

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN NIÑOS CON ASMA BRONQUIAL
DEL SERVICIO DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD
PERU COREA II-2, SANTA ROSA. PIURA 2018**

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

ESTHER GARCIA SANTOS

CALLAO -PERU

2019

AGRADECIMIENTO

A Dios, padre misericordioso por mostrarme su infinita bondad y por haber puesto en mí camino obstáculos que me han permitido crecer.

A mi esposo e hijo que son mi fortalece para vencer las barreras que se me presentan en el quehacer cotidiano.

Por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

Y finalmente un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por haber brindado estas especialidades que nos permiten crecer día a día

INDICE

INTRODUCCION.....	5
I.DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	6
1.1 Objetivos	
1.1.1 Objetivo General.....	7
1.1.2 Objetivos Específicos.....	8
II. MARCO TEORICO.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	8.
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	10
2.2 Marco Conceptual.....	13
2.2.1. Bases teóricas.....	22
III. PLAN DE INTERVENCION.....	24
3.1 VALORACION.....	24
3.1.1 Datos de filiación.....	24
3.1.2 Motivo de la consulta.....	25
3.1.3 Enfermedad actual.....	25
3.1.4. Antecedentes.....	25
3.1.5. Examen físico.....	26
3.1.6. Valoración según el modelo de clasificación de dominios y clases	26
3.1.7. Esquema de valoración.....	30
3.2 Diagnósticos de enfermería.....	31.

3.2.1. Lista de hallazgos significativos.....	31
3.2.2. Diagnósticos de enfermería según datos significativos.....	31
3.2.3. Esquema de diagnóstico de enfermería.....	32
3.3. Planificación.....	33
3.3.1. Esquema de planificación.....	33
3.4. Ejecución y evaluación.....	38
3.4.1. Registro de enfermería: SOAPIE.....	38
EXPERIENCIA LABORAL.....	40
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.....	44
ANEXOS.....	47

INTRODUCCION

El asma infantil es la enfermedad que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen. Esto hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos Crónica, siendo más frecuente y de mayor impacto en la niñez y adolescencia

Constituye un problema de salud pública que afecta a todos los países del mundo; se calcula que hay alrededor de 300 millones de personas afectadas por ella. Esta afección repercute no sólo en el mismo niño afectado, sino también en su familia y la sociedad, dada por las ausencias escolares y laborales, las limitaciones en las actividades diarias y el alto costo económico dado por las repetidas consultas a urgencias y frecuentes hospitalizaciones que se pueden presentar en un paciente con asma no controlada (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el asma afecta a casi 5% de la población; se estima que en la población mundial están afectados entre 10% a 33% de niños y 5% a 10% en adultos. Entre los niños, el 80% de las muertes por asma ocurren en residentes de centros urbanos. La prevalencia de asma pediátrica en Latinoamérica aumenta cada año a razón de 0,07% en niños de 6 a 7 años y 0,32% en adolescentes de 13 a 14 años (2).

En el Perú se sabe que uno de cada cinco consultantes a los servicios de salud tiene antecedentes de asma o cuadros de obstrucción bronquial, y uno de cada 10, por lo menos, tiene asma actual. Según el estudio ISAAC en Lima se notifica una tasa de incidencia de 13.42/1000 habitantes, manteniéndose los casos en promedio de 34 por semana en

niños (4). Ante la realidad observada me planteo realizar el presente plan de cuidado de enfermería a pacientes con asma bronquial en el Hospital Santa Rosa Piura, considerando la descripción de la situación problemática, un marco teórico, un plan de intervención, diagnósticos de enfermería, planificación y ejecución; ya que el profesional de enfermería desempeña un rol importante tanto en la parte preventiva, como recuperativa del individuo, familia y comunidad

I. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

El asma constituye un problema de salud a nivel mundial, que afecta a todos los grupos de edad. Su prevalencia está aumentando en muchos países, en especial en los niños. Aunque en algunos países se ha observado una disminución de las hospitalizaciones y muertes por asma, esta enfermedad continúa siendo una carga inaceptable para los sistemas de salud y para la sociedad, a través de la pérdida de la productividad laboral y, sobre todo en el caso del asma pediátrica. Constituye la primera causa de morbilidad infantil por enfermedades crónicas, que es medida por la falta de asistencia a la escuela, las visitas a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones frecuentes. (1) .

Se considera al asma como una enfermedad respiratoria crónica que afecta a un 1 – 18% de la población en diferentes países. Esta se caracteriza por síntomas variables de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y/o tos; y por una limitación variable del flujo aéreo espiratorio. Es característico que tanto los síntomas como la limitación del flujo aéreo varíen a lo largo del tiempo y en su intensidad.

Estas variaciones son desencadenadas a menudo por factores como el ejercicio, la exposición a alérgenos o irritantes, el cambio meteorológico o infecciones respiratorias virales (2).

El estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC, por sus siglas en inglés), basado en información de niños y padres, es la principal

fuentes de información mundial sobre la prevalencia de asma, donde se muestra que ésta varía de país en país, fluctuando entre 6 a 30%, además el asma tiene una tendencia creciente. Según el ISAAC, el Perú, se encuentra en el grupo de los países con prevalencias intermedias (20,7 a 28,2 %) junto con Australia, Nueva Zelanda, Omán, Singapur, y el Reino Unido (3) .

Ante esta problemática que se evidencia día a día en el hospital Santa Rosa II-2 Piura y a las altas tasas de índice de Morbilidad plasmadas en la estadísticas del año 2018 que hubieron en aproximadamente más de 200 casos de asma en la población infantil, me sentí motivada a realizar el presente trabajo académico ya que la enfermera cumple un rol muy importante tanto en la parte preventiva como recuperativa y sobre todo que se caracteriza por brindar cuidados de enfermería con calidad y calidez y así lograr disminuir estas elevadas tasas estadísticas de esta patología

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL:

-Describir la experiencia laboral y profesional de los cuidados de enfermería a pacientes con asma, así como la situación actual y un plan de intervención de esta patología en el hospital Santa Rosa II- Piura 2018.

1.1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS :

-Describir la experiencia profesional de los cuidados de enfermería en pacientes con asma.

-Describir la situación a nivel mundial, nacional y regional del asma bronquial

- Realizar un plan de atención de Enfermería de pacientes con asma

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

VAN DER MARK, Lonneke Bekijk. “Predecir el asma en niños preescolares de alto riesgo que se presentan en atención primaria: Desarrollo de una puntuación clínica de predicción del asma” (España). 2014. Cuyo objetivo diseñar un índice predictivo clínico de asma; encontrando que: la prevalencia de asma encontrada a los seis años fue de 42.7%. Cinco parámetros predijeron el asma en forma óptima: la edad antecedentes familiares de asma o alergias ,los trastornos del sueño inducido por sibilancia, las sibilancias en ausencia de resfriado comunes y el valor sérico de IgE específica. Este nuevo score presentó un valor predictivo positivo del 74,3% (5).

JUY AGUIRRE, Elisa. “Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años”. (Cuba). 2014. Cuyo objetivo fue determinar la morbilidad de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años siendo su estudio, descriptivo y transversal de 253 pacientes menores de 5 años de edad, ingresados con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en el Hospital Distrital de Sayaxché, desde enero a septiembre de 2012, con vistas a caracterizar la morbilidad. En la serie predominaron el sexo masculino (55,7 %), los niños menores de 1 año (55,3 %), la exposición al humo pasivo como principal factor de riesgo asociado (75 %), la fiebre como manifestación clínica al ingreso (98 %), así como la neumonía/bronconeumonía en este mismo grupo de edades (88,6 %), de los cuales 58,7% recibió tratamiento con ceftriaxona. La estadía

hospitalaria fue generalmente de 4 a 6 días y la mayoría de los afectados egresaron mejorados. (6)

KRAUSE GROB, Evelyn. “Asociación del índice predictivo de asma y presencia de la enfermedad en niños de la comuna de Valdivia.” (Chile).2015. Cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre índice predictivo de asma (IPA) positivo, y presencia de asma entre los seis y siete años de edad, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles por el cual se aplicó el índice IPA a 101 casos (niños asmáticos) y 100 controles (niños sin asma); observando que el 72,3% de los pacientes asmáticos y 3% de los no asmáticos tuvieron un índice IPA positivo. Se demostraron diferencias significativas ($p < 0,001$) en todas las variables que componen los criterios del IPA.

En estos pacientes, la probabilidad de desarrollar asma fue al menos 24 veces mayor si tenían índice IPA positivo (OR 84,3 IC95% 24,1-436,5). Concluyendo que el índice IPA es una buena herramienta para predecir asma, y permite tomar decisiones acertadas en pacientes sibilantes menores de tres años (7).

ROCHA DE SOUZA ALBURQUEQUE, Luciana Aparecida. “El papel del índice predictivo de asma (API) en la evaluación del desarrollo del asma entre los niños Brasileños”. (Brasil). 2015, cuyo objetivo es precisar la utilidad del IPA en el diagnóstico de asma bronquial en niños de 8 a 12 años de edad, por medio de un diseño de pruebas diagnósticas retrospectivo en el que se incluyeron a 71 individuos; los cuales fueron abordados en su ingreso al hospital, realizándoles luego un seguimiento retrospectivo por el cual se pudo calcular el IPA; encontrando que la frecuencia de asma fue de 42%; siendo la sensibilidad y especificidad del API de 65%(IC 95%=40.8-84.6) y 67.9% (IC 95%=47.7-84.1), respectivamente. En cuanto al valor predictivo positivo y negativo estos fueron: 59.1 (IC 95%=38.7-79.7) y 73.1 (IC95% =53.9-86.3) respectivamente (8).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

DE LA CRUZ VARGAS, Jhony. “Factores predictores de asma infantil en Hospital Essalud III de Vitarte”. (Lima).2015.Tuvo como objetivo: Determinar la asociación entre los factores predictores de asma infantil y el desarrollo de esta enfermedad en niños de entre 5 a 14 años de edad atendidos por consultorio externo del servicio de pediatría en el Hospital Essalud II de Vitarte durante el año 2015. Material y métodos: El tipo de estudio es observacional, analítico, caso control, retrospectivo y transversal. La población son aproximadamente 800 niños de entre 5 a 15 años de edad con diagnóstico de asma bronquial. El muestreo fue no sistemático. Se realizaron encuestas a 150 pacientes y se recogió la información en una ficha de recolección de datos, de los cuales se seleccionaron 52 casos y 52 controles. Resultados: Los resultados obtenidos sobre el nivel de asociación fueron: Sibilancias Frecuentes OR=12.14, Dermatitis Alérgica o Eczema OR=10.28, Asma Bronquial en cualquiera de los padres OR=4.05, Rinitis Alérgica OR=10.96 y Eosinofilia Periférica ($\geq 4\%$) OR=4.05 Conclusiones: Los factores predictores de asma infantil analizados en este estudio se asociaron al desarrollo de esta enfermedad en niños de 5 a 14 años de edad atendidos por consultorio externo en el Hospital Essalud II de Vitarte durante el año 2015 (9)

GOYCOCHEA VALDIVIA, Walter Alfredo/ HIDALGO TUNQUE, Carlos Martin / Hernández Díaz Herminio. “Asociación entre infección viral del tracto respiratorio bajo en los dos primeros años de vida y el desarrollo de sibilancias recurrentes en niños de 3 a 8 años”. (Lima).2016.Este estudio caso-control tiene como objetivo determinar la asociación entre infección viral del tracto respiratorio bajo en los dos primeros años de vida con el desarrollo de sibilancias respiratorias recurrentes reversibles (SRRR), en niños. Incluyeron 400 niños; relación caso-control de 1:1 ($\alpha=$

5%; $\beta = 20\%$). Se incluyeron niños con diagnóstico de sibilancias respiratorias recurrentes reversibles que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia en los servicios de Emergencia y Consulta Externa entre mayo del 2009 y agosto del 2009, clasificándose como casos. Se asignaron 200 controles similares en edad, sexo y servicio de procedencia.

Se registró el antecedente de infección viral del tracto respiratorio bajo en los dos primeros años de vida, mediante encuesta directa con los padres y corroborándose con la historia clínica de los pacientes. Los resultados sugieren que los niños que presentan SRRR, tienen 14,52 veces más probabilidades de haber presentado infección viral del tracto respiratorio bajo en los 2 primeros años de vida, que los niños que no presentan SRRR. Esta asociación es independiente del antecedente de atopia familiar. (10)

NIQUIN CARRANZA, Eulalia / PAREDES HARO, Deysi Beatriz. "Factores culturales, ambientales y magnitud de las infecciones respiratorias agudas en Pre- Escolares en curgos de Huamachuco". (La Libertad).2017. Con el objetivo de: Determinar la relación entre los factores culturales: aseo/higiene, hacinamiento, condición sanitaria de la vivienda; y la magnitud de las infecciones respiratorias agudas en pre-escolares. Siendo una metodología de tipo descriptivo, cuantitativo exploratorio y de cohorte transversal, usando un instrumento validado por juicios de expertos con una confiabilidad de 0.882 mediante una prueba piloto, la muestra de estudio estuvo conformado por 211 madres de pre-escolares que acudieron al servicio de CRED del puesto de salud. Luego obtenidos los datos procedieron al software estadístico IBM donde realizaron el análisis de relación, como resultado la prueba de chi cuadrado con una significancia de 0.5 a 1 por ciento. En conclusión, obtuvieron resultados; el 85.8% de pre-escolares han enfermado de infecciones respiratorias uno o dos veces en los últimos 6 meses, los

factores culturales como aseo/higiene fue de 98.6%, el hacinamiento es de 86.3% donde 2 a 4 personas duermen en la habitación del niño, en las condiciones sanitarias el 90.0% recibieron vacunas de la influenza, los factores ambientales el 71.1% tiene su cocina cerca al dormitorio, la condición sanitaria en un 96.7%. Todos estos factores se relacionan significativamente con la magnitud de las infecciones respiratorias agudas en preescolares. (21)

MENDOZA SANCHEZ, Wilfredo. "Utilidad del índice predictivo de asma en el diagnóstico de sibilancias recurrentes en niños de 3 a 10 años de edad atendidos en Pediatría- Emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca". (Cajamarca).2016. Cuyo objetivo: Determinar la utilidad del índice predictivo de asma en el diagnóstico de sibilancias recurrentes en niños de 3-10 años de edad atendidos en Pediatría - emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca-2016 ; cuyos resultados obtenidos fueron : La frecuencia de la distribución de los niños de 3-10 años de edad con sibilancias recurrentes y con IPA positivo que desarrollaran asma bronquial fue: 73.7% .Los que no tienen riesgo para asma bronquial y no tienen sibilancias recurrentes fue 86,3%.No se identificaron diferencias significativas respecto a los géneros siendo los femeninos de 53% y masculinos de 47% que desarrollaran asma bronquial. En cuanto a la procedencia el 51% son de Cajamarca y el 49 % son de otros lugares, no encontrándose diferencias significativas, mientras que el intervalo de edades de 3-7 años oscila entre 11-32% y los niños de mayor cantidad que encontramos son de 4 años que tendrán asma y representan el 32% edad. La sensibilidad y especificidad del índice predictivo de asma en niños con sibilancias recurrentes con IPA positivo fue de 74% y 87% respectivamente. El valor predictivo positivo y negativo del índice predictivo de asma en niños con sibilancias recurrentes con IPA positivo fue de 64% y 91% respectivamente.(22)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

ASMA BRONQUIAL

El asma es una afección común que produce una carga de trabajo importante para la práctica general, las clínicas ambulatorias hospitalarias y las admisiones hospitalarias. (11)

Casi todos los niños con asma tienen tos, sibilancias y / o síntomas inducidos por el ejercicio, pero sólo alrededor de la cuarta parte de los niños con estos síntomas tienen Asma.

El asma, patología en la cual prima la inflamación crónica de vías respiratorias con síntomas respiratorios: sibilancias, tos, opresión torácica y disnea junto con limitación variable del flujo de aire espiratorio. Estas variaciones suelen ser provocadas por factores como el ejercicio, la exposición alérgica o irritante, asociado con hiperreactividad de las vías respiratorias a estímulos directos o indirectos. (12)

Las descripciones más recientes del asma, tanto en niños como en adultos, han incluido la hiperreactividad de las vías respiratorias y la inflamación de las vías respiratorias como componentes de la enfermedad, lo que refleja una comprensión progresiva de los diversos subtipos (fenotipos y endotipos) del asma y sus mecanismos de apoyo. Los niños con asma potencialmente mortal o SpO₂ <94% deben recibir oxígeno de alto flujo a través de una mascarilla ajustada o una cánula nasal a caudales suficientes para alcanzar una saturación normal del 94-98%. A Los agonistas β 2 inhalados son el tratamiento de primera línea para el asma agudo en niños (11)

Clínica

Su presentación se debe a la exposición a los alérgenos, así como las infecciones virales y exacerbadas por el ejercicio y el aire frío, y la emoción o la risa en los niños y en los adultos, también los síntomas pueden ser desencadenados por la toma de antiinflamatorios no esteroideos o betabloqueantes. (11)

Es importante evaluar la gravedad de la crisis. (Tabla 1), para con ello determinar el manejo.

Crisis leve a moderada	Crisis grave	Riesgo de vida
Capacidad de hacer frases completas	No puede completar frases en una sola respiración o Incapacidad de hablar o alimentarse a causa de la disnea	Deterioro del nivel de conciencia (adormecimiento, confusión, coma)
FR Niños 2-5 años ≤ 40/min Niños > 5 años ≤ 30/min	FR Niños 2-5 años > 40/min Niños > 5 años > 30/min Adultos ≥ 25/min	Extenuación Silencio auscultatorio
Pulso Niños 2-5 años ≤ 140/min Niños > 5 años ≤ 125/min	Pulso Niños 2-5 años > 140/min Niños > 5 años > 125/min Adultos ≥ 110/min	Movimiento toracoabdominal paradójico Cianosis
Y		Colapso
Ninguno criterio de gravedad	Saturación de O ₂ ≥ 92%	Bradicardia en niños o arritmia/hipotensión en adultos Saturación de O ₂ ≥ 92%

Tabla 1: Fuente: Medicins Sans Frontieres. Guía clínica y terapéutica.2016

Examen físico:

Durante las crisis dependerá de la intensidad de ella: aumento frecuencia respiratoria, tirajes, aleteo nasal, lenguaje entrecortado, tórax insuflado, con hipersonoridad, roncós, sibilancias, estertores húmedos, crepitaciones, espiratorio prolongado, puede haber disminución importante de los ruidos bronquiales, y en las crisis severas palidez y cianosis. (11)

Diagnóstico:

El diagnóstico de asma en niños se basa en el reconocimiento de un patrón característico de síntomas respiratorios, signos y resultados de las pruebas (Figura 5) y la ausencia de cualquier explicación alternativa para estos. Es entonces básicamente clínico.

En episodios recurrentes de dificultad respiratoria, sibilancias, tos, sensación de ahogo u opresión torácica, tos crónica. Síntomas aparecen o empeoran en la noche, en la madrugada, con los ejercicios o son estacionales. (11)

Desencadenantes habituales son: Infecciones virales, ejercicio, risa o llanto, pólenes, polvo casero (Dermatofagoides) caspa de animales, plumas y otros inhalantes como el humo de cigarrillo, leña, pinturas, frío, las emociones y algunos medicamentos (Aspirina) y colorantes utilizados en la industria alimentaria y de las bebidas. Antecedentes familiares de Asma y Atopia. (12)

Evidencia variabilidad diurna los síntomas son peores de noche o de madrugada.

Antecedentes personales de un trastorno atópico (es decir, eccema o rinitis alérgica) o antecedentes familiares de asma y / o trastornos atópicos, potencialmente corroborados por un antecedente de trastorno atópico. Registro de niveles elevados de IgE específicos alérgenos, pruebas positivas de pinchazos cutáneos a Aero alérgenos o eosinofilia sanguínea. (11)

Niños con una evaluación clínica típica incluyendo episodios recurrentes de síntomas ("ataques"), sibilancias oídas por un profesional de la salud, historial de obstrucción variable del flujo aéreo y un historial positivo de Atopia y sin ninguna característica que sugiera un diagnóstico alternativo tienen una alta probabilidad de asma. (11)

El sexo masculino es un factor de riesgo para el asma en niños pre-púberes. El sexo femenino es un factor de riesgo para la persistencia del asma en la transición de la infancia a la edad adulta (13).

Figure 1: Diagnostic algorithm

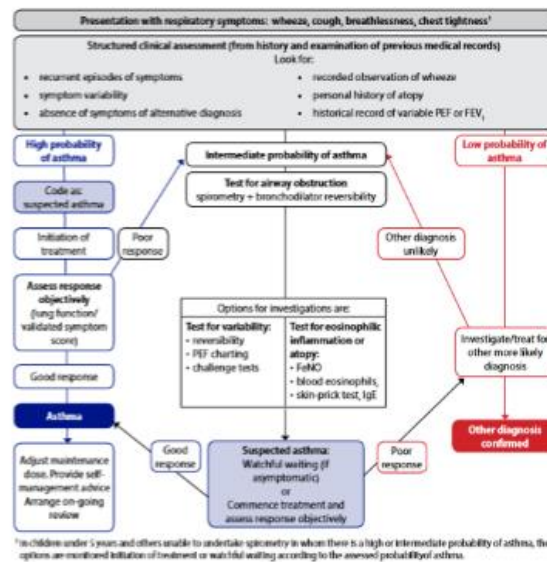


Figura.5. Fuente: British Guideline on the Management of asthma.2016

Exámenes Auxiliares:

Rx. de Tórax Anteroposterior y Lateral. Hemograma y Recuento absoluto de eosinófilos. Eosinófilos en secreción nasal y bronquial. Test cutáneo IgE total. IgE específica. Test Prick, Espirometría (usualmente usado a partir de 5 años).

Asma en el menor de 5 años:

No se pueden efectuar aún exámenes de función respiratoria (espirometria), es difícil certificar el diagnóstico. Sólo la clínica de una enfermedad respiratoria recurrente, la buena respuesta a los broncodilatadores y corticoides; los antecedentes de asma y/o atopia en el grupo familiar, nos puede hacer sospechar el diagnóstico. (11)

Manifestaciones clínicas: (14)

Crisis leve: Obstrucción bronquial leve a moderada sin tirajes, sibilantes y espiración prolongada, pero sin dificultad respiratoria, lenguaje normal, se alimenta bien, sensorio normal, PEF > de 70% del predeterminado, Sat. de Oxígeno > 95%. Crisis Moderada: Sibilancias audibles sin estetoscopio, taquipnea, uso de musculatura accesoria, murmullo pulmonar muy disminuido, alimentación difícil, lenguaje tembloroso, se mantiene sentado, angustiado o preocupado. PEF 60-70% del predeterminado, Saturación de Oxígeno 91-94%.

Crisis Severa: Sibilancias audibles sin estetoscopio o ausentes, taquipnea, uso de la musculatura accesoria, murmullo pulmonar muy disminuido, dificultad para hablar y no se alimenta, se sienta inclinado hacia delante apoyándose con sus manos. PEF < de 60% del teórico, Saturación de oxígeno < 91% con aire ambiental, cianosis, excitación o confusión.

Fenotipos de asma

El estudio y seguimiento de distintas cohortes de recién nacidos ha permitido definir 4 formas clínicas o fenotipos de asma o sibilancias recurrentes en el niño^{3, 4}. Asma (o sibilancias recurrentes) precoz transitoria El primer episodio se presenta durante el primer año de vida y tiende a desaparecer entre los 3 y 6 años.

No es atópico (la IgE total es normal y las pruebas cutáneas y las IgE específicas para neuroalérgenos son negativas). No existen antecedentes personales ni familiares de atopia. (56). Son factores de riesgo el tabaquismo materno durante el embarazo (que conlleva una disminución de la función pulmonar en el momento del nacimiento, que mejora con el tiempo, aunque sus valores medios persisten bajos a los 16 años), sexo masculino, prematuridad, presencia de hermanos mayores y asistencia a guardería, que facilita la transmisión de infecciones virales. Asma (o sibilancias recurrentes) persistente no atópica Suele manifestarse en el primer año de la vida en relación con una bronquiolitis por virus respiratorio sincitial, y no desaparece hasta los 13-14 años. Afecta por igual a ambos sexos y tampoco es atópica (IgE total normal y pruebas cutáneas e IgE específicas a neuroalérgenos negativas). La función pulmonar es normal al nacimiento, y muestra una hiperreactividad bronquial que va mejorando con la edad. Asma (o sibilancias recurrentes) atópica (o alérgica) El primer episodio suele presentarse después del primer año de vida y, de no tratarse adecuadamente, puede persistir en la edad adulta. Predomina en el sexo masculino. (15)

Criterios de gravedad

Una vez diagnosticada el asma bronquial debemos clasificarla con criterios de menor a mayor grado de gravedad para decidir el tratamiento inicial de base más adecuado, aunque serán la evolución clínica posterior y la consecución o no de los objetivos de control los que dictarán las modificaciones oportunas de dicho tratamiento. La gravedad del asma se valora a partir del número de crisis anuales y de la presencia de síntomas clínicos en el período intercrítico, y se clasifica de menor a mayor gravedad en: episódica ocasional, episódica frecuente, persistente moderada, persistente grave, resume las características de cada una de ellas. (15)

Tratamiento:

El manejo depende de la gravedad de la crisis y de la respuesta al tratamiento (14).

Crisis leve a moderada

Tranquilizar al paciente, posición semi sentada

Administrar:

Salbutamol: (aerosol): 2 a 4 inhalaciones /20-30min. , hasta 10 inhalaciones durante primera hora en menores de 3 años mascara facial.

Prednisolona (V.O): 1 a 2 mg/kg en una toma.(14)

Crisis grave

Hospitalizar, posición sami sentada

Administrar: Oxigeno continuo a flujo 5l/min o mantener saturación o2 entre 94 a 98%

Salbutamol: (aerosol): 2 a 4 inhalaciones /20-30min. , hasta 10 inhalaciones. En niños menores de 5 años: 20 inh. En niños mayores de 5 años.

Prednisolona (V.O): 1 a 2 mg/kg en una toma.

En caso vómitos: Hidrocortisona IV /6h (5mg/kg/inyección), hasta que tolere prednisolona (14).

. Crisis de asma con riesgo de vida:

En cuidados intensivos poner una vía endovenosa y administrar:

Oxigeno continuo a flujo 5l/min o mantener saturación o2 entre 94 a 98%

Salbutamol más Bromuro de Ipatropio, Corticoides: Prednisolona v.o o Hidrocortisona IV. Si hay mejoría pasar a salbutamol con aerosol y mantener prednisolona como crisis grave. En ausencia de mejoría después de 1h. : dosis única de Sulfato de Magnesio en perfusión IV en 20min. En cloruro de sodio al 0.9% vigilando presión arterial niños mayores de 2 años: 40mg/kg.

En asma persistente El Global Initiative For Asthma, (GINA) del Global Strategy for Asthma Management and Prevención NHLBI/WHO Workshop Report 2016, subdivide a los pacientes asmáticos según gravedad en cuatro etapas (16)

Intermitente

Persistente leve

Persistente moderado

Persistente grave

Medicamentos controladores: incluyen: Corticoides inhalados, corticoides orales y/o sistémicos, teofilina de liberación lenta, β_2 inhalados de acción prolongada, modificadores de Leucotrienos (mayor utilidad se ha demostrado en pacientes con condiciones asociadas como rinitis alérgica y asma por ejercicio).

Medicamentos aliviadores: β_2 inhalados de acción corta (Salbutamol) anticolinérgicos inhaladores (Bromuro de Ipatropio). (16) Abordaje escalonado en tratamiento de asma

Estancia hospitalaria

Es definida como el número de días promedio que permanecen los pacientes en los servicios de hospitalización, que logran evaluar la calidad de los servicios prestados y el aprovechamiento del recurso cama.

Promedio de días de estancia hospitalaria

Representa el número de días que, en promedio, permanecen los pacientes en el hospital. La medición de los días de estancia hospitalaria es uno de los indicadores tradicionales de eficiencia hospitalaria. Bajo condiciones estandarizadas, una estancia hospitalaria de menor duración representa un uso más eficiente de recursos, mientras que estancias más largas indican un uso inadecuado de recursos o reflejan problemas en la capacidad resolutive del hospital. El indicador se vuelve más útil cuando se analiza para afecciones o procedimientos puntuales. (17)

Con referencia a la estancia hospitalaria este se considera indicador de gestión y eficiencia hospitalaria.

Según OMS en un hospital de tercer nivel se refiere como estancia hospitalaria prolongada a la que sobrepasa el estándar de nueve días. Hay varios factores que repercuten sobre estancia hospitalaria en ellos: factores institucionales, personales y patológicos

2.2. BASES TEORICAS

Una teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar, predecir y controlar (Marriner-Tomey). El desarrollo de la "Teoría General del Cuidado" (conjunto de teoría de enfermería) es considerado

por muchas enfermeras (os) como una de las labores cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente los conocimientos teóricos utilizados por las enfermeras (os) se han derivado casi exclusivamente de otras ciencias (como la Medicina, la Psicología, etc.). Debido a que es una profesión que está emergiendo como disciplina científica, la enfermería está profundamente enfocada, ahora, en la identificación de su base teórica de conocimientos llamada también ciencia de enfermería. Esta situación significa que se está cambiando el paradigma de enfermería. La enfermería es una “disciplina” que se encuentra en construcción (Esteban 1992). La literatura y el intercambio profesional internacional, ponen de manifiesto que el uso de modelos de práctica basados en “teoría y método “propios de enfermería, es un hecho aún incipiente en la actualidad. En este sentido, también es cierto que ha habido adelantos significativos (18).

MODELO TEORICO DE DOROTEA OREM

En este modelo se hace hincapié en la función de la Enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención de Enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste. Orem nos habla en su teoría sobre el déficit del autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del autocuidado identifica conductas que aparecen en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige así sí mismo o al entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría

de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. (19).

VIRGINIA HENDERSON: 1980

Se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad. El modelo de Henderson abarca los términos Salud- Cuidado- Persona- Entorno desde una perspectiva holística (20).

En la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales

III. MODELO DE PLAN DE INTERVENCION

3.1. VALORACION

3.1 .1. DATOS DE FILIACION: Garay Suarez Fernando José

Apellidos y nombres : G.S.F.J

Nacionalidad : Peruano
Fecha de nacimiento: 06/07/2016
Sexo : Masculino
Localidad : 26 de Octubre Piura
Provincia : Piura

Estado civil : soltero
Informante : madre

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Madre refiere que su niño de 2 años 6 meses hace 2 días presenta sensación de falta de aire sensación de ahogo que le silva el pecho y que se sienta bien preocupada por su niño , ella lo manejaba en casa con sus inhaladores pero que no manejaba y tuvo que traerlo por emergencia y se lo dejaron en observación y la hospitalización en pediatría

3.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL: ASMA BRONQUIAL- COMPLICADO

3.1.4. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERINATALES:

- ✓ Madre se hizo solo 4 controles
- ✓ Parto eutócico en centro de salud
- ✓ Recién nacido: a término de 37 semanas
- ✓ PESO: 3.420KG
- ✓ TALLA: 73 CM
- ✓ PC: 35 CM
- ✓ PT: 33CM
- ✓ PA: 35 CM
- ✓ APGAR: 1' (9) 5' (9)

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre refiere que la abuelita del niño es asmática y que tienes UTTO

ANTECEDENTES PERSONALES

Al año 6 meses lo trajeron al hospital Santa Rosa para que lo examinen y ahí recién le detectaron ASMA bronquial y tuvo una hospitalización por 3 días

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:

Bajos recursos económicos

3.1.5. EXAMEN FISICO:

Lactante mayor de 2 años 6 meses de edad con peso 12kg, talla 73 cm, frecuencia cardiaca 102/minuto, frecuencia respiratoria 38 x', temperatura 37°C, irritable.

Fontanelas normo tensas, buen implante capilar piel y conjuntivas pálidas, ventilando con dificultad para respirar, se auscultan sibilantes en ambas campos

pulmonares, disnea, ligera tos y ligera aleteo nasal, abdomen ligeramente globuloso, genitales: masculinos, testículos en bolsas escrotales normales, con pañal tiene dificultad para deglutir los alimentos no doloroso a la palpación, miembros superiores e inferiores con poca extensión y flexión

3.1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

- DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2 Gestión de la salud

Madre refiere que su lactante empezó la enfermedad con sensación del aire, cansancio, irritabilidad sibilantes en ambos campos pulmonares, disnea ligera, tos y aleteo nasal, abdomen ligeramente globuloso no doloroso a la palpación.

Madre manifiesta que se encuentra bastante ansiosa por la enfermedad de su niño y que se siente cansada y sola porque tiene dos gemelitos que los cuida su mama (abuela de los niños)

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1 Ingestión

Dificultad para deglutir los alimentos, peso y talla bajas para su edad, hemoglobina de 10 g/dl

Dominio 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función respiratoria

Orina y deposición espontanea, dentro de las características normales, sensación de falta de aire, se le auscultan sibilantes en ambos campos pulmonares, ligero traje y aleteo nasal, disnea Sat.O₂: 94%

Dominio 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 1: Reposo / sueño, Clase 2: Actividad / ejercicio y Clase 4: Respuestas cardiovascular / pulmonar)

Cuidado refiere que su hijo se siente fastidiado, sensación de falta de aire, sibilantes, que sus actividades recreativas están disminuidas, porque presenta poca flexión y extensión en miembros inferiores, presenta regular higiene corporal y cuidado personal , tiene la creencia que si bañan al niño le puede dar neumonía , por lo que se niega a esta actividad

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 3: Sensación – percepción

Nivel de conciencia: activo, irritabilidad

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Autoconcepto

Fascie de ansiedad, irritable, madre se siente cansada porque van ya 3 días que no descansa bien y que quiere ir haber a sus hijitas gemelas de 8 meses

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador y Clase 3: Desempeño del rol

Paciente con un poco de dificultad para deglutir, con sibilantes en ambos campos pulmonares, disnea ligera, tos y asimismo manifiesta vuelta que quiere ir a sus gemelitos ya que los cuida la abuelita materna que también está un poco delicada.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Aun no se desarrolla

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Dependiente de la madre lactante, es muy pequeño y por momentos ella se siente ansiosa y sobre todo piensa en los gemelitos por donde cuida su mama

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores / creencias

La familia es católica, van todas las semanas a misa la madre no cree en el ojo ni tiene otras creencias, y sabe que su hijo se enferma porque tiene asma que ha heredado de su abuela materna, o sea tiene antecedentes familiares de dicha enfermedad.

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 6: Termorregulación

Diagnostico medico asma bronquial, piel pálida presenta sensación de falta de aire, se le auscultan en ambos campos pulmonares irritable por momento su temperatura es normal en esos momentos.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico

Paciente presenta ligera palidez, irritable por estancia hospitalaria de casi 3 días, sibilante en ambos campos pulmonares, tiene dificultad para deglutir los alimentos

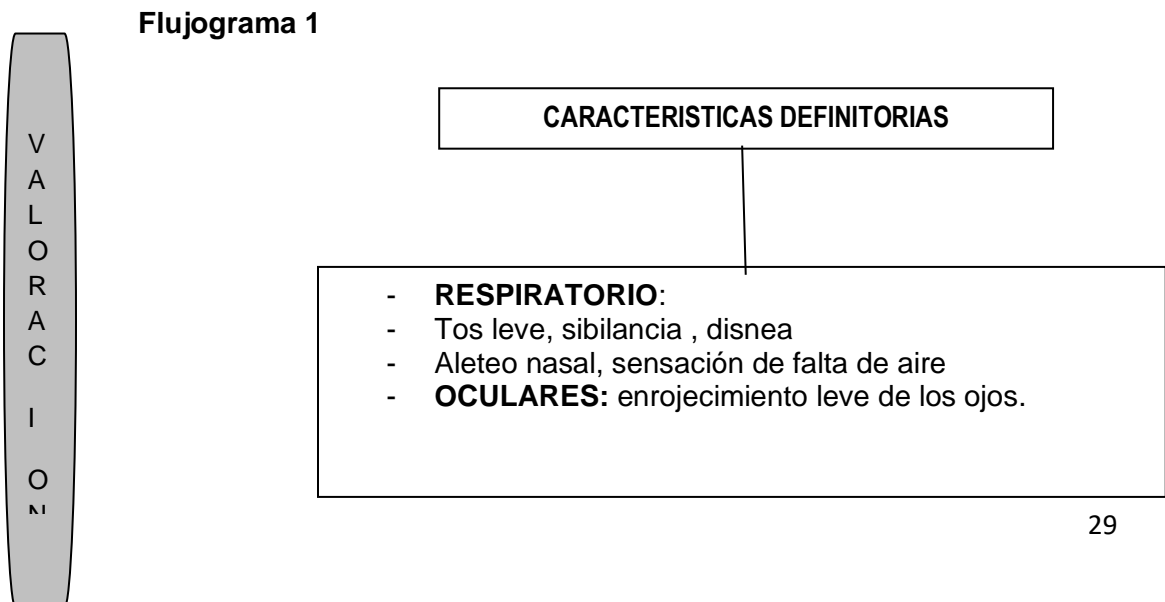
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

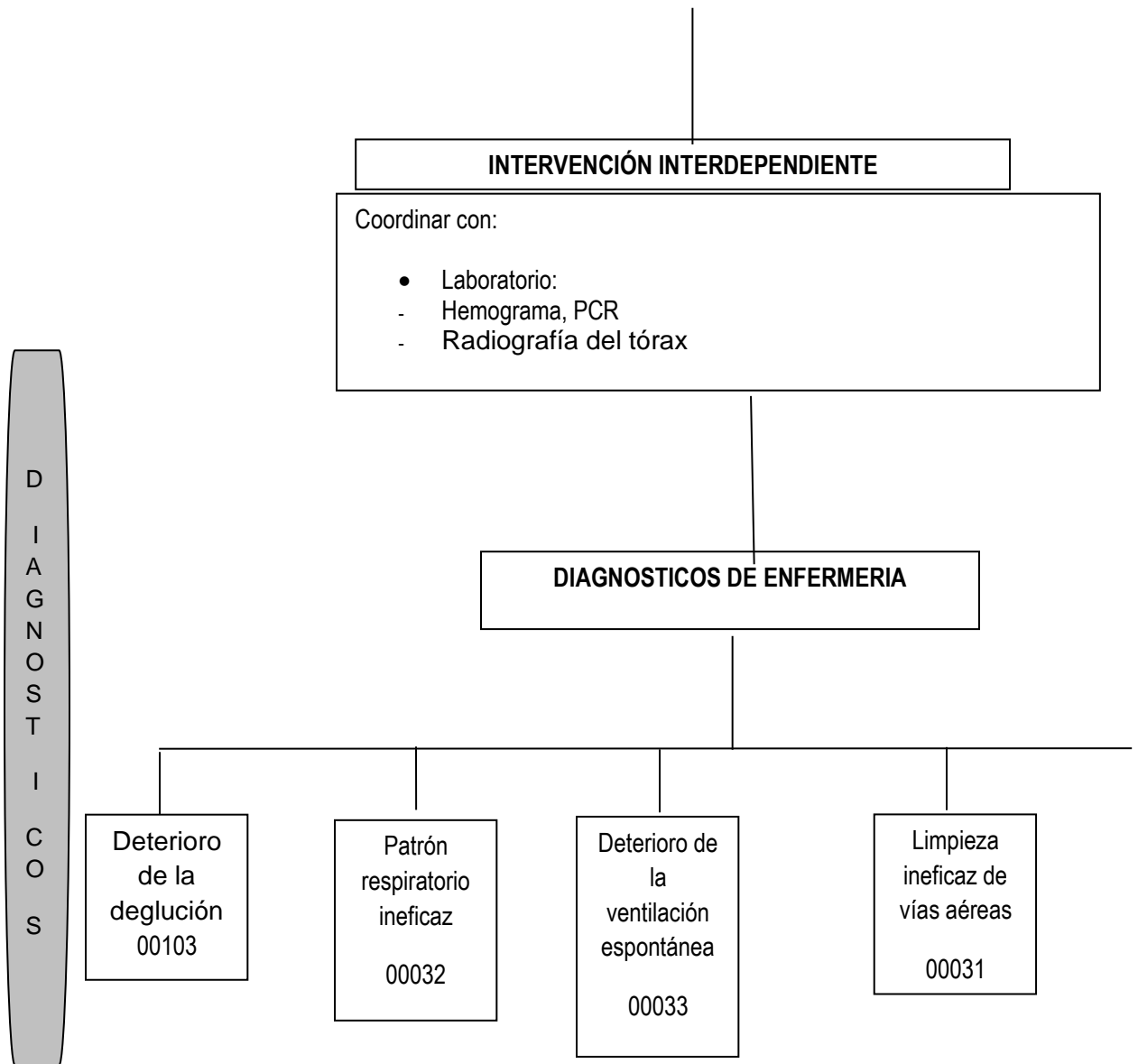
Clase 2 Desarrollo

Peso 12 Kg, talla 73 cm.

Peso para la edad en déficit, talla para la edad en déficit

3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION:





3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

3.2.1. LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS: Pre escolar presento tos leve, agitación, sibilancia, tiraje leve, sensación de falta de aire

3.2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro musculo esquelética fatiga de los músculos respiratorios, hiperventilación

A la auscultación presencia de sibilantes en A.C.P	Deterioro músculo esquelético, fatiga de los músculos respiratorios	hiperventilacion	Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro musculo esqueleto, fatiga de los músculos respiratorios E/P hiperventilación
Uso de músculos accesorios (tiraje subcostal leve)	Retención de las secreciones, ,mucosidad excesiva, espasmo de las vías aéreas	Leve tiraje subcostal	Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de las secreciones, mucosidad excesiva, espasmo de las vías aéreas, E/P leve tiraje subcostal
Deglucion inadecuada	Trastornos respiratorios	Negacion a la alimentacion	Deterioro de la deglución r/c trastornos respiratorios E/P negación a la alimentación

PLANIFICACION

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

Para la realización del presente trabajo académico, se utilizó la taxonomías NANDA, NIC y NOC, los resultados que logramos fueron de gran satisfacción ya que se logró que la dificultad respiratoria disminuyera, la sibilancias también

disminuyeron, permeabilidad de la vía aérea, mantenimiento de la frecuencia respiratoria y se logró también mejorar su deglución para mejorar su alimentación y por ende mejorar su patrón nutricional.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro musculoesqueleto, fatiga de los músculos respiratorios hiperventilación	Estado respiratorio: ventilación	Monitorización respiratoria Administración de medicamentos Actividades - Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración y si se producen respiraciones ruidosas. *2 *4*13 - Anote el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. Observe si hay fatiga muscular diafragmática. Controle el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación,	Preescolar quedo hemodinamicamente estable con frecuencia respiratoria: 30 X' T:37 °C SO2:96 %

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
		- Canalice acceso venoso periférico en vía de grueso	

		<p>calibre con solución endovenosa prescrita stat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determine la necesidad de aspiración*13 y coordine reevaluación si fuese necesario. - Administre terapia según indicación médica: corticoides, nebulizador, inhaladores y otros*4 - Observe signos de alarma: taquipnea, polipnea, desaturación en forma continua. - Observe si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.*2 - Controle las lecturas del ventilador mecánico, anotando aumentos, disminuciones depresiones y variaciones según poder resolutivo institucional. - Realice el seguimiento de los exámenes radiológicos. - Registre las intervenciones realizadas. 	
--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
---------------------------	--------------	--------------------------------	------------

<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de las secreciones, mucosidad excesiva, espasmo de las vías aéreas, alergia en las vías aéreas, asma.</p>	<p>Permeabilidad de las vías aéreas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiración de las vías aéreas - Fisioterapia respiratoria - Manejo de las vías aéreas - Actividades - Administre tratamiento de terapia respiratoria (nebulización y/o inhalación), según prescripción medica - Realice fisioterapia respiratoria. - Realice la aspiración de secreciones según guía de procedimiento. - Observe el estado ventilatorio del paciente y estado hemodinámico, inmediatamente antes, durante y después de cada procedimiento: niveles de SaO2 y ritmo cardiaco. *13*4*2 - Detenga la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimentara bradicardia, aumento de ectopia ventricular y/o desaturación. - Anote las características y cantidad de secreciones obtenidas. - Registre las intervenciones realizadas. 	<p>Quedo lactante mayor con vía aérea permeable libre de secreciones</p>
---	---	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Deterioro de la ventilación espontánea R/C fatiga de los músculos respiratorios, factores metabólicos.</p>	<p>Estado respiratorio: ventilación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar ventilación espontánea. - Ayuda a la ventilación. - Actividades - Coloque al paciente de forma que alivie la disnea y que facilite la concordancia ventilación/perfusión. - Monitoree los efectos del cambio de posición en la oxigenación. - Observe si hay fatiga muscular respiratoria. - Inicie esfuerzos de resucitación según condición del paciente. - Observe otros signos de alarma y solicite reevaluación medica según condición del paciente. - Registre las intervenciones realizadas. 	<p>Lactante quedo con una ventilación espontanea , SO2 98%</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
. Deterioro de la deglución r/c trastornos respiratorios	Estado de deglución	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de líquidos - Terapia Intravenosa. - Valorar estado nutricional. - Riesgo de Aspiración. - Actividades - Monitorice signos vitales y peso diario, valorando evolución - Valore y vigile el estado de nutricional en forma continua. - Observe signos de atragantamiento. - No proporcionar alimentos cuando el paciente este presentando tos o quintas. - Observar signos de deshidratación. - Administre terapia intravenosa según prescripción y monitoree reposición de líquidos. - Efectivice Balance Hídrico estricto. - Registre las intervenciones realizadas 	Lactante quedo con deglución adecuada acorde a la patología que presenta

EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE:

S= Madre refiere que su niño sufre de asma desde que tenía 1 año 6 meses y que actualmente le ha dado su crisis asmática motivo por el cual lo lleva al hospital Santa Rosa porque presentaba falta de aire sensación de ahogo, bastante dificultad para respirar y el pecho le silbaba como si tuviera un pito dentro de él .

O= Se observa al lactante mayor de sexo masculino de 2 años 6 meses de vida que presenta y el pálida ventilando con bastante dificultad respiratoria, sensación de fatiga, hiperventilando, disnea, a la auscultación de ambos campos pulmonares sibilantes, tiraje leve y dificultad para deglutir los alimentos, decaído con poca flexión y extensión al caminar

A= Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro del musculo esquelético, fatiga de los músculos respiratorios, hiperventilación

P= Paciente mantendrá su patrón respiratorio estable durante su estancia hospitalaria

I= Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración y si se producen respiraciones ruidosas.*2 *4*13

- Anote el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. Observe si hay fatiga muscular diafragmática.
- Controle el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de kussmaul, respiraciones de

cheyne- Stokes, respiraciones apnéusticas, Biot y esquemas atáxicos

- Canalice acceso venoso periférico en vía de grueso calibre con solución endovenosa prescrita stat.
- Determine la necesidad de aspiración*13 y coordine reevaluación si fuese necesario.
- Administre terapia según indicación médica: corticoides, nebulizador, inhaladores y otros*4
- Observe signos de alarma: taquipnea, polipnea, desaturación en forma continua.
- Observe si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.*2
- Controle las lecturas del ventilador mecánico, anotando aumentos, disminuciones depresiones y variaciones según poder resolutivo institucional.
- Realice el seguimiento de los exámenes radiológicos.
- Registre las intervenciones realizadas.

E= Queda lactante mayor en reposo en cama hemódicamente estable con una FR:30X', T: 37° y SO2 :96%. Se le brinda apoyo emocional al niño a la madre por la crisis familiar, se logra se sienta más tranquila después de la enfermedad

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

I.RECOLECCION DE DATOS

- Para el presente informe se recolectaron datos de la situación actual del asma bronquial a nivel mundial, nacional y regional.
- -Se recurrió al sistema de informática y estadística de este nosocomio para verificar cuantos casos de asma se habían presentado
- -Se verifico en el libro de registros de ingresos y egresos las edades de los niños que son afectados con esta patología

II.EXPERIENCIA PROFESIONAL

- -Esta se inicia cuando realice mi SERUMS en el centro de salud materno infantil Santa Rosa, ahí trabaje en la estrategia sanitaria del niño, y adolescente; que abarca inmunizaciones y CRED
- Después de culminar el SERUMS me quede trabajando en esta estrategia como coordinadora por más de 6 años, pero realizaba guardias nocturnas en el servicio de Neo- Pediatría
- Luego continúe trabajando en el servicio de Neo Pediatría, como Enfermera asistencial en las áreas de :
- Atención inmediata del recién nacido, neonatología, hospitalización y Pediatría Hospitalización, continuando trabajando hasta la actualidad en este servicio, cabe recalcar que desde culmine el SERUMS hasta la fecha sigo trabajando con los pacientes pediátricos

III.PROCESO REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Como sabemos Enfermería es una profesión que se caracteriza por brindar cuidados al individuo sano y enfermo, pero este cuidado tiene que ser con calidad y calidez aplicando en todo momento el método científico , es decir que cada una de las actividades que realiza la enfermera tiene que realizarse con una base científica .

APORTES E INNOVACIONES TECNICAS ADMINISTRATIVAS

- -Se realizó un plan de cuidados de Enfermería a un paciente hospitalizado en el servicio de Pediatría, con diagnóstico de asma , desde su ingreso hasta el alta, entregándosele al servicio de Pediatría como modelo para estudios posteriores
- -Se presentó al servicio de Pediatría, específicamente a la coordinadora una guía de intervención de cuidados de Enfermería en paciente con asma, para hacer revisado por la unidad de capacitación
- Después de haber culminado la especialidad, se le sugiere a la coordinadora del servicio de Neo- Pediatría algunas innovaciones aprendidas en el Hospital de Emergencias Pediátricas de Lima, para que sirvan de modelo y se apliquen en el servicio

LIMITACIONES

No se presentó ninguna limitación, la información es obtenida de la unidad de estadística e informática

CONCLUSIONES

- Que al realizar los cuidados de Enfermería en forma oportuna, conjuntamente con el equipo multidisciplinario a un paciente con asma, este logra salir rápidamente del cuadro crítico
- El estado respiratorio y la ventilación del niño mejoro según lo planteado en el NOC
- Que, al realizar una adecuada valoración, que comprenda todos los parámetros establecidos en ella, se podrán realizar, los diagnósticos de enfermería, priorizando las principales necesidades
- Se realizaron las actividades programadas a un paciente y se ejecutaron las intervenciones aplicando el conocimiento científico, se pudo lograr que el niño salió del estado crítico de salud que tenia
- Que al realizar este plan de cuidado de enfermería a este paciente con DX de asma bronquial, me siento muy satisfecha ya que con las intervenciones oportunos de enfermería y haciendo una orientación, seguimiento a la madre, pudo entender que los cuidados específicos de promoción son muy importantes, ya que es más fácil prevenir la enfermedad que curarla.

V. RECOMENDACIONES

- Que las enfermeras continúen realizando el proceso de atención de enfermería ya que en este se plasma, la valoración, diagnósticos de enfermería, la planificación, ejecución y evaluación obteniendo buenos resultados, como la mejoría del paciente, porque ella esta las 24 horas del día, ya que el trabajo es continuo y en ningún momento se deja de atender al paciente.
- Los enfermeros deben enfatizar más en la parte promoción, preventiva, como charlas educativas, talleres de estilo de vida saludable, lonchera saludable entre otros, para evitar que los niños contraigan enfermedades como el asma bronquial entre afecciones respiratorias
- Que los estudiantes de las universidades y gestores de los hospitales realicen investigaciones referentes a este tema y teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se tomen medidas preventivas con la finalidad de evitar que estas patologías aumenten día a día.

REFERENCIAS

1. Kupczyk M, Haahtela T, Cruz A, Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma Plans. *Allergy* 2013; 67:726–731.
 From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma, Updated 2016.GINA report; 2016.
2. Carvajal L, García R, Busquets M, Morales M, García N, Batlles J. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol.* 2011; 41: 659-666.
3. Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y Oficina General de epidemiología (OGE). Análisis de la situación del Perú 2005, Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú. 2013: 100-102.
4. Van der Mark L, van Wonderen K, Mohrs J, van Aalderen E, ter Riet G, Bindels P. “Predecir el asma en niños preescolares de alto riesgo que se presentan en atención primaria: Desarrollo de una puntuación clínica de pronóstico del asma”. *Revista respiratoria de atención primaria* . Marzo;2014
5. MEDISAN vol.18 no.11 Santiago de Cuba nov.-nov. 2014
6. Krause E, Grob K, Barría M. Asociación del índice predictivo de asma y presencia de la enfermedad en niños de la comuna de Valdivia. *Rev Chil Enf Respir* 2015; 31: 8-16.
7. Albuquerque L, Ferriani V, Camara A. Role of the asthma predictive index (API) in assessing the development of asthma among Brazilian children. *World Allergy Organization Journal.* 2015; 8(1):61.
8. Jhony de la Cruz Vargas 2015 realizo un estudio: Factores predictores del asma infantil en el hospital Essalud III Vitarte.

9. Goycochea Valdivia Walter Alfredo; Hidalgo Tunque Carlos Martin; Hernández Díaz Herminio. Asociación entre infección viral del tracto respiratorio bajo en los dos primeros años de vida y el desarrollo de sibilancias recurrentes en niños de 3 a 8 años. Rev Med Hered. 2016, vol.27, n.3, pp. 139-145
10. British guideline on the management of asthma.2016. British Thoracic Society Scottish Intercollegiate Guidelines Network.2016.
11. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2016 update) GINA. 2016 (Recuperado el 25 de Junio de 2016).
12. Natural history of allergic diseases in children Aberg N, Engstrom I.. Acta Paediatr Scand 1990;79(2):206-11. 2016 (Recuperado el 25 de Febrero de 2017).
13. Medicins San Frontiers.Guia clínica y terapéutica.2016. (Recuperado el 25 de Enero de 2017).
14. M. Ibero. Diagnóstico del asma en el niño menor de 3 años. Signos guía y criterios de derivación. An Pediatr Contin. 2011 ;9:141-4 - Vol. 9 Núm.3. (Recuperado el 25 de Enero de 2017).
15. Global Initiative for Asthma. Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma GINA.2016. (Recuperado el 10 de Enero de 2017).
16. Secretaría de Salud. Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios. Dirección General de Evaluación

del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2013.4143. .
(Recuperado el 10 de Enero de 2017).

17. http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_4.htm. LOZANO LEÓN Juan Manuel, PAIPILLA MONROY Sandra Helena y GALINDO VERGARA Marcela. Enfermedad Diarreica Aguda. Guías de Pediatría Práctica Basadas en la Evidencia. Editorial Médica Panamericana.
18. Orem, D.E (1993) Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica Barcelona: Masson- Salvat Enfermería
19. Henderson, V.A (1966) an Overview of Nursing Research Nursing Research October, Pag 10,11,16
20. Niquin Carranza, E., & Paredes Haro, D. B. (2017). ¿Factores culturales, ambientales y Magnitud de las infecciones respiratorias agudas en Pre-escolares en Curgos, Huamachuco Perú. [dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8832/1764.pdf? sequence=1](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8832/1764.pdf?sequence=1).
21. Wilfredo Mendoza Sánchez (2016). Utilidad del índice predictivo de asma en el diagnóstico de sibilancias recurrentes en niños de 3 a 10 años de edad atendidos en Pediatría-Emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca

VIII ANEXOS



Fig1. Realizando la intervención de nebulización al niño con asma



Fig2. Continuando la nebulización



Fig3. Brindando comodidad y confort después de la nebulización



Fig4. Verificando que el procedimiento sea efectivo para lograr el objetivo planteado



Fig5. Realizando el correcto lavado de manos para iniciar las intervenciones de enfermería al niño con asma