hospital Ramón Castilla, señaló que Debemos evitar exponer a los niños a situaciones que les causen estrés o ansiedad, brindarles un adecuado ambiente familiar y soporte emocional en estas épocas difícil de confinamiento” (7).

Un niño hospitalizado en tiempo de pandemia donde se restringe a la familia es un acontecimiento nuevo ,implica la separación de su entorno esto le genera inseguridad ante la crisis de asma no favoreciendo en su recuperación, por eso la importancia de la enfermera en brindar un cuidado humanizado desarrollando una actitud empática en la atención de nuestros pequeños pacientes.

El servicio de Pediatría General del instituto nacional especializado cuenta con 35 camas de las cuales 18 son para escolares y 17 camas cunas para escolares y lactantes, el servicio es mixto, los ambientes están divididos en:

- UCE (Unidad de Cuidados Especiales) para 8 pacientes en estado crítico.
- Sala de crónicos para 5 pacientes críticos de estancia prolongada.
- Sala A, B y C con 22 pacientes.

El servicio cuenta con 5 ventiladores mecánicos, la sala de UCE y Crónicos es individualizado cuenta con monitor independiente, oxígeno y aspirador empotrado en casi todos los ambientes., las camas se movilizan de acuerdo al paciente.

El presente informe se realiza a través de hospitalizaciones de pacientes pediátricos evidenciados en registro de ingresos al servicio con crisis asmática, realizando Proceso de Atención de Enfermería en las fases de Valoración, Diagnostico ,Planeamiento, Ejecución y Evaluación a un paciente de 10 años, aplicando la teoría de Virginia Henderson las 14 necesidades, identificando los diagnósticos de enfermería y las intervenciones reales o potenciales frente a complicaciones mediante el proceso de Atención de Enfermería.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En el sentido indicado, el presente trabajo académico se fundamenta en los siguientes antecedentes.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Amaro V. Akiki A. Moreira I. Pinchak C. (2021) Realizaron un trabajo sobre “Características de los pacientes con asma severa y de difícil control asistidos en el Servicio de Neumología Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. -2021” Uruguay. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, funcionales, y comorbilidades de pacientes con asma severa y de difícil control. **Metodología:** estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal de los pacientes con asma severa y de difícil control, atendidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre el 1/1/2019 y el 1/1/2020. Criterios de inclusión: niños y adolescentes con edades comprendidas entre 5 -15 años con diagnóstico de asma severa y de difícil control. **Resultados:** Incluyeron 15 pacientes (9 sexo femenino). La media de edad fue de 10,4 años. En todos los pacientes el inicio de los síntomas fue temprano, en la edad preescolar. Presentaron antecedentes de asma en familiares de primer grado 8/15. Se encontró exposición domiciliar a tabaco en 8/15 de las historias analizadas. La adherencia al tratamiento fue correcta en 6/15 de los pacientes, mientras que se registró una técnica inhalatoria adecuada en 11/15 de los casos. De las comorbilidades evaluadas la rinitis alérgica se presentó en 12/15 y la obesidad en 3/15. **Conclusiones:** El asma severa en el periodo analizado correspondió a 3,8% del total de consultas por asma. La mayoría de los pacientes (11/15) presentaron asma de difícil control, debido a factores subyacentes modificables o reversibles que impiden el control del asma” (8).

Morán M.NaranjoC. (2020). Realizaron el presente trabajo sobre “Factores de riesgo asociados a la presentación de crisis asmática en pacientes pediátricos en Urgencias en el Hospital General Monte Sinaí en el período julio 2018 - julio 2020” Guayaquil-Ecuador. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que influyen en la presentación de crisis de asma bronquial en pacientes pediátricos entre 1 y 9 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí período 2018-2020. **Metodología:** Estudio es descriptivo con diseño no experimental de corte transversal, mediante el análisis de los datos obtenidos de las historias clínicas y formularios de emergencia anexos al sistema de datos informático. **Resultados:** se encontraron 212 pacientes de los cuales el 84% afirmo estar expuestos a contaminantes ambientales de tipo alérgenos biológicos, y el 16% asevero no estarlo, el 33% de pacientes tenía al menos un familiar de primer grado de consanguinidad con antecedente de asma o atopia, el 65% de pacientes pertenecía al sexo masculino con predominancia de ser en la etapa preescolar la presentación de la enfermedad, el 60% de atenciones se registraron en los meses correspondientes a la estación de invierno. **Conclusiones:** se concluyó que los factores determinantes de la presentación de crisis de asma bronquial fueron la exposición habitual a alérgenos biológicos, además el antecedente de familiar de asma o atopia no tiene influencia en el desarrollo de crisis de asma bronquial” (9).

Espinosa M, Triviño M. (2018) Realizo la investigación sobre “Adherencias terapéuticas del paciente asmático en menores de 15 años” En el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Jipijapa – Manabí – Ecuador **Objetivo:** Determinar la adherencia terapéutica en pacientes asmáticos menores de 15 años. **Metodología:** Descriptivo-analítico y transversal. **Resultados:** Demostraron que las personas afectadas presentan un abandono del tratamiento del 30% por los horarios establecidos, la cual se debe al poco interés que muestran las madres sobre la importancia de esta patología, por tanto se propone una aplicación de Talleres Formativos a pacientes con asma tratados en el área de pediatría, que beneficiara tanto al paciente como al familiar, y de esta manera concientizarlos sobre la importancia de cumplir con el régimen prescrito por el personal médico de

manera adecuada. **Conclusiones** Se concluye que con más prevalencia es el cambio ambiental y por tanto un aumento del gasto económico para el paciente y el estado. Seguido a la adherencia terapéutica pacientes menores de 15 años siendo este el no tomar la medicación en horario, seguido de antecedentes familiares por el factor hereditario” (10).

Granda J, Palma C. (2018) Realizado el trabajo sobre” Factores de riesgo de severidad del asma bronquial en niños atendidos en el Hospital Francisco Icaza-2018) Guayaquil- Ecuador. **Objetivo** Determinar los factores de riesgo de severidad del asma bronquial en escolares, atendidos en el Hospital Francisco Icaza, de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, retrospectivo, observacional, analítico y correlacional. **Resultados** demostraron que, los principales factores de riesgo de severidad de asma bronquial son sexo masculino, entre 5 a 7 años, sin antecedentes de sibilancias, alergias, sin infecciones respiratorias, con mascotas y lactancia materna. **Conclusiones:** El grado de severidad del asma bronquial más frecuentemente hallado fue moderado Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables días de estancia hospitalaria y grado de severidad de la crisis asmática”(11).

Centurión M. Godoy L. (2020) Realizaron un trabajo sobre “Características del seguimiento de pacientes asmáticos que consultan por exacerbación en el Departamento de Emergencias de un hospital pediátrico-2020”Asuncion- Paraguay. **Objetivo:** Describir la frecuencia del seguimiento y de tratamiento profiláctico de pacientes asmáticos de 6 a 12 años de edad que consultan en el Departamento de Emergencias del Hospital General Pediátrico **Métodos:** Estudio, observacional, descriptivo transversal, prospectivo. Fueron incluidos niños de 6 a 12 años de edad que consultaron en el Departamento de Emergencias de un Hospital Pediátrico con Diagnóstico de Asma. Se excluyeron pacientes con enfermedad pulmonar de base (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Fibrosis quística). **Resultados:** 51.9% eran de sexo femenino, la edad media fue de $8,3\pm 2$ años, casi la totalidad provenían de Gran Asunción,

más de la mitad de los pacientes tuvieron crisis de asma leve, 48.9% con antecedentes familiares de Asma, 28.6% tenían seguimiento por especialistas y 25.6 % usaban algún tipo de medicación profiláctica. No se observó relación entre medicación profiláctica y número de internaciones.

Conclusión: La cuarta parte de los pacientes tenía seguimiento y algún tipo de medicación profiláctica” (12).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Lozada A. (2021) Realizaron investigación en una Revista Médica. 2021“Hospitalización por crisis asmática en niños: ¿Cuál es la causa? Estudio de casos y controles- Arequipa Perú **Objetivo:** Determinar los factores clínicos, laboratoriales y epidemiológicos que motivan hospitalización por crisis asmática en el Hospital Yanahuara, Arequipa-Perú. **Metodología:** Estudio observacional, prospectivo, de casos y controles donde se estudian factores de riesgo para hospitalización, comparando 84 niños asmáticos hospitalizados con 110 niños control del Programa de Asma. **Resultados:** La mayor frecuencia de hospitalización ocurre en el rango de 6-12 años, siendo la mayoría varones. Los factores clínicos asociados fueron síntomas respiratorios previos, rinitis alérgica y de intolerancia al ejercicio Entre los factores laboratoriales, se encontró positivo el hallazgo de IgE elevada para la edad Los factores epidemiológicos fueron antecedentes de padres con asma infección viral respiratoria previa , exposición a caspa de animales , al humo de cigarrillo en el hogar , incremento de atenciones en Emergencia antes de la crisis , no usar corticoides inhalados, exceso de uso de medicación de rescate y finalmente, empleo inadecuado de la técnica inhalatoria. **Conclusión:** Este estudio muestra que existen diversos factores asociados a hospitalización por crisis asmática y que pueden ser fácilmente abordables y potencialmente modificados para disminuir ingresos hospitalarios y costos de atención por asma” (13).

Matos J. (2019) Realizo la investigación sobre “Características clínico-epidemiológicas de pacientes pediátricos con crisis asmática del servicio

de pediatría del Hospital Santa Rosa-2019-Lima **Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de pacientes pediátricos con crisis asmática del servicio de pediatría del Hospital Santa Rosa durante el año 2019. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional durante el mes de marzo 2020 donde se recolectó datos de historias clínicas; **Resultados:** El promedio de edad encontrada fue de 6 años un 55.3% algún antecedente de alergia en la familia. La severidad de crisis asmática que más se encontró fue la moderada con 54 casos (63.5%). Se encontró un mayor porcentaje en el sexo masculino (55,2%). También se encontró a la infección viral como desencadenante más común (82.4%) y la complicación más encontrada fue la neumonía, seguido de atelectasia. **Conclusiones:** Las crisis asmáticas se presentaron mayormente en niños de sexo masculino siendo la severidad más común la moderada. El desencadenante en su mayoría fue la infección viral y las neumonías fueron las complicaciones más vistas en estos pacientes” (14).

Soto C. (2019) Realizo la investigación sobre” Factores asociados a un pobre control de asma bronquial en niños atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2019-Lima.**Objetivo:** Establecer los factores asociados a un pobre control de asma bronquial en niños atendidos en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, Lima 2019. **Metodología:** Estudio analítico retrospectivo de casos y controles. El presente estudio se realizó en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2019. Se incluyeron como casos niños que presentaban más de una visita a emergencia al hospital en los últimos 30 días .**Resultados:** Se observó que los factores de riesgo es un pobre control de asma, mientras que la adherencia terapéutica un factor protector para el control de asma. **Conclusiones:** En conclusión, los factores asociados al control de síntomas en el niño asmático en edad preescolar son la severidad clínica del asma y la adherencia que presente a las prescripciones médicas que se le indique a la familia” (15).

Castillo H. (2018) Realizo la investigación sobre “Factores de riesgo asociados al asma en niños atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-2018 Lima .**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo más

relevantes asociados a la aparición de asma en niños de 4 a 12 años atendidos en el servicio de neumología pediátrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo comprendido de septiembre a diciembre del 2018. **Metodología:** La investigación es del tipo observacional, prospectiva; analítico y de corte transversal. La muestra fue de 160 niños de 4 a 12 años, atendidos en el servicio de neumología pediátrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, **Resultados:** Al analizar las variables socio-demográficas la mayor parte de la muestra eran niños de 4 a 6 años representando 33,75% La distribución según sexo fue de 56,25% para el sexo masculino **Conclusiones:** Se determinó que los factores de riesgo con mayor relevancia son los antecedentes familiares de asma, después los antecedentes familiares de atopia y alergia, luego la exposición continua a alérgenos e irritantes; además se determinó que la ablactancia antes de los 6 meses también era un factor de riesgo relevante, pero en menor medida que los otros” (16).

Mego L. (2018). Realizo un estudio de Investigación sobre “Diagnósticos e intervenciones de enfermería en niños con problemas respiratorios en el servicio de Emergencia del HSJL- 2018-Lima.**Objetivo:** Determinar la relación entre diagnósticos e intervenciones de Enfermería en pacientes menores de 5 años con problemas respiratorios en el servicio de Emergencia del HSJL, 2018. **Metodología:** Enfoque Cuantitativo, diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal-retrospectivo. Población y muestra: Conformada por 350 pacientes atendidos mensualmente y según la fórmula la muestra es de 61 pacientes menores de 5 años hospitalizadas en el área de Observación del servicio de Emergencia del HSJL. **Resultados:** Según la frecuencias de las enfermedades respiratorias la Neumonía es de mayor incidencia con el 33%, en la relación de los Diagnósticos y los problemas respiratorios el de mayor uso fue Patrón respiratorio ineficaz con un 28%, y en la relación de Intervenciones con los problemas respiratorios el de mayor uso fue Manejo de la Vía Aérea con un 20%; por último, la relación entre diagnósticos e intervenciones con mayor porcentaje fue Patrón Respiratorio Ineficaz con Manejo de la Vía Aérea con un 37.70%. **Conclusiones:** Existe relación

entre los Diagnósticos e Intervenciones de enfermería en Patrón Respiratorio Ineficaz y Limpieza respiratoria ineficaz con Oxigenoterapia, Hipertermia con Regulación de la Temperatura, Ansiedad con Manejo del Asma y Disminución de la Ansiedad. Mientras que en los no mencionados se acepta la hipótesis nula” (17).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Virginia Henderson - 14 Necesidades básicas

“Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia” (18). “Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, se caracteriza por: Utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano” (19). Muestra un enfoque de enfermería holístico que abarca las necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y sociales.

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas, son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera (20). Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Planteamiento general del modelo.

“Henderson considera que el papel fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos de su vida), para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad, y el conocimiento necesario en cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a recuperar su independencia lo más rápidamente posible” (21).

“Relación con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: El enfermero sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: El enfermero lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.” (20)
3. “Nivel de acompañamiento: El enfermero permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía” (20).

“La filosofía de Henderson considera que la valoración de las necesidades humanas básicas ha de sufrir las modificaciones oportunas en relación con la fase de la alteración o desviación que se esté viviendo en cada momento” (22). La valoración realizada al inicio de un proceso patológico de estas características, en el que conocemos el impacto individual y familiar del diagnóstico, quizá irá encaminada a la determinación de los recursos, individuales y familiares, con los que se puede contar para ayudar al soporte de tal impacto, con el objetivo de suplirlos o reforzarlos, si fuera preciso” (22).

2.2.2. Dorothea Orem - Teoría del Déficit de Autocuidado

Presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. (23)

La teoría del Autocuidado, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Dorotea E Orem propone tres tipos de requisitos: del autocuidado universal, autocuidado del desarrollo, y del autocuidado de desviación de la salud; e identifica 10 variables agrupadas dentro de los condicionantes básicos como la edad, sexo, estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. (23)

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros e integra las definiciones conceptuales: **Persona**: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. **Salud**: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. **Enfermería**: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar. (23)

La Teoría del Déficit de Autocuidado, la teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (23)

La Teoría de los Sistemas de Enfermería, la teórica establece tres tipos de sistemas: la enfermera, el paciente o grupos de personas, y sucesos ocurridos (incluyendo las interacciones de familias); de igual forma establece tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo educativo, estos últimos el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades, siendo el rol principal de la enfermera es regular la comunicación y desarrollo de capacidades de autocuidado. (23)

2.3. BASE CONCEPTUAL

2.3.1. Asma

“Según la OMS define que “el asma es una enfermedad crónica que afecta a niños y adultos, las vías que conducen el aire a los pulmones se estrechan debido a la inflamación y la compresión de los músculos que rodean las vías respiratorias , ello causa los síntomas del asma: tos, sibilancias, disnea y opresión torácica” (1).

2.3.2. Etiología

“Causas que provocan el asma bronquial pueden ser: Intrínsecas, extrínsecas o mixtas Pueden ser:” (24)

- “Ambientales como: aire frío, ejercicio, alérgenos, infecciones respiratorias, estrés emocional, humo del tabaco, contaminación ambiental, productos químicos irritantes, entre otros.” (24).

- “Factores genéticos. Junto con los factores ambientales favorecen y predisponen a la aparición de la enfermedad, antes de nacer o durante la infancia.” (24).

“Los mecanismos que ocasionan la inflamación bronquial son muy complejos, ya que intervienen diferentes células y mediadores inflamatorios que son motivo de investigación científica continua” (24).

2.3.3. Fisiopatología

“El asma es un síndrome multifactorial en cuya fisiopatología intervienen tanto mecanismos inmunológicos, mayoritariamente IgE mediados, como no inmunológicos. La hiperreactividad bronquial es una característica definitoria” (25).

“En la fisiopatología del asma se debe tener en cuenta: inflamación bronquial (con o sin factor alérgico), obstrucción del flujo aéreo.

En la inflamación intervienen células, mediadores químicos y neurotransmisores:” (25)

“Células. La presencia de eosinófilos y mastocitos activados en el epitelio y en la luz bronquial, se traducen en el aumento de las concentraciones de los productos elaborados por estas células (histamina, prostaglandinas D2 y leucotrienos).” (25)

“**Mediadores químicos.** Los eosinófilos y mastocitos liberan numerosas sustancias químicas capaces de ocasionar edema y broncoconstricción de la mucosa respiratoria: histamina, eicosanoides (derivados del ácido araquidónico) y factor activador de las plaquetas (FAP)” (25)

“**Neurotransmisores.** Las vías aéreas están reguladas por el sistema nervioso autónomo (SNA), que actúa sobre la musculatura lisa bronquial y las glándulas secretoras. El SNA está formado por el sistema adrenérgico o simpático (broncodilatador) y el colinérgico o parasimpático

(broncoconstrictor). Los neurotransmisores son la noradrenalina y la acetilcolina, respectivamente.” (25)

“**Alergia.** La inmunoglobulina E (IgE) es un tipo de proteína del organismo, que se denomina "anticuerpo". La inflamación alérgica se encuentra sólo en el paciente sensible que se expone a un alérgeno, éste se pega a su IgE específica que se posa sobre la membrana celular del mastocito con liberación de mediadores inflamatorios como histamina, tromboxanos, prostaglandinas y leucotrienos que ocasionan las manifestaciones clínicas del asma”(26).

2.3.4. Síntomas

“Los síntomas del asma en los niños:” (27)

- Opresión en el pecho
- Tos, especialmente por la noche o temprano en la mañana
- Problemas respiratorios, como falta de aire, respiración rápida o jadear para obtener aire
- Sensación de cansancio
- Círculos oscuros debajo de los ojos
- Irritabilidad
- Sibilancias, que producen un silbido cuando exhalan
- Dificultad para comer o succionar (en bebés).

“Estos síntomas pueden variar de leves a graves. Pueden ocurrir con frecuencia o solo de vez en cuando. Cuando los niños tienen un ataque de asma, sus síntomas empeoran mucho.”(27)” Los ataques pueden aparecer de forma gradual y poner en peligro la vida. Los signos de advertencia de un ataque severo incluyen tos intensa, problemas respiratorios graves y palidez o un color azulado en la cara, labios y uñas. Si su hijo tiene esos síntomas, busque ayuda médica de inmediato” (27).

2.3.5. Tipos de Asma

“Tenemos 5 tipos de asma más comunes en niños:”(27)

- “Asma alérgica. Cuando la respiración del niño se altera y se dificulta cuando él es expuesto a alérgenos como el polen, los ácaros o pelo de animales, en cualquier estación.”(27)
- Asma estacional. ...
- Asma no alérgica. ...
- Asma ocupacional. ...
- Asma por el ejercicio.

2.3.6. Crisis Asmática

“La crisis asmática es un episodio de progresiva o repentina dificultad para respirar, con disnea, tos o sensación de opresión torácica o una combinación de estos síntomas” (5). La identificación precoz de la crisis asmática y su tratamiento inmediato son objetivos primordiales, ya que el fallo en el reconocimiento de la gravedad de la crisis o su tratamiento insuficiente o tardío se asocian significativamente con la morbilidad y la mortalidad por asma” (5).

2.3.7. Prevención del asma

“La prevención del Asma se puede clasificar como primaria, secundaria y terciaria. Con la prevención primaria pretendemos evitar la sensibilización inmunológica y el desarrollo de los anticuerpos IgE.” (28)
”Con la prevención secundaria, evitar el desarrollo de la enfermedad alérgica, después que el individuo ya se ha sensibilizado, pero no tiene todavía síntomas, y con la terciaria evitar la producción de exacerbaciones eliminando o previniendo la acción de factores desencadenantes” (28).

2.3.8. Tratamiento

“El asma es una enfermedad que se puede controlar, mantener con medidas ambientales y medicamentos. Los beneficios del tratamiento con fármacos para el control del asma superan con creces los riesgos de efectos adversos. El pediatra de Atención Primaria puede dirigir el tratamiento de la mayor parte de los niños y adolescentes con asma” (29).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Enfermera Pediátrica

“La/el enfermero/a especialista en Enfermería Pediátrica es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de Enfermería especializados durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al niño o adolescente sano y enfermo, así como en su rehabilitación, dentro de un equipo interdisciplinar y multiprofesional” (30).

Hospitalización Paciente pediátrico en pandemia

“La hospitalización de un niño es un acontecimiento nuevo y la separación de su entorno habitual le genera incomodidad, miedo e inseguridad, constituyéndose en un evento desagradable” (20). Cada institución tiene sus propios reglamentos de familiar acompañante del niño internado.” La aceptación ayuda a reducir la ansiedad y el temor en el niño hospitalizado”

Alergia

“Las alergias pueden provocar una serie de síntomas como goteos nasales, estornudos, picazón, sarpullidos, edema (hinchazón) o asma. Las alergias van de leves a severas. Una reacción severa llamada anafilaxia puede resultar fatal. Los tratamientos incluyen medicinas, inyecciones y evitar las sustancias que causan las alergias” (31).

Infecciones

“Las infecciones son un proceso en el que un microorganismo se aloja en el cuerpo de una persona y comienza a multiplicarse, causando ciertas afecciones a la salud. Debes saber que existen muchos tipos de microorganismos, dentro y fuera de nuestros cuerpos, los cuales normalmente son inofensivos e incluso útiles” (32).

Inhaladores

“Los inhaladores son dispositivos que se introducen en la boca y permiten que un medicamento, atomizado en gotas diminutas, pase directamente con la respiración a las vías aéreas. De esta forma, el principio activo accede más fácilmente a los bronquios y pulmones y su acción es más localizada, rápida y directa que si se usaran otras vías de administración. Además, las dosis de fármaco que se necesitan son menores, por lo que también se reduce el riesgo de efectos adversos” (33).

Sulfato de Magnesio

“El sulfato de magnesio es un medicamento que también puede afectar a los músculos, y también podría reducir la inflamación. Se puede administrar mediante goteo en las venas (por vía intravenosa). La revisión de los ensayos encontró que el sulfato de magnesio intravenoso, además de los broncodilatadores, parece ser seguro y beneficioso para las personas con ataques de asma graves, o para aquellas para las que los broncodilatadores no funcionan” (34).

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

3.1 VALORACIÓN

3.1.1 DATOS DE FILIACION

- **Nombres y apellidos del paciente:** N.C.R.
- **Documento de identidad:** xxx
- **Grado de instrucción:** 5to grado
- **Grupo Sanguíneo:** o “+”
- **Edad:** 10 años
- **Sexo:** masculino
- **Estado civil:** No aplica
- **Ocupación:** Estudiante
- **Religión:** católico
- **Lugar y fecha de nacimiento:** Lima ,15/03/2011
- **Nacionalidad:** Peruano
- **Dirección actual:** Av. Arnaldo Márquez #2015
- **Departamento:** Lima
- **Provincia:** Lima
- **Distrito** Jesús María

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA: Paciente es traído por presentar agitación y dificultad al respirar, saturación de oxígeno 86% lo pasan a shock trauma. le colocan mascara de reservorio a 15 lpm, le realizan terapia de rescate con salbutamol y sulfato de magnesio, se hospitaliza en el servicio de pediatría para completar tratamiento con azitromicina, metilprednisolona y destete progresivo de oxígeno, saturación variable 94-96 % con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL: Estado Asmático d/c Neumonía Atípica.

3.1.4 ANTECEDENTES: Asma, rinitis alérgica.

3.1.4.1 Antecedentes Perinatales

Producto de 1ra gestación, CPN>6 sin Inter recurrencias durante el embarazo. Nació a las 37ss, parto cesárea (por posición transversa) peso 4,060Kg talla 51cms, llanto inmediato. Alta conjunta a los 3 días.

3.1.4.2 Antecedentes Familiares

- Padre: Aparentemente sano.
- Madre: Aparentemente sana.

3.1.4.3 Antecedentes Personales

Neumonía a los 4 años (2 hospitalizaciones). Uso de inhaladores desde los 5 años, última crisis hace 1 año, no usa tratamiento preventivo.

3.1.4.4 Antecedentes Socioeconómicos y Culturales:

Medio nivel socioeconómico, ambos padres trabajan.

3.1.5 EXAMEN FISICO

3.1.5.1 Control de signos vitales

- Presión arterial: 90/60mmHg
- Frecuencia cardiaca: 128 x´
- Frecuencia respiratoria: 48 x´
- Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm
- Temperatura corporal: 38 °C
- Peso 49Kg

3.1.5.2 Exploración céfalo caudal

- Cabeza: Normo cefálico, no signos de anormalidades
- Oreja: Simétricas.

- Nariz: Alineada y simétrica, enrojecida. Vías aéreas rinorrea congestión nasal. con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm.
- Boca: Mucosa hidratada. Piezas dentales completas.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil, no doloroso a la palpación, no signos de ganglios inflamados.
- Tórax: Agitación, Sibilantes espiratorios, disneico, según placas radiográficas signos de atrapamiento aéreo, horizontalización de costillas, aplanamiento de diafragma, infiltrado intestinal bilateral, no signos de consolidación.
- Mamas: no aplica
- Abdomen: RHA +, Blando, depresible no doloroso a la palpación.
- Genito urinario: Conservado
- Columna vertebral: Normal, sin presencia de alteraciones anormales.
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con movimientos simétricos.
- Fuerza muscular: En reposo por disnea
- SNC: LOTEP, lloroso, ansioso.

3.1.5.3 Exámenes Auxiliares

Hemograma día 6/11

Leucocitos	10.46 10 ³ /μl
Hemoglobina	13,5gr/dl
Plaquetas	293 x 10 ³ /μl
Neutrófilos	86.4%
Linfocitos	10,7%

Bioquímica día 6/11

PCR	0,2mg/dl
-----	----------

Radiografía Tórax día 6/11

- Signos de atrapamiento aéreo, horizontalización de costillas, aplanamiento de diafragma, infiltrado intestinal bilateral, no signos de consolidación. Sibilantes espiratorios.

IFI VIRAL día 7/11

- Negativo

3.1.5.4 Tratamiento

- Dieta blanda a tolerancia + LAV
- Metilprednisolona 30mg ev c/12hrs
- Sulfato de Mg20%2 gr + NaCl 0,9 ‰/00 300cc pasar en 30'
- Azitromicina 500mg vo c/24hrs
- Paracetamol 500mg PRN
- Metamizol 1gr PRN
- Salbutamol 4 puff c/4hrs en aerocámara
- Bromuro de ipotropio 4puff c/4hrs en aerocámara
- Cabecera 30°
- O2 para saturación >94%
- Manejo de secreciones
- Destete de oxígeno
- Continuar terapia
- Vigilar patrón respiratorio y signos de dificultad respiratoria
- CFV+BHE+OSA

3.1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO 1: Promoción de la salud

Clase 1: Niño de 10 años conoce su enfermedad, no cumple con su cuidado desarreglo en su alimentación y ejercicios el refiere "Consumí

bebida helada después de hacer deporte”, padres lo dejan solo, ambos trabajan.

DOMINIO 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión: Dieta blanda, Apetito disminuido por presentar tos y dolor de garganta.

Clase 2: Digestión: Desarreglo en su alimentación, obeso, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes.,

Clase 3: Absorción: Peso 49 Kg. Obeso.

Clase 4: Metabolismo: Rubicundo, piel caliente al tacto.

Clase 5: Hidratación: Mucosas húmedas, rinorrea, con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm.

DOMINIO 3: Eliminación

Clase 1: Función urinaria: Micción espontanea

Clase 2: Función gastrointestinal: No estreñimiento

Clase 3: Función tegumentaria: Rubicundo, sudoroso, temperatura 38°c

Clase 4: Función respiratoria: Tos con flema, Taquipneico, Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm, sibilantes espiratorios, disneico, placas radiográficas signos de atrapamiento aéreo.

DOMINIO 4: Actividad y Reposo

Clase 1: Reposo/sueño: Sueño alterado por episodios de tos y disnea “quiero ir a mi casa”.

Clase 2: Actividad/ejercicio: Reposo, posición fowler.

Clase 3: Equilibrio/energía: Fuerza muscular disminuida se moviliza con ayuda.

Clase 4: Respuesta cardiovascular y pulmonar: Taquicardia 128x', taquipneico 48x', Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm.

Clase 5: Autocuidado: Colaborador, asistido por el personal.

DOMINIO 5: Percepción y cognición

Clase 1: Atención: Paciente comunicativo, colaborador.

Clase 2: Orientación: Orientado en tiempo, espacio y persona.

Clase 3: Sensación-Persepción: Ansioso, refiere “me voy a quedar solo”, lloroso.

Clase 4: Cognición: Entiende, refiere “solo consumí bebida helada después de hacer deporte”. “quiero ir a mi casa”, ansioso.

Clase 5: Comunicación: Por momentos ansioso, lloroso por hospitalización.

DOMINIO 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepción: Se le observa lloroso, ansioso.

Clase 2: Autoestima: No salgo a jugar por la pandemia,” “hago deporte del colegio por zoom”. “Me quedo solo todo el día”.

DOMINIO 7: Rol y Relaciones

Clase 1: Rol del cuidador: Ambos padres trabajan, hijo único. “estamos preocupados se va a quedar solo”

Clase 2: Relaciones familiares: Se comunican frecuentemente por celular.

Clase 3: Desempeño del rol: Niño se queda solo, aparentemente no existe conflictos familiares.

DOMINIO 8: Sexualidad

Clase 1: Identidad sexual: Paciente masculino.

DOMINIO 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés

Clase 1: Respuesta post traumática: Ansioso

Clase 2: Respuesta de afrontamiento: “Quiero ir a mi casa”, ansioso por quedarse hospitalizado sin mama.

Clase 3: Estrés neuro-comportamental: Colaborador.

DOMINIO 10: Principios vitales

Clase 1: Valores: No refiere

DOMINIO 11: Seguridad y protección

Clase 1: Infección: Temperatura 38°C, dolor de garganta y pecho, tos con flema, procedimientos invasivos catéter venoso periférico dorso mano izquierda.

Clase 2: Lesión física: zona de inserción del catéter venoso periférico dorso mano izquierda.

Clase 4 Peligros del entorno: Hospitalización sin presencia de familiares.

Clase 5: Procesos defensivos: Resultados de laboratorio alterados, enfermedad en tratamiento.

Clase 6: Termorregulación: Febril T38°C

DOMINIO 12: Confort

Clase 1: Confort Físico, Ansioso por la hospitalización, Lloroso refiere “me voy a quedar solo”, “no puedo dormir”

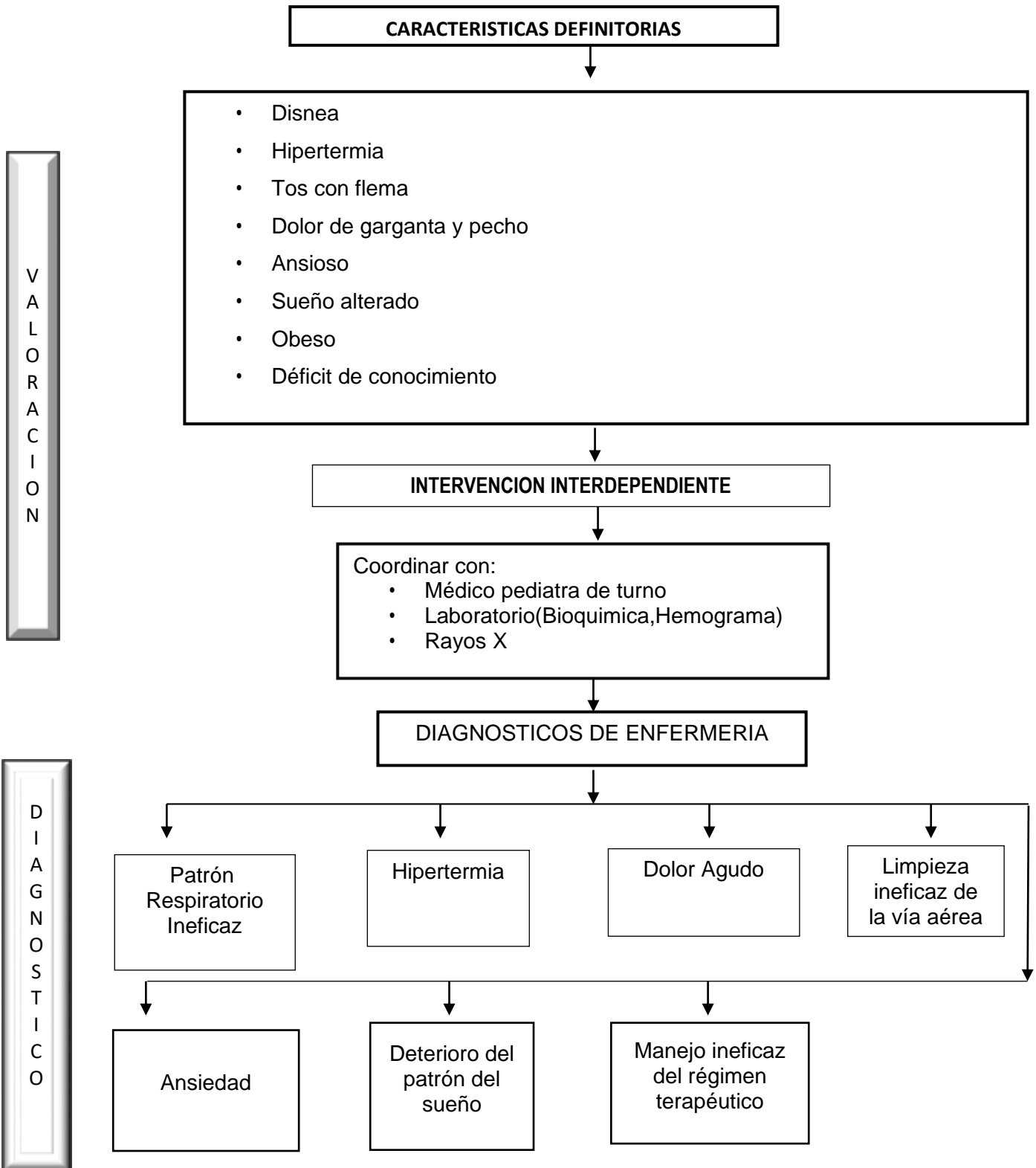
Clase 2: Confort del entorno: Ambiente con buena infraestructura y materiales hospitalarios, se brinda atención holística.

DOMINIO 13: Crecimiento y Desarrollo

Clase 1: Crecimiento: Riesgo nutricional, obeso.

Clase 2: Desarrollo: No sale a jugar, no realiza deporte solo del colegio.

3.1.7 ESQUEMA DE VALORACIÓN



3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.2.1 LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- Disnea
- Hipertermia
- Tos con flema
- Dolor de garganta y pecho al toser.
- Ansioso
- Sueño alterado
- Obeso
- Desconocimientos de los padres

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Patrón Respiratorio ineficaz
- Hipertermia
- Limpieza ineficaz de la vía aérea
- Dolor agudo
- Ansiedad
- Deterioro del patrón del sueño
- Interrupción de los procesos familiares
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Patrón Respiratorio ineficaz	aumento de la resistencia de la vía aérea.	Disnea Taquipnea Taquicardia FR:48x' FC:128X'	Patrón Respiratorio ineficaz r/c aumento de la resistencia de la vía aérea m/p disnea, taquipnea, taquicardia e/p FR:48x',FC:128X'

		Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascarara de Venturi FiO2 50% a 15lpm.	Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascarara de Venturi FiO2 50% a 15lpm.
Hipertermia	Proceso infeccioso	Rubicundez facial Taquicardia Taquipnea T 38°C,	Hipertermia r/c Proceso infeccioso m/p rubicundez facial, taquicárdico, taquipneico. e/p T 38°C,
Dolor agudo	Agentes lesivos biológicos	Dolor de garganta y pecho	Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p dolor de garganta “cuando toso me duele el pecho”.
Limpieza ineficaz de la vía aérea	Obstrucción de las vías aéreas por secreciones	Disnea Tos con flema Rinorrea Sibilantes espiratorios	Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c Obstrucción de las vías aéreas por secreciones m/p Disnea, tos con flema, rinorrea, sibilantes espiratorios.
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	Agitado Lloroso	Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p agitado, lloroso. “me voy a quedar solo”, “quiero irme a mi casa”
Deterioro del patrón del sueño	Sueño interrumpido	Disnea Tos	Deterioro del patrón del sueño r/c sueño interrumpido m/p

			disnea, tos. “no puedo dormir”
Desequilibrio nutricional por exceso	Modificación de las actividades habituales.	Obeso IMC 30,6	Desequilibrio nutricional por exceso r/c Modificación de las actividades habituales. e/p obesidad, “solo hago ejercicios de mi colegio”
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Déficit de conocimiento de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño.	Verbalizaciones sobre los cuidados del niño.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimiento de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño.

Fuente: Elaboración propia.

3.3 PLANIFICACION

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA(00032) Patrón Respiratorio ineficaz r/c aumento de la resistencia de la vía aérea m/p disnea, taquipnea, taquicardia e/p FR:40x',FC:128X', Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascara de Venturi Fio2 50% a 15 lpm		
OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Estado Respiratorio (0415) Dominio: Salud Fisiológica(II) Clase: Cardiopulmonar(E) Definición: Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p> <p>Indicadores: 041501 Frecuencia Respiratoria 041502 Ritmo Respiratorio</p>	<p>3210 Manejo del asma 3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar en posición semi fowler ➤ Administrar oxígeno según indicaciones ➤ Monitorizar el estado respiratorio actual con el estado anterior para detectar cambios. ➤ Eliminar las secreciones bucales y nasales según corresponda. ➤ Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías áreas. ➤ Administración de fármacos según indicación medica ➤ Enseñar al paciente el uso adecuado de los broncodilatadores ➤ Enseñar técnicas de respiración/relajación 	<p>Paciente ha mejorado su patrón respiratorio Frecuencia respiratoria 30x', saturación de oxígeno a cánula binasal a 4 lpm.</p>

041508 saturación de oxígeno

Escala de Medición:

Desviación grave hasta sin desviación del rango normal

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
041501 Frecuencia Respiratoria		2		4	
041502 Ritmo respiratorio		2		4	
041508 saturación de oxígeno		2		4	

- Durante el ataque del asma acercarse al paciente con calma y tranquilidad
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno
- Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración.
- Auscultar los sonidos respiratorios
- Ofrecer líquidos tibios a tolerancia
- Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo del oxígeno
- Monitorizar los valores de laboratorio (hemograma, bioquímica).
- Realizar anotaciones de enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA(00007)Hipertermia r/c proceso infeccioso **m/p** rubicundez facial, taquicárdico, Taquipneico, lloroso. **e/p** T 38°C, FR 48x', FC 128x'.

OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Termorregulación (0800) Dominio: Salud Fisiológica(II) Clase: Regulación metabólica (I) Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y pérdida de calor.</p> <p>Indicadores: 08001 Temperatura cutánea aumentada 08005 Irritable 080013 Frecuencia Respiratoria</p>	<p>3900 Regulación de la temperatura 3740 Tratamiento de la fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizar la temperatura cada 2 hrs. ➤ Observar el color y la temperatura de la piel ➤ Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre. ➤ Aligerar cubiertas, realizar medios físicos ➤ Administrar medicamentos y líquidos (antipiréticos, antibióticos) según indicación médica. ➤ Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre ➤ Comunicar al médico la respuesta humana del paciente. 	<p>Paciente ha mejorado su temperatura llegando a un rango normal.</p>

Escala de Medición:

Gravemente comprometido hasta no comprometido

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
08001 Temperatura cutánea aumentada		2			5
08005 Irritable		2			5
080013 Frecuencia Respiratoria		2			5

- Monitorizar los valores de laboratorio (hemograma, bioquímica)
- Fomentar el consumo de líquido
- Aumentar la circulación del aire
- Controlar la presencia de complicaciones relacionados con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre
- Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.
- Realizar anotaciones de enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p dolor de garganta “cuando toso me duele el pecho”, lloroso.

OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Nivel del dolor(2102) Dominio: Salud Percibida(V) Clase: Sintomatología (V) Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado</p> <p>Indicadores:</p> <p>210201 Dolor referido 210225 Lagrimas 210228 Intolerancia a los alimentos</p>	<p>1410 Manejo del dolor agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una valoración del dolor que incluya localización, duración, frecuencia, intensidad ➤ Valoración subjetiva y objetiva utilizar escala de EVA ➤ (1-3 dolor leve,4-6 dolor moderado,7-10 dolor muy severo) ➤ Administrar tratamiento analgésico según indicación medica ➤ Observar efectos de la medicación ➤ Favorecer el descanso, evitar procedimientos innecesarios. ➤ Evaluar y controlar efectos adversos si aparecen ➤ Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. 	<p>Paciente refiere el dolor ha disminuido</p>

Escala de Medición:

Grave hasta ninguno

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
210201 Dolor referido		2		4	
210225 Lagrimas		2		4	
210228 Intolerancia a los alimentos		2		4	

- Evaluar con el paciente la eficacia del analgésico
- Realizar anotaciones de enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00031) Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c Obstrucción de las vías aéreas por secreciones m/p Disnea, tos con flema, rinorrea, sibilantes espiratorios.		
OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Estado Respiratorio : Permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Dominio: Salud Fisiológica(II) Clase: Cardiopulmonar (E) Definición: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.</p> <p>Indicadores: 041004 Frecuencia Respiratoria</p>	<p>3390 Ayuda a la ventilación 3230 Fisioterapia torácica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener la vía aérea permeable ➤ Colocar al paciente posición semi fowler que se alivie la disnea ➤ Explicar al paciente los procedimientos que se va a realizar ➤ Fomentar una respiración lenta y profunda ➤ Enseñar al paciente que tosa y poder eliminar las secreciones. ➤ Realizar fisioterapia respiratoria 	<p>Paciente logra eliminar las secreciones</p>

041012 Capacidad de eliminar secreciones
041007 Ruidos respiratorios patológicos
041019 Tos

Escala de Medición:

Desviación grave hasta sin desviación del rango normal

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
041004 Frecuencia Respiratoria		2		4	
041012 Capacidad de eliminar secreciones		2		4	

- Ayudar con el espirómetro incentivo, según corresponda
- Auscultar los ruidos respiratorios
- Administrar medicación adecuada contra el dolor

- Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas
- Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento de fisioterapia respiratoria.
- Monitorizar los signos vitales
- Fomentar el consumo de líquido
- Realizar anotaciones de enfermería

041007							
Ruidos respiratorios patológicos		2		4			
041019 Tos		2		4			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00146) Ansiedad r/c cambios en el estado de salud e/p FR 48x',m/p agitado, taquipneico lloroso. "me voy a quedar solo", "quiero irme a mi casa", "No puedo dormir".							
OBJETIVO NOC			INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC				EVALUACION
<p>Nivel de Ansiedad Dominio: Salud Psicosocial(III) Clase: Bienestar psicosocial (M) Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable. Indicadores: 121121 Aumento de la frecuencia respiratoria</p>			<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar cambios del nivel de ansiedad ➤ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. ➤ Crear un ambiente que facilite la confianza ➤ Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad ➤ Enseñar al paciente a respirar lentamente ➤ Instruir al paciente sobre técnicas de relajación 				<p>Paciente ha disminuido su ansiedad.</p>

121129 Trastorno del sueño

121133 Nerviosismo

Escala de Medición:

Grave hasta ninguno

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
121121 Aumento de la frecuencia respiratoria		2		4	

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad según corresponda
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad
- Realizar anotaciones de enfermería.

121129 Trastorno del sueño		2		4			
121133 Nerviosismo		2		4			

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA(00198) Deterioro del patrón del sueño r/c sueño interrumpido m/p disnea, tos. “no puedo dormir”		
OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Sueño 0004 Dominio: Salud Funcional(I) Clase: Mantenimiento de la energía (A) Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p>	<p>1850 Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente ➤ Incluir el ciclo regular del sueño del paciente en la planificación de cuidados. ➤ Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas ,dolor, molestias) 	<p>Paciente duerme .</p>

Indicadores:

000406 sueño interrumpido

000425 Dolor

Escala de Medición:

Grave hasta ninguno

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
000406 sueño interrumpido			3	4	
000425 Dolor		2		4	

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura)
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de dormir.
- Manejo del dolor con analgésicos según indicación

--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00001) Desequilibrio nutricional por exceso r/c Modificación de las actividades habituales. e/p obesidad IMC 30,6, “solo hago ejercicios de mi colegio”, dolor de garganta al comer.		
OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Estado Nutricional 1004 Dominio: Salud Fisiológica(II) Clase: Digestión y Nutrición(K) Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	<p>1160 Monitorización Nutricional 1260 Manejo del peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar la dieta prescrita ➤ Pesar al paciente diario ➤ Vigilar las tendencias de perdida y ganancia de peso (paciente pediátrico marcar el peso y la talla en la hoja grafica) 	<p>Paciente ha disminuido su peso durante su hospitalización.</p> <p>.</p>

Indicadores:

100402 Ingesta de alimentos

100405 Relación peso/talla

Escala de Medición:

Desviación grave del rango normal
hasta sin desviación del rango
normal

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5

- Disponer la bandeja de comida y pesarla
- Proporcionar analgésicos en el horario indicado
- Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual
- Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional
- Comentar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso.
- Comentar con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
-
- Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos de la alimentación.
-
- Animar al paciente a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
-
- Registrar el balance hídrico estricto.

100402 Ingesta de alimentos		2		4			
100405 Relación peso/talla		2		4			

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimiento de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño.		
OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
Conocimiento proceso de la enfermedad (1903) Dominio: Conocimiento y conducta de salud(IV)	5566 Educación Parental 5602 Enseñanza sobre el proceso de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedir a los progenitores que describan la conducta del niño. ➤ Identificar la presencia de factores de estrés ➤ Identificar cambios en el estado físico del paciente. 	La familia y paciente comprenden los cuidados sobre la enfermedad.

<p>Clase: Conocimiento sobre su condición de salud(GG)</p> <p>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.</p> <p>Indicadores:</p> <p>180302 Características de la enfermedad</p> <p>180309 Complicaciones potenciales de la enfermedad</p> <p>180315 Beneficios del control de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuado para el niño. ➤ Enseñar a los progenitores las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los niños. ➤ Enseñar a los progenitores la importancia de una dieta equilibrada y nutritiva. ➤ Evaluar el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de la enfermedad. ➤ Describir el proceso de la enfermedad ➤ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. ➤ Reforzar la información a los familiares para el cuidado según corresponda. ➤ Determinar el nivel de conocimientos de los padres. ➤ Proporcionar información sobre el estado del niño. ➤ Enseñar a los padres la terapia del niño en el manejo de broncodilatadores, inhaladores. 	
---	---	--

Escala de Medición:

Ningún conocimiento hasta
conocimiento extenso.

Indicadores	G	S	M	L	N
	1	2	3	4	5
180302		2		4	
Características					

- Enseñar ejercicios respiratorios, eliminación de secreciones.
- secreciones.
- Enseñar sobre complicaciones de la enfermedad.

de la enfermedad								
180309 Complicaciones potenciales de la enfermedad		2		4				
180315 Beneficios del control de la enfermedad.		2		4				

FUENTE: NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (35) / NIC: La Nursing Interventions Classification (36) / NOC: Nursing Outcomes Classification (37)

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

S	Paciente refiere "Me duele la garganta", "consumí bebida helada después de hacer deporte", "quiero ir a mi casa ", "me voy a quedar solo", "no puedo dormir". Madre refiere que "hace 3 días se sintió decaído con secreción nasal, ella le administro cetirizina, cediendo parcialmente los síntomas, al 2do día vuelve a presentar mayor secreción nasal asociado a malestar general sensación de falta de aire, ese mismo día presento tos poco exigente, fiebre".
O	Paciente pediátrico obeso, internado en el servicio de pediatría, despierto, lloroso, posición semi fowler, disneico, taquicárdico, taquipneico, ventilando con apoyo de mascara de Venturi FiO2 50% a 15lpm con saturación variable 94-96%, tos con flema, rinorrea , rubicundo facial T 38°C, con presencia de sibilantes espiratorios, piel y mucosas hidratadas , catéter periférico dorso mano izquierda, abdomen b/d micción espontanea.
A	Patrón Respiratorio ineficaz r/c aumento de la resistencia de la vía aérea m/p disnea, taquipnea, taquicardia e/p FR:48x', FC:128X' Saturación de oxígeno: 94-96 % con mascara de Venturi FiO2 50% a 15lpm. Hipertermia r/c Proceso infeccioso m/p rubicundez facial, taquicárdico, taquipneico e/p T 38°C. Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p dolor de garganta "cuando toso me duele el pecho". Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p agitado, lloroso. "me voy a quedar solo", "quiero irme a mi casa".
P	Mejorar el patrón respiratorio Disminuir su temperatura llegando a un rango normal Disminuir el dolor Mantener permeable la vía aérea

	Disminuir la ansiedad
I	<p>Monitorizar signos vitales</p> <p>Colocar en posición semi fowler</p> <p>Administrar oxígeno según indicación</p> <p>Monitorizar estado respiratorio, para detectar cambios</p> <p>Eliminar las secreciones bucales y nasales según corresponda</p> <p>Mantener la permeabilidad vía aérea</p> <p>Administración de fármacos Metilprednisolona 30mg, Sulfato de Mg20%, azitromicina 500mgr. según indicación médica</p> <p>Enseñar al paciente el uso adecuado de los inhaladores Salbutamol y Bromuro de ipotropio 4puff</p> <p>Enseñar técnicas de respiración/relajación</p> <p>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia</p> <p>Observar el color y la temperatura de la piel</p> <p>Aligerar cubiertas, realizar medios físicos</p> <p>Administrar medicamentos y líquidos (Metamizol 1gr)</p> <p>Monitorizar los valores de laboratorio (hemograma, bioquímica)</p> <p>Fomentar el consumo de líquido</p> <p>Realizar una valoración del dolor que incluya localización, duración, frecuencia, intensidad.</p> <p>Valoración subjetiva y objetiva utilizar escala de EVA</p> <p>Observar efectos de la medicación</p> <p>Realizar fisioterapia respiratoria</p> <p>Fomentar una respiración lenta y profunda</p> <p>Enseñar al paciente que tosa y poder eliminar las secreciones</p> <p>Fomentar el consumo de líquidos</p> <p>Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos de la alimentación.</p> <p>Animar al paciente a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.</p> <p>Pedir a los progenitores que describan la conducta del niño.</p> <p>Identificar la presencia de factores de estrés</p> <p>Identificar cambios en el estado físico del paciente.</p>

	<p>Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuado para el niño.</p> <p>Enseñar a los progenitores las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los niños.</p> <p>Describir el proceso de la enfermedad</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</p>
E	<p>Paciente mejora patrón respiratorio</p> <p>Paciente no presenta hipertermia</p> <p>Paciente no refiere dolor</p> <p>Paciente mejora su ventilación</p>

FUENTE: Elaboración propia - NANDA: North American Nursing Diagnosis Association. (35)

CONCLUSIONES

1. El proceso de atención de enfermería nos permite brindar una atención integral y oportuna al paciente pediátrico ante una crisis asmática, implica la intervención del personal de enfermera en la educación a los padres y paciente dependiendo la edad, es importante reconocer y tratar los síntomas leves esto ayudara a prevenir episodios graves reduciendo las hospitalizaciones frecuentes.
2. La elaboración del plan de cuidados donde priorizamos diagnósticos, intervenciones y actividades proporciona al paciente el mejoramiento de su salud.
3. El Proceso Enfermero reconoce e interpreta respuestas humanas otorgando cuidados específicos en patrón respiratorio, termorregulación, dolor, ansiedad siendo manifestado y evidenciado cumpliendo con nuestros objetivos trazados.
4. Cada institución hospitalaria en este tiempo de pandemia tiene sus propios reglamentos y protocolos para la atención donde es requisito indispensable la prueba antigénica del niño antes de ser hospitalizado y la separación de los padres acompañantes, quedando a nuestro cuidado.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de Enfermería : Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en la valoración de paciente con crisis asmática priorizando el proceso de atención de enfermería en la clasificación taxonomía de NIC y NOC.
2. Fortalecer el cuidado humanizado del personal de enfermería en la hospitalización del niño ,siendo un impacto desencadenante de estrés y ansiedad tras la separación de su entorno y familia, brindarle apoyo emocional en el cuidado holístico y a la adaptación.
3. Ante la situación actual generada por la pandemia COVID-19 a nivel mundial, es importante concientizar a los padres, cuidadores y niños que padecen de asma en cumplir las indicaciones del tratamiento, saber reconocer los desencadenantes de esta enfermedad para prevenir las complicaciones y mantener un buen control. Enseñar el uso correcto de los inhaladores antes, durante y después de su aplicación.

ANEXOS

Anexo 1 : Historia clínica del paciente

Anamnesis (46045878-06/11/2021 19:03-10.1.55.31)
 INGRESA PACIENTE A ST RESP CON CUADRO DE AGITACION Y SAT 86-88%

T. ENF: 3 DIAS
 MC: AGITACION RESPIRATORIA
 PACIENTE REFERE MENOR INICIA CUADRO DE RESPIRO Y TOS POCO EXIGENTE HACE 3 DIAS. HOY TEMPERATURA 38°C QUE REMITE CON PARACETAMOL 500 MG. HOY HACE 2 HORAS NOTA AGITACION AL RESPIRAR, SENSACION DE FALTA DE AIRE Y DOLOR TORACICO. RECIBE SALBUTAMOL 2 PUFF C/2 HORA 4 VECES ISH MEJORA. POR TAL MOTIVO ACUDE A ERG.

CONTACTO CON SINTOMATICO RESPIRATORIO: SOMNO RESPIRADO

ANTECEDENTES
 NEGSA IAM
 NEGSA HOSPITALIZACIONES PREVIAS
 USO D ETNAHALDORES DESDE LOS 5 AÑOS, ULTIMA CRISIS HACE 1 AÑO. NO USA TRATAMIENTO PREVENTIVO

CONTACTO: 96471876

Examen Clínico (46045878-06/11/2021 19:03-10.1.55.31)

Signos Vitales:

Presión Arterial (mm Hg)	120 / 70	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	140	Ver Gráfica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	38	
Temperatura Corporal (°C)	36,8			

Antropometría:

Peso (Kg)	49,000	Talla (H)	1,60	JMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

DESPERTO, VENTILANDO CON MODERADO DISTRES RESPIRATORIO, PALIDEZ LEVE
 PBL: T.E.H LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. NO FRIALDAO DISTAL. NO CIANOSIS
 OJ: ROL BUENA INTENSIDAD. NO SOPLOS
 TYP: MV PASA EN AHT CON DIFICULTAD, DESMINUIDO EN AMBAS BASES. SIBILANTES INSPIRATORIOS Y ESPIRATORIOS. TIRAJE SC-IC-SE Y ALETED NASAL (+)
 ABDOMEN: RHA(+) BLANDO DEPRESIBLE. NO DOLOROSO. NO VISCEROMEGALIA.
 SNC: EG: L5. DESPIERTO, CONECTA CON EL ENTORNO. NO FOCALIZACIÓN.

Diagnóstico (46045878-06/11/2021 19:03-10.1.55.31)
ESTADO ASMÁTICO

Prioridad de Atención: PRIORIDAD II - EMERGENCIA

Plan de Trabajo (46045878-06/11/2021 19:03-10.1.55.31)
 - TERAPIA DE CRISIS
 - SE SOLICITA PRUEBA RAPIDA ANTIGENICA COVID: HGMA, POR

Indicaciones (46045878-06/11/2021 19:03-10.1.55.31)

1. NPO
2. VIA SALINIZADA
3. SALBUTAMOL 8 PUFF C/20 MIN > I-II-III C/AEROCAMARA
4. BROMURO DE SPATROPIO 4 PUFF C/20 MIN > I-II-III C/AEROCAMARA
5. METILPREDNISOLONA 50 MG EV C/12 HRS ✓ 3 GS 8 PM
6. SULFATO DE MAGNESIO 20% 2 GR + NACL 0.9% 300 CC> EV PASAR EN 30 MINUTOS
7. CABECERA 32°C
8. CPV+BHE+OSA

Anexo 2: Resultados de exámenes

Apellido y nombre (obligatorio) Origen
 ID# 71497277 Dirección

PRUEBA ANTIGÉNICA SARS-CoV-2

Resultado: **NEGATIVO**
 Metodología: **Ensayo inmunológico**
 Tipo de muestra: **Esputado resuspendido**

2

Marca validada Ensayo Selecter Max (ITMP 2018)

SERVICIO DE BIQUIMIA

PACIENTE: 71497277 TIPO M: Suero
 NOMBRE: Nº DE MUESTRA: 11061314.1
 FECHA: 21/11/2021 UNIDADES VALOR DE REF. SEÑALIS
 ANALISIS: RESULTADO mg/dl = 1
 DP_3 0.2

DUPLICADO

Laboratorio

Nº muestra: 11061314.01 Fecha: 20/11/2021
 Nombre: Paciente:
 Comarca:

Negative **NOF** **WNR** **RET**

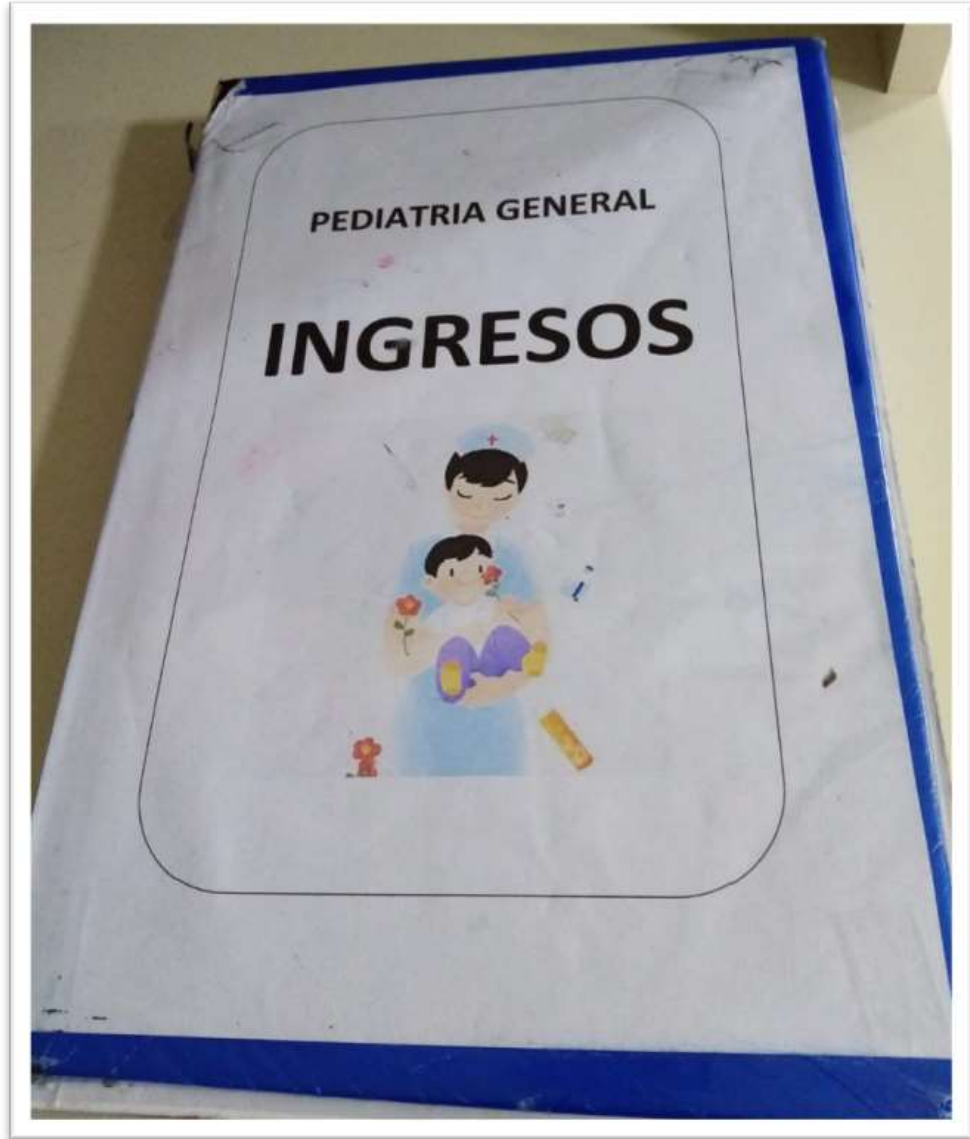
WBC	18.88	[10 ⁹ /vL]	0.0	[10 ⁹ /vL]
RBC	4.48	[10 ¹² /vL]	80.4	[10 ¹² /vL]
HGB	11.5	[g/dL]	18.7	[g/dL]
HCT	37.3	[%]	2.8	[%]
MCV	83.8	[fL]	8.8	[fL]
MCH	36.1	[pg]	8.1	[pg]
MCHC	39.3	[g/dL]	6.3	[g/dL]
PLT	283	[10 ⁹ /vL]		
RDW-SO	36.4	[%]		
RDW-CV	12.8	[%]		
MPV	18.9	[fL]		
SRMC	0.88	[10 ⁹ /vL]		
NEUT	7.84	[10 ⁹ /vL]		
LYMPH	1.12	[10 ⁹ /vL]		
MONO	0.29	[10 ⁹ /vL]		
EO	0.88	[10 ⁹ /vL]		
BAAS	0.01	[10 ⁹ /vL]		
IG	0.01	[10 ⁹ /vL]		
PLT		[10 ⁹ /vL]		
CRP		[mg/L]		
RET-4h		[%]		
WBC Penseje IP			HSC Penseje IP	PLT Penseje IP

FORMULA MANUAL

	DRN	%
Alastados	5	Hipocromia
Segmentados	5	Anisocitosis
Eosinofilia	5	Macro/Microcitosis
Basofilia	5	Platilocitosis
Monocitos	5	Linf. Activados

DUPLICADO

Anexo 3: Libro de ingresos de pacientes hospitalizados



Anexo 4 : Paciente recibiendo inhaloterapia y oxigenoterapia



Anexo 5: Escala visual analógica para el dolor.



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**SOLICITO: REVISION DE SOFTWARE ANTIPLAGIO
DE TRABAJO ACADÉMICO**

SD:

Yo, **PATRICIA YOLANDA MUÑOZ ALCA**, egresada de la Segunda especialidad de Enfermería Pediátrica, identificada con DNI N° **09794082**, teléfono **987725593**., correo electrónico **pm549877@gmail.com**, domiciliada en **Mz N Lt 15 12 va ETAPA URB.SANTO DOMINGO -CARABAYLLO**.

Ante Usted con el debido respeto, expongo:

Que, solicito revisión de software anti plagio URKUND de mi trabajo académico titulada **"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON CRISIS ASMÁTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL ESPECIALIZADO; LIMA- 2021"**, habiéndolo ingresado el trabajo académico al análisis urkund con el siguiente correo: **pm549877@gmail.com**, para continuar con mis trámites necesarios para obtención de título de especialista de enfermería en Pediatría.

Por lo tanto;

Pido a usted acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Bellavista, 16 de Febrero de 2022



DNI: 09794082.