

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2014 – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

MARÍA JESÚS CANDELA TASAYCO

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- Dra. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 397

Fecha de Aprobación del Informe de Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución Decanato N° 2676-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	17
3.1 Recolección de Datos	17
3.2 Experiencia Profesional	17
3.3 Procesos Realizados del Informe	22
IV. RESULTADOS	24
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIALES	34
ANEXOS	36

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un grupo complejo y heterogéneo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan algún punto de las vías respiratorias y siendo un problema de salud que se mantiene en la actualidad, tanto por sus grandes cifras de morbilidad, todavía imprecisas, como por su destacada mortalidad, a todo lo cual contribuyen las dificultades inherentes a la implementación de programas eficaces para su prevención y control.(1)

Las IRA se dividen habitualmente en dos subgrupos: las infecciones respiratorias altas, que afectan al tracto respiratorio que se encuentra por encima de la epiglotis, como el resfriado común, la rinitis, la faringitis, la otitis media, etc., y las infecciones respiratorias bajas, por debajo de la epiglotis, con la neumonía y la bronquiolitis como ejemplo de las infecciones clínicas más serias.(2)

Aunque se presentan durante todo el año, su máxima incidencia ocurre en invierno y comienzos de primavera, con una gran posibilidad de contagio durante los meses fríos por la permanencia de los niños en lugares cerrados.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo, el período de incubación es variable y puede durar hasta 14 días. Varios son los factores de riesgo en la infección respiratoria aguda como son: demográficos, socioeconómico (ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia), ambientales que incluye exposición al humo (contaminación atmosférica por residuos orgánicos, humo ambiental por tabaco), hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales.(3)

Los que más sufren y mueren de esta enfermedad son los niños pequeños menores de un año que viven en las zonas más pobres de Lima Sur. Esta es a menudo el resultado de infecciones como el sarampión y la tosferina, la frecuencia podría reducirse mediante la inmunización con vacunas; pero son demasiado costosas para la mayoría de la población de extrema pobreza. Existen modos y medios para reducir este enorme problema, y, sin embargo, sigue sin resolverse, la razón fundamental es que los afectados son las personas más vulnerables y con menor acceso a las ventajas proporcionadas por la atención de salud moderna.

En el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora de Lima Sur, se le presta especial atención al seguimiento de estos eventos, ofreciendo mediante un programa de control, el conocimiento acerca de la circulación y el comportamiento epidemiológico de los agentes causales, lo que garantiza la vigilancia, investigación epidemiológica de campo y medidas para la disminución de la morbilidad y muy especialmente del impacto de la mortalidad sobre grupos de alto riesgo, población infantil del Tópico de Pediatría de Emergencia.

De este modo, las IRA se han transformado en uno de los principales problemas de salud que deberán enfrentar hasta mediados de este nuevo siglo, en el marco del compromiso internacional de reducir la mortalidad materno-infantil. La implementación de medidas relativamente simples, de prevención o de tratamiento, deben contribuir a este propósito dando una salud de calidad y calidez.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) constituyen uno de los principales problemas de salud infantil, desde 1966 hasta la actualidad se había de diferentes enfermedades que afecten la infancia, en los países en desarrollo las infecciones respiratorias agudas (IRA), se encuentran entre ellas, junto a la desnutrición y las enfermedades diarreicas. A partir de entonces se conoce la importancia de esta problemática de salud, y que en cierta medida constituye un problema social que afecta la salud de niños y niñas menores de 5 años de edad siendo los lactantes quienes tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave y sus efectos pueden ser más severos, produciendo una patología respiratoria baja como la neumonía.(4)

En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

La población de niños y niñas que habita en el ámbito de Lima Sur es de 310,527 niños/as, estando distribuidas de la siguiente manera, las niñas son el 51% y los niños conforman el 49% de la población menor de 1 año es de 34,797 la población de 0 a 5 años es de 152,352 y la población escolar de 5 a 9 años es de 123,378 niños. Según el censo del 1993: el 33,72% de la población no tiene acceso al agua potable y el 40.48% no tiene acceso al desagüe y sin electricidad el 22.03% de la población, el analfabetismo en la mujer es de 13.5%. Estas características socio económica de la familia del niño son factores importantes que la presencia de enfermedades que afecten al aparato respiratorio tanto las agudas como las crónicas, observándose en los últimos 10 años un incremento del Síndrome de obstrucción bronquial y Asma; estas patologías presenta un comportamiento estacional con preponderancia en

los meses de invierno, presentando los menores de 1 año un riesgo de 4 veces mayor en relación al grupo atareo de 1 a 4 años, la tasa de incidencia acumulada por neumonía durante el año 2004 fue de 7.81 x 1000 menores de 5 años.(5)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) es la primera causa de atención en emergencia del Hospital María Auxiliadora, lo cual se ha incrementado los casos en estos últimos años en niños menores de 5 años. Siendo el Hospital María Auxiliadora – MINSA, el único hospital del Cono Sur.

La Unidad de Observación Pediátrica de Emergencia (tópico de pediatría y observación pediátrica) cuenta con una sola licenciada de Enfermería y dos (2) técnicas de enfermería, lo cual dificulta una buena calidad de Atención. debido a la falta de personal profesional de Enfermería.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Infecciones Respiratorias Agudas en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora 2014 – 2016.

1.3. Justificación

El Informe tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería en Infecciones Respiratorias Agudas.

Siendo las infecciones respiratorias agudas más frecuentes que se presentan en el Hospital maría Auxiliadora en niños menores de 5 años con alta incidencia. Es importante que la enfermera esté capacitada para priorizar las necesidades del paciente pediátrico.

Este informe sería de utilidad para el profesional de enfermería que labora en dicho servicio y para todo el personal de salud.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

LEÓN LÓPEZ R., GALLEGOS MACHADO R., y DÍAS NOVAS J. (2007) en su investigación titulada "*Infecciones Respiratorias Agudas y Factores Asociados*", Rev. Cubana Med Gen Integr. 2007; 23(1), explica que:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con la finalidad de conocer la relación entre las infecciones respiratorias agudas con algunos factores asociados seleccionados en lactantes, durante el trienio 2004-2003, en el área de salud del Policlínico Docente "30 de Noviembre", del municipio 10 de Octubre.(6)

YANES MACIAS C., (2009) y otros factores asociados a neumonía grave adquirida en la comunidad. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito Glez Cueto" Cienfuegos. Cita que:

Fundamentación: La estratificación del riesgo en un paciente con neumonía que requiere hospitalización es indispensable para su adecuada ubicación en el hospital y su seguimiento.

Objetivo. Determinar si existen diferencias clínico-epidemiológicas en los niños con infecciones respiratorias agudas (IRA) de la comunidad que evolucionan o no a una neumonía grave.

Material y Método: Se realizó un estudio de seguimiento, observacional y analítico tipo caso control en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito Gonzales Cueto" de Cienfuegos, en el periodo comprendido de Enero 2004 a Diciembre 2005, donde se analizaron diferentes variables como factores de riesgo o predicciones, realizándose un análisis estadístico variado.

Resultados: Se encontraron como variables asociadas el sexo, la edad factores socio-ambientales (procedencia, mes de ingreso,

temperatura, asistencia médica previa, tiempo de inicio de los síntomas, antibioticoterapia previa, lactancia materna, hábito de fumar en convivientes, evaluación nutricional, comorbilidades y aislamiento de gérmenes).

Conclusiones: Se aceptó la hipótesis planteada en la investigación de que en grupo de estudio, la variable dependiente fuera la condición clínica, de las variables asociadas, la procedencia, mes de ingreso, temperatura y aislamiento de germen actuaron como predictivas de neumonía grave.(7)

DÍAZ Reina (2000). Evaluación del Riesgo Asociado a las Infecciones Respiratorias Agudas en Lactantes del Área de Veguitas. Universidad Nacional "Rómulo Gallegos". Programa de Profesionalización de Enfermería Investigación aplicada II.

Se realizó un estudio observacional de cohorte con el objetivo de evaluar la influencia directa de algunos factores de riesgo sobre las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de un año, en dos consultorios médicos de la familia, perteneciente al Policlínico "Ramón Heredia Umpierre" de Veguitas, desde el 1ro de Julio del 2003 hasta el 31 de Diciembre del 2004. Se calculó el estadígrafo X² para determinar las diferencias entre los grupos. Luego se estimó el riesgo relativo (RR); riesgo atribuible (RA) y fracción etiológica de los expuestos (FEe). El factor de riesgo que se asoció con mayor fuerza fue la privación de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de vida la FEe indica que pudieron evitarse los episodios de infecciones respiratorias agudas, manteniendo la lactancia materna exclusiva en 82% de los casos; le sigue en orden de importancia la contaminación atmosférica (RR=2) y condiciones socioeconómicas desfavorables. No constituyeron factores de riesgo el bajo peso al nacer ni la malnutrición proteica energética por defecto.(8)

PRIETO M., RUSS G. y REITORL., (2000) Factores de Riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas de Menores de 5 Años.

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles, pareado 1:1 para conocer algunos factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años del reparto La Yaba, pertenecientes a policlínico Este de Camagüey, durante el año 1996. El universo fueron 90 niños que padecieron infecciones respiratorias agudas durante este periodo. La fuente de obtención de datos fue la historia clínica familiar e individual. El registro primario fue la encuesta con las variables: lactancia materna, desnutrición, enfermedades asociadas, fumador pasivo, hacinamiento. Se concluyó que la lactancia materna inadecuada (RR 1,152), la desnutrición (RR 2,278), la enfermedad parasitaria (EE 1,643), el fundador pasivo (RR 536) y el hacinamiento (RR 2,719) se comportaron como factores de riesgo. (9)

RAMÍREZ SANTISTEBAN y DARÍAS PÉREZ (2005) Nivel de Conocimiento sobre las Infecciones respiratorias Agudas en Madres en niños Menores de 15 Años.

Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con las madres de los niños menores de 15 años con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que sobre determinados aspectos de las Infecciones Respiratorias Agudas poseían estas. El estudio se llevó a cabo en las 250 madres de niños menores de 15 años del CMF 43-50, por lo tanto el universo y la muestra coincidieron. A las madres se les aplicó un cuestionario creado para tales efectos, el cual fue validado eficaz y oportunamente para el procesamiento de la información, utilizando el índice general del conocimiento y el índice de reconocimiento consciente.

En los resultados obtenidos se encontraron que el nivel de conocimiento sobre los temas explorados en esta investigación es bajo. Se evidenciaron diferencias entre los conocimientos de las madres según su edad. Parece haber un poco más de problemas en los conocimientos de las madres acerca de la conducta ante las Infecciones Respiratorias Agudas y se detectó un bajo nivel de concientización del desconocimiento. Se hicieron recomendaciones.(10)

MORALES, y Otros (1999) Grado de Conocimiento y Prevención Materna de la Infecciones Respiratorias Aguda en el Niño Menor de 5 Años en San Juan de Miraflores. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana.

El grado de conocimiento es malo en el 56% y regular en el 46%, la edad materna fluctúa entre 15-20 años en 23% y entre 21-25 años en 33%. 42.5% son convivientes y 13% madres solteras 23% solo tienen instrucción primaria. Los medicamentos no son indicados por médicos en el 49%. Un factor de riesgo que debe ser contemplado en el 61% es la contaminación del ambiente familiar por humos de leña o de cocina a kerosene.

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo transversal que tuvo por objetivo conocer el factor de riesgo más común por la cual los niños menores de 5 años contraen IRA, y el grado de conocimiento que tiene la madre en el tratamiento en casa de la IRA.

La hipótesis en estudio sostiene que el grado de prevención de IRA es deficiente o malo incidiendo en la disminución, y las prácticas de lactancia materna exclusiva (LME) así como el grado de conocimiento sobre el tratamiento en casa de IRA también es malo.

La población maestra estuvo conformada por 61 madres cuyos hijos menores de 5 años habitaban en San Juan de Miraflores. El tipo de muestreo es el no probabilístico intencional. Como fuente de información se tuvo la encuesta. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias y la prueba de "independencia de criterios" (Fórmula de Ji Cuadrado).

Los resultados que se derivan de la investigación son los siguientes. El factor de riesgo más común por los cuales los niños contraen IRA es la contaminación ambiental en el hogar por humos derivadas de la leña, cocina a kerosene, etc. El grado de prevención de IRA es regular. El grado de conocimiento que tiene la madre en el tratamiento en casa de IRA es malo.(11)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Variados son los criterios conceptuales de los diferentes autores sobre las infecciones respiratorias agudas (IRA).

Se define la infección respiratoria aguda (IRA) como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causado por microorganismos virales, bacterianos y otros con un período inferior a los quince días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos entre los que se pueden mencionar: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa y dificultad para respirar entre otros, los que a su vez pueden estar acompañados o no de fiebre, cefalea, toma del estado general u otro signo de infección aguda.(12)

Para su estudio las infecciones respiratorias se clasifican en:

1. **Altas:** Son todas las entidades que están por encima de la epiglotis (Faringe, nariz, oído y senos)
 - a) No complicadas:
 - Rinofaringitis Aguda (catarro común)
 - Faringoamigdalitis
 - b) Complicadas:
 - Otitis Media Aguda
 - Sinusitis Aguda (Los niños hasta los 3 años no presentan sinusitis porque los senos todavía no están neumatizados)
 - Abscesos (amigdalinos y retrofaríngeos)
 - Adenitis
 - Infecciones respiratorias agudas bajas (Generalmente es complicación de las infecciones altas)
- 2 **Bajas:** Son las enfermedades que se encuentran por debajo de la epiglotis, incluyendo la epiglotis (laringe, bronquios y parénquima pulmonar)

- Laringitis
- Bronquitis
- Bronquiolitis
- Neumonía

2.2.2. Epidemiología

Numerosos investigadores han centrado su interés sobre la epidemiología de las IRA. Sin embargo, la influencia de factores locales (geográficos, climáticos, socio- económicos, culturales) hacen necesario que cada región deba tener sus propias evaluaciones.

A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las IRA de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable. Pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional.

Las IRA son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares que comienzan a concurrir a sala cuna o jardín infantil, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por niño por año calendario entre el año y los 5 años de edad.(13)

El estudio de la epidemiología de las IRA también incluye la identificación de factores de riesgo. La importancia de éstos se basa en la posibilidad de implementar medidas efectivas de control y/o prevención.

2.2.3. Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas

En el Hospital María Auxiliadora se desarrolló, grupos de investigadores a nivel de Lima Sur, han sugerido la existencia de factores de riesgo y destacan fundamentalmente las condiciones individuales y

ambientales a las cuales se exponen los niños como: la contaminación atmosférica, el humo del cigarro, las deficiencias nutricionales, el bajo peso al nacer, la lactancia artificial y el hacinamiento.

La desnutrición y la presencia de enfermedades crónicas como el asma bronquial, enfermedades neurológicas, deficiencias inmunes congénitas o adquiridas, fibrosis quística, anemia falciforme, malformaciones congénitas entre otras, son factores de riesgo reconocidos en la literatura médica internacional.

Existen otras condiciones socio-ambientales y económicas que pueden estar relacionadas por la aparición de IRA en la infancia: época invernal, asistencia a guardería, madre analfabeta, hogar disfuncional, madre adolescente, contaminación ambiental y contaminación domiciliaria, entre otros.

La elevada prevalencia de portadores nasofaríngeos de gérmenes frecuentes causantes de las IRA, las hospitalizaciones recientes, y el uso de antibióticos pueden predisponer a las infecciones respiratorias.

2.2.4. Etiología

Las enfermedades respiratorias agudas, como muchas enfermedades, tienen origen multifactorial.

Las infecciones respiratorias agudas son causadas en más del 80% de los casos por virus. Los más frecuentes son el virus Sincitial respiratorio, Influenza A y B, Para influenza, Rinovirus, Adenovirus, Coronavirus.

En cuanto a las infecciones bacterianas se consideran de mayor envergadura y, aunque su frecuencia es menor, el riesgo de muerte es mayor con respecto a las virales. La mayoría de procesos neumónicos de etiología bacteriana en el niño aparecen con mayor frecuencia durante el primer año de vida disminuyendo gradualmente después de este pico inicial.

Otros estudios han demostrado de manera consistente que *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* son las bacterias aisladas con más frecuencia, representan el 73,9% por punción pleural y 69% por hemocultivos. La neumonía por *Staphilococcus aureus* puede ocurrir a cualquier edad, es frecuente en el niño mayor y progresa a derrame pleural y/o empiema. En la actualidad se han aislado también la *Clamydia* y el *Mycoplasma pneumoniae* como causa de afección en el niño mayor.

2.2.5. Patogenia

El período de incubación de las IRA es corto, de 1 a 3 días. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre. La infección del tracto respiratorio inferior se inicia con esta colonización, seguida de la aspiración de pequeños volúmenes de secreciones contaminadas dentro de los pulmones.

El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agentes invasores; sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa local de que dispone, sólo en contadas ocasiones es asiento de infección. En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallos en los mecanismos de defensa, propician la infección.

2.2.6. Tratamiento

Farmacológicamente hay que basarse en la clínica pues múltiples patologías comienzan de forma similar, las virales por su carácter auto limitado permiten encaminar su conducta a mejorar los síntomas del cuadro, no se recomiendan antitusígenos ni mucolíticos ya que la tos actúa como mecanismo de defensa (33). Los descongestionantes locales pues el riesgo aparece en su efecto de rebote, los antihistamínicos por ser

causa de somnolencia e irritabilidad lo cual enmascararía el cuadro, los antibióticos ya que no acortan la duración ni previenen las complicaciones.

La principal razón para no recomendar estos medicamentos es que sus efectos secundarios pueden ser más perjudiciales que el alivio que reporta su administración.

En cambio las que, por su aparición y evolución se consideren bacterianas, requieren tratamiento antibiótico teniendo en cuenta el germen en cuestión y el medicamento que mayor efecto tenga por su espectro, seguridad clínica, comodidad posológica, toxicidad, disponibilidad en presentaciones adaptadas a la población pediátrica.

2.2.7. Cuidados de Enfermería

- Colocar al paciente con respaldo
- Hidratación endovenosa ☞Asistencia en la colocación de oxígeno
- Cumplimiento de bronco dilatadores
- Asistencia en las nebulizaciones
- Colocar en cuarto donde no hayan desencadenantes de otro ataque como polvo, flores y otros ☞Asistir en el drenaje postural
- Educar sobre el cumplimiento de sus medicamentos.
- Educar sobre evitar el contacto con alérgenos
- Educar sobre el uso correcto de la respiración al hacer ejercicios o actividad física
- Vigilancia de signos vitales Cuidados de enfermería (14)

2.2.8. Teoría de Enfermería

Teoría de Calixta Roy

Desarrolló la Teoría de Adaptación.

El hombre según Calixta Roy debe adaptarse a cuatro áreas, pero dirigido a las áreas críticas está referida la siguiente:

- Las necesidades fisiológicas básicas, esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- Concepto de Salud: Respecto a la salud, considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de a integridad fisiológica, psicológica y social.
- Concepto de Enfermería: Calixta Roy establece que las enfermeras para cumplir su objetivo de promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente deben realizar dos tipos de acciones.
- La valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud – enfermedad.
- La intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente.

Estas acciones se realizan dentro de un proceso de cuidados que comprende las fases de:

- Valoración
- Planificación
- Actuación
- Evaluación (15)

2.3 Definición de Términos

- **Conocimiento:** El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posterior), o a través de la introspección (a priori). En el sentido de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por si solos, poseen un menor valor.
- **Nivel de conocimiento:** Medica en conocimiento que tiene la madre sobre la atención y acciones reales a las IRA
- **Infecciones Respiratorias Aguda:** Son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por distintos gérmenes; que afectan cualquier parte del aparato respiratorio y se describen entidades de acuerdo con el lugar donde predominan los síntomas.
- **Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora:** Es el área donde se atiende a los niños de 1 a 14 años de edad.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente Informe de Experiencia Profesional se realizó mediante la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual revise los registros de enfermería (Libro de Registro de Ingresos y Egresos de pacientes).

Para la obtención de estos datos se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se recolectó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores.
- Se realizó paloteo de los respectivos considerando edad, sexo, número de casos por años.

3.2 Experiencia Laboral

Ingresé al Hospital María Auxiliadora mediante concurso público. Iniciando a laborar en el servicio de Emergencia en el año 1995 habiendo culminado mis estudios universitarios en la Universidad San Martín de Porres. Mi experiencia laboral lo realizo en el Servicio de Emergencia en diferentes especialidades como ginecología, medicina y cirugía.

Actualmente realizo mis funciones de enfermería en Emergencia de Observación pediátrica, especializándome en la parte operativa del manejo de incubadoras, monitores, bomba de infusión, para una adecuada atención de calidad en pacientes pediátricos.

a) Hospital María Auxiliadora

El Hospital "María Auxiliadora" es un Hospital de Nivel III-1, fue creada como un Hospital Materno Infantil y fue adecuado en 1983, a un Hospital General. El Hospital "María Auxiliadora (HMA), en la actualidad tiene una demanda potencial referencial de 2'187,450 de habitantes, con

un crecimiento promedio demográfico poblacional de 2.6% anual (...) Censo Nacional XI-VI de Vivienda de 2007/Boletín Demográfico N° 18, Boletín informativo N° 37/Lima-2009 e INEI/Dirección Técnica de Demografía/ MINSA–OGEI–INEI, de características socio económicas de pobre y extrema pobreza, con un ingreso promedio mensual de S/ 850.00 soles mensuales, con una demanda de influencia directa de 1'472,253 habitantes, de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador. Después de la creación del Seguro Integral de Salud (SIS), como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud (MINSA), según la Ley 27657, se le ha adicionado a las Direcciones de Salud de Ica, Andahuaylas, Ayacucho y Apurímac, con las cuales, los servicios asistenciales de salud del hospital, se ha congestionado y no está en la capacidad de atender a la población de la Red Integral de salud Lima Sur.

Además, los Niveles organizacionales de la Red Hospitalaria del Sistemas de Referencia y Contra referencia administrada por la Red Integrada de Lima Sur, no funciona adecuadamente, por falta de una visión y misión de la institución del establecimiento administrativo. Desde el punto de vista político administrativo, la provincia de Lima está conformada por 43 distritos. La jurisdicción de Lima Sur está conformado por los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María de triunfo, Villa el Salvador, Lurín, Punta Hermosa, Pucusana, Santiago de Surco, Barranco; posee características propias dado su configuración y extensión geográfica; así como sus condiciones económicas y sociales; por lo que posee una mayores poblaciones demográficas y de mayor crecimiento en Lima Metropolitana. Su principal actividad económica es el Comercio (mayorista y minorista), en segundo lugar en Manufactura y en tercer lugar Otros Servicios que comprenden administración pública, defensa, planes de seguridad social, actividades de servicios sociales y de salud, servicios comunitarios, sociales y personales, hogares privados con servicio doméstico y organizaciones y órganos extraterritoriales.

El Hospital María Auxiliadora es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud.

Categorización:

De acuerdo a la Resolución Directoral N° 425-06-DISA-II-LD/DG, de fecha 04 de Septiembre del 2006, está catalogado como un Establecimiento III-1, equivalente a un Hospital General.

Infraestructura:

El Hospital María Auxiliadora, cuenta con un área de terreno de 44,566.10 m² y construida desde el sótano hasta sexto piso con un piso de intermedio (Sala de Operaciones) de 23,523.61 m² estructuralmente está compuesto por un sistema en base a pórticos de concreto armado y muros de albañilería, con un área libre, donde se observa las siguientes condiciones físicas.

b) Servicio de Emergencia

Es la unidad orgánica encargada de realizar atención de enfermería en tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; depende de la Dirección General y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

Proporcionar atención médico-quirúrgica de emergencia a toda persona que acuda en su demanda durante las 24 horas del día.

Realizar la evaluación y tratamiento de pacientes en situación de emergencia o grave compromiso de la salud y de la vida, iniciando sus acciones desde el ámbito pre-hospitalario e integrado a las acciones hospitalarias, en estrecha coordinación y cooperación con el equipo multidisciplinario de salud y en el ámbito de su competencia.

Coordinar con otras unidades orgánicas involucradas en el proceso de atención en Emergencia y Cuidados Críticos, para garantizar una adecuada y oportuna intervención especializada.

Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención médico-quirúrgicos de emergencia, orientados a brindar un servicio eficiente; eficaz y con calidad.

Organizar e implementar la atención en Emergencia y Cuidados Críticos que asegure una atención médico-quirúrgica suficiente y necesaria durante las 24 horas del día.

Mejorar continuamente las capacidades y equipamiento para la atención de emergencia y cuidados críticos.

El Servicio de Emergencia actual se adaptó; siendo inicialmente un área de atención Materno Infantil y que ha devenido en insuficiente por el aumento de la población y la demanda de atención.

Función Administrativa

- Coordina y distribuye el trabajo de enfermería en forma equitativa, teniendo en cuenta las necesidades y problemas de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.
- Dirige, supervisa y evalúa a los técnicos de enfermería en el ejercicio del plan asignado.
- mantiene actualizados los registros de enfermería (kárdex, hoja de monitoreo, balance hídrico, notas de enfermería)
- colabora en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso de gestión del cuidado.
- Elabora informes y registros correspondientes a los procesos realizados.
- Asiste y participa en las reuniones técnico administrativas del servicio de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.

- Cumple con las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al paciente evitando riesgos y complicaciones.

Función Asistencial

- Brinda atención integral especializada con calidad y calidez en forma personalizada e integral y continua a los pacientes pediátricos y a los recién nacidos de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.
- Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) al paciente del servicio de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.
- Desarrolla y aplica modelos de atención de enfermería para especialidad de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.
- Brinda cuidado integral de enfermería en el pre y post operatorio de los pacientes del servicio de Neurocirugía, cirugía pediátrica y cirugía cardiovascular
- Realiza la entrega de reporte de enfermería según la hoja de monitoreo de enfermería.
- Supervisa y orienta en la atención integral que brinda la enfermera general, técnica de enfermería según sus funciones, actividades y tareas encomendadas.

Función Docente

- Participa en la capacitación del personal de enfermería profesional y técnico en aspectos relacionados al campo de la salud.
- Asesora en la ejecución de programas y actividades educativas en el servicio de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.

- Ejecuta actividades de capacitación relacionados con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cirugías especializadas.

Función de investigación

- Realiza estudios de investigación de la especialidad
- Innova las tecnologías y procedimientos asistenciales en la atención del paciente de la unidad de cuidados pediátricos – tratamiento integral del niño.
- Realiza guías de intervención del cuidado especializado de enfermería.

3.3 Procesos realizados en el tema

Se realiza un plan de cuidados en la Unidad de pacientes pediátricos, la enfermera utiliza sus habilidades clínicas y de observación. Desarrolla una relación estrecha y de confianza con el niño que les permite evaluar la eficacia del plan de atención en la insuficiencia respiratoria aguda en el paciente pediátrico.

La enfermera pediátrica no solo deben tratar el estado físico del niño sino también reducir la ansiedad y la confusión que pueda sentir cuando están enfermos.

El trabajo que se realiza como enfermera de pediatría poder ser muy variado desde la atención de un recién nacido hasta la atención del paciente menor de 14 años.

Caso Relevante

Paciente pre-escolar de 5 años ingresa a la Unidad de Cuidados Pediátricos, traído en brazos de su progenitora en compañía del pediatra presentando el paciente dificultad respiratoria, cianosis, Triage, aleteo nasal, se realiza monitorización y saturación de oxígeno, presentando 88%, lo cual inmediatamente se coloca oxígeno de cánula binasal y posición semi-fowler. Por orden médica se cambia a bolsas de reservorio saturando 96%, luego la vía endovenosa periférica para la hidratación,. Madre ansiosa se brinda apoyo emocional al paciente y a la madre. Queda en observación con previa monitorización y evaluación médica.

Aportes / Innovaciones

- Normas y Guías de Atención de Cuidados de Enfermería a pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas a fin de garantizar la calidad de atención al paciente, evitando riesgos y complicaciones.

Limitaciones

- Es un ambiente pequeño que consta con 5 camillas y 5 cunas donde ingresan de diferentes especialidades (pacientes de traumatología, pacientes de cirugía) Neurocirugía (pediatría). Lo cual la atención no es adecuada a los pacientes, teniendo que priorizar la atención de la enfermera en los pacientes que ingresan al servicio de la Unidad de Cuidados Pediátricos

IV. RESULTADOS

4.1. Estadística del Servicio de Emergencia 2014

ATENCIÓN MENSUAL POR TÓPICO Y PERMANENCIA EN OBSERVACIÓN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2014

Tabla 01:

TÓPICO DE ATENCIÓN	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PEDIATRÍA	15,900	100%	1,216	1,161	1,351	1,388	1,414	1,452	1,441	1,314	1,107	1,323	1,373	1,360

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 01**: se observa que durante el año 2014 se consideró 15,900 pacientes en el tópico de pediatría de Departamento de Emergencia, siendo que la mayor atención fue en el mes de junio y en el mes de febrero se presentó la menor demanda (1452 y 1161, atenciones respectivamente). Por trimestres, el segundo trimestre fue el que presentó la mayor concentración de la demanda.

ATENCIÓN POR TÓPICO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA SEGÚN GÉNERO Y GRUPO DE EDAD AÑO 2014

Tabla 02:

TÓPICO PEDIATRÍA	TOTAL		GRUPO DE EDAD				
	Nº	%	<28d	<1ª	1-4ª	5-11ª	12-14ª
TOTAL	15,900	100%		3,760	7,162	3,890	1,088
Femenino	7,430	46.7%		1,658	3,351	1,819	602
Masculino	8,470	53.3%		2,102	3,811	2,071	486

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 02**: se observa que del total de atenciones 15,900, el 53.3% correspondiente al sexo masculino. Así mismo el grupo etario comprendido entre los 1-4 años fue el de mayor demanda de atención (3,760) = (45%) y el grupo etario de 12-14 años demandó menor atención (1,088) = (6.8%)

**DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES COMO CAUSA DE ATENCIÓN SEGÚN GÉNERO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2014**
Asma no Específica o Ama de Aparición Tardía Bronquios

Tabla 03:

DESCRIPCIÓN DE DIAGNOSTICO	TOTAL		GRUPO DE EDAD				
	Nº	%	<28d	<1a	1-4a	5-11a	12-14a
TOTAL	868	100%		14	111	624	119
Femenino	343	39.5%		7	44	252	40
Masculino	525	60.5%		7	67	372	79

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 03:** se observa que se presente 868 casos de Asma, de los cuales el 60.5% correspondieron al sexo masculino y la mayor incidencia de casos se presentó en el grupo etario comprendido entre los 5-11 años (624) = (71.9%)

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN PACIENTES QUE PASARON A OBSERVACIÓN
SEGÚN TÓPICO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2014**

Tabla 04:

Tópico de procedencia Pediatria	TOTAL		GRUPO DE EDAD				
	Nº	%	<28d	<1a	1-4a	5-11a	12-14a
Nebulización	2,674	100%		818	1,133	621	102
Femenino	1,115	41.7%		338	493	247	37
Masculino	1,559	58.3%		480	640	374	65

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 04:** se observa que se realizaron 2,674 Procedimientos de Nebulización en pacientes que pasaron a observación de tópico de pediatría de los cuales el 58.3% correspondiente a pacientes del sexo masculino y fue significativo en pacientes de grupo etario de 1-4 años (1,133) = (42.4%)

**PROCEDIMIENTO REALIZADO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA 2014
NEBULIZACIÓN**

Tabla 05:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	TOTAL		GRUPO DE EDAD				
	Nº	%	<28d	<1a	1-4a	5-11a	12-14a
TOTAL	3,102	100%	9	919	1,315	742	117

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 05:** se observa que se realizaron 3102 Procedimiento de Nebulización en el Departamento de Emergencia, de los cuales es el grupo etario comprendido entre los 1-4 años fue de mayor demanda (1,315) = (42.4%)

**DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES POR CAUSA DE INGRESO – OBSERVACIÓN
SEGÚN GÉNERO Y GRUPO DE EDAD
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2014
Asma no Específica o Asma de Aparición Tardía Bronquios**

Tabla 06:

Descripción Diagnostico	TOTAL		GRUPO DE EDAD				
	Nº	%	<28d	<1a	1-4a	5-11a	12-14a
Total	660	100%		9	77	480	94
Femenino	263	59.8%		6	30	194	33
Masculino	397	60.2%		3	47	286	61

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 06:** se observa que las causas más frecuentes de ingreso a observación en el Departamento de Emergencia, el diagnostico de Asma se presentó en 660 casos, de los cuales el 60.2% fueron en el sexo masculino y la mayor incidencia fue en pacientes comprendidos entre los 5-11 años (72.7%)

**MORBILIDAD DE INTERNAMIENTO EN OBSERVACIÓN SEGÚN GÉNERO Y
TIEMPO DE PERMANENCIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2014
Asma no Específica o Asma de Aparición Tardía Bronquios**

Tabla 07:

Descripción del Diagnostico / Genero	TOTAL		GRUPO DE EDAD		
	Nº	%	<24hr	<24+48hr	>48hr
Total	1,411	100%	991	398	22
Femenino	898	55.4%	549	220	13
Masculino	629	44.6%	442	178	9

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 07:** se observa que tuvieron 1,411 casos diagnóstico de Asma que fue motivo de internamiento en observación en el Departamento de Emergencia, de los cuales el 55.4% fueron de sexo femenino y la mayor incidencia fue de aquellos pacientes que permanecieron menos de 24 horas (991) = (70.2%)

4.2. Estadística del Servicio de Emergencia 2015

**ATENCIÓN TOTAL DE LA DEMANDA MENSUAL POR TÓPICO SEGÚN GÉNERO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2015**

Tabla 08:

TÓPICO / ATENCIÓN	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PEDIATRÍA	16,878	100%	1,194	1,167	1,466	1,733	1,787	1,485	1,196	1,135	1,248	1,369	1,493	1,548
Femenino	7,870	46.8%	601	555	672	822	817	658	573	487	597	614	733	741
Masculino	8,951	53.2%	593	612	794	911	970	827	623	648	651	755	760	807

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 08:** se observa que el total de la demanda en atenciones en el Tópico de Pediatría durante el año 2015 fue de 16,878 atenciones, de los cuales el 53.2% fueron sexo masculino; y la mayor demanda de atención mensual fue en el mayor (1,787 atenciones) y la menor en el mes de agosto (1,135 atenciones)

**ATENCIÓN MENSUAL SEGÚN PRIORIDAD DIAGNOSTICO POR TÓPICO SEGÚN
GENERO HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENERO - DICIEMBRE 2015**

Tabla 09:

TÓPICO / GENERO	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PEDIATRÍA	8,894	100%	659	658	808	952	1,036	800	633	678	669	681	667	653
Femenino	3,918	44.1%	314	291	355	435	436	334	284	285	290	302	306	285
Masculino	4,976	55.9%	345	367	452	517	600	466	349	393	379	379	361	368

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 09:** se observa que se presentaron 8,894 atenciones según prioridad diagnóstica durante el año 2015 por tópico, de los cuales el 55.9% fueron del sexo masculino. La mayor demanda de atención se presentó en el mes de mayo con 1,036 atenciones, y el mes de julio fue de menor demanda con 633 atenciones.

**PRINCIPALES MORBILIDADES SEGÚN TÓPICO Y MES DE ATENCIÓN
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2015**

Asma no Específica o Asma de Aparición Tardía Bronquios

Tabla 10:

TÓPICO / GENERO	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PEDIATRÍA	1,293	100%	40	27	54	65	65	95	53	57	79	205	276	277

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 10:** se observa que se presentaron 1,293 casos de Asma, siendo significativo el incremento de casos en el último trimestre del año.

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MES SEGÚN GÉNERO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA AÑO 2015**

Tabla 11:

TÓPICO / GÉNERO	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
NEBULIZACIÓN	3,844	100%	224	146	237	392	512	476	225	265	342	306	376	343
Femenino	1,841	47.89%	107	67	106	188	219	217	109	130	184	158	186	170
Masculino	2,003	52.11%	117	79	131	204	293	259	116	135	155	148	190	173

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 11:** se observa que se presentaron 3,844 Procedimientos de Nebulización durante el año 2015, del total de procedimientos el 52.11% fueron realizados en pacientes del sexo masculino y el mes de mayo tuvo la mayor demanda de Procedimiento de Nebulización (512 procedimientos)

**PROCEDIMIENTO REALIZADO POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA 2015
NEBULIZACIÓN**

Tabla 12:

PROCEDIMIENTO / GÉNERO	TOTAL		GRUPO DE EDAD					
	Nº	%	<28d	<1a	1-4a	5-9a	10-11a	12-14a
TOTAL	2,560	100%	3	758	1,046	535	119	99
Femenino	1,004	49.2%	2	288	438	196	45	35
Masculino	1,556	60.8%	1	470	608	339	74	64

FUENTE: Sistema de Informática OE – HMA

En la **Tabla 12:** se observa que se realizaron 2,560 Procedimientos de Nebulización en el Departamento de Emergencia, de los cuales el 60.8% correspondieron a pacientes del sexo masculino. Por grupo de edad, el de mayor significancia fue el comprendido entre los 1-4 años que presentan el 1,046 = 40.9% de la demanda total.

4.3. Estadística del Servicio de Emergencia 2016

ATENCIÓN GENERAL DE LA DEMANDA MENSUAL POR TÓPICO DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. Enero - Diciembre 2016

Tabla 13:

TÓPICO DE ATENCIÓN	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
TOTAL														
PEDIATRÍA	18,788	100%	1,501	1,542	1,665	1,583	1,690	1,436	1,508	1,659	1,484	1,681	1,560	1,479
Femenino	8,554	45.5%	684	726	772	753	761	686	673	715	698	765	642	679
Masculino	10,234	54.5%	817	816	893	830	929	750	835	944	786	916	918	800

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la Tabla 13: se observa que se atendieron 18,788 pacientes durante el año 2016 en el Tópico de Pediatría del Departamento de Emergencia, de los cuales el 54.5% fueron de sexo masculino, y el mes de mayor demanda fue mayo con 1,690 atenciones. Se observa una constante mensual durante el año 2016 de mayor atención en pacientes de sexo masculino.

MORBILIDAD GENERAL COMO PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Enero - Diciembre 2016

Asma no Específica o Asma de Aparición Tardía Bronquios

Tabla 14:

DESCRIPCIÓN / DIAGNOSTICO	TOTAL		MESES	
	Nº	%	0-11a	12-17aF
TOTAL	8,834	100%	1,349	7,485

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la Tabla 14: se observa que se presentaron 8,834 casos de Asma como morbilidad general en Emergencia durante el año 2016, de los cuales el 7,485 = 84% fueron en pacientes adolescentes comprendidos entre los 12-17 años.

**ATENCIÓN DE LA DEMANDA SEGÚN MORBILIDAD MENSUAL POR TÓPICO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. Enero - Diciembre 2016
Asma no Específica o Asma de Aparición Tardía Bronquios**

Tabla 15:

TÓPICO DE ATENCIÓN	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PEDIATRÍA	3,078	100%	201	138	197	275	417	323	269	211	246	294	262	245

FUENTE: Sistema de Informática OE

En la **Tabla 15:** podemos observar que el diagnóstico de Asma se presentaron en 3,078 pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia, con mayor incidencia en el mes de mayo (417 pacientes de diagnóstico de asma), y la menor presencia de casos de asma fue en el mes de febrero (138).

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MES Y GÉNERO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. Enero - Diciembre 2016**

Tabla 16:

TÓPICO DE ATENCIÓN	TOTAL		MESES											
	Nº	%	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
NEBULIZACIÓN	4,273	100%	256	179	201	307	458	401	357	375	398	482	449	410
Femenino	1.996	46.7%	115	80	106	149	202	189	163	176	182	246	195	198
Masculino	2.277	53.3%	141	99	95	158	256	212	194	199	216	236	254	217

FUENTE: Sistema de Informática OE – HMA

En la **Tabla 16:** se observa que se tuvieron 4,273 Procedimientos de Nebulización durante el año 2016 en el Departamento de Emergencia de los cuales el 53.3% corresponde a pacientes de sexo masculino y la mayor cantidad de procedimientos realizados fue durante el mes de mayo (458 procedimientos), correspondiente al mes de febrero el de menor demanda (179 procedimientos).

V. CONCLUSIONES

- a) Durante los años 2014-2016 la mayor incidencia de infecciones respiratorias agudas se presentó en el grupo etéreo en niños de edades de 28 días a 5 años y prevaleció el sexo femenino con un 55.4%.

- b) En el año 2014 se presentaron 1,411 casos con un porcentaje de 24.40%, en el año 2015 se presentaron 1293 casos con un 22.36% y en el año 2016 fue aumentando los casos con infecciones respiratorias agudas de 3078 pacientes siendo su porcentaje de 53.24%.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar en el servicio de Emergencias Observación Pediátrica capacitación mensual al personal nuevo de enfermería que ingresa a laborar para un buen manejo de pacientes de IRAS.
- b) Coordinar con las enfermeras de consultorio externo para charlas educativas al familiar, durante la estancia en el área de Emergencia Observación Pediátrica.
- c) Actualizar las guía de cuidados por parte de personal de enfermería para que se aplique los cuidados en pacientes con IRAS:
- d) Coordinar con otras unidades de especialidad involucradas en el proceso de IRA en niños menores de 5 años para garantizar una adecuada y oportuna intervención de seguimiento para identificar los factores de riesgo de la IRA.
- e) Implementar la capacitación trimestralmente para conocer sus avances y ver las estrategias , replantear metas y objetivos.
- f) Capacitación continua del personal profesional y no profesional en la actualización de conocimientos teóricos y científicos para la atención de los pacientes de IRAS.

VII. REFERENCIALES

1. ABREU SUAREZ G. Infecciones Respiratorias Agudas Rev. Cubana Med Gen Integr 1991,7(2):129-40
2. MINSA (2016), Análisis Estadístico 2016, Oficinas de Estadística e Informática del Hospital María Auxiliadora
3. FERNÁNDEZ SALGADO M. Rubio Batista J. Factores predisponentes de Infecciones respiratorias Aguda en el Niño. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1990;9 (3):400-8
4. BEMGUIGUI Y. Prioridades en la Salud Infantil. Noticias sobre IRA 1993 - 1994; 25(2):5-6
5. GOYENECHEA A. Bello M. Clua A. Savon C. Valdivia A. Oropesa S. Determinación de Anticuerpo Fijadores de Complemento al Virus Sincitial Respiratorio. Estudio Lomgi-Tudinal en una Población Menor de un Año en Ciudad de la Habana, Rev. Cubana Med. Trop 1994,46(2):79-85
6. LEÓN LÓPEZ R., GALLEGOS MACHADO R. y DÍAS NOVAS J. en su investigación titulada "Infecciones Respiratorias Agudas y Factores Asociados". Rev. Cubana Med Gen Integr. 2007; 23(1).
7. YANES MACÍAS C., (2009) y otros factores asociados a neumonía grave adquirida en la comunidad. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito Glez Cueto" Cienfuegos.
8. DÍAZ REINA (2000). Evaluación del Riesgo Asociado a las Infecciones Respiratorias Agudas en Lactantes del Área de Veguitas. Universidad Nacional "Rómulo Gallegos". Programa de Profesionalización de Enfermería Investigación aplicada II.
9. PRIETO M., Russ G. y Reitorl., (2000) Factores de Riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas de Menores de 5 Años.

ANEXOS

FRONTIS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

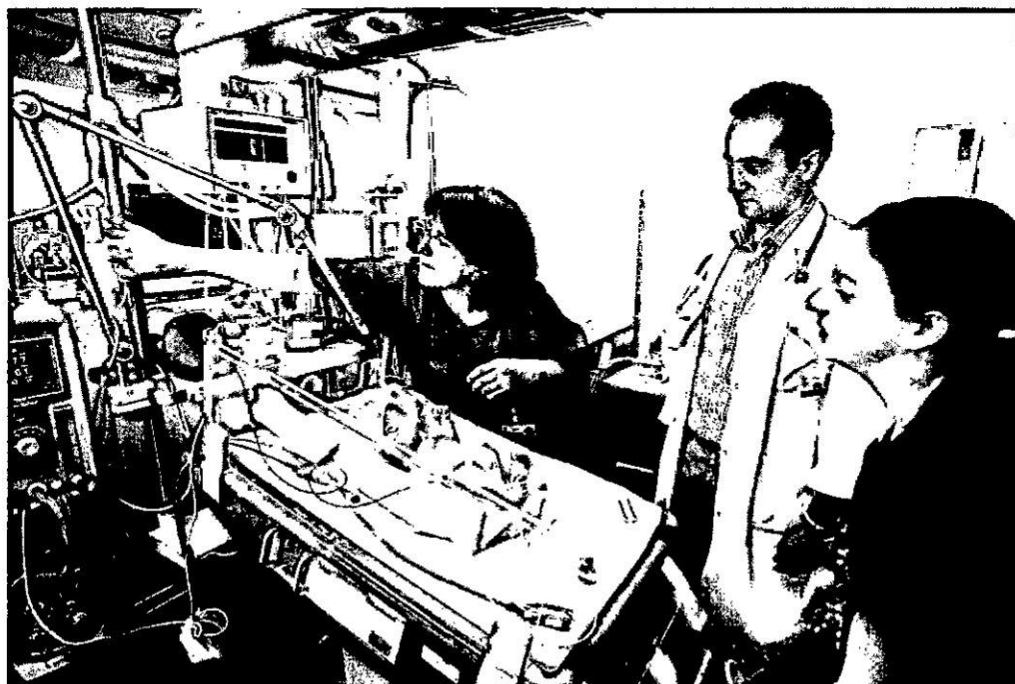
HOSPITAL MARÍA AUXILIADO

Av. Miguel Iglesias N° 968 Telf. (01) 2171818 - Fax 2171825 San Juan de Miraflores
ma.gob.pe/webmail



Fuente: Propia, 2016

**ATENCIÓN DE PACIENTE NEONATO CON DIFICULTAD
RESPIRATORIA SEVERA**



Fuente: Propia, 2016

ATENCIÓN A PACIENTE NEBULIZADO



Fuente: Propia, 2016

**APOYO EMOCIONAL Y ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA
NEBULIZACIÓN**



BRINDAR CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN EL PRE OPERATORIO A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGÍA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA.



Fuente: Propia, 2016

BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA CON CALIDAD Y CALIDEZ



Fuente: Propia, 2016

**REALIZAR EL MONITOREO HEMODINÁMICO, Y NEUROLÓGICO EN
LA HOJA DE MONITOREO DE ENFERMERÍA**



Fuente: Propia, 2016

**ATENCIÓN INMEDIATA EN PACIENTE ESCOLAR CON DIFICULTAD
RESPIRATORIA REALIZANDO NEBULIZACIÓN CONTINUA**



Fuente: Propia, 2016

REALIZAR CON TÉCNICA ASÉPTICA CATETERIZACIÓN Y ACCESOS VASCULARES



Fuente: Propia, 2016

**BRINDAR APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y FAMILIA SEGÚN LA
GRAVEDAD DEL PACIENTE**



Fuente: Propia, 2016

EMERGENCIA

HOJA DE COSTOS/PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA- HMA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____										
CAMA: _____										
SERVICIO: _____										
PARTICULAR: _____										
GRADO DE DEPENDENCIA: _____										
FECHA	PROCEDIMIENTO	D	R	D	N	D	N	D	N	TOTAL
99282	Atención de Emergencia, Prioridad I (Urgente) (*)									
99283	Atención de Emergencia, Prioridad II (*)									
99284	Atención de Emergencia, Prioridad III (*)									
99285	Atención de Emergencia, Prioridad IV (*)									
99284	Atención Sala Observación									
99365	Infusión IV									
90784	Inyección Intravenosa									
90782	Inyección subcutánea o intramuscular									
99141	Sedación con o sin suero IV o IM									
99361	Infusión Intravenosa, hidratación inicial, cada hora adicional									
91001	Colocación de Sonda Nasogástrica									
81702	Colocación de sonda Foley									
61701	Cateterismo Vesical									
94840	Tratamiento por inhalación con o sin presión (Nebulización)									
93000	Electrocardiograma									
08140	OXIGENO/litros									
85430	Transfusión de Sangre o componentes									
94780	Oximetría no invasiva									
02340/94002	Apoyo ventilatorio no invasivo (Oxigenoterapia)									
94650/94002	Ayuda y manejo de ventilación invasiva, inicio									
99003	Asistencia y manejo de ventilación de presión o de volumen en pacientes cada día subsecuente									
97997	Cura de heridas									
36418/82948	Glucosa Tira Reactiva									
01105	Intubación (Gastrica, Lavado Gastrico o aspiración terapéutica)									
21720	Aspiración de Secreciones x TET o nasotraqueal									
LEYENDA: 1. Marcar con * según prioridad de atención 2. Ingresar la cantidad de procedimientos según corresponda										
FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA										

HOJA DE MONITOREO

HORA	FUNCIONES VITALES										INFUSIONES			OTROS		
	T°	FC	FR	PA	PAM	CO2	SO2	FO2	HGT	ECO						
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06																
BALANCE HIDRICO																
PESO																
INGRESOS																
EGRESOS																
	7am-7pm		7pm-7am		TOTAL			7am-7pm		7pm-7am		TOTAL				
H2O							ORINA									
DIETA							DEPOSICIÓN									
FLUIDOS							SECRECIÓN									
RETOS							VÓMITO									
TTO.							RESIDUO GÁSTRICO									
							DRENAJE									
							OTROS									
AD.							PI									
(A) INGRESOS (DIURNO)							(C) EGRESOS (DIURNO)									
(B) INGRESOS (NOCHE)							(D) EGRESOS (NOCHE)									
(E) TOTAL INGRESOS (A+B)							(F) TOTAL EGRESOS (C+D)									
BH TOTAL (E - F) =																

NOMBRE Y APELLIDOS	CAMA:
DIAGNÓSTICO:	FECHA:

EMERGENCIA

HOJA DE COSTOS/PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA- HMA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____											
CAMA: _____ SEXO: _____ PARTICULAR: _____ GRADO DE DEPENDENCIA: _____											
FECHA	PROCEDIMIENTO	D		N		D		N		TOTAL	
99282	Atención de Emergencia, Prioridad I (Urgente) (*)										
99283	Atención de Emergencia, Prioridad II (*)										
99284	Atención de Emergencia, Prioridad III (*)										
99285	Atención de Emergencia, Prioridad IV (*)										
99234	Atención Bajo Observación										
99385	Infusión IV										
90784	Inyección Intravenosa										
90782	Inyección subcutánea o Intramuscular										
99141	Sedación con o sin analgésico IV o IM.										
98361	Infusión Intravenosa, hidratación isotónica, cada hora adicional										
91001	Colocación de Sonda Nasogástrica										
51702	Colocación de sonda Foley										
51701	Cateterismo Vesical										
94640	Tratamiento por Inhalación con o sin presión (Nebulización)										
93000	Electrocardiograma										
08140	Oxígeno/Flujo										
35430	Transfusión de Sangre o componentes										
94780	Odometría no Invasiva										
02246/94002	Apoyo Ventilatorio no invasivo (Oxigenoterapia)										
94052/94002	Ayuda y manejo de ventilación invasiva, crítico										
94005	Asistencia y manejo de ventilación de presión o de volumen en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda										
97667	Curaación de heridas										
36416/82948	Glucosa Tira Reactiva										
91106	Intubación (Gastrica, Lavado Gástrico o aspiración terapéutica)										
31720	Aspiración de Secreciones x TET o nasotraqueal										
	LEYENDA: 1. Marcar con * según prioridad de atención 2. Ingresar la cantidad de procedimientos según corresponda										
FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA											

HOJA DE MONITOREO

HORA	FUNCIONES VITALES											INFUSIONES			OTROS		
	T°	FC	FR	PA	PAN	CO2	SO2	FO2	HGT	ECG							
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
BALANCE HIDRICO																	
PESO																	
		INGRESOS						EGRESOS									
		7am-7pm		7pm-7am		TOTAL		7am-7pm			7pm-7am			TOTAL			
H2O								ORINA									
DIETA								DEPOSICIÓN									
FLUIDOS								SECRECIÓN									
RETOS								VÓMITO									
TTO.								RESIDUO GÁSTRICO									
								DRENAJE									
								OTROS									
AD.								PI									
(A) INGRESOS (DIURNO)								(C) EGRESOS (DIURNO)									
(B) INGRESOS (NOCHE)								(D) EGRESOS (NOCHE)									
(E) TOTAL INGRESOS (A+B)								(F) TOTAL EGRESOS (C+D)									
BH TOTAL (E - F) =																	

NOMBRE Y APELLIDOS	CAMA:
DIAGNÓSTICO:	FECHA: