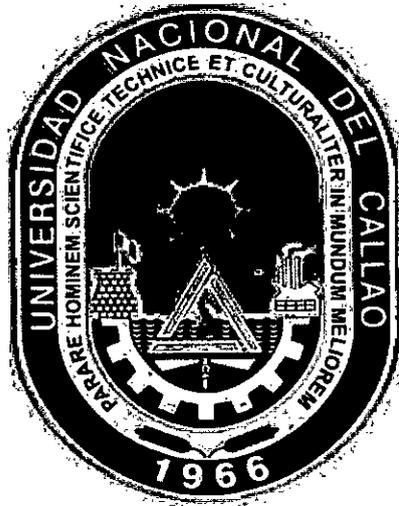


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**REFORZAMIENTO DEL CUIDADO A NIÑOS CON CRISIS ASMÁTICA  
EN LOS PADRES O TUTORES: LABOR DE ENFERMERÍA EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO Y  
PERAL – ESSALUD 2015 / 2016**

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

**JAQUELINE JANNET MAMANI GUERREROS**

**Callao, 2018  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGELICA DÍAZ TINOCO       | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI    | SECRETARIO |
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL      |

**ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 148

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/03/2018

Resolución Decanato N° 667-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	21
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	25
<b>IV. RESULTADOS</b>	28
<b>V. CONCLUSIONES</b>	34
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	35
<b>VII. REFERENCIALES</b>	36
<b>ANEXOS</b>	38

## INTRODUCCIÓN

El Asma es una de las enfermedades respiratorias más comunes que se presentan en niños, son una causa común para la atención y de ingreso en el sistema hospitalario en el servicio de emergencia, por ello esto amerita que se investigue las causas que lo desencadenan así poder disminuir los constantes ingresos hospitalarios por dicha enfermedad.

Los niños hospitalizados vienen en compañía de los padres y/o tutores, muchos de ellos tienen dudas sobre la enfermedad y desean que se les explique cómo actuar al momento de una crisis asmática en casa y qué cuidados debemos realizar para prevenir futuros episodios de asma, es allí donde la enfermera brinda cuidados al individuo enfermo, orientando sus actividades en reconocer las necesidades y satisfacer las mismas con eficiencia y eficacia.

La salud de un niño con diagnóstico de Asma es el bienestar personal y social y no solo la ausencia de la enfermedad. Tener salud es estar bien con uno mismo, con los demás y con el entorno. La educación para la salud busca promover la responsabilidad personal, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables y desarrollar la capacidad crítica para tomar las decisiones que faciliten el cuidado de la propia salud y de los demás.

La educación que brinda la enfermera a los padres y/o tutores al momento del alta hospitalaria es importante para reafirmar los conocimientos de la prevención y control posterior de los síntomas, incluso en casos de crisis como medida inicial antes de recaer al episodio hospitalario. Dicho manejo inicial puede contribuir a una menor permanencia hospitalaria en un servicio de emergencia.

En este Trabajo académico se plantea recolectar información del paciente, familiar y/o tutor hospitalizado en el servicio de emergencia del

Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, así saber las necesidades de información que puedan tener y en ese momento la Enfermera a cargo brindara educación sobre el asma al momento del alta hospitalaria.

El presente informe de experiencia profesional tiene como titulado "Reforzamiento del cuidado a niños con crisis asmática en los padres o tutores: labor de Enfermería en el Servicio de Emergencia - Hospital Aurelio Díaz ufano y Peral-Essalud 2015/2016"

Tiene por finalidad describir que cuidados deben tener los padres de familia antes de salir de alta los pacientes pediátricos con crisis asmática. Contribuyendo así mismo a que sepan identificar en forma oportuna los signos de alarma que pueda presentar el paciente y velar por la recuperación temprana a través de la atención y cuidados que brinden al niño.

El presente informe consta de VII capítulos, lo cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe el planteamiento del problema ,descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II :** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** resultados; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI :** recomendaciones y el **capítulo VII :**Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexo

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación Problemática

El asma considerada como una enfermedad con mayor prevalencia en la edad pediátrica guiada de altos índices de morbilidad. La organización Mundial de Salud (OMS) calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes padecen de asma. El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los niños y está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos. A menudo el asma no se diagnostica correctamente ni recibe el tratamiento adecuado, creando así una importante carga para los pacientes y sus familias, y pudiendo limitar la actividad del paciente durante toda su vida. (1)

Se estima que el asma afecta a un 25% de la población, siendo una de las tasas más altas que se registran en América Latina y a su vez los niños lactantes y los preescolares son los más propensos a desarrollar todo tipo de infecciones respiratorias, primer factor de riesgo para el asma. (2)

En los niños latinoamericanos de entre 13-14 años, la prevalencia actual de sibilancias osciló entre un mínimo de 8,7% en México a un 30% en El Salvador, y el asma infantil varió de 6,9% en México a 33,1% en Perú. Otro hallazgo es la contaminación del aire, los niños con residencia urbana poseen casi el doble de probabilidades de padecer estas enfermedades que los de zonas rurales. (3)

En Perú se calcula que alrededor de 265,000 niños menores de cinco años tienen asma, encontrándose la mayoría de los casos en las ciudades de Lima y Callao, seguidas por Chimbote, Chiclayo, Ica y Piura. (3)

En Perú especialistas del Seguro Social de Salud (Essalud), advirtieron que uno de cada cinco niños sufre de asma en nuestro país, y que esta enfermedad se presenta con frecuencia ante los cambios bruscos de temperatura. (3)

En el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral (Essalud), ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, servicio de emergencia se observa gran demanda de atención de niños con de crisis asmática llegando algunos de ellos a ingresar a trauma shock y siendo hospitalizado al servicio de emergencia y/o UVI.

Según los registros estadísticos del hospital, en el tópico de Pediatría del servicio de Emergencia para el 2015 se atendieron 2158 casos y en el 2016 se atendieron 1880 casos, todos ellos con diagnóstico Médico de Asma en menores de 14 años. Del total atendidos en el servicio de pediatría en emergencia el mayor porcentaje son niños con procesos respiratorios que ingresan con episodios moderados o graves de asma. (4)

En el Área de Observación de Pediatría del Servicio de Emergencia se pudo comprobar que los padres y/o tutores, en su gran mayoría desconocen los factores desencadenantes, los cuidados básicos que los niños deben de recibir al inicio de la enfermedad para así evitar llegar a complicaciones y más aún se verifica que muchos de ellos incumplen con el tratamiento.

## **1.2. Objetivo**

Describir la experiencia profesional en el “Reforzamiento del Cuidado a niños con crisis asmática en los padres o tutores: labor de enfermería en el servicio de Emergencia - Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-ESSALUD, 2015/2016.

### **1.3. Justificación**

El presente trabajo se realizó con la finalidad de poder establecer estrategias que permitan disminuir la prevalencia en niños con crisis asmática, evitando de esta manera llegar a las complicaciones y reingresos hospitalarios. A la vez reforzarles los conocimientos de los cuidados preventivos e iniciales que puedan dar los padres en casa para poder evitar y disminuir futuras crisis de asma, así ayudar a disminuir las complicaciones propias de la enfermedad, los beneficios que se verán también a futuro en los pacientes pediátricos y en los padres.

Asimismo: el presente trabajo, nos permitirá, acceder a información que se toma en cuenta al momento de realizar los cuidados de los padres y/o tutores en el hogar, asimismo la educación que es impartida por la enfermera durante la hospitalización y antes del alta hospitalaria. Los conocimientos, ofrecidos a los padres fomentarán mayor responsabilidad del cuidado en sus niños evitando presentar nuevos episodios de crisis asmática; Aspectos que las enfermeras deben concientizarse más, para que la interacción del acto del cuidado, sea más oportuno conllevando al bienestar de la Salud del niño y fortaleciendo los cuidados que los padres deben brindar a los niños.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales.

LOZANO CÁRDENAS, Y./SILVA BALLESTEROS, L.A / VILLEGAS SOSA, C. **“Nivel de conocimiento sobre asma que tienen los adolescentes de 12 – 17 años de dos instituciones educativas y el factor personal que más influye en la adherencia al tratamiento del asma”**- Bogotá 2014.

Cuyo *objetivo* fue determinar el nivel de conocimiento sobre el asma y el factor personal que más influye en la adherencia al tratamiento en adolescentes en rango de edad de 12 a 17 años. *Material y métodos*: El tipo de estudio que se utilizó para esta investigación fue cuantitativo de corte transversal con enfoque descriptivo, el cual permite examinar los datos de manera numérica, realizando la recolección y análisis de los mismos, es de corte transversal porque es en un momento particular del tiempo además de ser de menor costo en adolescentes en un rango de edades de 12 a 17 años de edad que estudian en instituciones educativas en Bogotá, y que tengan diagnóstico de asma que quieran participar y que tengan el consentimiento de sus cuidadores, *Resultados*: se obtuvo mediante la transcripción de las encuestas en un tiempo aproximado de dos horas, luego se organizó la información obtenida teniendo en cuenta el objetivo propuesto *Conclusiones*: La población que participó en esta investigación fue en su totalidad adolescentes, se contó con una muestra de 20 estudiantes, con edades entre los 12 y 17 años, la edad con más prevalencia para este estudio fue 14 años (25%), dato que corresponde con la prevalencia que se maneja a nivel nacional y la mayoría pertenece al sexo femenino (65%), Frente a

los conocimientos que tienen los adolescentes sobre el asma se encontró, en cuanto al factor de Mitos y Creencias, que el nivel de conocimientos de los adolescentes encuestados fue medio, lo que evidencia que los mitos juegan un papel importante frente al uso adecuado de los inhaladores, por ello es necesario que el profesional de salud intervenga y proporcione conocimientos claros a los adolescentes acerca de los inhaladores y la importancia que tienen para el manejo de su enfermedad.(7)

GALDAMES CRUZ, S./ ÁLVAREZ CRUZ, L. / BARRIOS AVILÉS, M. / PAREDES BRAVO, V/ RODRÍGUEZ MATURANA, V. **“Creencias de padres e hijos sobre el asma: implicancias para la adherencia al tratamiento”**. Ciudad de Coquimbo - Chile 2014. Este trabajo describe y establece una relación entre creencias de niños con asma y las creencias de sus padres sobre asma y su tratamiento. Mediante un diseño correlacional transversal, con muestreo intencional, se evaluó a 40 niños entre 5 y 16 años con asma y a sus respectivos 40 adultos cuidadores. Se usó el cuestionario IPQ (Illness Perception Questionnaire), adaptado, para evaluar creencias de enfermedad. Los *resultados* muestran que existe correlación positiva baja-moderada, significativa, en tres de los seis tipos de creencias evaluadas: temporalidad, consecuencias y emocionalidad asociada al asma. Por otro lado, las creencias de los padres fueron más fuertes que las de los hijos en las creencias de identidad, consecuencias, emocionalidad y causalidad asociada al asma. La baja concordancia entre las respuestas de padres e hijos lleva a concluir la necesidad de educar de forma directa a los niños, así como a sus padres con respecto al automanejo de su enfermedad. (8)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

CHÁVEZ VALERA, I.V. **“Calidad de vida de los niños con asma y su relación con el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad”**. Hospital Belén - Trujillo 2016. Cuyo *objetivo* es Determinar la relación entre calidad de vida de los niños con asma y el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad. Hospital Belén de Trujillo 2016. La presente investigación cuantitativa descriptiva correlacional y se consideró una muestra de 40 niños de 7 a 10 años con diagnóstico de asma y sus respectivos padres en entrevista personalizada se aplicó un cuestionario para medir la calidad de vida en pacientes pediátricos con asma (PAQLQ) y el nivel de conocimiento de los padres. Los *resultados* indican que la calidad de vida de los niños entre 7 a 10 años con diagnóstico de asma fue regular en un 52.5% y mala en un 40%, como mínimo el 7.5% un nivel bueno. El nivel de conocimientos de los 40 padres fue como máximo el 52.5% presentando un nivel de conocimiento bueno y regular en un 47.5%. A través de la prueba de Chi cuadrado, con una significancia de 0.201 se comprobó; que no existe relación entre calidad de vida de los niños con asma y el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad (5).

RUIZ RUIZ, MT **“Conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel Alcides Carrión”** - Callao 2014. El *objetivo* fue determinar los conocimientos de los padres sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en niños de 5 a 14 años en el servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Nacional Daniel A. Carrión - Callao 2014. Material y Método. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte trasversal. La población estuvo conformada por 60 padres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo

consentimiento informado. *Resultados.* Sobre los conocimientos de los padres sobre manejo de crisis asmática tenemos que el 55.1% conoce el manejo de la crisis asmática, mientras que el 44.9% no conoce. En cuanto a los conocimientos de los padres sobre prevención de la crisis asmática tenemos que el 63.5% conoce la prevención de la crisis asmática, mientras que el 35.5% no conoce. Los principales ítems de manejo y prevención que conocen los padres están dados porque expresan que reconocen el silbido como signo de un ataque de asma, que se presenta con mayor frecuencia por las noches, que las vías aéreas de estos niños es anormalmente sensible por tanto el hecho de que los padres fumen empeora el asma y no conocen el tratamiento a iniciar en una crisis asmática, y los tratamientos preventivos para el asma. (6)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Asma Bronquial: Conceptualización del asma bronquial**

El Asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que da lugar a una obstrucción episódica del flujo de aire. Esta inflamación crónica subraya la colapsabilidad que tienen las vías respiratorias, la hiperreactividad bronquial (HRB), ante estímulos provocadores. El tratamiento del asma pretende reducir la inflamación de la vía respiratoria minimizando la exposición a estímulos ambientales proinflamatorios, usando medicamentos antiinflamatorios «controladores» a diario y controlando trastornos asociados que pueden empeorar el asma. Una menor inflamación suele llevar a controlarla mejor, con menos exacerbaciones y menor necesidad de medicamentos «de alivio rápido». No obstante, todavía se pueden producir exacerbaciones. La intervención temprana con corticoides sistémicos reduce mucho la gravedad de tales episodios. Los avances en el tratamiento, y en

especial la farmacoterapia, hacen posible que todos, menos el niño con un asma grave, lleven una vida normal. (9)

- **Tipos de asma infantil**

Se considera asma una presentación clínica común de sibilancias o tos recidivantes e intermitentes debidas a diferentes procesos patológicos que subyacen a distintos tipos de asma. Hay dos clases principales de asma infantil; 1) las sibilancias recidivantes al principio de la infancia desencadenadas sobre todo por infecciones víricas comunes de la vía respiratoria, y 2) el asma crónica asociada a la alergia que persiste en fases posteriores de la infancia y a menudo en la vida adulta. Aparece habitualmente un tercer tipo de asma en mujeres que presentan obesidad y una pubertad temprana (a los 11 años). Algunos niños pueden ser hipersensibles a contaminantes comunes del aire (humo ambiental de tabaco, ozono, endotoxina), de manera que las exposiciones a estos contaminantes no sólo podrían empeorar el asma, sino que podrían interpretar un papel causal en la proclividad a padecerla. La forma más persistente de asma infantil se asocia a la alergia y la predisposición a las exacerbaciones inducidas por virus respiratorios frecuentes. (9)

- **Manifestaciones clínicas y diagnóstico**

La tos seca y las sibilancias espiratorias intermitentes son los síntomas crónicos más comunes del asma. Los niños mayores y los adultos referirán sensación de respiración insuficiente y opresión torácica; los niños pequeños es más probable que presenten dolor torácico intermitente no focalizado. Los síntomas respiratorios pueden empeorar por la noche, en especial durante las exacerbaciones prolongadas

desencadenadas por infecciones respiratorias o aeroalérgenos. Los síntomas diurnos, ligados a menudo a actividades físicas o al juego, los refieren con mayor frecuencia los niños. Otros síntomas de asma en los niños pueden ser sutiles e inespecíficos, como la limitación impuesta por ellos mismos en las actividades físicas, el cansancio general (posiblemente debido a trastornos del sueño) y la dificultad para mantener el nivel de los compañeros en las actividades físicas. (9)

Los síntomas de asma pueden desencadenar los numerosos acontecimientos o exposiciones comunes: ejercicios físicos e hiperventilación (risa), el aire seco o frío y los irritantes de la vía respiratoria. Las exposiciones que inducen inflamación de la vía respiratoria, como las infecciones (rinovirus, virus sincitial y otros) y alérgenos, también aumenta la hiperreactividad bronquial a las exposiciones a irritantes. Los antecedentes ambientales son fundamentales para un diagnóstico y tratamiento óptimos del asma. (9)

La presencia de factores de riesgo, como el antecedente de otros trastornos alérgicos (rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica, dermatitis atópica, alergias alimentarias), asma en los padres o síntomas aparte de los catarros, apoya el diagnóstico de asma.

A veces pueden escucharse crepitantes vs roncus por la excesiva producción de moco y el exudado inflamatorio de las vías respiratorias. La combinación de crepitantes segmentarios y ruidos respiratorios reducidos puede indicar una atelectasia pulmonar segmentaria que es difícil de distinguir de la neumonía bronquial y puede complicar el tratamiento del asma agudo. En las exacerbaciones graves, la mayor obstrucción de las vías respiratorias hace más laboriosa la respiración y provoca una insuficiencia respiratoria que se manifiesta con

sibilancias espiratorias e inspiratorias, prolongación de la espiración, escasa entrada de aire, retracciones supraesternal e intercostal, aleteo nasal y uso de músculos respiratorios accesorios. En la última fase, el flujo de aire puede ser tan limitado que no se escuchen sibilancias. (9)

### **Tratamiento**

El tratamiento del asma debe tener los siguientes componentes; 1) evaluación y monitorización de la actividad de la enfermedad; 2) provisión de educación con el fin de reforzar el conocimiento y habilidades de la familia del paciente para el auto tratamiento; 3) identificación y tratamiento de los factores precipitantes y de los trastornos asociados que puedan empeorar el asma, y 4) selección adecuada de los medicamentos para cubrir las necesidades del paciente. El objetivo a largo plazo del tratamiento del asma es conseguir un control óptimo de ésta. (9)

Los estudios sobre los factores ambientales y el estilo de vida responsables de la menor prevalencia de asma infantil en las zonas rurales y comunidades granjeras indican que la intervención moduladora inmunitaria temprana podría evitar la aparición del asma. Varias medidas no farmacológicas con numerosos atributos positivos sobre la salud, como la evitación del humo del tabaco (desde antes del nacimiento), lactancia materna prolongada a (>4 meses), un estilo de vida activo y una dieta saludable, podrían reducir la probabilidad de sufrir asma. En la actualidad no se considera que las vacunaciones aumenten la probabilidad de presentar asma. Por tanto, se recomiendan todas las vacunaciones infantiles estándar en los niños con asma, incluidas las vacunas de la varicela y la anual de la gripe. (9)

## **Crisis Asmática**

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas caracterizada por crisis de tos dificultad respiratoria y sibilancia, usualmente reversibles, pero a veces graves y ocasionalmente fatales. Es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la edad pediátrica, con elevada morbilidad. Es una causa importante de uso de servicios hospitalarios, siendo la principal causa de hospitalizaciones por enfermedad crónica en la infancia y responsable de un elevado costo socio-sanitario. La prevalencia de síntomas relacionados con el asma ha sido ampliamente estudiada en la población infantil y adolescente a nivel mundial en los últimos años, encontrando amplias variaciones geográficas, oscilando entre el 2% en Indonesia hasta el 32% en Inglaterra. El hecho de que el padre y/o la madre padezcan asma es un factor de riesgo para su hijo. La probabilidad de herencia del asma se cifra entre un 36% y un 79% según los estudios realizados en gemelos, siendo aún objeto de estudio la forma de herencia. Por otra parte, al menos un 30% de la prevalencia de asma en un determinado momento se debe a factores ambientales. La atopia se considera uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar asma, estimándose que incrementa el riesgo entre 10 y 20 veces. Los ácaros son la causa más importante de alergia respiratoria. En cuanto a la contaminación ambiental un agente de particular importancia es el tabaco. Existe evidencia de que la exposición pasiva al humo de tabaco aumenta el riesgo de enfermedad respiratoria del tracto inferior, tanto en el embarazo como en la primera infancia y en edad escolar. (10)

- **Síntomas de la crisis asmática**

Una crisis asmática puede cursar con tos, opresión de pecho, jadeo, respiración sibilante y dificultades para respirar. Cuando una persona tiene una crisis asmática, también puede presentar sudoración y/o sentir que se le acelera el ritmo cardíaco. Si se trata de una crisis grave, la persona tendrá que hacer grandes esfuerzos para respirar incluso estando sentada y quieta. Es posible que no pueda decir más que unas pocas palabras seguidas y tendrá que hacer frecuentes pausas para respirar. (10)

En las crisis asmáticas graves el aspecto físico del niño es la mejor guía para determinar dicha gravedad y la respuesta al tratamiento. Los niños que prefieren estar sentados, o se encuentran agitados, confusos, ansiosos, sudorosos, incapaces de decir una frase, o presentan llanto agudo o quejido, tienen una crisis asmática grave y pueden estar en insuficiencia respiratoria. Del mismo modo, la presencia de taquipnea importante, retracciones supraclaviculares, la respiración lenta y dificultosa, la escasa entrada de aire en la auscultación y un pulso paradójico  $> 20$  mm Hg son signos de gravedad de la crisis. Existen múltiples escalas clínicas para la valoración de la gravedad de la crisis asmática y la respuesta al tratamiento, siendo especialmente difícil encontrar un score idóneo para el niño menor de 5 años. Desde el punto de vista práctico uno de los recomendables por su sencillez es el score clínico reflejado en la Tabla I, (ver anexo) (11)

Un score inicial de 5 indica una crisis grave y se asocia en general a otros parámetros de gravedad (PEF  $<34\%$ ,  $SO_2 <90\%$ ). Si aparece alteración de la conciencia o cianosis, es aconsejable que el paciente sea trasladado a la unidad de

cuidados intensivos para continuar el tratamiento. Durante el transporte se garantizará la administración de oxígeno a altas concentraciones y fármacos broncodilatadores nebulizados o por vía subcutánea (11)

- **Valoración global**

Los tres parámetros de valoración clínica coinciden en los extremos:(11)

- Crisis leves (*score*  $\leq 2$ , SO  $\geq 94\%$  y PEF  $> 75\%$ ).
- Crisis graves (*score*  $\geq 4$ , SO  $\leq 90\%$  y PEF  $< 34\%$ ).

- **Tipos de crisis Asmática**

Para el manejo de las crisis de asma, es necesario primero clasificar su severidad según el puntaje de esta (tabla 7). (11)

Las crisis leves de asma deben ser tratadas inicialmente en el hogar, iniciando beta 2-agonistas de acción corta con inhalocámara. Si con este esquema de manejo no se evidencia clima a la mejoría, el cuidador del niño debe agregar prednisolona oral a dosis de 1 mg/kg y debe buscar valoración médica. (11)

Las crisis leves que no responden al manejo en casa y las crisis moderadas y severas deben ser controladas en una institución médica. (11)

- **Tratamiento de la crisis asmática**

Las crisis leves que no responden al manejo en casa y las crisis moderadas y severas deben ser controladas en una institución médica.

El objetivo es conseguir una broncodilatación y una oxigenación adecuada es, disminuyendo al máximo el número

de recaídas. Los tres pilares fundamentales son el oxígeno, los broncodilatadores y los corticoides sistémicos. El Oxígeno Suele ser el aspecto más descuidado en el tratamiento de la crisis asmática en el niño. Las crisis moderada-graves suelen cursar con alteraciones de la relación ventilación / perfusión e hipoventilación alveolar. Mantener una buena oxigenación mejora la eficacia de la terapia broncodilatadora y aporta alivio al enfermo.

Los siguientes son los medicamentos usados para la crisis asmática

**Beta 2-agonistas de acción corta:** Por vía inhalada son la primera línea del tratamiento. El inhalador de dosis medida (IDM) es tan efectivo como los aparatos nebulizados y posiblemente mejor. El esquema de crisis de salbutamol en IDM es 2 a 4 puff cada 20 minutos por dos horas, y separando las dosis de acuerdo con la severidad y respuesta del paciente. El salbutamol nebulizado se administra 2,5 mg (0,5 ml) a menores de dos años y 5 mg (1ml) a mayores de dos años, cada 20 minutos por dos horas, y luego separando la dosis de igual forma que con el IDM. La nebulización continua de salbutamol 5-10 mg/h está indicada en pacientes severamente comprometidos. (11)

**Bromuro de Ipratropio.** Se ha demostrado su utilidad cuando se emplea asociado a beta 2-agonistas de acción corta, durante los episodios moderados a severos, aunque la evidencia en niños pequeños es contradictoria y limitada. La dosis para nebulizar es 250-500 mcg (20-40 gotas) o por IDM de 40-80 mcg (2-4 puff) cada 4-6 horas. No se recomienda como monoterapia.

**Glucocorticoides** Han demostrado su eficacia usados en forma temprana especialmente por vía oral. No hay suficiente evidencia que soporte el empleo de corticoides inhalados en crisis asmáticas. La dosis recomendada de prednisolona es de 1-2 mg/kg/día; metilprednisolona, 1-2 mg/kg/dosis cada 6 horas; hidrocortisona, 10 mg/kg/dosis inicial y continuar 5 mg/kg/dosis cada 4 ó 6 horas. Si se piensa suspender antes del día 10, no es necesaria la disminución progresiva de la dosis. Los tratamientos menores de 10 días se asocian a baja tasa de efectos colaterales, como la hemorragia gastrointestinal. En los pacientes que usan corticoides inhalados de mantenimiento, se debe continuar a la dosis que venían recibiendo previamente a la exacerbación. Todo paciente que consulta por crisis de asma se considera que tiene asma no controlada y debe iniciar un corticoide inhalado.

**Antibióticos** La administración de antibióticos es excepcional, ya que la mayoría de estos episodios son causados por infecciones virales. Sin embargo, algunas crisis de asma en niños mayores son desencadenadas por infecciones de gérmenes atípicos. Existen algunos estudios sobre el papel inmunomodulador de los macrólidos en asma, en pacientes corticodependientes. En pacientes desnutridos y de bajo nivel socioeconómico, hay que recordar la asociación de asma-neumonía. (11)

**Sulfato de magnesio.** Hay una limitada experiencia sobre la seguridad en el empleo del sulfato de magnesio en niños. Existe evidencia de que puede proveer broncodilatación adicional cuando se da en conjunto con broncodilatadores estándar y corticosteroides. Además, se sugiere que su uso temprano mejora la función pulmonar y las tasas de hospitaliza-

ción; sin embargo, su empleo se restringe a la crisis asmática severa que no responde al tratamiento convencional (30-50 mg/kg/bolo). Algunos estudios sugieren que la utilización de sulfato de magnesio nebulizado pudiera mejorar la función pulmonar en asma severa, pero se requiere de muchos estudios posteriores para comprobar su eficacia. Hay que estar atentos a los efectos adversos que, en general, son náuseas durante la infusión, debilidad, arreflexia, depresión respiratoria y arritmias cardíacas.

**Adrenalina.** No existe evidencia que muestre beneficios de la epinefrina inhalada comparada con los beta 2 selectivos, y se asocia con mayores efectos adversos. Su uso por vía subcutánea es validado en reacciones anafilácticas, como una causa de crisis asmática severa. (11)

### **2.2.2. La teoría de Watson Jean:**

La Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía De Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta

manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.

El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento.

Escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal basado en la Teoría de Jean Watson”, el cual presentan 6 dimensiones.

**Habilidades, técnicas de la enfermera.** Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera (27)

**Relación enfermera-paciente.** La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

### 2.3. Definición de Términos

- **Paciente Pediátrico:** Es todo pacientes hospitalizado en el servicio de emergencia del hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral y sus edades fluctúa entre 5 a 14 años.
- **Asma:** Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que da lugar a una obstrucción episódica del flujo de aire. Esta inflamación crónica subraya la colapsabilidad que tienen las vías respiratorias, la hiperreactividad bronquial, ante estímulos provocadores.
- **Cuidado que Brindan los Padres:** Es todo cuidado empírico que realizan los padres en sus hijos durante su permanencia hospitalaria como en sus domicilios.
- **Crisis Asmática:** Es un episodio agudo o subagudo que presentan los pacientes pediátricos y que tiene un deterioro progresivo con dificultad respiratoria, tos, sibilancias, polipnea, cuya magnitud varía de acuerdo con la severidad de la obstrucción bronquial.
- **Reforzamiento del cuidado:** Es la educación que brinda la licenciada en Enfermería a los padres de hijos asmáticos, durante su permanencia hospitalaria como al momento del alta hospitalaria.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de Datos**

El tipo de estudio es Cuantitativo descriptivo en el que se utiliza la observación y entrevista informal, también se utilizó el cuaderno de registro de atenciones, registro de Datos estadísticos (Unidad de Planeamiento) Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

#### **3.2. Experiencia Profesional**

##### **- Recuento de la Experiencia Profesional**

Mi experiencia profesional inició con grado de bachiller en el departamento de Loreto por la alta carencia en esos años de profesionales de Enfermería, fui contratada para laborar en el Área Rural. en donde se me brindó la oportunidad de aplicar mis conocimientos y habilidades, enriqueciendo mi formación profesional ,asumiendo una gran responsabilidad en el campo laboral iniciándose: El año 1995 en el Centro de salud del Centro Poblado de Intuto - Distrito Tigre, provincia Iquitos, Departamento Loreto desempeñándome en el Área de Atención Primaria de Salud, teniendo bajo mi responsabilidad el manejo de todos los programas de Atención Preventivo Promocional, Continuando laborando como Enfermera de Atención Preventivo Promocional, reforzando mi formación académica en el campo de Enfermería Comunitaria el año 1996 hasta el mes de Abril en el Puesto de Salud de Tacshitea, Distrito de Calleria, Provincia de Pucallpa, Departamento de Ucayali. Posteriormente al año siguiente habiendo culminado mi Serums en 1998 mes de Junio inicie una nueva faceta en el Área Asistencial del Hospital regional de Pucallpa del departamento de Ucayali realizando funciones de

Enfermera asistencial en el Área de la Unidad de quemados y en el servicio de Ginecología laborando por 11 meses. Al siguiente año en el mes de mayo paso laborar en el “Programa de Atención Integral al menor de 10 años y en el Programa de Asma” en el Hospital Nivel I EsSalud de tingo María, Provincia Leoncio Prado, Departamento de Huánuco. Experiencia que favoreció la introducción del cuidar de Enfermería a niños con problemas respiratorios con sus respectivas singularidades.

Tres años después solicite mi traslado al Hospital II EsSalud Huánuco laborando: En el Programa Ambulatoria Descentralizada Empresarial (PAAD-E), Programa del Adulto Mayor, Programa PADOMI Servicio de Hospitalización (Servicio de Pediatría, Ginecología, Cirugía), y el servicio de Emergencia.

En el año 2013 del mes de agosto me traslade a la ciudad de Lima mediante una permuta permanente inicio a trabajar en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, desempeñándome como Enfermera Asistencial en el Servicio de Emergencia hasta la fecha.

Con la experiencia obtenida extra e intra hospitalaria hasta el día de hoy se ha fortaleciendo mis conocimientos, habilidades y formación profesional para así poder brindar los cuidados a los niños con enfermedades respiratorias siendo las más frecuentes las crisis asmática observando con frecuencia el ingreso de niños con crisis asmática al tópico de Pediatría para ser atendidos, a quienes se les nebuliza en forma continua, observándose en los padres y algunos niños la negatividad, poca importancia al tratamiento indicado y cuidados en casa, teniendo una idea negativa de las nebulizaciones, inhaladores muchos de ellos por desconocimiento de la gravedad de la enfermedad manifestando **“Licenciada si lo nebulizo mi hijito se va empeorar y no sanara, él no quiere tomar agua solo quiere frugos por eso está llorando y si le pongo los inhaladores se va a acostumbrar**

**sus pulmones y no podrá respirar , solo quiero que le pongan ampolla”**, retornando al hospital ingresando alguno de ellos por el servicio de Trauma Shock., Appreciando además las diferentes formas de cuidar, siendo adecuado y otras inadecuadas tanto en los niños como en el padre ó tutor creando un clima de malestar, dificultad que impide desarrollar la labor educativa de forma armoniosa, en especial cuando se requiere una retroalimentación a los padres de acuerdo a su comprensión de la salud del niño. Ante esta situación se buscó estrategias que permitieron fortalecer las debilidades presentes en el servicio de esta manera poder lograr objetivos trazados mediante la aplicación de actividades de Prevención y Promoción de acuerdo a la necesidad del servicio.

### **Descripción del Área Laboral**

El hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral fue creado el 15 de marzo del 2000 con resolución de MINSA ubicado en el Jr. Río Majes S/N cuadra 37 Av. Próceres de la Independencia San Juan de Lurigancho, servicio de emergencia se encuentra ubicado en el primer piso cuenta con los siguientes ambientes: Tópicos de consultorio: Pediatría, Medicina, Ginecología, Cirugía, Unidad de Shock Trauma; Unidad de Vigilancia Intensiva que cuenta con 4 camas, en el área de Observación Pediatría cuenta con 6 cunas, y observación Adultos cuenta con 8 camas, se cuenta con amillas adicionales que se dan uso según demanda del área de Observación Pediatría y adulto también contamos con un pequeño ambiente de Tópico Inyectables.

Recursos humanos: El servicio de emergencia cuenta con 21 profesionales de enfermería y 16 personales técnicos

### **3.3. Proceso Realizados en el tema de Informe**

En mi permanencia como enfermera asistencial en el servicio de emergencia he podido percibir los inconvenientes del sistema de salud, así como las necesidades que presentan el personal de enfermería, así como al paciente hospitalizado por crisis asmática, al igual sus padres o tutores que tiene presentar cambios en su vida cotidiana y adquirir nuevos conocimientos de los cuidados que deben brindar a sus niños.

La alta demanda de niños con problemas respiratorios, muchos de ellos con crisis asmática, ocasiona que el profesional de enfermería tenga una recargada labor, ya que este hospital no logra la cobertura de atención de los pacientes por tener un gran número de población asegurada ya que el distrito de san Juan de Lurigancho es el Distrito más grande de Lima.

Durante mi permanencia en el hospital he podido observar en los niños hospitalizados por crisis asmática el desconocimiento de algunos padres ó tutores de brindar los cuidados adecuados a los niños que padecen esta enfermedad más aun en un proceso de crisis asmática, algo también que se pudo apreciar, es el nivel cultural de los padres o cuidadores que influyen negativamente para el cuidado favorable del paciente y la falta de disponibilidad de tiempo para la dedicación en la recuperación del niño enfermo.

Presentándose en una oportunidad un caso muy particular este hecho despertando mi interés ocurriendo en el año 2015 : Ingresa al servicio de emergencia al área de observación de pediatría un niño de 5 años de edad en silla de ruedas acompañado de su madre trayendo consigo los exámenes auxiliares solicitados, con diagnóstico médico de Crisis asmática a quien se recibe e instala en su unidad, se le controla funciones vitales presentando Frecuencia Cardiaca: 126 x', respiración: 30 x' con una Saturación de 90 a 92 %, temperatura: 36,8 °C al examen se le observa

despierto con EG=15 puntos, presentando dificultad respiratoria, agitado, presentando aleteo nasal, con accesos de tos, no movilizandose secreciones con presencia de ruidos sobre agregados en ambos campos pulmonares, postura encorvada, característica del asmático crónico, no tolerando permanecer semisentado, refería que le faltaba oxígeno que no podía respirar.

Se le brinda soporte de oxígeno en forma inmediata para aliviar el requerimiento de oxígeno al paciente

Se le apertura una vía periférica y se le inicio perfusión de dextrosa al 5 % más electrolitos, se le administra vía endovenosa: metilprednisolona 60 mg. Ranitidina 18 mg. Cada 8 horas, ceftriaxona 850 mg. Cada 12 horas y como dosis de ataque 90 mg. de Sulfato de Magnesio diluido en 100 cc de cloruro de sodio siendo administrado lentamente como dosis única, monitorizando al paciente y con vigilancia permanente del personal de enfermería, se le realiza nebulizaciones continuas cada 20 minutos más aplicación del Inhalador de Bromuro de Ipratropio 2 Puff cada 20 minutos post nebulización y Flixotide 2 puff cada 8 horas continuando con palmo terapia. 3 horas después es reevaluado por el Pediatra quien encuentra leve mejoría e indica aplicación de Bromuro de Ipratropio y nebulizaciones cada 3 horas quedando en NPO.

Al segundo día es evaluado por el medico quien refiere leve mejoría e inicia dieta hipo alergénica blanda y demás indicaciones que le cumple por la tarde se le inicia destete de soporte de Oxígeno quedando saturando 93 a 94%.

Al tercer día al niño se le encuentra nuevamente con soporte de oxígeno siendo evaluado por Pediatra de turno quien nos informa del retroceso de la del estado del paciente descartando previamente una atelectasia, quien de alguna manera había mejorado, creando inquietud en el personal de enfermería por lo

que se da prioridad a la atención del mencionado paciente, al transcurso del día realizando mi ronda por el área de observación de pediatría, dialogando con algunas madres sobre la recuperación de sus hijos y satisfaciendo algunas inquietudes de la salud de sus hijos y una de las mamás me comenta temerosa y muy discretamente y me dice “ Licenciada el niño que no mejora me parece que es porque la mamá la trae el TAMPICO y le da escondido nosotros le hemos dicho que eso le va hacer daño a su hijo, también tiene talco escondido entre sus cosas y le coloca cuando ustedes no están pero ella no entiende igual le pone.” Comentario que se tomó en cuenta y se pudo comprobar la actitud negativa de la madre y se le explico de qué manera afecta esos productos en la salud de su hijo pudiendo agravar más su estado; se procedió a reforzar la parte educativa ya que por desconocimiento la madre actuaba en forma equivocada.

Logrando así recuperar el estado de salud del niño satisfactoriamente y por parte del personal de enfermería se buscó estrategias para reforzar el conocimiento de los padres en el manejo de la crisis asmática y cuidados adecuado que se le debe brindar en el hogar para así evitar una recaída.

Por lo expuesto se planteó realizar actividades educativas orientadas a aumentar los conocimientos de los padres y/o tutores respecto a los cuidados que se deben realizar para prevenir y evitar futuras crisis asmáticas.

Se planificaron 48 actividades educativas para los meses de enero a diciembre del 2015, de los cuales se cumplieron en realizar 24 actividades (Charlas Educativas).

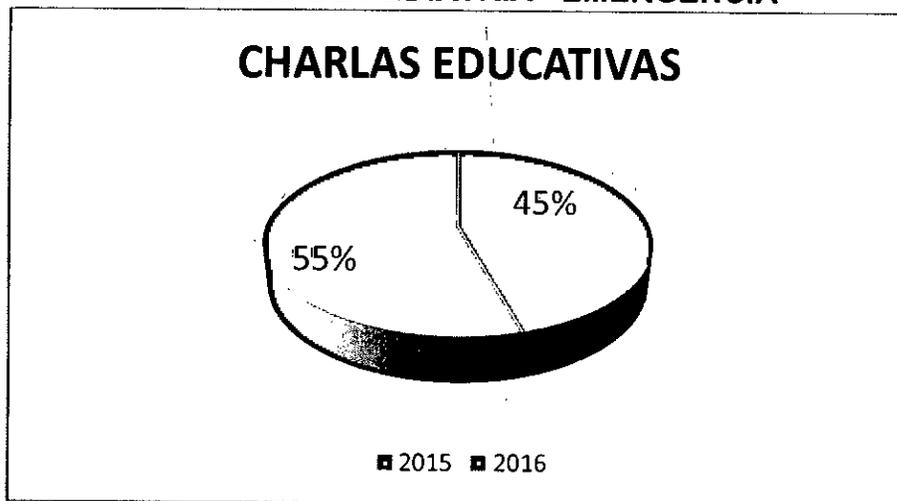
#### IV. RESULTADOS

El servicio de emergencia donde laboro pude observar el incremento de casos de niños con problemas asmáticos que por diversos factores estos llegan a complicarse ingresando al servicio de emergencia con crisis asmática de moderada a severa.

**CUADRO 4.1**  
**CHARLAS EDUCATIVAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL**  
**SERVICIO DE PEDIATRÍA – EMERGENCIA**

	AÑO				total	%
	2015	%	2016	%		
CHARLAS EDUCATIVAS	20	45	24	55	44	100

**GRÁFICO N° 01**  
**CHARLAS EDUCATIVAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL**  
**SERVICIO DE PEDIATRÍA - EMERGENCIA**



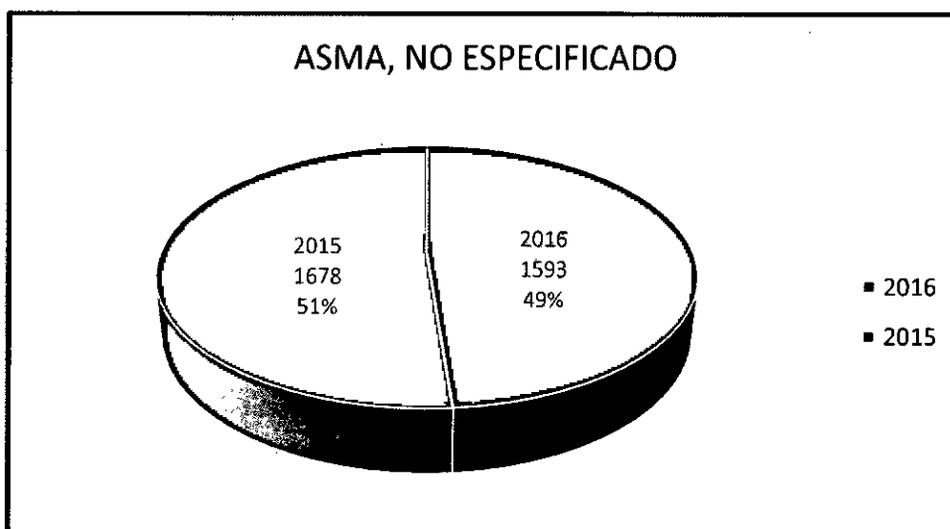
Fuente : Coordinación de Enfermería – Servicio de Emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano Iperal.

En el gráfico podemos observar que hemos realizado Charlas Educativas a los pacientes Hospitalizados en el Servicio de Pediatría – Emergencia, sobre los cuidados que los padres y/o cuidadores que deben brindar a los niños con crisis asmática en su permanencia como hospitalizado y en su domicilio al salir del alta.

**CUADRO N° 2  
PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA PEDIATRÍA  
CON DIAGNOSTICO ASMA NO ESPECIFICADA**

	AÑO				total	%
	2015	%	2016	%		
NÚMERO DE CASOS	1678	51	1593	49	3271	100

**GRÁFICO N° 4.2**



**Fuente:** Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

En este cuadro y grafico podemos observar que del 100%(3271) atendidos en el servicio de emergencia de pediátrica en el año 2015 corresponde al 51%(1678) de casos de Asma no especificado y año 2016 corresponde el 49%(1593) de casos de asma no especificado. En lo que se puede observar es que hubo un descenso aproximado del 2 % debido a que se aplicó estrategias de prevención y promoción, siendo una de ellas la educación impartida a los padres y/o cuidadores.

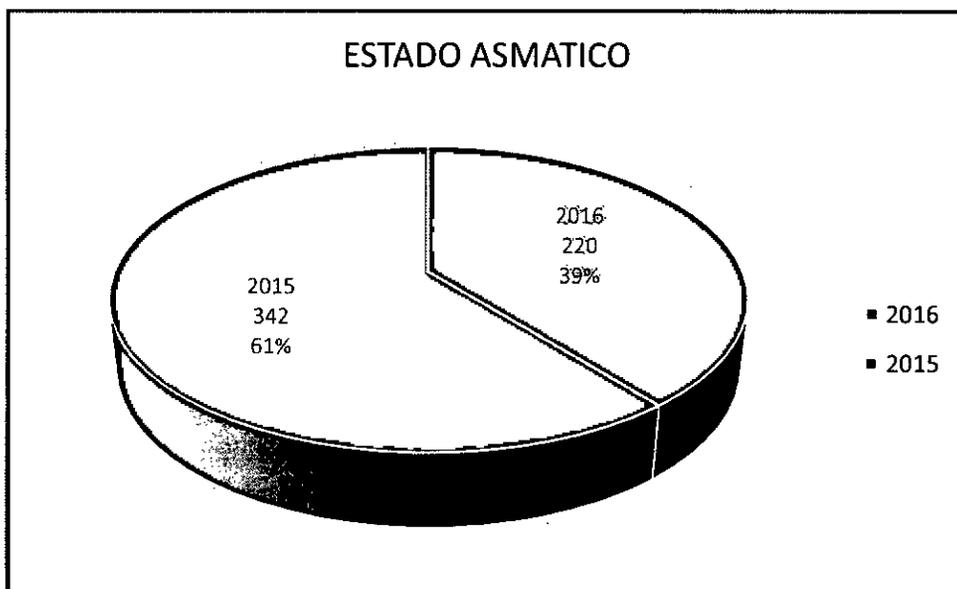
**CUADRO N° 4.3**

**PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO ESTADO ASMÁTICO**

	AÑO				total	%
	2015	%	2016	%		
NÚMERO DE CASOS	342	61	220	39	562	100

**GRAFICO N° 4.3**

**PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO ESTADO ASMÁTICO**



**Fuente:** Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

En este cuadro y gráfico podemos observar que del 100%(562) atendidos en el servicio de emergencia de pediatría en el año 2015 corresponde al 61%(342) de casos de Estado Asmático y año 2016 corresponde el 39%(220) de casos de Estado Asmático. Esto se debe a que muchos padres ó cuidadores han tomado conciencia al cumplir adecuadamente con los cuidados adecuados que brindaron a sus hijos al inicio de la enfermedad no llegando a complicarse.

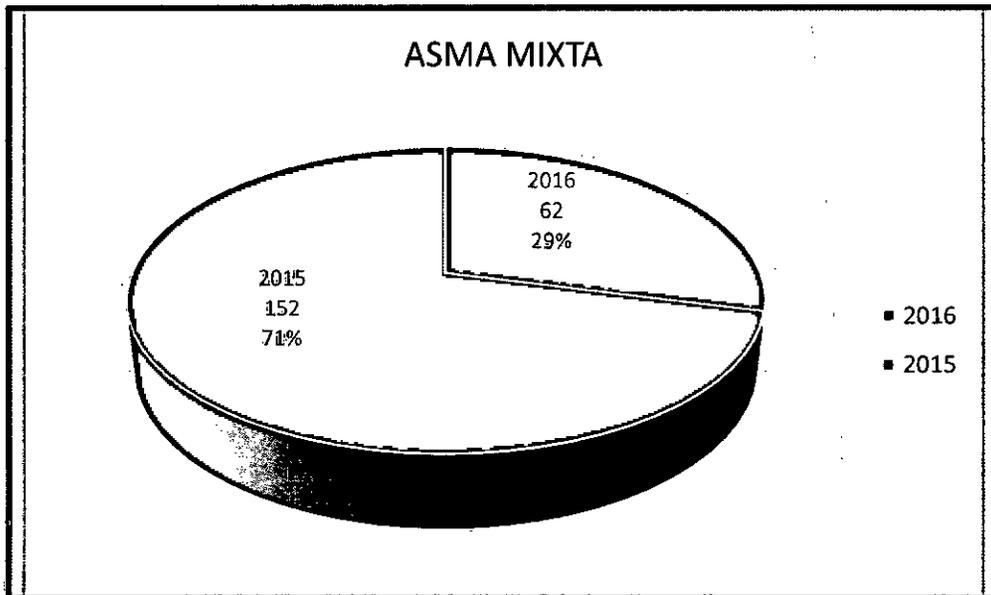
#### CUADRO N° 4.4

#### PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO ASMA MIXTA

	AÑO				total	%
	2015	%	2016	%		
NÚMERO DE CASOS	152	71	62	29	181	100

#### GRAFICO N° 4.4

#### PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO ASMA MIXTA



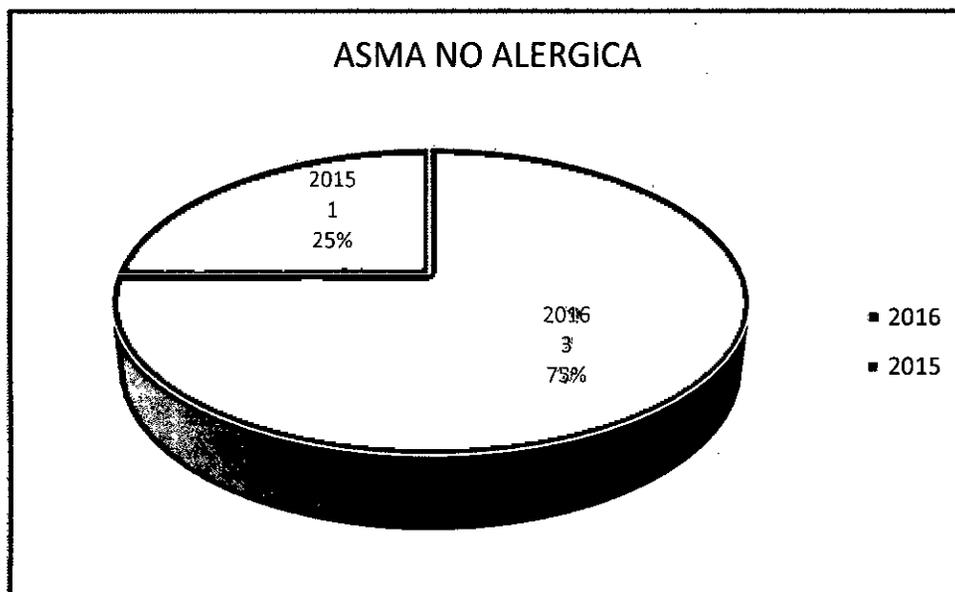
**Fuente:** Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

En este cuadro y grafico podemos observar que del 100%(181) atendidos en el servicio de emergencia de pediátrica en el año 2015 corresponde al 71%(152) de casos de Asma Mixta y año 2016 corresponde el 29%(62) de casos de asma no especificado.

**CUADRO N° 4.5**  
**PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON**  
**DIAGNOSTICO ASMA NO ALÉRGICA**

	AÑO				total	%
	2015	%	2016	%		
NÚMERO DE CASOS	1	25	3	75	4	100

**GRAFICO N° 4.5**  
**PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON**  
**DIAGNOSTICO ASMA NO ALÉRGICA**



**Fuente:** Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

En este cuadro y grafico podemos observar que del 100%(4) atendidos en el servicio de emergencia de pediátrica en el año 2015 corresponde al 25%(1) de casos de Asma no Alérgica y año 2016 corresponde el 75%(3) de casos de Asma no alérgica.

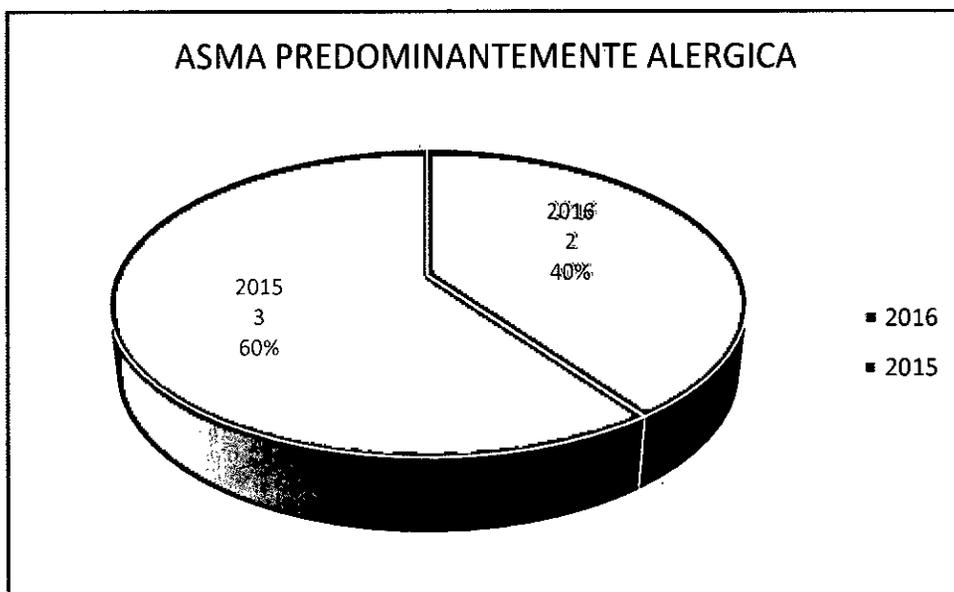
**CUADRO N° 4.6**

**PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO ASMA PREDOMINANTEMENTE ALÉRGICA**

	AÑO				total	%
	2015	%	2016	%		
NÚMERO DE CASOS	3	60	2	40	5	100

**GRAFICO N° 4.6**

**PACIENTES ATENDIDOS EN TÓPICO DE EMERGENCIA CON DIAGNOSTICO ASMA PREDOMINANTEMENTE ALÉRGICA**



**Fuente:** Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

En este cuadro y grafico podemos observar que del 100%(5) atendidos en el servicio de emergencia de pediátrica en el año 2015 corresponde al 60%(3) de casos de Asma predominantemente alérgica y año 2016 corresponde el 40%(2) de casos de asma predominantemente alérgica.

## V. CONCLUSIONES

- a. Según las estadísticas se puede evidenciar que la educación que se está impartiendo en el área hospitalaria de Emergencia al paciente con crisis asmática y al padre o tutor está en proceso, ya que se puede observar en el cuadro estadístico un leve descenso del 2% de diferencia del 2015 al 2016 pero con algunos cambios en otros tipos de asma induciéndonos a una investigación al respecto para así poder modificar las estrategias de educación.
- b. Se puede observar que el mayor número de casos que se presentan son niños con asma no especificada esto se debe a que muchos padres no le dan la debida importancia al inicio del proceso de la enfermedad, ni los cuidados adecuados, esto es debido a diversos factores que se presentan en su entorno.
- c. El personal de enfermería está realizando diferentes actividades educativas adecuando a la realidad del Servicio de Emergencia, ya que se presenta diferentes dificultades para cumplir la parte educativa.
- d. El reforzamiento del cuidado a los niños con crisis de asmática en los padres o tutores se basa en aumentar el conocimiento de la enfermedad, dejar los temores sobre los medicamentos e incrementar la comunicación.

## VI. RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales de enfermería se le recomienda mejorar los cuidados que se brindan en todas las dimensiones y contar con diferentes estrategias educativas para cuidar en diferentes puntos de emociones dando a conocer que la recuperación del paciente no solo depende de la educación que se brinda a los padres y/o cuidador del niño asmático si no a la acción de saber llegar al enseñar a los pacientes adecuándonos a la realidad del paciente.

Durante su hospitalización es necesario brindar un adecuado apoyo emocional al paciente y cuidador, ya que están en proceso de adaptación, esto en algunas oportunidades no se da ya que por diversas circunstancias algunos profesionales de Enfermería obvian este detalle.

Es importante que los padres o alguien cercano al niño permanezcan con él las 24 horas del día, la presencia de personas queridas disminuye la ansiedad y el estrés del niño.

- b. A la institución para que mejore las estrategias de información detallada que deben de brindar la parte medica al padre de lo que está ocurriendo con su hijo, así como del tratamiento a que será sometido y fármacos que recibirán, en su gran mayoría acuden al personal de enfermería para solicitar información.
- c. El enseñar y educar a los padres y/o cuidador crea oportunidades de discusiones y reflexiones con respecto del tratamiento.

## VII. REFERENCIALES

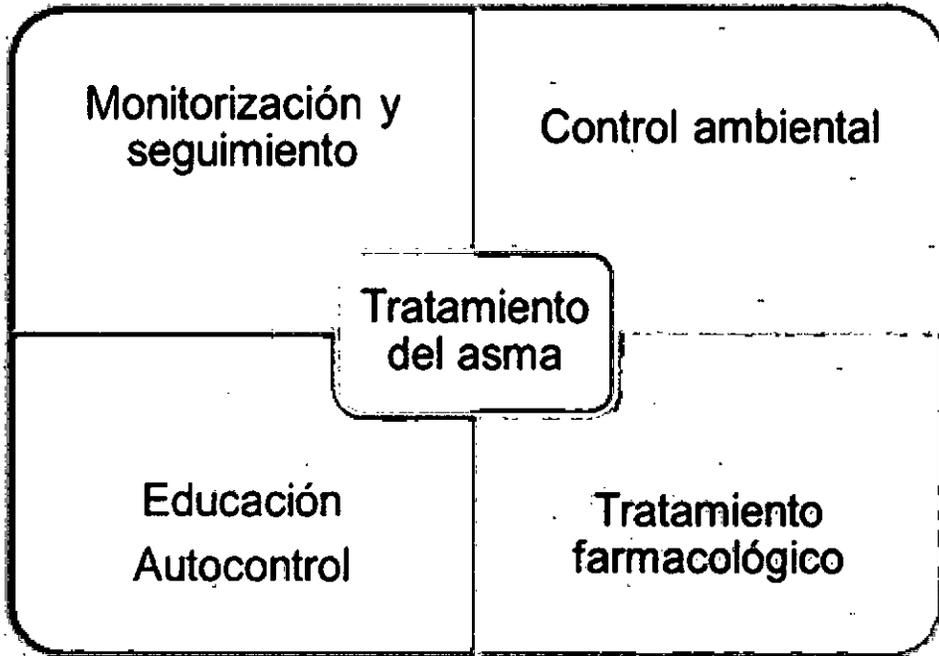
- (1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [homepage en Internet]. Ginebra: OMS; c2018. Disponible en:  
<http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
- (2) PUBLICACIÓN DE ESSALUD: "EsSalud: Uno de cada cinco niños sufre de asma en el Perú". <http://www.essalud.gob.pe/essalud-uno-de-cada-cinco-ninos-sufre-de-asma-en-el-peru/>
- (3) RED INFORMATIVA DE MEDICINA AVANZADA [homepage en Internet]. España: OPS; c2009. Disponible en:  
<https://www.rima.org/Noticia.aspx?IdNota=3422>
- (4) HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO Y PERAL [homepage en Internet]. San Juan de Lurigancho: HADUyP: c2016. Disponible en:  
<http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/san-juan-de-lurigancho/>
- (5) CHÁVEZ VALERA, I.V. "Calidad de vida de los niños con asma y su relación con el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad". Hospital Belén - Trujillo 2016
- (6) RUIZ RUIZ, MT "Conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel Alcides Carrión" - Callao 2014

- (7) LOZANO CARDENAS, Y./SILVA BALLESTEROS, L.A / VILLEGAS SOSA, C. "Nivel de conocimiento sobre asma que tienen los adolescentes de 12 – 17 años de dos instituciones educativas y el factor personal que más influye en la adherencia al tratamiento del asma"- Bogotá 2014.
- (8) GALDAMES CRUZ, S./ ÁLVAREZ CRUZ, L. / BARRIOS AVILÉS, M. / PAREDES BRAVO, V/ RODRÍGUEZ MATURANA, V. "Creencias de padres e hijos sobre el asma: implicancias para la adherencia al tratamiento". Ciudad de Coquimbo - Chile 2014.
- (9) ANÜREW H, Lia, RANINA A. Cavar, Jaseph D. Spahn y Danaid YM Leung. Asma en la infancia. En: Nelson Tratado De Pediatría. Barcelona: Elsevier; 2013. P. 816 – 837.
- 10) PEDRAZA B., Angela Maria Ivan Stand MD Asma Infanti, Pag. 42-45  
[https://scp.com.co/precop-old/precop\\_files/modulo\\_10\\_vin\\_2/Asma\\_infantil\\_10-2.pdf](https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_10_vin_2/Asma_infantil_10-2.pdf)
- 11) Jesús Sánchez E., Santiago Mintegi R. Urgencias de Pediatría Experiencia de Hospital de Cruceuz 2006 pag. 51 – 56.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/crisis\\_asma.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/crisis_asma.pdf)
- (12) Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería:  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Dorothea\\_Ore](https://es.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Ore)
- 13) MODELOS ENFERMEROS CALDAS.blogspot.com; 2013 Dorothea Elizabeth Orem

# **ANEXOS**

(1) COMPONENTES DEL TRATAMIENTO DEL ASMA

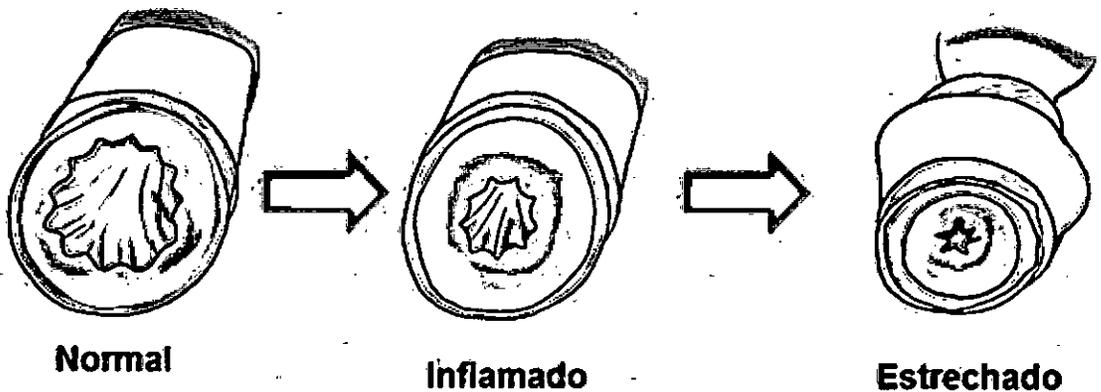
**Componentes del tratamiento del asma**



(2) ¿POR QUÉ APARECEN LOS SÍNTOMAS?

**¿Por qué aparecen los síntomas?**

Porque los bronquios se inflaman y estrechan





# EsSalud

Gerencia de la Red Desconcentrada Almenara

Hospital Aurelio Diaz Ufano y Peral

Unidad de Planeamiento y Calidad

Oficina de Estadística

### CASOS DE ASMA ATENDIDOS EN TOPICO DE PEDIATRIA DE EMERGENCIA

#### PERIODO 2015

CODIGO	DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	total general
J45.0	ASMA PREDOMINANTEMENTE A	1					1	1						3
J45.1	ASMA NO ALERGICA							1						1
J45.8	ASMA MIXTA		1	12	9	16	17		17	20	21	31	8	152
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	43	59	110	85	141	109	180	172	218	181	211	169	1678
J46.X	ESTADO ASMATICO	6	12	32	26	17	32	31	39	27	53	27	22	324
	<b>Total general</b>	<b>150</b>	<b>172</b>	<b>154</b>	<b>120</b>	<b>174</b>	<b>159</b>	<b>213</b>	<b>228</b>	<b>265</b>	<b>255</b>	<b>269</b>	<b>199</b>	<b>2158</b>

### CASOS DE ASMA ATENDIDOS EN TOPICO DE PEDIATRIA DE EMERGENCIA

#### PERIODO 2016

CODIGO	DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	total general
J45.0	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA									2				2
J45.1	ASMA NO ALERGICA					1					1	1		3
J45.8	ASMA MIXTA	11	9	16	8	8	1	4			1		4	62
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	91	98	72	90	174	153	138	144	193	194	149	97	1593
J46.X	ESTADO ASMATICO	16	17	16	13	17	7	9	15	22	18	33	37	220
	<b>Total general</b>	<b>118</b>	<b>124</b>	<b>104</b>	<b>111</b>	<b>200</b>	<b>161</b>	<b>151</b>	<b>159</b>	<b>217</b>	<b>214</b>	<b>183</b>	<b>138</b>	<b>1880</b>

TABLA (1)

TABLA I. Score clínico para la valoración de la gravedad de una crisis asmática		
Puntuación	0	1
Frecuencia cardíaca	< 120/min	> 120/min
Frecuencia respiratoria	< 2 DE para la edad	> 2 DE para la edad
Disnea	No o mínima	Moderada o grave
Uso de músculos accesorios	No o mínimo	Moderada o grave
Sibilancias	No o al final de la espiración	Presentes

**TABLA (7) CLASIFICACION DE ASMA BRONQUIAL**

<b>TABLA III. Gravedad del episodio agudo de asma*</b>				
	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Parada respiratoria inminente</b>
<b>Dinamia</b>	Caminando Puede tumbarse	Al hablar Lactante: llanto débil; dificultad para alimentarse Prefiere sentarse	En reposo Lactante deja de comer Arqueado hacia adelante	Severa
<b>Habla</b>	Frasas largas	Frasas cortas	Palabras	No puede
<b>Conciencia</b>	Posible agitación	Agitación	Agitación	Confusión
<b>Frecuencia respiratoria</b>	Aumentada	Aumentada	Muy aumentada	Muy aumentada
	Frecuencias respiratorias en niños despiertos			
	< 2 meses	< 60/min.		
	2-12 meses	< 50/min.		
	1-5 años	< 40/min.		
	6-8 años	< 30/min.		
<b>Músculos accesorios y retracciones espasmodicas</b>	Normalmente no	Habitualmente	Habitualmente	Movimiento paradójico toracoabdominal
<b>Sibilancias</b>	Moderadas, al final espiración	Toda espiración. Audibles	Inspiración/ espiración	Ausencia de sibilancias
<b>Pulso (lat/min)</b>	Normal	Aumentado	Muy aumentado	Bradicardia
	Límites normales de la frecuencia del pulso en niños:			
	Lactantes	2-12 meses	< 160/min	
	Preescolares	1-2 años	< 120/min	
	Escolares	2-8 años	< 110/min	
<b>PEF tras broncodilatador % sobre el mejor</b>	> 70%	50-70%	< 50%	
<b>PaO<sub>2</sub> (aire ambiente)</b>	Normal	> 60 mmHg	< 60 mmHg Posible cianosis	< 60 mmHg Cianosis
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	< 45 mmHg	< 45 mmHg	> 45 mmHg	> 45 mmHg
<b>SaO<sub>2</sub> (aire ambiente)</b>	> 95%	91-95%	< 91%	< 91%

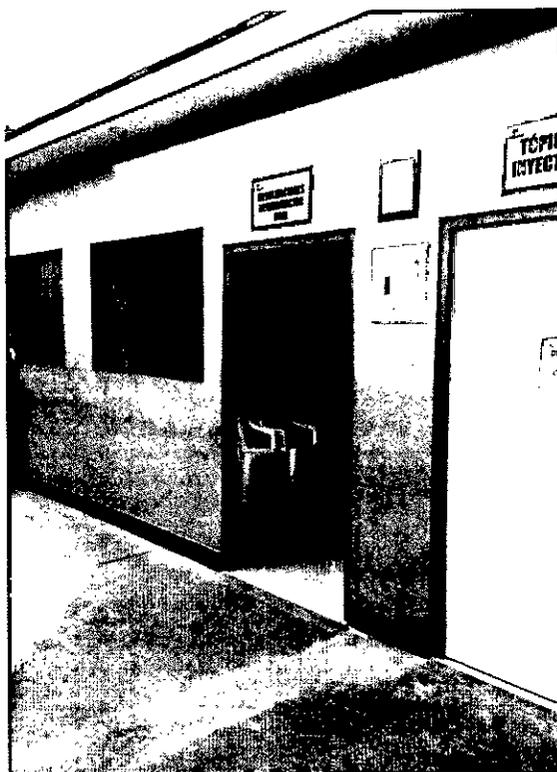
\*Lo puntaje de varios parámetros, pero no necesariamente todos, indica la clasificación general de la exacerbación.

**HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO Y PERAL - SAN JUAN DE LURIGANCHO**



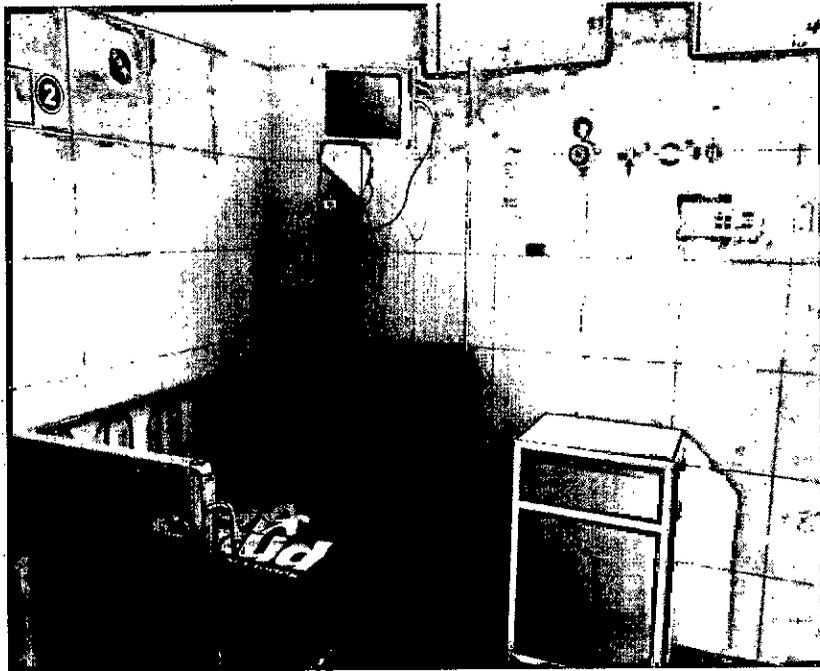
**FUENTE:** Elaboración Propia

## TÓPICO DE INYECTABLE DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO Y PERAL



FUENTE: Elaboración Propia

**TÓPICO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO Y PERAL**



**FUENTE: Elaboración Propia**

**ÁREA DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL AURELIO  
DÍAZ UFANO Y PERAL**

**NIÑO DE 7 AÑOS CON  
CRISIS ASMÁTICA**



**FUENTE: Elaboración Propia**

**NIÑA DE CRISIS ASMÁTICA  
CON CRISIS ASMÁTICA  
MODERADA**



**FUENTE:** Elaboración Propia

# CUADERNO DE REGISTRO DE PACIENTE DEL ÁREA PEDIÁTRICA



Nombre	For. 101
Edad	Medicinas
Examen físico	(DAR) 101
Seg. (Gen. T. C.)	consultas
Características	
Crisis	10-01
	11-01-18
Varios	11-01-18 21-22
Dura - raras	11-01-18
Debil. motoras - ataxicas	11-01-18 21-22
T. 7.0	11-01-18 21-22
de amnesia de la infancia	11-01-18 21-22
	72.01