

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA  
EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL II  
LIMA NORTE LUIS NEGREIROS VEGA. CALLAO. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

**IRENE NOEMI PAZOS ARO**

**Callao - 2020  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

**ASESORA:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 137-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 18 de Setiembre del 2020

**Resolución de Consejo Universitario** N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## Índice

Índice .....	1
Introducción .....	2
Capítulo I.....	5
1.1. Descripción de la Situación Problemática .....	5
Capítulo II .....	9
Marco Teórico .....	9
2.1. Antecedentes .....	9
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	13
2.2. Bases Teóricas .....	17
2.3. Marco Conceptual .....	22
Capítulo III .....	29
Plan de Cuidados .....	29
3.1. Valoración.....	29
3.2. Diagnóstico.....	38
3.3. Planificación .....	41
3.4. Ejecución y Evaluación.....	52
Capítulo IV .....	55
Conclusiones.....	55
Capítulo V .....	57
Recomendaciones.....	57
Referencias Bibliográficas .....	59

## INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica que provoca la inflamación de las vías respiratorias. Se caracteriza por la dificultad para respirar debido al estrechamiento de dichas vías. En general, el asma se clasifica como leve, moderado y grave. A pesar de que los síntomas varían de unos individuos a otros, en general refieren dificultad para respirar, presión en el pecho, sibilancias o tos (1). Se calcula que a nivel mundial hay 235 millones de personas con asma, siendo considerada como una de las enfermedades no transmisibles más recurrente en los niños (2). En el año 2017, el Ministerio de Salud informó que en el Perú, el asma es la enfermedad crónica más frecuente en niños (3). Asimismo, Elsa Zegarra (4) , médico neumóloga de EsSalud, menciona que aproximadamente uno de cada cinco niños sufre de esta enfermedad y que en el Perú existe alrededor de 265,000 niños menores de cinco años que tienen asma.

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería al paciente con crisis asmática en el área de observación de pediatría del Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega. Callao 2020”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería que se brindan al paciente pediátrico con asma. Asimismo, el plan de cuidado de enfermería es una de las herramientas más importantes que utiliza la profesión con el objetivo de brindar una atención basada en el trato humano y holístico, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de

la profesión y facilitando la aplicación del proceso de enfermería. Además de ello, permite brindar una mejoría en la atención del paciente, ofreciendo un servicio de calidad a las personas.

En cuanto al desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de cuidado de enfermería para el paciente pediátrico con asma, el cual contiene la justificación, objetivo y plan de cuidado de enfermería propiamente dicho, es decir, detalla de manera secuencial el proceso de atención de enfermería que se le brinda al paciente desde que ingresa al Servicio de Emergencia hasta que es trasladado al servicio de Hospitalización. Cabe mencionar que el proceso de atención de enfermería, es un conjunto de pasos que se ejecutan de forma sistemática y paralela, basada en el cuidado humano y holístico de la persona, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación.

Como enfermera asistencial del área de observación de pediatría en el servicio de emergencia y del servicio de pediatría he percibido continuamente el ingreso de pacientes pediátricos con el diagnóstico médico de asma, en el cual se puede apreciar las múltiples necesidades de estos pacientes en cuanto a su salud y autocuidado. Ante ello, en la mayoría de oportunidades se ha realizado una intervención inmediata y prioritaria con la finalidad de evitar complicaciones en el estado de salud de los niños que pueden agravar el cuadro y en ocasiones llevarlos a la muerte.

Finalmente, es necesario mencionar que el presente trabajo de investigación presenta la siguiente estructura: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Plan de Cuidados de Enfermería, Capítulo IV: Conclusiones, Capítulo V: Recomendaciones y Referencias bibliográficas, además de ello, presenta la sección de anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1. Descripción de la Situación Problemática**

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud (2), menciona que el asma es una de las principales enfermedades no transmisibles y que se trata de una enfermedad crónica que provoca inflamación y estrechamiento de las vías que conducen el aire a los pulmones. Asimismo, menciona que hay unos 235 millones de personas con asma y que es una enfermedad frecuente en los niños. Por otro lado, refiere que en el 2015 hubo 383 000 muertes por asma. No obstante, cabe señalar que el asma se puede controlar con medicación y así evita sus desencadenantes, es decir, el tratamiento adecuado del asma permite que los afectados tengan una buena calidad de vida (5).

La Organización Panamericana de la Salud refiere que la morbilidad en cuanto al asma se ha incrementado a nivel mundial, siendo considerada como la causa del 5% de las atenciones ambulatorias pediátricas, el 15% de las atenciones en los servicios de emergencias pediátricas y una de las razones principales de hospitalización. (6)

En un estudio sobre prevalencia de asma en América Latina señala que la gravedad del asma se presenta predominantemente de forma leve a moderada, sin embargo, el 20% de los pacientes sufre de asma severa. Además, el principal fenotipo es el atópico (60 a 80%) y los factores involucrados en el desarrollo del asma son: los ambientales, los que



presentan antecedentes maternos de asma, los que tienen exposición al cigarrillo y bajo ingreso económico. (7)

De igual forma el estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC) comenta que el Perú se encuentra en el grupo de los países con prevalencias intermedias, es decir se encuentra en el rango porcentual comprendido entre el 20,7 y 28,2%; junto a Australia, Nueva Zelanda, Omán, Singapur y el Reino Unido. (8)

Al respecto, el Ministerio de Salud menciona que el asma es la enfermedad crónica más frecuente en los niños y se estima que uno de cada cinco menores peruanos padece esta enfermedad (3) . Ante ello, ha elaborado las Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña, el cual cuenta con diez guías de práctica clínica, siendo la Guía de Práctica Clínica Asma Bronquial en la Niña y el Niño la que está orientada específicamente a abordar el diagnóstico del asma en la población pediátrica. (9)

De igual forma el Seguro Social de Salud – EsSalud, menciona en el año 2016 que el asma no tiene cura, pero se puede controlar con un adecuado manejo y que durante el inicio de la primavera las atenciones de pacientes con crisis asmática se incrementaron en un 50% en Lima (10). En el año 2017, especialistas en neumología 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 (4). En el año 2018, señalan que en la temporada de verano, muchos padres

suelen abandonar el tratamiento médico de los niños diagnosticados con asma, por lo que incrementan las complicaciones de esta enfermedad. Asimismo recuerdan que el asma es una enfermedad crónica y aunque no haya señales de ella, ésta siempre está presente (11).

En relación a ello, el Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega durante el año 2019 ha atendido un total de 205298 pacientes en el servicio de emergencia, siendo su población mayoritaria las de prioridades 2, 3 y 4 con 21838, 146197 y 32262 atenciones respectivamente (12). Asimismo, durante los meses de junio a diciembre del año 2019 se atendieron a 291 pacientes en el área de observación pediátrica.

Asimismo, se pudo evidenciar que, en el Servicio de emergencia, en el área de observación de pediatría, los pacientes con el diagnóstico médico de asma ingresan de forma recurrente para recibir una atención. Sin embargo, se puede apreciar que la condición de los pacientes al ingresar a la emergencia son por dificultades respiratorias avanzadas, donde los niños prefieren estar sentados, se encuentran agitados, confusos, ansiosos, sudorosos, incapaces de decir alguna frase o presentan llanto agudo o quejido; es decir tienen una crisis asmática severa, lo que complica la salud de ellos y hasta puede originar la muerte (13).

Ante ello, en el servicio de emergencia, es de vital importancia una atención inmediata de forma holística y humana priorizando las necesidades fundamentales del paciente, es decir la intervención de los

profesionales de la salud debe ser efectiva, eficiente y eficaz, con la única finalidad de estabilizar al paciente y apoyarlo en su proceso de recuperación para así mantener un estado de salud óptimo (14).

Es así que la enfermera dentro de este contexto aplica el proceso de enfermería, el cual es la metodología científica que utiliza la profesión con el objetivo de brindar una atención de calidad al paciente, donde la valoración realizada es el inicio del proceso, por medio de una adecuada recolección de datos, los cuales permitirán generar un juicio de valor que se convertirá en el diagnóstico de enfermería, el cual permitirá plantear un plan de cuidados con objetivos reales y alcanzables, interviniendo de forma efectiva y según las necesidades del paciente; por último se evaluará las acciones realizadas y se verificará si los objetivos han sido alcanzados. En resumen, la enfermera tiene la enorme responsabilidad de brindar una atención de calidad en base a una metodología científica denominada el proceso de enfermería (15).

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

ÁLVAREZ A. & QUINTANA F., en el año 2017 realizaron un estudio denominado: “Atención de enfermería en niños en edad preescolar con asma bronquial en servicio de emergencia de un hospital de Guayaquil.” Ciudad de Guayaquil, Ecuador. El estudio fue de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo y transversal. La población estuvo conformada por 50 pacientes. Se aplicó un cuestionario de respuestas cerradas al personal de enfermería, utilizando la técnica de la encuesta y observación directa. En cuanto a los resultados se encontró que las acciones más frecuentes fueron la administración de fármacos por vía inhalatoria(56%),y administración de oxígeno a través de cánula nasal (82%) ,durante la crisis asmática , además de la colocación del paciente en posición semifowler en el 100% de los casos, observándose que no elaboran planes de cuidados basados en las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, en el 80% de los casos ejecuta las intervenciones y acciones sin un plan de cuidados estandarizados y de calidad, sino de manera empírica. Se concluye que dentro de las manifestaciones clínicas, en los niños preescolares con asma bronquial, sobresalen la dificultad respiratoria con el 80% de los casos y en menor frecuencia las sibilancias con el 20%.

En el servicio de observación pediátrica se interviene de acuerdo a las necesidades que presenta el paciente pediátrico, iniciando con una valoración integral y culminando con una evaluación constante para monitorear la efectividad de la atención. (16)

MEDINA B., en el año 2016 realizó un estudio denominado: “Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma” Ciudad Real, España. El estudio fue analítico, longitudinal, cuasi-experimental con grupo único y prospectivo. La población estuvo conformada por 18 niños de 7 a 10 años que habían sufrido algún episodio de asma. Se aplicó el cuestionario CAN (Control de Asma en Niños). En cuanto a los resultados: Reflejaron mejora en la puntuación global del CAN, en la aparición de síntomas en el ejercicio, en la tos diurna y en la dificultad respiratoria. La percepción del nivel de conocimientos global (niño/padres) reflejó una mejoría estadísticamente significativa ( $p=0.003$ ). El 71.4% de los niños realizó correctamente la técnica de inhaladores y el nivel de satisfacción global fue 4.07. Se concluye que la educación grupal de enfermería en asma permite reforzar la atención individual, mejorar el nivel de conocimientos y autocuidados, y la satisfacción del niño y su familia.

En el servicio de observación pediátrica se reconoce que la educación es una herramienta primordial en el proceso de prevención de las crisis asmáticas en niños. (17)

BARRUSO J., en el año 2016 realizó un estudio denominado: “Plan de cuidados: Más allá de lo evidente: Cuidados al niño con Asma” Ciudad de Lejona, España. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La metodología utilizada fue la de Margaret Watson y el proceso de enfermería el cual considera a la persona de forma integral e interrelacionó taxonomías, NANDA, NIC y NOC a partir del pensamiento crítico y reflexivo. En cuanto a los resultados, se realizó la valoración por medio de la escala de Gordon y después se priorizaron las necesidades según la pirámide Maslow, siendo los patrones a analizar: Patrón 4: Actividad y ejercicio; Patrón 5: Sueño/descanso; Patrón 6: Cognitivo/perceptual y Patrón 10: Tolerancia/adaptación al estrés; después de ello se plantearon los diagnósticos y plan de cuidados. Se concluye que utilizar una metodología sistemática, con un lenguaje estandarizado garantiza la eficacia, eficiencia y seguridad en los mismos y los planes de cuidados individualizados, basados en una fundamentación teórica y científica que integre lo humano, proporcionarán avances en la disciplina enfermera y favorecerán la gestión de la enfermedad por parte del niño y su familia, potenciando su independencia y autocuidado.

En el servicio de observación pediátrica se aplica el proceso de enfermería durante las atenciones que se realiza, convirtiéndose en una metodología fundamental en la atención de enfermería. (18)

ALMUDÉVER L., CLARI A. & PLA J., en el año 2015 realizaron un estudio denominado: “Diagnósticos de enfermería NANDA en el asma infantil.”

Ciudad de Valencia. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. El instrumento a utilizar fue el sistema informático del hospital Ribera llamado SIAS, el cual facilita el plan de cuidado de enfermería mediante los diagnósticos enfermeros llevado a cabo a través de los patrones funcionales de Gordon. En cuanto a los resultados, se puede evidenciar que se ha incluido siete diagnósticos enfermeros más comunes, para lo cual se han planteado una serie de intervenciones. Los diagnósticos fueron: patrón respiratorio ineficaz, gestión ineficaz de la propia salud, conocimientos deficientes, intolerancia a la actividad, insomnio, baja autoestima situacional y deterioro de la interacción social. Se concluye que cuidar a las personas asmáticas con criterios estandarizados y lenguaje normalizado aporta elementos positivos para la comunicación entre enfermeras. Además de ello, menciona que la elaboración de instrumentos y protocolos de cuidados aseguran la calidad y continuidad de los mismos. En el servicio de observación pediátrica se ejecuta en todas las atenciones el proceso de enfermería, aplicando la valoración, diagnóstico, planeamiento, intervención y evaluación del paciente de forma constante.

(19)

MENDOZA Y., MEDINA E. & PEÑA Y., en el año 2015 realizaron un estudio denominado: "Información sobre prevención del asma ofrecida por enfermería en el Hospital de Niños de Veritas." Ciudad de Maracaibo. El estudio fue de tipo descriptivo con un diseño no experimental, de campo y transversal. La población estuvo conformada por 20 representantes de los

niños con asma, de los cuales el 60% conoce la disnea, 65% tos, 70% sibilantes, 60% cansancio, 50% roncus y 75% conoce sobre la opresión torácica. En cuanto a los factores alérgenos el 80% es informado sobre los factores ambientales, el 100% conoce los químicos, el 75% animado y 85% inanimados. Con respecto a los mecanismos de defensa, el 90% desconoce sobre la hiperreactividad bronquial (HRB), 70% pruebas alérgicas cutáneas, el 100% estudio de IgE total y específica en suero, 65% desconoce el medio ambiente intrauterino y postnatal, 65% antecedentes familiares, pero el 65% conoce alimentación, y el 75% conoce sobre las medidas de higiene. Se concluye que el personal de enfermería informa a los padres sobre las manifestaciones clínicas, los factores alérgicos, la alimentación y la higiene, pero le falta informa sobre los mecanismos de defensa.

En el servicio de observación pediátrica se prioriza la educación de los padres en cuanto a los cuidados preventivos que se deben tener en los pacientes pediátricos con asma. (20)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

SALGADO V., en el año 2019 realizó un estudio denominado: “Nivel de conocimiento de los padres y adherencia al tratamiento de asma en niños menores de 5 años, atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas.” Ciudad de Lima. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, transversal y descriptivo correlacional. La población estuvo formada por 100 padres de



familia con niños menores de 5 años que asistieron al Hospital de Emergencias Pediátricas. Se utilizó la entrevista y 2 instrumentos. Dentro de los resultados obtenidos, el 63% de padres tiene nivel de conocimiento alto y el 37% nivel bajo; en cuanto a la adherencia, el 84% se adhiere al tratamiento y el 16% no se adhiere. Se concluye que no existe relación significativa ( $p=0.52$ ) entre las variables del nivel de conocimiento de los padres y la adherencia al tratamiento, ya que el conocimiento no es un factor determinante para cumplir con el tratamiento.

En el servicio de observación pediátrica se fomenta la educación de los padres en cuanto a la adherencia del tratamiento en casa para evitar las crisis asmáticas en niños. (21)

SALAZAR A., en el año 2019 realizó un estudio denominado: “Creencias acerca del Tratamiento del Asma, en Madres que asisten al Hospital de Huaycán.” Ciudad de Lima. El estudio fue de tipo empírico, descriptivo y de corte transversal, la población estuvo constituida por 90 madres que asisten al Hospital de Huaycán. La técnica fue la encuesta y como instrumento un cuestionario tipo lista de cotejo. Dentro de los resultados obtenidos, el 77.8% de madres poseen creencias, y el 22.2% no creen. El 73.3% de madres poseen creencias no farmacológicas acerca del tratamiento del asma como es el uso de romero como buen expectorante, que se debe evitar criar aves en sus casas y que el té verde es una sustancia broncodilatadora, y el 26.7% no poseen creencias maternas. El 81.1% de

madres poseen creencias farmacológicas acerca del tratamiento del asma como que el uso de inhaladores no es bueno usarlo por varios años, produce dependencia, adicción e invalidez y que la nebulización con oxígeno le causa más daño. Se concluye que la gran mayoría de madres que asisten al Hospital de Huaycán, sí poseen creencias acerca del tratamiento del asma.

En el servicio de observación pediátrica se respetan las creencias de los familiares sobre el tratamiento del asma, sin embargo, se educa sobre los cuidados y procedimientos a realizar según las necesidades de los niños al presentar las crisis asmáticas. (22)

COTRINA L., en el año 2016 realizó un estudio denominado: “Conocimiento y prácticas preventivas de madres de pre escolares sobre el asma. Hospital San Juan de Lurigancho.” Ciudad de Lima. El estudio fue descriptivo, correlacional de diseño no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por 210 madres de pre escolares con asma de emergencias pediátricas y la muestra fue de 136 madres, la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Dentro de los resultados obtenidos, la mayoría de las madres presentan un nivel de conocimiento bajo (57.4%) sobre el asma y las practicas preventivas que aplican las madres son adecuadas con un (84.6%). Se concluye que no existe una relación entre el conocimiento y prácticas preventivas de madres de pre escolares sobre el asma en el Hospital San Juan de Lurigancho.

En el servicio de observación pediátrica considera importante que los padres de familia conozcan sobre los cuidados preventivos en los niños con asma ya que representan un factor favorable en la disminución de crisis asmáticas. (23)

CHÁVEZ I., en el año 2016 realizó un estudio denominado: "Calidad de vida de los niños con asma y su relación con el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad. Hospital Belén de Trujillo." Ciudad de Trujillo. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por 80 niños entre 7 a 10 años con asma bronquial y la muestra fue de 40 niños, la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Dentro de los resultados obtenidos, 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%. Se concluye que no existe relación entre calidad de vida de los niños con asma y el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad.

En el servicio de observación pediátrica considera importante que los padres de familia conozcan sobre los cuidados preventivos en los niños con asma ya que representan un factor favorable en la disminución de crisis asmáticas. (24)

FABIÁN Y. & OBESTO K., en el año 2016 realizó un estudio denominado: “Conocimiento y práctica de medidas preventivas de las madres de preescolares con asma bronquial Hospital Víctor Lazarte Echegaray.” Ciudad de Trujillo. El estudio fue descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 81 madres de familia con hijos de preescolares con asma bronquial, la técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron dos cuestionarios que evaluaron los conocimientos y las prácticas respectivamente. Dentro de los resultados obtenidos, indican que el nivel de conocimiento de medidas preventivas de las madres sobre asma bronquial en preescolares fue bueno en 80% y regular 20%. En lo referente a la práctica de la madre sobre medidas preventivas del asma bronquial en preescolares el 84% si practican y 16% no practican. Se concluye que no existe relación significativa entre el conocimiento y práctica de medidas preventivas de las madres de preescolares con asma bronquial.

En el servicio de observación pediátrica se imparte la educación a los padres con la finalidad de incrementar sus conocimientos y mejorar las prácticas sobre los cuidados que se debe tener en los niños con asma. (25)

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Teoría de Enfermería de Virginia Henderson**

#### A. Ámbito de aplicación

Virginia Henderson conceptualiza la función de enfermería como aquella acción de ayudar a la persona sana o enferma para poder

realizar aquellas actividades que contribuirán a su salud, recuperación o muerte en paz, y que la persona realizaría sin ayuda si ella tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios (14)

Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo, e incluyó fenómenos de los siguientes campos del paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo. La relación interpersonal entre enfermera y paciente crea un entorno afectivo para identificar las necesidades del paciente, planificar los objetivos de los cuidados y proporcionar cuidados enfermeros centrados en el paciente. Enmarcar el cuidado enfermero alrededor de las necesidades de la persona permite utilizar la teoría de Henderson para una variedad de pacientes a lo largo de la vida y en múltiples entornos a lo largo del continuo del cuidado sanitario (26).

Dentro de su planteamiento, Henderson (15) plantea 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del cuerpo.
4. Moverse y mantener una posición deseable.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropas adecuadas.

7. Mantener la temperatura corporal dentro del intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger el integumento.
9. Evitar peligros en el entorno y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Practicar las propias creencias religiosas.
12. Trabajar de forma que se perciba un sentimiento del deber cumplido.
13. Jugar o participar en diversas formas de diversión.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, lo que conduce al desarrollo y la salud normales, y usar las instalaciones de salud disponibles.

## B. Metaparadigmas

### B.1 Persona

Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (27).

### B.2 Cuidado

La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar

sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible (14).

### B.3 Entorno

Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados (27).

### B.4 Salud

La salud es una cualidad de la vida y básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad (28).

## **2.2.2. Teoría de Enfermería de Kathryn Barnard**

### A. Ámbito de aplicación

Kathryn Barnard propuso que las características individuales de los miembros influyen en el sistema padres - lactante, y que el comportamiento adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del sistema. Su teoría se inspira en la psicología y el desarrollo humano y se centra en la interacción madre-hijo con el entorno. Es decir, la teoría de Barnard se basa en escalas diseñadas para medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y el entorno.

Un interés central de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres – hijo como sistema interactivo. Sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa

## B. Metaparadigmas

### B.1 Persona

Es aquel ser humano con capacidad para recibir estímulos auditivos, visuales y táctiles, pero también para establecer asociaciones con significado a partir de lo que se recibe, este concepto lo da para los lactantes, niños y adultos.

### B.2 Cuidado

El cuidado es responsabilidad de enfermería, el cual es la disciplina responsable del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud.

### B.3 Entorno

Para Barnard, el entorno comprende todas las experiencias con que se encuentra el niño, personas, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles.



## B.4 Salud

En relación a la salud, menciona que la familia es la unidad básica de la asistencia sanitaria y el objetivo primordial de la asistencia primaria.

### **2.3. Marco Conceptual**

#### **2.3.1. Asma Bronquial**

##### **2.3.1.1. Definición**

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas inferiores que se caracteriza por episodios recurrentes de sibilancias, falta de aire al respirar, sensación de opresión de pecho y tos particularmente en la noche o en las primeras horas de la mañana. Estos episodios se asocian habitualmente con una obstrucción generalizada variable al flujo aéreo, que es reversible, espontáneamente o con tratamiento (29).

##### **2.3.1.2. Epidemiología**

La prevalencia de asma varía de acuerdo con la zona geográfica, el clima, el estilo de vida y el desarrollo económico de cada región. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo, estimando 250 000 muertes por asma al año. En las últimas cuatro décadas la prevalencia aumentó de forma importante, principalmente en las ciudades industrializadas. Sin embargo, en los últimos 10 años se ha establecido una

meseta, en donde a pesar de permanecer alta, no se han reportado incrementos (30).

### **2.3.1.3. Etiología**

Su etiología es multifactorial, en ella interviene factores predisponentes y factores desencadenantes (29):

Factores predisponentes endógenos que determinan la personalidad alérgica o asmática:

- Edad: Comienza en la mayoría de los casos (85%) entre el segundo y cuarto año.
- Sexo: Predomina en el varón durante la niñez y desaparece la diferencia en la pubertad.
- Herencia: El 70% de los pacientes, tiene antecedentes patológicos familiares de enfermedades alérgicas.
- Atopía.
- Hiperreactividad bronquial e inflamación.
- Psiquismo.
- Sistema endocrino.
- Sistema nervioso.
- Características anatómo-funcionales del aparato respiratorio.

Factores desencadenantes exógenos que pueden ser específicos o inmunológicos (alérgenos) e inespecíficos o no inmunológicos (irritantes o ambientales)

- Específicos o Inmunológicos (alérgenos): Para que tenga lugar una sensibilización es necesario que haya un contacto frecuente con el mismo alérgeno, ya sea inhalables (ácaros dermatophagoides, pelos, plumas, lana, caspas, saliva de animales domésticos como gatos, perros, aves, conejos, ratas, ratones y cucarachas, hongos y polen) o ingeribles (alimentos: leche de vaca, cereales, jugo de cítricos, mariscos, huevos, chocolates, tomates, etc. y medicamentos: rara vez causan asma, es más frecuente que el niño asmático se sensibilice secundariamente: penicilinas, sulfas, etc.).
- Inespecíficos o no inmunológicos (ambientales o irritantes): Infecciones sobre todo virales en niños menores de 5 años, clima y estación, temperaturas extremas sobre todo el frío, cambios meteorológicos, contaminación ambiental por zonas industrializadas, viviendas en construcción o en mal estado, irritantes físicos debido al tabaquismo activo y pasivo y por emanaciones producidas por la combustión de derivados de biomasa como el kerosene, petróleo y gasolina, productos químicos como los detergentes, desinfectantes, aromatizantes, pinturas y otros olores fuertes, sobre esfuerzo físico en el asma inducido por ejercicios, emociones fuertes como ansiedad, miedo y depresión, y nivel socio económico.

#### **2.3.1.4. Cuadro Clínico**

El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha, como sibilancias (el más característico), disnea (o dificultad respiratoria), tos y opresión torácica (síntomas guía). Éstos son habitualmente variables, de predominio nocturno o de madrugada, provocados por diferentes desencadenantes (infecciones víricas, alérgenos, humo del tabaco, ejercicio, emociones, etc.). Las variaciones estacionales y los antecedentes familiares y personales de atopia son aspectos importantes a considerar. Ninguno de estos síntomas y signos es específico de asma, de ahí la necesidad de incorporar alguna prueba objetiva diagnóstica, habitualmente pruebas funcionales respiratorias.

En la anamnesis del paciente se deben considerar, además: el inicio de los síntomas, la presencia de rinitis alérgica o eczema y la historia familiar de asma o atopia, que aumentan la probabilidad de diagnóstico de asma.

En la exploración física, lo más característico son las sibilancias en la auscultación y, en ocasiones, obstrucción nasal en la rinoscopia anterior y dermatitis o eczema. Sin embargo, una exploración física normal no descarta el diagnóstico de asma.

Ante la sospecha de asma, se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades, en particular con la EPOC (31).

### **2.3.1.5. Exámenes Auxiliares**

- La radiografía de tórax no es una prueba de rutina en la evaluación del paciente con asma salvo cuando sea necesario excluir otros diagnósticos o en pacientes con síntomas atípicos.
- Hemograma.
- PPD, BK en esputo, según consideración del especialista.
- Pruebas de provocación bronquial y pruebas cutáneas de atopía según consideración del especialista.
- Flujometría en niños menores de 5 años no recomendable (32).

### **2.3.1.6. Cuidados de Enfermería**

La Enfermería como ciencia humana práctica está considerada como una agrupación de conocimientos ratificados y garantizados por el método científico, el cual contiene una serie de conceptos y métodos que le brindan los conocimientos necesarios para poder ejecutar de la mejor forma posible su quehacer diario y solucionar las diferentes conjeturas que se realicen durante la ejecución de las atenciones (14).

Asimismo, es una ciencia que está reconocida como profesión, y que basa sus acciones en una extensa base de conocimientos y experiencias que se aplican de manera práctica y conjunta en el denominado proceso de enfermería, donde el profesional de enfermería emplea sus diversas cogniciones, habilidades y actitudes para poder valorar, identificar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar las respuestas no sólo de sus

pacientes, sino también de todo el contexto que representa su familia y comunidad, logrando de esta manera una intervención integral (15).

Es decir, que dentro de los propósitos básicos de enfermería está atender y resolver las necesidades que presenten los pacientes y familias, logrando un bienestar óptimo e integral, contribuyendo a mejorar la salud de la comunidad. (26)

En cuanto a las atenciones ofrecidas por los profesionales sanitarios podemos definir las como aquellas que han sido aprendidas en el proceso de formación con el objetivo fundamental de mantener situaciones de una vida saludable (15).

Pero al referirnos a las atenciones brindadas por las enfermeras hacemos mención a los cuidados de forma humana basada en un marco científico que busca personas, familias y comunidades que pongan en práctica estilos de vida saludables (14).

Estas notables diferencias hacen que el profesional de enfermería se contraste y especialice en actividades que estén orientadas al cuidado holístico del paciente. Es decir, hacen que la enfermera desarrolle competencias cognoscitivas, afectivas y actitudinales con la visión de generar y garantizar un cuidado de calidad. No obstante, es necesario mencionar que, al hablar de cuidado del paciente, también hacen referencia a la familia y comunidad, puesto que son uno de los factores y/o determinantes que favorecen el cuidado integral (26).

Es decir, la enfermera tiene como objetivo involucrar a los familiares o sus responsables en el proceso de cuidado, promoviendo su salud y previniendo la enfermedad, las cuales deben ir acompañadas de sesiones demostrativas (15).

En resumen, se debe priorizar los estilos de vida saludable como meta de un cuidado holístico, donde la persona sea independiente y responsable de su propio cuidado, es decir, se debe enseñar y demostrar que las propias personas pueden generar cuidado y que son el pilar de la salud dentro de su familia y comunidad (14).

En relación a ello, la enfermera debe hacer gala de todos estos conocimientos y prácticas para poder brindar un cuidado diferenciado en los pacientes pediátricos que presentan crisis asmática, ya que el objetivo de la enfermera no es sólo brindar un cuidado orientado a las necesidades biológicas e individuales sino también a las psicológicas, afectivas y familiares.

## **CAPÍTULO III**

### **PLAN DE CUIDADOS**

#### **3.1. Valoración**

##### **3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN:**

Paciente: A.P.A.E.

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Edad: 10 años

Fecha de nacimiento 18/09/2009

Fecha de ingreso al servicio: 06/03/2020

Fecha de valoración 06/03/2020

Historia clínica: 354859

##### **3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:**

Paciente pediátrico ingresa por emergencia el 6 de marzo de 2020 tras presentar tos y dificultad para respirar mayormente en las noches, estuvo hospitalizado anteriormente en una clínica por 3 días. Familiar pidió la alta voluntaria por motivos económicos y acude al hospital para continuar con tratamiento.

##### **3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente ingresa al servicio de emergencia – observación pediátrica el día 6 de marzo, en compañía de sus padres, despierto, ventilando espontáneamente, agitado, ligeramente sudoroso y con dificultad para



hablar. A la entrevista, los padres refieren: “ha estado hospitalizado por tres días en una clínica, pero continua mal”.

### **3.1.4 ANTECEDENTES:**

**3.1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES:** Producto de 1 gestación, nacido a término y parto por cesárea (podálico). Peso al nacer: 3500gr.

**3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES:** Padre con antecedentes de nebulizaciones.

**3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES:** Asma desde los 4 años. Crisis asmática hace 1 año. Tratamiento irregular. Ocho hospitalizaciones anteriores.

Niega: Alergias

### **3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES:**

Paciente de religión católica y estudiante.

### **3.1.5 EXAMEN FÍSICO:**

#### **Control de signos vitales**

Presión arterial:

Frecuencia cardíaca: 107 por minuto

Frecuencia respiratoria: 23 por minuto

Temperatura: 36.6 °C

Sat.O<sub>2</sub> 94%

#### **Exploración céfalo caudal:**

- Cabeza: Normo cefálico (no se palpa ganglios ni masas)

- Oreja: Simétricas y con buena audición
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Orofaringe eritematoso congestionado. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico.
- Tórax: Simétrico, pulmones: murmullo vesicular pasa con dificultad en ambos hemitórax. Sibilantes y ronos difusos en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: Blando y depresible, no impresiona dolor a la palpación.
- Genito urinario: Normal, micción espontánea.
- Columna vertebral: Normal, sin malformaciones.
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas.
- Fuerza muscular: Disminuida

## INDICACIONES MÉDICAS

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

DROGA	DOSIS	VÍA
NaCl 0.9%1000	120 cc/h	EV
Hidrocortisona	135mg c/6h	EV
Nebulización	Fenoterol 8 gotas + 5cc Suero Fisiológico c/2h	
Bromuro de ipratropio	2puff post cada NBZ c/4h	

	TRATAMIENTO	
Soporte de Oxígeno	SAT O2 menor de 92%	
Posición Semisentada		
BHE		-----
CFV		-----
DIETA:	Blanda severa + LAV	-----

EV: Endovenoso

CFV: Control de funciones vitales

BHE: Balance Hídrico Estricto

LAV: Líquidos a voluntad

### 3.1.6 EXÁMENES AUXILIARES:

#### Hematológicos

Prueba	Valores encontrados	Valores referenciales
Hematies		
Recuento de hematies	5.04	3.60 – 5.20 10 <sup>6</sup> /uL
Hemoglobina	12.7	10.8 – 12.8 g/dl
Hematocrito	38.1%	
Volumen Corpuscular Media	75.6	73.0 – 101.0 fl
Concentración de hemoglobina Corpuscular	25.2	26.0 – 34.0 g/dl
Plaquetas		
Recuento de plaquetas	390	10 <sup>3</sup> /uL
Leucocitos		
Recuento diferencial potencial		
Blastos	0	%
Promielocitos	0	%
Mielocitos	0	%
Metamielocitos	0	%
Abastionados	0	Hasta 8%
Segmentados	78	17 – 60 %
Eosinofilos	0	1 – 5%
Basofilos	0	0 – 1%
Monocitos	8	1 – 11%

Linfocitos	14	20 – 70%
------------	----	----------

Bioquímica

Prueba	Valores encontrados	Valores referenciales
Proteína C Reactiva	POSITIVO	

### 3.1.7 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

#### DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: No realiza controles periódicos

**Clase 2.** Gestión de salud: Tiene seguro social

#### DOMINIO II. Nutrición

**Clase 1. Ingestión:** Apetito disminuido, dificultad para deglutir, dentadura completa, mucosa oral sin lesiones

**Clase 2. Digestión:** Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes. No náusea ni vómitos.

**Clase 3. Absorción:** Peso: 56 Kg.

**Clase 4. Metabolismo:** Piel normal

**Clase 5. Hidratación:** Mucosas húmedas.

#### DOMINIO III. Eliminación

**Clase 1. Función urinaria:** Micción espontánea. Frecuencia: 4 veces por día.

**Clase 2. Función gastrointestinal:** Deposición: 2 veces por día. No estreñimiento.

**Clase 3. Función tegumentaria:** Ligeramente sudoroso.

**Clase 4. Función respiratoria:** Ventilando espontáneamente con Sat O<sub>2</sub> 94%. Pulmones: murmullo vesicular pasa con dificultad en ambos hemitórax. Sibilantes y roncocal difusos en ambos campos pulmonares.

#### **DOMINIO IV. Actividad y reposo**

**Clase 1.** Reposo/sueño: Reposo forzado, sueño interrumpido.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo forzado por enfermedad.

**Clase 3.** Equilibrio/energía: Se moviliza con dificultad.

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: frecuencia cardiaca con taquicardia = 107 x min, frecuencia respiratoria = 23 x min, saturación = 94% con oxígeno ambiental.

**Clase 5.** Autocuidado: Asistido por padres.

#### **DOMINIO V: Percepción – Cognición**

**Clase 1.** Atención: Responde con dificultad al interrogatorio.

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

**Clase 3.** Sensación-percepción: Conservado

**Clase 4.** Cognición: No alterado, conocimiento deficiente y control emocional inestable.

**Clase 5.** Comunicación: Por momentos se muestra irritable.

#### **DOMINIO VI. Autoconcepción**

**Clase 1.** Autoconcepción: Se observa triste y preocupado

**Clase 2.** Autoestima: Niño refiere que está cansado de venir en el hospital

**DOMINIO VII. Rol/Relaciones**

**Clase 1.** Rol de cuidador: Padre refiere que se encuentra agotado.

**Clase 2.** Relaciones familiares: Padres refieren que debieron traerlo primero al hospital.

**Clase 3.** Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

**DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.

**Clase 2.** Función sexual: No refiere.

**Clase 3.** Reproducción: No tiene hijos.

**DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

**Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere que no pensó pasar por todos estos eventos

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Refiere que quiere salir del hospital lo más pronto posible.

**Clase 3.** Estrés neuro-compartmental: No refiere.

**DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 1.** Valores: No refiere

**Clase 2.** Creencia: Refiere tener religión católica.

**Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: Padres refieren ser católicos.

## **DOMINIO XI. Seguridad y protección**

**Clase 1.** Infección:  $T^{\circ}= 36,6C^{\circ}$ , procedimientos invasivos: Catéter venoso periférico.

**Clase 2.** Lesión física: Heridas por venopunción.

**Clase 3.** Violencia: Se muestra agresivo con el personal que lo asiste cuando no acepta un procedimiento.

**Clase 4.** Peligros del entorno: Área de emergencia con ligero hacinamiento.

**Clase 5.** Procesos defensivos: Hemograma en valores normales

**Clase 6.** Termorregulación: Afebril,  $T^{\circ}= 36,6C^{\circ}$ .

## **DOMINIO XII. Confort**

**Clase 1.** Confort Físico: Con facies de malestar por estadía hospitalaria.

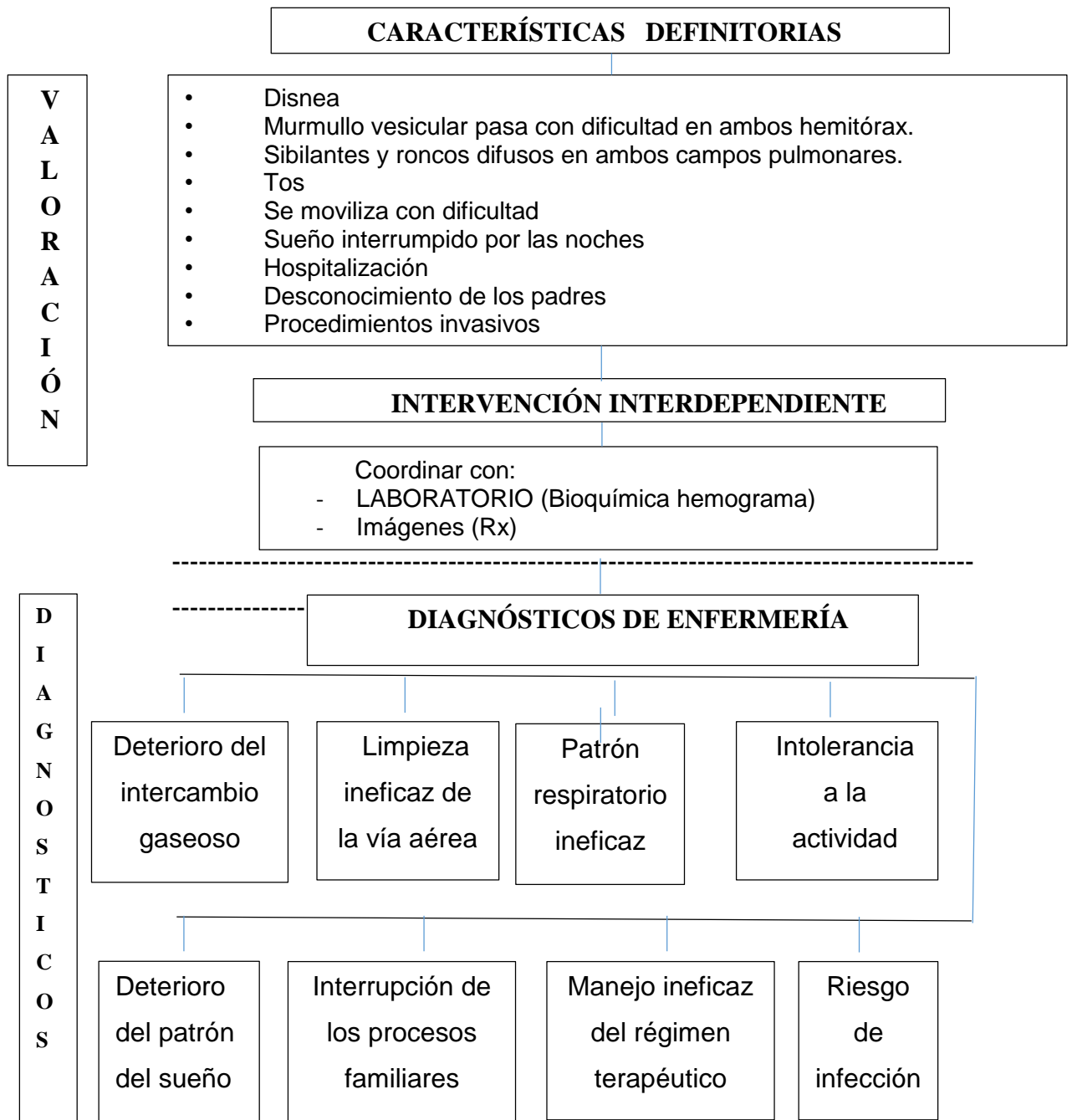
**Clase 2.** Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

## **DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo**

**Clase 1.** Crecimiento: Normal.

**Clase 2.** Desarrollo: Incremento del desarrollo para su edad (aparenta más edad).

### 3.1.8 ESQUEMA DE VALORACIÓN





## **3.2. Diagnóstico**

### **3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:**

- Disnea
- Murmullo vesicular pasa con dificultad en ambos hemitórax.
- Sibilantes y roncros difusos en ambos campos pulmonares.
- Tos
- Se moviliza con dificultad
- Sueño interrumpido por las noches
- Hospitalización
- Desconocimiento de los padres
- Procedimientos invasivos

### **3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO:**

- Deterioro del intercambio gaseoso
- Limpieza ineficaz de la vía aérea
- Patrón respiratorio ineficaz
- Intolerancia a la actividad
- Deterioro del patrón del sueño
- Interrupción de los procesos familiares.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico
- Riesgo de infección

### 3.2.1 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Intercambio de gases	Desequilibrio ventilación perfusión	Respiración anormal	Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación
Limpieza de Vía aérea	Mucosidad excesiva	Sonidos respiratorios adventicios (sibilantes y roncantes)	Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c mucosidad excesiva m/p sonidos respiratorios adventicios
Patrón respiratorio: Ventilación	Fatiga	Disnea	Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p disnea
Intolerancia a la actividad	Debilidad generalizada	Malestar debido al esfuerzo	Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p malestar debido al esfuerzo
Patrón del sueño	Interrupciones	Cambio en el patrón del sueño	Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones m/p cambio en el patrón del sueño
Procesos familiares	Enfermedad y régimen terapéutico	Hospitalización del niño	Interrupción de los procesos familiares r/c enfermedad y

			régimen terapéutico m/p hospitalización del niño
Manejo del régimen terapéutico	Déficit de conocimientos de los padres	Verbalizaciones sobre los cuidados del niño	Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño
Infección	Procedimientos invasivos		Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

### 3.3. Planificación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00030</p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación m/p respiración anormal</p>	<p>Código:</p> <p>Estado respiratorio: ventilación: 0403</p>	<p>Código:</p> <p>Asistencia en la ventilación: 3390</p> <p>Oxigenoterapia: 3320</p> <p>Gestión de las vías aéreas: 3140</p> <p>Controlar los signos vitales.</p> <p>Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 o 4 horas.</p> <p>Vigilar el patrón respiratorio e frecuencia, profundidad y esfuerzo.</p> <p>Se nebuliza al paciente según indicación médica. (NBZ c/8gotas fenoterol + 5cc SF)</p> <p>Se brinda oxigenoterapia por máscara simple de oxígeno.</p> <p>Se administra medicación según indicación médica: Hidrocortisona 100mg EV.</p> <p>Monitorear frecuencia respiratoria y Saturación de oxígeno.</p>	<p>Paciente mantiene una ventilación perfusión adecuada.</p> <p>Paciente con frecuencia respiratoria de 20 por minuto y saturación de oxígeno de 96%.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código:00031</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c mucosidad excesiva m/p sonidos respiratorios adventicios</p>	<p>Código:</p> <p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: 0410</p> <p>Estado respiratorio: ventilación: 0403</p>	<p>Código:</p> <p>Fomento de la tos: 3250</p> <p>Manejo de las vías aéreas: 3140</p> <p>Monitorización respiratoria: 3350</p> <p>Controlar la frecuencia respiratoria y satO2.</p> <p>Enseñar al paciente a que tosa.</p> <p>Nebulizar al paciente según prescripción médica (NBZ c/8gotas fenoterol + 5cc SF)</p> <p>Realizar fisioterapia respiratoria.</p> <p>Realizar cambios posturales al paciente Mantener una buena hidratación al paciente.</p> <p>Monitorear la frecuencia respiratoria y satO2.</p>	<p>Paciente ha mejorado la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>Paciente elimina secreciones respiratorias.</p> <p>Paciente con frecuencia respiratoria de 20 por minuto y saturación de oxígeno de 96%</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p disnea</p>	<p>Código:</p> <p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: 0410</p> <p>Estado respiratorio: ventilación: 0403</p>	<p>Código:</p> <p>Control y seguimiento respiratorio: 3350</p> <p>Gestión de las vías aéreas: 3140</p> <p>Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</p> <p>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro).</p> <p>Vigilar el flujo de litro de oxígeno.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la administración de oxígeno.</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p>	<p>Paciente ha mejorado su patrón respiratorio.</p> <p>Paciente con frecuencia respiratoria de 40 por minuto y saturación de oxígeno de 95%</p>

		<p>Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales.</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo y esfuerzo de la respiración</p> <p>Colocar al paciente en posición fowler.</p>	
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00092</p> <p>Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p malestar debido al esfuerzo</p>	<p>Código:</p> <p>Tolerancia a la actividad: 0005</p> <p>Conservación de la energía: 0002</p>	<p>Código:</p> <p>Gestión de la energía: 0200</p> <p>Oxigenoterapia:3320</p> <p>Terapia con ejercicio: control muscular: 4310</p> <p>Se administra oxígeno por máscara simple.</p> <p>Se administra tratamiento indicado.</p> <p>Se controla funciones vitales: Frecuencia respiratoria.</p> <p>Se educa a paciente sobre la importancia de descansar para reponer energía.</p> <p>Se educa al paciente sobre los signos y síntomas del inicio del asma.</p>	<p>Paciente verbaliza que conoce la importancia de la administración de oxígeno y medicamentos para aumentar su tolerancia a hacer actividades.</p> <p>Paciente puede comer e ir al baño por si mismo.</p>



		Se educa sobre la importancia del tratamiento en el proceso de recuperación.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código: 00198 Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones m/p cambio en el patrón del sueño	Código: Bienestar: 2100 Sueño: 0004	Código: Gestión del entorno: comodidad: 6482 Mejorar el afrontamiento: 5230 Mejorar el sueño: 1850 Determinar las causas de la fatiga. Observar al niño por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, palidez y frecuencia respiratoria). Observar y registrar el esquema de número de horas de sueño del paciente.	El paciente puede dormir al menos 4 horas seguidas durante la noche. El paciente se muestra más tranquilo y accesible a la administración de tratamiento.

		<p>Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento o actividad.</p> <p>Disminuir las molestias físicas.</p> <p>Favorecer el reposo / limitación de actividades (reducir ruidos y luces y posición semifowler).</p> <p>Facilitar la alternancia de períodos de reposo o actividad.</p> <p>Instruir a los padres a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.</p> <p>Reducir al mínimo los cuidados nocturnos.</p>	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00060</p> <p>Interrupción de los procesos familiares r/c enfermedad y régimen terapéutico m/p</p>	<p>Código:</p> <p>Afrontamiento familiar: 2506</p> <p>Apoyo familiar durante el tratamiento: 2609</p>	<p>Código:</p> <p>Facilitar la presencia familiar: 7110</p> <p>Mejorar el afrontamiento: 5230</p> <p>Permitir que la familia permanezca con el niño.</p>	<p>La familia afronta de forma adecuada la enfermedad del niño.</p> <p>La familia apoya en el cuidado diario del niño.</p>

<p>hospitalización del niño</p>		<p>Promover los cuidados centrados en la familia.  Explicar los procedimientos y regímenes terapéuticos a la familia.  Mantener informado a la familia respecto al estado del niño.  Fomentar la participación de la familia en los cuidados del niño.  Proporcionar ayuda y referencia para apoyo constante según sea necesario.</p>	<p>La familia conoce el régimen terapéutico del niño</p>
---------------------------------	--	---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00082</p> <p>Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño</p>	<p>Código: 1813</p> <p>Conocimiento: proceso de enfermedad</p>	<p>Código:</p> <p>Apoyo al cuidador principal: 5270</p> <p>Enseñanza: proceso de enfermedad: 5240</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos de los padres.</p> <p>Proporcionar información sobre el estado del niño.</p> <p>Enseñar a los padres la terapia del niño: manejo de inhaladores, ejercicios respiratorios, eliminación de secreciones.</p> <p>Enseñar a los padres técnicas de manejo de estrés.</p> <p>Reforzar la información dada por el médico.</p>	<p>Los padres verbalizan la comprensión de los cuidados del niño en el hospital y en domicilio.</p> <p>Los padres demostrarán la realización de ejercicios respiratorios.</p>

		<p>Describir los signos y síntomas comunes sobre el asma.</p> <p>Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del niño, según proceda.</p> <p>Describir las posibles complicaciones.</p>	
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00004</p> <p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos</p>	<p>Código: 1924</p> <p>Control del riesgo: proceso infeccioso</p>	<p>Código:</p> <p>Control de infecciones: 6540</p> <p>Prevención de infecciones: 6550</p> <p>Se controla funciones vitales</p> <p>Se realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento</p> <p>Se mantiene la asepsia</p> <p>Se vigila signos de infección local y generalizada debido a los procedimientos invasivos.</p> <p>Se enseña a los familiares los signos de infección en la zona de la inserción del catéter.</p> <p>Se señala a los familiares los signos de infección en la zona donde se coloca la mascarilla simple.</p>	<p>Paciente no presento infección agregada por los procedimientos invasivos, no se evidencia infección local, no existe flebitis.</p>

### 3.4. Ejecución y Evaluación

#### 3.2.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

- S** Paciente pediátrico refiere: “me siento un poco cansado”. Padre refiere: “mi hijo ha estado hospitalizado hace 3 días en la clínica, pero aún sigue mal, tiene tos, está agitado y sudando”.
- O** Paciente pediátrico de sexo masculino ingresa al servicio de emergencia – observación pediátrica, en compañía de sus padres, despierto, ventilando espontáneamente, con presencia de sibilantes y roncales en ambos campos pulmonares, agitado, piel y mucosas hidratadas, con sudoración generalizada, micción espontánea.
- A** Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación m/p respiración anormal.  
Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c mucosidad excesiva m/p sonidos respiratorios adventicios.  
Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p disnea.  
Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p malestar debido al esfuerzo.  
Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones m/p cambio en el patrón del sueño.  
Interrupción de los procesos familiares r/c enfermedad y régimen terapéutico m/p hospitalización del niño.  
Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño.

Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

**P**

Favorecer la ventilación.

Mantener permeable la vía aérea.

Mejorar el patrón respiratorio.

Favorecer la tolerancia a la actividad.

Mejorar el sueño.

Mejorar los procesos familiares.

Mejorar el régimen terapéutico.

Disminuir el riesgo a infección.

**I**

Controlar los signos vitales.

Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 o 4 horas.

Vigilar el patrón respiratorio: frecuencia, profundidad y esfuerzo.

Se nebuliza al paciente según indicación médica.

Se brinda oxigenoterapia por mascarilla simple.

Se administra medicación según indicación médica: hidrocortisona 100mg EV.

Se administra bromuro de ipratropio 2 puff.

Enseñar al paciente a que tosa.

Realizar fisioterapia respiratoria.

Realizar cambios posturales al paciente.

Mantener una buena hidratación al paciente.

Monitorear frecuencia respiratoria y Saturación de oxígeno.

Permitir que la familia permanezca con el niño.

Promover los cuidados centrados en la familia.

Explicar los procedimientos y regímenes terapéuticos a la familia.

Mantener informado a la familia respecto al estado del niño.



Fomentar la participación de la familia en los cuidados del niño.

Proporcionar ayuda y referencia para apoyo constante según sea necesario.

Se realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento

Se mantiene la asepsia.

Se vigila signos de infección local y generalizada debido a los procedimientos invasivos.

Se enseña a los familiares los signos de infección en la zona de la inserción del catéter.

**E** Paciente mejora su ventilación.

Paciente no presenta sibilantes ni roncales.

Paciente mantiene el patrón respiratorio en valores normales:  
FR:20X

Paciente reconoce el beneficio del tratamiento para mejorar su actividad.

Paciente descansa 4 horas no interrumpidas durante la noche.

Padres verbalizan los cuidados a tener con su hijo en el hospital y en casa al momento del alta.

Padres reconocen la importancia de la hospitalización de su hijo.

Paciente no presenta signos de infección agregada.

## **Capítulo IV**

### **Conclusiones**

En cuanto a las conclusiones, se puede mencionar que:

- En resumen, la aplicación del proceso de enfermería, permite una atención integral al paciente pediátrico con crisis asmática, fomentando un razonamiento crítico y desarrollando las habilidades prácticas en las enfermeras, con el único objetivo de brindar un cuidado de calidad basado en un método científico.
- Los pacientes pediátricos con crisis asmáticas que reingresan al hospital, en su mayoría vienen después de presentar síntomas por más de una semana.
- Los padres de los pacientes pediátricos con crisis asmáticas que reingresan al hospital, en su mayoría desconocen los cuidados preventivos que se deben tener en casa y solo llevan a los niños a los controles de niño sano cuando les toca su vacuna.
- En algunos casos, los pacientes pediátricos con crisis asmática ingresan al hospital después de haber estado en tratamiento en otros nosocomios privados o haber recibido automedicación por parte de los padres.
- Como se pudo apreciar, el proceso de atención de enfermería representa una herramienta eficiente para poder valorar,

diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de enfermería en los pacientes con crisis asmática.

- El proceso de atención de enfermería es registrado en la historia clínica y forma parte de un documento legal que plasma las acciones de la enfermera de forma continua, completa e individual.

## Capítulo V

### Recomendaciones

Al personal de enfermería:

- Realizar una atención de calidad en el servicio de emergencia – observación pediátrica a pacientes con el diagnóstico de asma bronquial basada en conocimientos y prácticas adecuadas favorecerá una atención rápida y eficaz en los síntomas que presenta el paciente en ese momento, además de una pronta recuperación.
- Valorar de forma correcta, teniendo en cuenta los protocolos de atención en paciente con crisis asmática en los servicios de emergencia, son los ejes fundamentales en el proceso de atención de enfermería.
- La valoración de enfermería favorece establecer prioridades en el diagnóstico de enfermería y generar un plan de cuidados acorde a las necesidades encontradas.
- El monitoreo y evaluación de las acciones planteadas permite a la enfermera a determinar la efectividad de sus acciones para así poder satisfacer las necesidades del paciente.

Al Departamento de Enfermería del Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega:

- Se recomienda brindar capacitaciones continuas al personal de enfermería sobre el abordaje de los pacientes pediátricos con crisis asmática y otras patologías comunes que incrementen la tasa de morbilidad y mortalidad infantil en el país, con la finalidad de incrementar sus conocimientos y las prácticas sobre estas temáticas.

## Referencias Bibliográficas

1. Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO). Guía de enfermería para el cuidado del asma en adulto. [Online].; 2017 [citado 2020 abril 28]. Disponible en: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Adult\\_Asthma\\_UPDATED.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Adult_Asthma_UPDATED.pdf).
2. Organización Mundial de la Salud. Asma. [Online].; 2017 [citado 2020 abril 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
3. Ministerio de Salud. Asma es la enfermedad crónica más frecuente en niños. [Online].; 2017 [citado 2020 abril 28]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13898-minsa-asma-es-la-enfermedad-cronica-mas-frecuente-en-ninos>.
4. Zegarra E. EsSalud: Uno de cada cinco niños sufre de asma en el Perú. [Online].; 2017 [citado 2020 abril 28]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-uno-de-cada-cinco-ninos-sufre-de-asma-en-el-peru/>.
5. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el asma. [Online].; 2017 [citado 2020 abril 28]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/10-datos-sobre-el-asma>.

6. Organización Panamericana de la Salud. Módulo Asma y enfermedades bronco-obstructivas. [Online].; 2007 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi\\_asma.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi_asma.pdf).
7. Ocampo J, Gaviria R, Sánchez J. Prevalencia del asma en América Latina. Mirada crítica a partir del ISAAC y otros estudios. Revista Alergia México. 2017; 64(2).
8. Munayco CV, Arana J, Torres CJ, Soto CG. Prevalencia y Factores Asociados al Asma en Niños de 5 a 14 años de un área rural del sur del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2009 Julio; 26(3).
9. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. [Online].; 2006 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>.
10. EsSalud. Incremento de asma en un 50% se registra durante primavera 2016. [Online].; 2016 [citado 2020 abril 30]. Disponible

en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-incremento-de-asma-en-un-50-se-registra-durante-primavera-2016/>.

11. EsSalud. EsSalud Almenara recomienda continuar tratamiento en niños con asma durante el verano. [Online].; 2018 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-almenara-recomienda-continuar-tratamiento-en-ninos-con-asma-durante-el-verano/>.
12. EsSalud. Estadística Institucional. [Online].; 2020 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>.
13. Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de Urgencias Pediátricas. Segunda ed. Barcelona: Ergón,S.A.; 2010.
14. Bello FN. Fundamentos de Enfermería La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
15. Berman , Audrey J. S, Shirlee. Fundamentos de Enfermería Kozier y Erb. Novena ed. España: Pearson; 2013.
16. Álvarez PAB, Quintana SFC. Atención de enfermería en niños en edad preescolar con asma bronquial en servicio de emergencia de



un hospital de Guayaquil Guayaquil; 2017, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

17. Medina HB. Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma. Nure Investigación. 2016; 13(81).
18. Barruso FJ. PPlan de cuidados: Más allá de lo evidente: Cuidados al niño con Asma Lejona; 2016, Universidad del País Vasco.
19. Almudéver CL, Clari GA, Pla MMJ. Diagnósticos de enfermería (NANDA) en el asma infantil. Enfermería Integral. 2015 diciembre;(110).
20. Mendoza Y, Medina E, Peña Y. Información sobre prevención del asma ofrecida por enfermería en el Hospital de Niños de Veritas Maracaibo; 2015, Universidad de los Andes.
21. Salgado OVC. Nivel de conocimientos de los padres y adherencia al tratamiento de asma en niños menores de 5 años, atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas Lima; 2019, Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Norbert Wiener.
22. Paulina SMA. Creencias acerca del Tratamiento del Asma, en madres que asisten al Hospital de Huaycán Lima; 2019, Tesis para

optar el Título Profesional en Enfermería, Universidad Ricardo Palma.

23. Cotrina ZLB. Conocimiento y prácticas preventivas de madres de pre escolares sobre el asma en el Hospital San Juan de Lurigancho Lima; 2016, Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería, Universidad Cesar Vallejo.
24. Chávez VIV. Calidad de vida de los niños con asma y su relación con el nivel de conocimientos de los padres sobre la enfermedad. Hospital de Belén Trujillo; 2016, Tesis para obtener el Título de Licenciada en enfermería, Universidad Cesar Vallejo.
25. Fabián CYL, Obesto RKE. Conocimiento y práctica de medidas preventivas de las madres de preescolares con asma bronquial, Hospital Victor Lazarte Echeagaray Trujillo, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
26. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Octava ed. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
27. Hernandez MC. EL modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera Valladolid; 2016, Universidad de Valladolid.

28. Hospital Txagorritxu. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería Álava; 2004.
29. Hospital de Emergencia Pediátrica. Guía de práctica clínica: Asma Severo en Niños. [Online].; 2013 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/conocenos.php?cate=123>.
30. Del Río NBE, Hldalgo CEM, Sienna MJ. Asma. Medigraphic. 2009 enero; 66(162).
31. GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma Madrid; 2017.
32. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para Niños Menores de Cinco Años. [Online].; 2008 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3347.pdf>.

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Historia Clínica del paciente

Vista de Datos del Paciente en la Atención Médica - Google Chrome

No es seguro | sgss.essalud/sgss/servlet/hwisdatpacatemed?cgcnL3g5jOIPVfB0xLH8I7ro+WuKwuBtDpaQWRuyT4=

Datos del Paciente				
Apellidos y Nombres	ANGELES PUMA ALVARO ENRIQUE		Fecha de Vigencia	31/03/2020
Doc. de Identidad	D.N.I. 73833482 Edad Actual 10A 6M 18D		Sexo	MASCULINO
Acto Médico	6318140			
CAS de Atención	H.II L.NORTE-CALLAO		Nro Historia Clínica	354859
Emergencia:			Fecha de Ingreso:	06/03/2020
Topico:			Tipo de Seguro	
Nro de Atención:	1			
Fecha de la Atención	06/03/2020		Hora de la Atención	12:31
Profesional Asistencial	CRISTOBAL BARSALLO ALBINA			
Anamnesis				
ACUDE POR LA TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR MAYORMENTE POR LAS NOCHES , ESTUVO HOSPITALIZADO POR ESTADO ASMÁTICO , EN LA CLÍNICA JESUS DEL NORTE 3 DIAS .PADRE REFIERE QUE HIZO RETIRO VOLUNTARIO DES DE LA CLÍNICA POR LAS MOTIVOS ECONOMICOS Y TRALLE SU HIJO PARA CONTINUAR TTO				
Examen Clínico				
<b>Signos Vitales:</b>				
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	107	
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	23	
Temperatura Corporal (°C)	36,6			
<b>Antropometría:</b>				
Peso (Kg)	54,000	Talla (M)	0,00	
Perímetro Abdominal	0,0	IMC	0	
SAT 94 % ORO FARINGE ERITEMATOSO CONGESTIONADO ,TYP MV PSA CON DIFICULTAD EN AHT , RONCÓS , CV RCRR DE B/I ABD B/D RHA +				
Diagnostico			Tipo	
Código	Descripción			
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	DEFINITIVO		
J46	ESTADO ASMÁTICO	DEFINITIVO		
Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR				
Plan de Trabajo				
PASA A OBSERVACION				

No es seguro | sgss.essalud/sgss/servicio/hwsdatpacatemeid?cgcnL3q5y0IPVF10:1HE17ra\*WuKwu8tDpaQWRuyT4-

**Diagnostico**

Código	Descripción
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO
J46	ESTADO ASMÁTICO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

**Plan de Trabajo**

PASA A OBSERVACION

**Indicaciones**

DIETA B/S + LAV  
 NACL 0.9 % 1000 CC -- PASAR 120 CC / HORA  
 HIDROCORTIZONA 135 MG CADA 6 H EVE  
 NBZ CON FENOTEROL 8 GOTAS +5 CC SF CADA 20 MIN X 3 VECES Y LUEGO CADA 2 H  
 SOPORTE O2 CON SAT MENOR DE 92%  
 POSICION SEMISENTADA  
 CFV + OSA, +BH  
 HEMOGRAMA, PCR, RX DE TORAX

Resultado de la Atención: PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO

**Solicitudes Interconsulta**

Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio
-----------	-------------	--------------	----------

**Exámenes Auxiliares Solicitados**

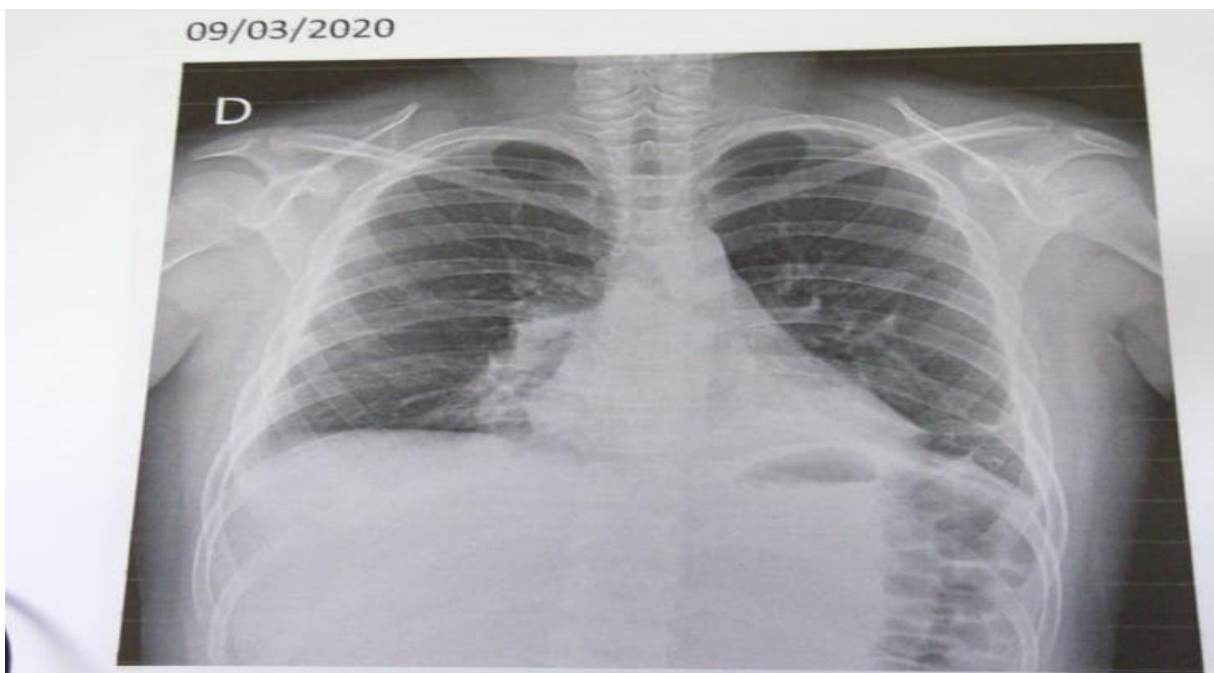
Solicitud Nro 887038

Codigo	71010 RX DE TORAX; VISTA UNICA, INCIDENCIA POSTERO-ANTERIOR		
Indicaciones			
Resultados	INF.:	NO	FECHA RESULTADO:

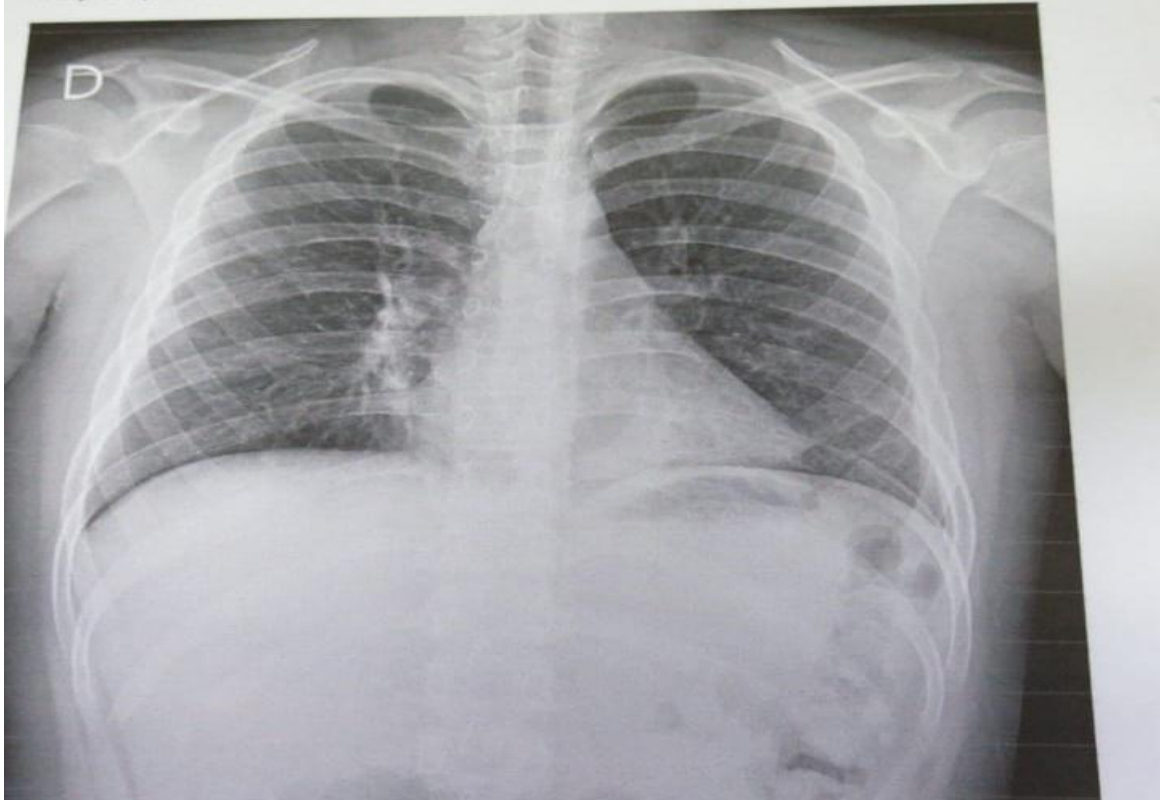
Solicitud Nro 1270370

Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERI TROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUE		
Indicaciones			
	INF.:		FECHA RESULTADO:
	MUESTRA: SANGRE TOTAL		

## Anexo 2: Radiografía de tórax del paciente: Ingreso y Alta



12/03/2020





**Anexo 3: Área de Observación de Pediatría del Hospital II Lima Norte**

**Luis Negreiros Vega - Callao**

