

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



**“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE CRISIS
ASMÁTICA EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CHANCAY. 2020”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN EMERGENCIA Y DESASTRES**

LIC. ENF. GALARZA PALPA DIANA CAROLINA

Callao, 2021

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTA
- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ GÓMEZ SECRETARIA
- Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 7

Nº de Folio: 103

Nº de Acta: 22-2021

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

Callao, 10 de junio de 2021

Resolución de Sustentación:

Nº 083-2021-D/FCS.- Callao; 04 de junio 2021

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar siempre conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, a mis padres y a mi esposo que nunca perdieron la fe en mí y a mi hijo por su paciencia y comprensión durante esta etapa.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por fortalecer mi corazón e iluminar mi vida,

A mis amados padres por guiarme, y darme su apoyo incondicional
en todo momento, con sus consejos y enseñanzas,

A mi esposo por darme el impulso para llegar a la culminación de
esta etapa y seguir desarrollándome como profesional,

A mi estimada asesora de trabajo académico Dra. Mercedes Lulilea
Ferrer Mejía por su experiencia y correcciones para levantar mis
observaciones en la formulación del trabajo académico,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I	
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes del estudio	12
2.1.1. Antecedentes internacionales	12
2.1.2. Antecedentes nacionales	15
2.2 Base teórica	20
2.2.1 Modelo de cuidados “Virginia Henderson”	20
A. Ámbito de aplicación	20
A.1 Comunitario	20
A.2 Hospitalario	20
B. Metaparadigmas	20
B.1 Persona	20
B.2 Cuidado	21
B.3 Entorno	21
B.4 Salud	21
2.3 Base conceptual	22
2.3.1 Asma bronquial	22
A. Definición	22
B. Etiología	23
C. Factores de Riesgo	24
D. Signos y Síntomas	25
E. Diagnostico	25
E.1 Exploración física	25
E.2 Pruebas	26
E.3 Pruebas adicionales	26

F.	Clasificación	27
G.	Tratamiento	28
G.1	Los medicamentos para el control del asma a largo plazo	29
G.2	Los medicamentos de alivio rápido (de rescate)	29
G.3	Los medicamentos contra la alergia	31
H.	Complicaciones	31
2.3.2	Cuidados de enfermería en asma bronquial	32

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

		35
3.1	Valoración	35
3.1.1	Datos de filiación	35
3.1.2	Motivo de consulta	36
3.1.3	Enfermedad actual	36
3.1.4	Antecedentes	36
3.1.5	Examen físico	38
3.1.6	Exámenes auxiliares	41
3.1.7	Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases	43
3.1.8	Esquema de valoración	45
3.2	Diagnóstico de enfermería	46
3.2.1	Lista de hallazgos significativos	46
3.2.2	Diagnostico de enfermería según datos significativos	46
3.2.3	Esquema de diagnóstico de enfermería	47
3.3	Planificación	48
3.3.1.	Esquema de planificación	48
3.4	Ejecución y evaluación	52
3.4.1	Registro de enfermería	52

CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad no trasmisible de carácter crónico que afecta al sistema respiratorio, causada por el contacto con algún neuroalergeno que provoca inflamación y obstrucción de las vías aéreas. Los síntomas más característicos son la dificultad para respirar, tos y ansiedad. (1)

Durante una crisis de asma, los músculos lisos de los bronquios se contraen y causando un estrechamiento (broncoconstricción). Los tejidos que recubren las vías respiratorias se edematizan debido a la inflamación y la producción de moco hacia el interior de las vías respiratorias. La capa superior del revestimiento de las vías respiratorias puede dañarse y depositar células, estrechando aún más la vía aérea. (2)

Se considera más de 339 millones de personas con asma en todo el mundo, Según la OMS, el asma causó en todo el mundo 417 918 fallecimientos. Es más habitual en niños, sin embargo, el mayor porcentaje de los fallecidos por esta enfermedad son adultos mayores. (3)

En el Perú las cifras de pacientes con asma son altas, siendo los niños los principales afectados. Pese a que el 95% de los casos se presentan antes de los 30 años, es posible superar la enfermedad con una terapia controlada de la inflamación de la vía aérea; se estima que el 20% de los niños menores de 8 años tiene un cuadro compatible o un diagnóstico de la enfermedad, muchos de ellos mejoran. “La primera oleada de mejora se da a los 8 años y la segunda, a los 15 años. En los adultos se observa 5% de frecuencia y el género femenino es el más prevalente”. Así mismo se requiere de eventos ambientales para que los factores genéticos se expresen, en medida con la contaminación domiciliaria; la presencia de alérgenos animales. (4)

El presente trabajo de académico titulado “CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE CRISIS ASMÁTICA EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CHANCAY - 2020”,

tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con crisis asmática. Esta investigación se realiza porque cada día los profesionales de enfermería afrontan cotidianamente la recurrencia de pacientes con crisis asmáticas, muchos de ellos llegan hasta sin conciencia, por la dificultad respiratoria, ataques periódicos de disnea y sibilancias incluso personas con problemas respiratorios que desencadenan en un proceso asmático, Es por ello que los profesionales de la salud emergencistas debe estar preparado/capacitado ante las diferentes situaciones que se presente, ante la presencia de un paciente con crisis asmática el manejo debe ser rápido y continuo porque se ve comprometida la vía aérea, uno debe enfocar todos sus cuidados para la recuperación oportuna y la disminución de complicaciones, que pueden agravarse si estas no se cumplierse con la prontitud oxigenatoria y con un tratamiento seguro, produciendo mejoría en la función pulmonar en las primeras horas.

Se realiza como parte de la experiencia profesional como enfermera, con más de tres años de experiencia del Servicio de Emergencia y UCI, adultos del Hospital de Chancay y S.B.S, el cual cubre una alta demanda de salud a nivel regional a través de la Dirección Regional de Salud – Lima Provincia, la atención inicia desde que el paciente ingresa en compañía de su familiar, en busca de una atención oportuna, es ahí donde que el equipo multidisciplinario de salud ponemos en práctica nuestros conocimientos, habilidades y destrezas buscando la pronta recuperación de nuestro paciente.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de cuidado para establecer los cuidados óptimos y necesarios para conseguir una pronta intervenciones, atención y recuperación de la salud reduciendo al mínimo las posibles complicaciones; fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal.

El trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Hoy en día la crisis asmática, es un dilema de salud pública, es causal de morbi - mortalidad y elevados costos en salud. El asma es una enfermedad no trasmisible de carácter crónico que afecta al sistema respiratorio, causada por el contacto con algún neuroalergeno que provoca inflamación y obstrucción de las vías aéreas. Los síntomas más característicos son la dificultad para respirar, tos y ansiedad. (1)

Si se tratase de una crisis grave, la persona tendrá que hacer grandes esfuerzos para respirar incluso estando sentada y quieta. Es posible que no pueda decir más que unas pocas palabras seguidas y tendrá que hacer frecuentes pausas para respirar (5)

Durante los ataques de asma el revestimiento de los bronquios se hincha, con lo que disminuye su diámetro interno y se reduce el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Se considera más de 339 millones de personas con asma en todo el mundo, Según la OMS, el asma causó en todo el mundo 417 918 fallecimientos. Es más habitual en niños, sin embargo, el mayor porcentaje de los fallecidos por esta enfermedad son adultos mayores, no solo se presenta en los países de ingresos altos; sino en todos los países libremente de su nivel de desarrollo. En su gran totalidad las muertes por asma se originan en los países de ingresos bajos y medianos bajos. (3)

Se considera que asma alérgica, es el tipo más común, afectando al 60% de las personas con asma en Estados Unidos. Se considera que, de cada 10 personas con asma alérgica, 8 también tendrán otra afección alérgica, como el eccema, rinitis alérgica o alergia a los alimentos. El asma no alérgica; es menos común con un total de 10% a 33% de todos los casos de asma. (6)

La tasa de prevalencia mundial del asma es de 24%, en Reino Unidos 28%, Canadá 25%, Australia 22%, Alemania 20%, Francia 19% Italia 18%

y España 15%; según región urbana mundial 45% y al 2025 un 60%; en Latinoamérica 17%, Argentina 30%, Chile 28%, Bolivia 26%, Perú 25%; Colombia 24%, Venezuela 20%, Ecuador 15% y Brasil 10%; siendo prioridad mundial su manejo oportuno por los enfermeros especialistas en el área, este problema respiratorio se desencadena principalmente por la contaminación del aire, el humo de cigarrillos y exposición ocupacional a alérgenos, que son los desencadenantes de la crisis mortal por no llevar un tratamiento adecuado 55%, provocándole 72% de limitaciones de su calidad de vida física y laboral. (7)

En general los pacientes diagnosticados con Asma Bronquial tienen riesgo de sufrir una “crisis de asma aguda” en el curso de su vida, que puede eventualmente llegar a ser fatal. La atención a nivel de los servicios de emergencia/cuidado crítico constituyen un aspecto fundamental en la asistencia del asmático, siendo por lo tanto de particular importancia establecer planes de prevención, educación y racionalización terapéutica a nivel de la asistencia primaria que estabilicen la enfermedad y disminuyan las agudizaciones. La severidad de las exacerbaciones puede variar entre una crisis leve hasta un asma moderado, grave es potencialmente-fatal, estando la mortalidad fundamentalmente vinculada a una inadecuada valoración de la severidad del paciente (8)

La prevalencia está en aumento en países de altos ingresos, la mayor parte de la mortalidad relacionada con el asma ocurre en los países de ingresos bajos y medianos; a pesar de los avances en el tratamiento del asma en las últimas décadas, aún se pueden lograr avances en términos de mejorar la educación del paciente, emplear nuevos enfoques de diagnóstico e implementar un manejo de casos personalizado. (9)

En el Perú las cifras de pacientes con asma son altas, afecta al 25% de la población peruana. Las ciudades con mayor incidencia a nivel nacional de esta enfermedad son: Piura, Chimbote, Chiclayo, Ica y Lima, siendo los niños los principales afectados. Pese a que el 95% de los casos se presentan antes de los 30 años, es posible superar la enfermedad con

una terapia controlada de la inflamación de la vía aérea; se estima que el 20% de los niños menores de 8 años tiene un cuadro compatible o un diagnóstico de la enfermedad, muchos de ellos mejoran. “La primera oleada de mejora se da a los 8 años y la segunda, a los 15 años. En los adultos se observa 5% de frecuencia y el género femenino es el más prevalente”. La razón por la que el Perú es el país con mayor incidencia de asma a nivel latinoamericano coincide con que Lima es la segunda ciudad con mayor contaminación atmosférica de Latinoamérica: casi seis veces superior a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud. Se agrava en nuestro país debido a sus altos niveles de humedad, principalmente entre los meses de mayo y agosto, los más fríos de la región. Así mismo se requiere de eventos ambientales para que los factores genéticos se expresen, en medida con la contaminación domiciliar; la presencia de alérgenos animales, el exceso de papeles y el almacenamiento en las habitaciones con poca ventilación y demasiada humedad crean las condiciones propicias para el desarrollo de moho ambiental y la presencia de ácaros, incluyendo la obesidad, incrementan su frecuencia y agrava la severidad del asmático. (4)

El tratamiento farmacológico no es la única forma de controlar el asma. Siempre es importante que se evadan sus desencadenantes (estímulos que irritan e inflaman las vías respiratorias), cada paciente asmático debe aprender qué evitar esos estímulos y de esta manera se estaría reduciendo la discapacidad y la mortalidad prematura relacionadas con el asma. (3)

En el Servicio de Emergencia del Hospital de Chancay, es una institución categorizada como nivel II -2 de atención, según R.D. N° 463 06- DG-DESI-DSS – DIRESA L- 2010, ubicado en la calle mariscal sucre s/n. el distrito de chancay provincia de Huaral, tiene el clima árido con una temperatura cálida durante el día y por la noche fría con una humedad variable entre los 59 % a 70%, siendo esta variabilidad climática los

desencadenantes de problemas respiratorios en la población y así como también agravando las crisis asmáticas.

De acuerdo con las estadísticas, en el registro de atenciones de pacientes que ingresan al servicio de Emergencia del Hospital de Chancay, de las diez primeras causas de enfermedad, se considera el asma bronquial en el periodo 2019 es de 1016 y en el periodo 2020 es de 293. (ver anexo: Tabla N°01)

Registro de pacientes atendidos en el servicio de emergencia, adulto y adulto mayor con las variables año- sexo, en el 2019 fueron el 53.6 femeninas % y el 46.4 masculinos; en el año 2020 fueron el 53.2 % femeninas y el 46.8% masculinos. (ver anexo: Tabla N°02)

Registro de pacientes atendidos en el servicio de emergencia; adulto y adulto mayor con las variables edad- sexo, entre las edades de 18 a 59 años el 34.1% son del género masculino y el 65.9% femenino; entre los 60 años a más es el 40.2% masculino y el 59.8% femenino en el periodo 2019 y en el periodo 2020 entre las edades de 18 a 59 años el 40% son del género masculino y el 60% femenino; entre los 60 años a más es el 35% masculino y el 65% femeninas. (Fuente Hospital de Chancay) (ver anexo: Tabla N°03)

El presente trabajo académico se realiza porque cada día los profesionales de enfermería afrontan cotidianamente la recurrencia de pacientes con crisis asmáticas, muchos de ellos llegan hasta sin conciencia, por la dificultad respiratoria, ataques periódicos de disnea y sibilancias incluso personas con problemas respiratorios que desencadenan en un proceso asmático, en su regularidad muchos de estos pacientes recurren a la emergencia en varias oportunidades durante el día o la semana, es por ello que los profesionales de la salud emergencistas debe estar preparado/capacitado ante las diferentes situaciones que se presente ante esta situación, es por ello que ante la presencia de un paciente con crisis asmática el manejo debe ser rápido y continuo porque se ve comprometida la vía aérea, uno debe enfocar todos

sus cuidados para la recuperación oportuna y la disminución de complicaciones , que pueden agravarse si estas no se cumplierse con la prontitud oxigenatoria y con un tratamiento seguro, puede ser de forma endovenosa o utilizando nebulización combinada con broncodilatadores produciendo mejoría en la función pulmonar en las primeras horas, de esta manera también hacemos hincapié en brindar enseñanza para la conservación de la salud, con el único fin de prevenir la crisis asma, concientizar al paciente a fomentar los cambios que permitan evitar los factores de riesgo; si bien es cierto el asma no mata al mismo grado que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras enfermedades crónicas, puede llegar a ser mortal si no se actúa a tiempo, utilizando los medicamentos adecuados o no se cumple el tratamiento prescrito. Es por ello que nos enfocamos en elaborar una guía de atención de asma bronquial para establecer los cuidados óptimos y necesarios para conseguir una pronta atención y recuperación de la salud reduciendo al mínimo las complicaciones posibles y que el paciente se sienta satisfecho con la atención brindada a su vez impactando en la rapidez de la atención al familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- **ESCALANTE, E. (2020)** En su investigación “Oxigenoterapia en el tratamiento paleativo del asma bronquial en el adulto mayor atendido en el Centro Gerontológico del Cantón Babahoyo Provincia Los Ríos en el periodo octubre 2019 - marzo 2020 – Ecuador” planteo como objetivo general, determinar la utilidad de la oxigenoterapia como tratamiento paleativo del asma bronquial en el adulto mayor, para lo cual nos basaremos en los objetivos específicos los cuales nos ayudaran a determinar la utilidad de dicho tratamiento en esta enfermedad. el asma bronquial en el adulto ha sido una de las primeras causas mortalidad con una prevalencia del 3-5% con variaciones que pueden oscilar entre el 2-12%. Asumiendo que la mayoría de estos pacientes han presentado esta enfermedad desde su niñez hasta la tercera edad siendo las principales causas del asma bronquial los factores alergenicos, ambientales y sobre todo el estilo de vida que han llevado la mayoría de estos pacientes. La oxigenoterapia no es el tratamiento principal en esta patología, pero sin embargo este tratamiento ayudara a los adultos mayores a mejorar su calidad de vida y a controlar las crisis asmáticas y las posibles complicaciones que puedan presentarse. Mediante el acceso a la historia clínica de los pacientes se encontró un resultado de 25 adultos mayores con asma bronquial los cuales presentaban sintomatologías como disnea,

sibilancias y roncus lo cual confirmaron que tenían dicha patología. Se logró comprobar que el tratamiento con oxigenoterapia a los adultos mayores ayudo a mejorar sus síntomas y sus crisis asmáticas lo cual a su vez a les proporciono una mejor calidad de vida. (10).

- **ORTIZ, A.; NEIRA, M. (2019)** Realizaron una investigación en “Factores que influyen en el deficiente control de la intercrisis en pacientes adultos con asma” teniendo como objetivo General, determinar los factores que influyen en el deficiente control de la intercrisis en pacientes adultos con asma. Con una investigación documental se realizó para dar a conocer la problemática observada en el deficiente control del manejo de los pacientes asmáticos en el continente, el país y la región, particularmente en las intercrisis del paciente con diagnóstico de asma. Considerando la intervención de múltiples factores, los cuales influyen y otras son determinantes en el deficiente control de esta condición, devenida del mal manejo de los medicamentos propuestas para su control, existiendo otro factores como la edad, el género y nivel de educación al momento de tratar con esta patología, Para ello se utilizó el ACT(Test de Control de Asma), en el cual evaluarán mediante la respuesta del paciente la manera en cómo controlar su asma y en qué nivel se encuentra, mediante la puntuación y clasificación del paciente. concluyendo que la mayoría de los factores que intervienen en el mal manejo de la intercrisis asmática puede ser evitado por lo que es importante que el personal de salud se capacite y mejore su trabajo para con los pacientes respecto al uso de la terapéutica para esta fase. Es necesario implementar

programas que permitan disminuir el número de consultas en los servicios de emergencia por causa de estos procesos, brindándole al paciente la satisfacción para ejercer un buen control de la enfermedad en la fase de intercrisis, aplicándose tratamiento farmacológico. (11).

- **HERRERA JC, ARELLANO EL, PAULIN P. ET AL (2017).** En su estudio “Crisis asmática grave asociada con infección viral en el Hospital Universitario de Puebla - Mexico.” Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de crisis asmáticas de acuerdo con el espectro viral y su asociación con características clínicas y mecánica respiratoria. Se trata de una investigación clínica, prospectiva y observacional en el que se incluyeron pacientes con crisis asmática grave del 1 de diciembre de 2010 al 31 de diciembre de 2011. Se excluyeron los pacientes con sospecha de infección bacteriana. Se aplicó cuestionario de síntomas, se determinó panel viral por hisopado nasal, espirometría y estudios de laboratorio. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Obteniendo de los 100 pacientes, el 47% de los pacientes tenía rinitis alérgica. Se aisló virus en 36% (rinovirus 15% y coronavirus 6%). Al comparar la causa viral vs no viral, se observó que los pacientes eran menores en el primer grupo (36 ± 13 vs 43 ± 17 años, $p=0.014$); no hubo diferencia entre grado de obstrucción y síntomas. Concluyendo que las crisis asmáticas asociadas con virus respiratorios tienen comportamiento clínico similar al de las no asociadas. A mayor severidad del asma hubo más aislamientos de virus. (12).
- **LOPEZ O, CRUZ A, GALLO J. (2015)** presenta su estudio en “Ventosa y digitopuntura en exacerbación de

asma bronquial. Cuidados intermedios Hospital Universitario “Amalia Simoni”. Camagüey – 2015” Cuba. Alcanzando el objetivo de valorar la eficacia de la aplicación de la ventosa y digito puntura en la exacerbación aguda del asma bronquial en el paciente del servicio de cuidados intermedios. efectuó un estudio descriptivo-transversal en el Hospital Clínico Quirúrgicos Docente Provincial “Amalia Simoni” de Camagüey, Cuba de Enero – marzo 2015. Compuesto por 52 pacientes tratados en el propio servicio, lo que a su vez constituyó la muestra objeto de estudio utilizándose el consentimiento informado como principio bioético para la aplicación de los procedimientos. La fuente donde se obtuvieron los datos primarios fue mediante entrevistas recogidas en un formulario, lo que permitió conocer que el grupo de 50 a 59 años con 30 pacientes (57.7%), fue el de mayor prevalencia. Así como el sexo femenino con 38 (73%). Al evaluar las respuestas del tratamiento 32 obtuvieron buena evolución (61.5%) y el grado de satisfacción que prevaleció fue de muy satisfecho, con 47 pacientes que representa el 90.3% demostrándose la efectividad de esta terapéutica alternativa. (13)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

- **HUAMANI, D. (2020)** El presente estudio “Cuidados de enfermería en pacientes adultos con exacerbaciones de asma que ingresan al servicio de emergencia en un hospital nacional – 2020” presenta como objetivo determinar los cuidados de enfermería en pacientes adultos con exacerbaciones de asma que ingresan al servicio de emergencia en un hospital nacional – 2020. Se

trato de un estudio de enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal y de diseño observacional. La población de estudio estará conformada por 150 profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia. Se manejará el muestreo probabilístico aleatorio simple con 108 profesionales de enfermería, Para la recolección de datos la técnica que se utilizó fue la observación y como instrumento de medición una Guía de Observación. El método de análisis estadístico se hará codificando la información obtenida en el trabajo de campo, a través del Programa Microsoft Excel 2019 y el Programa Estadístico SPSS versión 25.0, para reportar los hallazgos en tablas y figuras. (14).

- **RIOS M., RENTERIA M. (2018)** En su investigación “eficacia de la ventilación mecánica con presión positiva no invasiva en pacientes con asma agudo que acuden al servicio de emergencia – 2018 – Perú” Tuvo como objetivo; Analizar las evidencias sobre la eficacia de la ventilación mecánica con presión positiva no invasiva en pacientes con asma agudo que acuden al servicio de emergencia. Esta investigación fue cuantitativa y el diseño una revisión sistemática. La población estuvo constituido por 23 artículos y la muestra por 10 estudios, el instrumento fue la búsqueda en base de datos de Dialnet, Pubmet Heald, Pubmet, Scielo, SciencieDirect; Epistemonikos, Manejando el método GRADE, el cual valoro la cantidad de evidencia y la fuerza de recomendaciones, obteniendo, la iniciación temprana de la ventilación mecánica con presión positiva no invasiva, puede ser segura, bien tolerada, y efectiva en el tratamiento con estado asmático, una mayor presión de inflado sobre NPPV condujo a una mejoría clínica en

pacientes con ataques de asma agudos de gravedad leve a moderada. Concluyendo de los 10 artículos científicos analizados para el presente estudio, seis de ellos indicaron que si tiene eficacia hacia la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en pacientes con asma que acuden al servicio de emergencia. A diferencia de los cuatro estudios que indicaron que no tiene eficacia la ventilación mecánica no invasiva en pacientes con asma que acuden al servicio de emergencia. (15).

- **RIOJA, I. (2018)** En su investigación “Factores de riesgo y su influencia en la crisis asmática en los pacientes del servicio de medicina del Hospital II ESSALUD- Tarapoto, febrero - junio 2018” asumió como objetivo Determinar la influencia de los factores de riesgo relacionados a la crisis asmática en los pacientes del Servicio de Medicina del Hospital II EsSalud - Tarapoto, Febrero – Junio 2018., formado por un estudio no experimental, cuantitativa, descriptiva correlacional. La muestra estuvo constituida por 63 pacientes del servicio de medicina, así mismo se utilizó como instrumento una encuesta, que permitió la recolección de datos. Obteniendo que los pacientes con crisis asmática presentaron como factores de riesgo sociocultural, edad mayor a 50 años (57,1%), sexo masculino (54,0%), grado de instrucción superior (73,0%), estado civil casado (a) (46,0%), religión católica (90,5%), procedencia urbana (84,1%), ocupación otros (28,6%) y nivel socio-económico entre 903.00 – 1,000.00 soles (57,1%). En la dimensión Genética el 76.2% presentan antecedentes familiares. En la dimensión ambiental, el 69,8% presenta IRA; el 61,4% presenta presencia de alérgenos en el ambiente del hogar; además el 60,3% tiene

hábitos de fumar o están en contacto con el humo de cigarro y limpieza del hogar 55.6%. Según tipos de crisis asmática, el 31,7% se ubica en la clase moderada y persistente, respectivamente, el 20,6% en severa y el 15,9% en intermitente. Concluyendo, que el factor de riesgo edad mayor de 50 años y el hábito de fumar influye significativamente en la presencia de alguna clase de crisis asmática 95% ($p=0,015$), es decir, son dependientes ($p < 0,05$). (16).

- **MENDIVIL A, PEREZ R, (2017)**, en su estudio “Eficacia de las nebulizaciones con β _agonistas en forma continua en pacientes con crisis asmática Aguda – Lima” asumió como objetivo sistematizar y analizar la eficacia de las nebulizaciones con β _agonistas en forma continua en pacientes con crisis asmática aguda, con una exploración de revisión Sistemática observacional y retrospectivo, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, manejando el método GRADE para identificar su grado de evidencia. Obteniendo de la selección, se eligieron 10 artículos, revisiones sistemáticas, cuasi – experimentales y estudios de caso y control, y del total de 10 artículos revisados, el 40% de estos, muestran que la eficacia de realizar nebulizaciones con β _agonistas en forma continua en pacientes con crisis asmática aguda es positiva, en especial en los casos para el tratamiento de asma moderado-severo, ayuda con respecto a menor costo de administración y menor tiempo de estancia en la emergencia mientras que el 60% de los estudios analizados nos refiere que no existe relevancia significativa. Se concreta que no existe relevancia significativa en la

efectividad de las nebulizaciones con β _agonistas en forma continua, ya que el 60 % de estudios analizados apoya la equivalencia del resultado de la nebulización continua e intermitente en el tratamiento del asma aguda. (17).

- **MANTARI C, MANTARI B. (2017).** En su investigación “conocimientos sobre asma bronquial en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del hospital II René Toche groppo essalud, septiembre – diciembre chincha 2017”. Tiene como objetivo principal: Identificar los conocimientos sobre asma bronquial en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del hospital II René Toche Groppo, Chincha, se presenta el estudio con diseño de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo y no experimental. La población estuvo formada por los pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del hospital II René Toche Groppo EsSalud, durante los meses de octubre a diciembre del año 2017. Estando un total de 546 pacientes la muestra fue probabilística aleatoria simple Siendo esta de 226. La Técnica fue la observación y el instrumento la encuesta y cuestionario. Para resumir el 43% de los pacientes encuestados tiene edades comprendidas entre 20 – 30, se observa que la mayor parte de los participantes son varones y representan al 65%, en lo que respecta al estado civil la mayoría son convivientes 41%, y el grado académico alcanzado por los pacientes se tiene que un 39% culminó la secundaria, el 25% de los participantes tienen conocimientos altos, el 26% tienen muy poco conocimiento, finalmente se encontró que el 49% posee conocimientos medios sobre el asma. (18).

2.2 Base Teórica

2.2.1 Modelo de Cuidados “Virginia Henderson”

Los cuidados de enfermería se centran en, ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, y en su recuperación o asistirle en los últimos momentos de vida, actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y buscará la forma de ayudarlo a independizarse lo más rápidamente posible. (19).

A. Ámbito de aplicación

A.1 Comunitario

El entorno es el conjunto de factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y el desarrollo. A su vez fomentan estilos de vida y con conductas saludables.

A.2 Hospitalario

Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que La persona no puede realizar por sí misma. (20)

B. Metaparadigmas

El modelo de Henderson abarca los términos salud cuidado persona entorno desde una perspectiva holística.

B.1 Persona

Como un ser integral constituido por los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que

tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles.

B.2 Cuidado

Está encaminado a suplir los déficits de independencia de la persona para poder actuar de modo autónomo en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

B.3 Entorno

Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo en la persona. Envuelve relaciones con la propia familia, así mismo está sujeta a las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

B.4 Salud

Es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades. (21)

Necesidades Básicas: Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológico, socioculturales, y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona la satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.

3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. (20)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Asma Bronquial

A. DEFINICIÓN:

El asma es una enfermedad respiratoria, caracterizada por inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios) que se caracteriza por un aumento de la respuesta de la vía aérea frente a los estímulos desencadenantes que se evidencia por el estrechamiento, ocasionando hiperreactividad bronquial y dificultad respiratoria, si no se trata adecuadamente puede llevar a una obstrucción

permanente. Se asocia frecuentemente a estas patologías.
(22)

Durante una crisis de asma, los músculos lisos de los bronquios se contraen y causando un estrechamiento (broncoconstricción). Los tejidos que recubren las vías respiratorias se edematizan debido a la inflamación y la producción de moco hacia el interior de las vías respiratorias. La capa superior del revestimiento de las vías respiratorias puede dañarse y depositar células, estrechando aún más la vía aérea. Esto obliga a la persona a realizar un mayor esfuerzo para respirar. Este proceso es reversible, con un tratamiento apropiado y una atención oportuna, las contracciones musculares de las vías respiratorias se detienen, la inflamación desaparece y el flujo de aire mejora hacia dentro y hacia fuera de los pulmones recupera la normalidad. (2).

B. ETIOLOGIA

Las causas que provocan el asma bronquial son desconocidas, es posible que tenga su inicio en interacciones complejas entre muchos genes, condiciones ambientales y nutrición. Pueden ser de forma:

- **Extrínsecas:** Inicio en la infancia, las condiciones y circunstancias ambientales en torno al embarazo, el nacimiento y la primera infancia se han relacionado con el desarrollo del asma en la infancia y más tarde en la edad adulta. El riesgo parece aumentar si la madre de la persona afectada se quedó embarazada a una edad temprana o si estuvo mal nutrida durante el embarazo. El riesgo también puede ser mayor si el bebé nació

prematuramente, tuvo un peso bajo al nacer o no fue amamantado. (2)

con antecedentes familiares positivos para alergias y asociado con una hipersensibilidad tipo 1 y otras manifestaciones alérgicas (IgE)

- **Intrínsecas o idiopática:** Generalmente, inicia en mayores de 35 años y sin antecedentes personales ni familiares. Se inicia por estímulos no inmunológicos, sin elevar IgE, representados por microbios, hongos, tos, trastornos psíquicos, estrés, etc.
- **Mixtas:** Combinación con frecuencia de naturaleza bacteriana de factores intrínsecos y extrínsecos. (22)

C. FACTORES DE RIESGO

Se cree que varios factores aumentan las probabilidades de tener asma. Por ejemplo:

- Tener un pariente consanguíneo con asma, como padre o hermano
- Tener otra afección alérgica, como la dermatitis atópica, que provoca enrojecimiento y picazón de la piel, o la fiebre del heno, que causa goteo nasal, congestión y picazón en los ojos
- agentes alérgenos como el polen, lana, polvo, etc.
- Contaminación atmosférica
- Variaciones meteorológicas
- Sobrepeso
- Fumador
- Exposición como fumador pasivo
- Exposición al humo o a otros tipos de contaminación
- Exposición a desencadenantes en el ámbito laboral, como las sustancias químicas utilizadas en las

industrias de la agricultura, la peluquería y la fabricación (23)

D. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los 4 síntomas más característicos del asma son:

- Disnea
- Sibilancias (o "silbidos")
- Tos
- Opresión torácica
- Dificultad para caminar o hablar
- Cianosis de labios y uñas (crisis asmática severa)
- Confusión
- Fatiga
- Taquipnea
- Aumento del trabajo respiratorio

Es característico que los signos del asma ocurren de forma episódica y a cualquier hora del día, aunque es común que aparezcan predominantemente por la noche y durante las primeras horas de la mañana. Cesan posteriormente después de la crisis asmática, algunas veces lo hacen de forma espontánea y otras con la ayuda de la medicación. (24)

E. DIAGNOSTICO

E.1 Exploración física

El médico hará una exploración física para descartar otras posibles afecciones, como una infección respiratoria o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). También le interrogara sobre tus signos y síntomas además de los antecedentes familiares y historia clínica de otras enfermedades.

E.2 Pruebas

Realizar estudios de la función pulmonar para determinar la cantidad de aire que inhalas y exhalas. Estas son:

- **Espirometría.** Esta prueba ofrece estimaciones sobre el estrechamiento de los bronquios al verificar la cantidad de aire que puedes exhalar después de una inhalación profunda, así como la rapidez con la que puedes exhalar.
- **Flujo espiratorio máximo.** Dispositivo que calcula la fuerza con la que puedes exhalar. Los valores inferiores a los habituales son un signo de un posible mal funcionamiento de los pulmones y de que el asma podría estar empeorando.
- **Estudios de la función pulmonar,** generalmente, se realizan antes y después de tomar un medicamento llamado "broncodilatador", como salbutamol, para abrir las vías respiratorias. Si la función pulmonar mejora con el broncodilatador, es probable que tengas asma.

E.3 Pruebas adicionales

- **Pruebas por imágenes.** Una radiografía de tórax, identifica cualquier anomalía estructural o enfermedad (infección) que pueda causar o agravar los problemas respiratorios.
- **Pruebas de alergia.** Las pruebas de alergia pueden realizarse mediante un análisis de piel o de sangre. Te dicen si eres alérgico a las mascotas, al polvo, al moho o al polen. Si se identifican los desencadenantes de la alergia, el médico puede recomendar inyecciones para la alergia.

- **Eosinófilos en esputo.** Esta prueba busca la presencia de glóbulos blancos (eosinófilos) en la mezcla de saliva y moco (esputo) que se elimina durante la tos. Los eosinófilos están presentes cuando se desarrollan los síntomas y se hacen visibles cuando se tiñen con una tinción rosa.
- **Análisis de provocación.** para el asma inducida por el frío y los ejercicios. En estas pruebas, el médico mide la obstrucción de las vías respiratorias, y luego la persona debe realizar una actividad física intensa o inhalar aire frío varias veces. (25)

F. CLASIFICACION

La gravedad no es una característica del asma esencialmente constante, varía a lo largo del tiempo (meses o años), por lo que es necesario llevar un control periódicamente. (ver tabla N°04)

Desde el punto de vista de la gravedad, el asma del adulto se clasifica en 4 grados, de menor a mayor gravedad:

- Asma intermitente
- Asma persistente leve
- Asma persistente moderado
- Asma persistente grave

La clasificación se base en 6 aspectos:

- Frecuencia de síntomas diurnos.
- Uso de medicación de rescate.
- Frecuencia de síntomas nocturnos.
- Grado de limitación de las actividades habituales.
- Función pulmonar (espirometría)
- Frecuencia de exacerbaciones o crisis de asma (26)

Es importante recordar que la clasificación de la gravedad no predice la gravedad de la crisis que pueda sufrir una persona. Incluso una persona que sufre asma leve con largos períodos asintomáticos o síntomas leves y una funcionalidad pulmonar normal puede sufrir una crisis asmática grave y potencialmente mortal.

a. Estatus asmático

Es forma más grave del asma, se debe a un estrechamiento grave, intenso y prolongado de las vías respiratorias resistente al tratamiento, los pulmones ya no tienen la capacidad de proporcionar un nivel adecuado de oxígeno ni eliminar el dióxido de carbono de forma adecuada. Sin oxígeno, muchos órganos comienzan a funcionar de forma inadecuada. La retención de dióxido de carbono produce acidosis. La presión arterial se reduce considerablemente hasta niveles de riesgo. Las vías aéreas están tan contraídas que dificultan tanto la salida de aire de los pulmones como su entrada. En esos casos se asiste con una vía aérea artificial y de un ventilador mecánico para ayudar a la respiración. Se necesitan dosis más altas de lo normal de diversos fármacos.

(2)

G. TRATAMIENTO

La prevención y el control a largo plazo, es el mejor tratamiento en el manejo de la enfermedad aprendiendo a reconocer los factores que lo desencadenan y buscar la forma de evadirlos, para así detener los episodios de crisis asmática.

G.1 Los medicamentos para el control del asma a largo plazo

Son medicamentos que se toman a diario, Es el pilar primordial del manejo del asma, ayudan a mantener controlada de forma permanente y baja la posibilidad de que se manifieste un proceso de asma. Los medicamentos de control a largo plazo son:

- **Corticosteroides inhalados.** Estos medicamentos incluyen propionato de fluticasona, budesónida, ciclesonida, beclometasona, mometasona y furoato de fluticasona. Posee un riesgo bajo de efectos secundarios graves, estos medicamentos se administran de forma diaria para llegar a obtener su beneficio pico a diferencia de los corticosteroides orales.
- **Modificadores de leucotrienos.** Estos tipos de medicamentos orales, como montelukast, zafirlukast y zileutón , ayudan a aliviar los síntomas del asma.
- **Inhaladores combinados.** Estos medicamentos, como la fluticasona-salmeterol, la budesonida-formoterol, el formoterol-mometasona y la fluticasona furoato-vilanterol, contienen una agonista beta de acción prolongada junto con un corticosteroide.
- **Teofilina.** Es una píldora diaria que ayuda a mantener abiertas las vías respiratorias relajando los músculos que las rodean. No se usa tan a menudo como otros medicamentos para el asma y requiere análisis de sangre regulares.

G.2 Los medicamentos de alivio rápido (de rescate)

Se utilizan para aliviar rápidamente y a corto plazo, la dificultad respiratoria producto del asma, así como

también antes de realizar actividades físicas. Los tipos de medicamentos de aliviar rápido son:

- **Agonistas beta de acción rápida.** Estos broncodilatadores inhalatorios de alivio rápido funcionan rápidamente en solo minutos en aliviar los síntomas de la crisis de asma. incluyen Albuterol y levabuterol, estos medicamentos pueden llevarse con facilidad; es inhalador portátil y se utilizan a través de una mascarilla o una boquilla.
- **Agentes anticolinérgicos.** El ipratropio y el tiotropio actúan de forma rápida relajando las vías respiratorias, facilitando la respiración. Se utilizan con frecuencia en enfisema y la bronquitis crónica, así como también para aliviar la crisis asmática.
- **Corticosteroides orales e intravenosos.** Estos medicamentos mejoran la inflamación de las vías respiratorias, se utilizan solo en el tratamiento del asma grave, no de forma recurrente debido a sus efectos secundarios, esta incluye a la prednisona y la metilprednisolona
- **Esteroides:** Sí ha señalado de ser muy útil en el manejo de la crisis asmática, y el no utilizarlos puede ser un riesgo fatal para el paciente asmático. Se administra desde el inicio de la crisis ya que su acción tarda hasta 6 horas en iniciarse. Este incluye a la hidrocortisona en dosis de 100 mg y 250 mg con su efecto antiinflamatorio
- **Sulfato de Magnesio:** Es administrado en una infusión, de 2 gramos en tiempo De 20 a 60 minutos a manifestado un leve beneficio controlado con la terapia estándar en reversión del broncoespasmo en

pacientes con crisis moderadas y severas terapia segura con mínimos efectos adversos.

- **Aminofilina:** No se ha demostrado alto porcentaje de beneficio en el manejo de la crisis asmática, pero en pacientes con crisis severa su uso es posible, y en especial que requieran manejo en terapia intensiva. Si se decide su uso está debe ser monitorizado clínicamente y con niveles séricos de teofilina.

G.3 Los medicamentos contra la alergia

Son de importancia si las alergias es el factor desencadenante que se provoque o empeoren las crisis asmáticas. Algunos de ellos son los siguientes:

- **Inyecciones contra la alergia (inmunoterapia).** Las vacunas contra la alergia disminuyen gradualmente la reacción del sistema inmunitario durante unos meses y luego una vez por mes durante un tiempo de 3 a 5 años.
- **Productos biológicos.** Estos medicamentos, que incluyen omalizumab, mepolizumab, dupilumab, reslizumab y benralizumab, son específicamente para personas que tienen asma grave. (25)

H. COMPLICACIONES

No tomar en cuenta los síntomas y ataques de crisis asmática o no tratarlos de forma correcta puede llevar a complicaciones de gravedad, desde interrupciones en el estilo de vida hasta llegar al área emergencias, incluso, la muerte. Afortunadamente, la atención preventiva adecuada puede ayudarlo a evitar todas estas complicaciones del asma. Estas son:

- Exacerbaciones asmáticas (principal complicación)
- Hospitalización en varias oportunidades durante el año
- Múltiples atenciones en los servicios de emergencia en el año
- Episodios previos de ingreso en UCI o intubación/ventilación mecánica
- Comorbilidad cardiovascular
- Abuso de agonistas B2 adrenérgicos de acción corta (27)

2.3.2 Cuidados de Enfermería en Asma Bronquial

El paciente ingresa al área de emergencia presentando un episodio agudo, la enfermera debe proceder de forma inmediata para ayudarlo a mantener la vía aérea permeable manteniendo un patrón respiratorio eficaz.

- Para mejorar la ventilación, colocar en posición de fowler y suministrar oxígeno humidificado suplementario y broncodilatadores por nebulización o inhalador, según prescripción médica, en pacientes intubados, realizar aspiración de secreciones necesarias.
- Canalizar vía periférica de buen calibre y administrar medicamentos endovenosos de acuerdo a prescripción médica (glucocorticoides EV).
- Los cuidados de enfermería en adultos con exacerbaciones de asma realizar, monitorización hemodinámica del paciente, EKG, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura.
- Realizar gasometría arterial.

- Vigilar cambios en el estado de conciencia del paciente: fatiga, sensación de mareos. (28).
- Durante la crisis de asma, el patrón respiratorio ineficaz del paciente se relaciona con la ansiedad que percibe por la carencia de aire y con la reducción de la expansión pulmonar como resultado de la broncoconstricción y de la inflamación (en estado de crisis grave puede comprometer el funcionamiento de los músculos respiratorios).
- Enseñar al paciente a utilizar esquemas respiratorios alternos como la respiración a través de los labios entrecerrados, que proporciona la apertura de las vías respiratorias al mantener la presión positiva o la respiración abdominal que disminuye la frecuencia respiratoria y facilita los movimientos respiratorios más profundos.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación, ayudándole a evadir los pensamientos negativos sobre su situación, incluyendo el uso de objetos familiares, la meditación, facilitando la compañía de sus familiares para ayudar en conjunto al apoyo moral.
- Permanezca con el paciente hasta que haya superado el episodio agudo. a su vez monitorizando continuamente las funciones vitales.
- Enseñar al paciente a reconocer y evitar las causas que desencadenan el asma, además de ello continuar con su tratamiento de mantenimiento diario para evitar llegar a un episodio asmático. (1)

El manejo de las exacerbaciones del asma que requieren atención en el servicio de emergencias incluye:

- Oxígeno para mejorar hipoxemia en exacerbaciones moderadas o graves.
- La agonista Beta 2 inhalado de acción corta, para aliviar la dificultad del flujo de aire, con la adición de bromuro de ipratropio inhalado en exacerbaciones graves.
- Corticosteroides sistémicos para reducir la inflamación de las vías respiratorias en exacerbaciones moderadas o graves, para pacientes que no responden de manera rápida y completa a un agonista Beta 2 inhalado de acción corta.
- Considerar de tratamientos adicionales, tales como sulfato de magnesio intravenoso intravenosos, en exacerbaciones graves que no responden a los tratamientos iniciales.
- Seguimiento de la respuesta al tratamiento con mediciones en serie de la función pulmonar. (29)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de filiación

- **Nombre y apellidos** : NN
- **Edad** : 39 años
- **Sexo** : Femenino
- **Raza** : Mestiza
- **Nacionalidad** : Peruana
- **Grado de instrucción** : Secundaria completa
- **Fecha d nacimiento** : 26/09/81
- **Lugar de nacimiento** : Piura - Chulucanas
- **Domicilio actual** : Peralvillo - Chancay
- **Estado civil** : Casada
- **Ocupación** : Obrera
- **Religión** : católica
- **Seguro:** SIS ESSALUD DEMANDA
- **Fecha y hora de ingreso** : 15/10/2020 - 22: 55 pm
- **Fecha de valoración** : 15/10/2020
- **Historia clínica** : 949440

3.1.2 Motivo de consulta

Paciente adulta madura ingresa al servicio de emergencia, acude por presentar dificultad respiratoria; refiere “No puedo respirar, me ahogo”

3.1.3 Enfermedad actual

Familia refiere que paciente trabaja cómo obrera en el Fundo procesadora de mandarina todo el día, llegó a las 8:00 pm de la noche estornudando, con moco y con dolor de garganta, me comentó que “no se puso la mascarilla para llenar las frutas” que estuvo limpiando las mandarinas recién extraídas del árbol, algo inusual porque ella se dedica al empaquetamiento, sólo que un personal faltó y tuvo que apoyar en esa área y no llevo su spray (inhalador). Ahora no puede respirar siente que se ahoga, suda toda su frente, pero no tiene calentura, no puede ni comer tose fuerte y se pone colorada, ella es asmática ayúdenla por favor.

3.1.4 Antecedentes

3.1.4.1 Antecedentes perinatales

- **Número de gestaciones** : 2
- **Duración de FUR** : 4 días
- **Controles prenatales** : si
- **Abortos** : 1

3.1.4.2 Antecedentes familiares

- **Padre:** Falleció a los 65 años con cáncer de estómago
- **Madre:** Diagnosticada con diabetes Mellitus tipo 2 hace 12 años en tratamiento con metformina de 850 mg M - T - N y Rinitis alérgica

- **Hermanos** sanos
- **Hijos** sanos
- **Hermana de Padre:** Asma bronquial

3.1.4.3. Antecedentes personales

- Asma bronquial desde los 5 años de edad
- **Atenciones por emergencia:** recurrente
- **Hospitalización:** En varias ocasiones a causa de la misma patología, cesárea, celulitis de MMDD
- **Intervención Quirúrgica:** cesárea los 23 años sin complicación
- **Hijos:** 2
- **Niega:** Transfusión
- **Niega:** Hipertensión arterial
- **Niega:** Alergias a medicamentos

3.1.4.4. Antecedentes socioeconómicos y culturales

- **Tipo de vivienda:** Cuenta con una vivienda de material de adobe techado con caña chancada y barro.
- **Lugar de trabajo:** Empresa Fundó S. P. ubicado en el sector de cabuyal, dedicada al cultivo de mandarinas y palta para exportación en Huaral.
- **Ocupación:** Obrera en el Fundó y su esposo albañil
- **Ingreso mensual:**
 - Obrera 400 soles mensuales y con horas extras 500 soles
 - Albañil 300 soles eventualmente

- **Composición del grupo familiar:** nuclear (esposo y dos hijos)
- **Condición Sanitaria:** agua y luz
- **Fumador:** No
- **Alcohol:** No
- **Drogas:** No

3.1.5 Examen físico

1.5.1 Control de signos vitales

- **Saturación Oxígeno:** 89% - 91%
- **Presión arterial:** 125/50 mm Hg
- **Frecuencia respiratoria:** 32 por minuto
- **Frecuencia cardiaca:** 128 lpm
- **Temperatura:** 36.9 °C
- **Peso:** 87 kg
- **Talla:** 1.60 cm

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

Piel: pálida, fría, diaforética.

1. Cabeza:

a) Cráneo: Normocéfalo, no presencia de masas, movimiento de rotación normal, sin presencia de nódulos.

b) Cara: Simétrico, sin presencia de lesiones, integrar y pálida, no fasciculaciones.

c) Ojos: Movimientos oculares, posición, alineamientos simétricos

Párpado: P.I. edematoso con presencia de orzuelo, no exudados.

Pupilas: Isocóricas reactivas a la luz, si simétricas

Conjuntivas: Pálidas

Escleras: Blancas simples nodular con vascularización en aumento

d) Nariz: Simétrico, integra con presencia de secreciones claras.

e) Boca: Labios de color violáceos, mucosas semi hidratadas. dentadura conservada, lengua de forma y tamaño conservado.

f) Oídos: no dolor, y integra, simétrica con presencia de secreción (cerumen) presencia de vértigos.

2. Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil rotatorio, no ganglios inflamados.

a) Tiroides: se explora su volumen, forma, tamaño, situación, movimientos, no tumoraciones.

3. Tórax y Aparato Respiratorio

a) Inspección: Movimientos respiratorios de frecuencia y amplitud aumentado, espiración prolongada, taquipnea.

b) Palpación: Leve disminución de la expansibilidad torácica, dolor a la palpación a causa de la tos, tórax simétrico no masas móviles.

c) Percusión: Hipersonoridad (aumento del contenido aéreo).

d) Auscultación: Murmullo vesicular disminuido en base de hemitórax derecho, estertores roncus que desaparecen al toser y sibilantes en la espiración. presencia de crepitantes en ambas bases.

Examen de mamas: simétricas, turgentes, pezón y aréolas conservada, región axilar sin adenopatías.

Examen de columna vertebral: Postura simétrica

4. Aparato Cardiovascular

Región precordial: Opresión torácica.

- a) **Inspección:** No deformidades torácicas, taquipneas
- b) **Auscultación:** Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- c) **Percusión:** área de submatidez cardíaca dentro de límites normales.
- d) **Palpación:** no masas móviles.

5. Abdomen

- a) **Inspección:** Levemente distendido con movimientos respiratorios incrementados.
- b) **Auscultación:** Ruidos hidroaéreos presente.
- c) **Percusión:** Timpanismo abdominal aumentado
- d) **Palpación:** Doloroso a la palpación hernia a nivel umbilical.

6. Aparato Genitourinario

- a) **Inspección:** No tumores en flancos, ni hipocondrios, genitales conservados, no lesiones.
- b) **Palpación:** Riñones no palpables, no doloroso al tacto.

7. Extremidades Superiores

- a) **Fuerza:** Disminuida
- b) **Tono:** tono muscular normal, no rigidez, no edema.
- c) **Reflejos:** Disminuida respuesta al dolor.
- d) **Movimientos:** flexión, extensión y aducción activos

8. Extremidades Superiores

- a) **Fuerza:** Disminuida
- b) **Tono:** Conservado, no rigidez, no edema.
- c) **Reflejos:** Disminuida respuesta al dolor.
- d) **Movimientos:** flexión, extensión y aducción activos

9. Examen Neurológico:

Glasgow: AO: 04 RM: 05 RV: 04

Total: 13

3.1.6 Exámenes auxiliares

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Hemoglobina	13.9 g/dL
Hematocrito	42 %
Glóbulos Rojos	4490.000 ml x mm ³
Abastionados	0 %
Segmentados	64%
Recuento de plaquetas	224.000/ ul
Volumen corpuscular medio (VCM)	84ml
Hemoglobina corpuscular media (HCM)	28 ml

Leucocitos	8040 /mL
Eosinófilos	5.6 %
Basófilos	0.5%
Monocitos	4%
Linfocitos	31

GASES ARTERIALES	RESULTADOS
PH	7.79
PCO2	79 mg/dl
HCO3	28
Electrolitos:	
Sodio	139 mEq/L
Potasio	3.9 mEq/L
Calcio	97 g/L

Radiografía de Tórax: hiperinsuflación pulmonar, engrosamiento de las paredes bronquiales y aumento leve de la vascularización.

Indicación terapéutica

- NPO
- Clna 0.9% FCO 1000 a 15 gts
- Oxígeno por CBN a 3 litros /min
- Salbutamol de 100 mg 3 puff c/3h con aerocámara
- Hidrocortisona 250 mg EV Stat luego 100 mg c/8h

- Bromuro de ipratropio 20 mg: 2 puff c/10 minutos hasta completar una hora luego 2 puff cada 2 horas
- Omeprazol 40 mg EV de c/24h
- Nebulizar 5sf + salbutamol 8gts c/30min.
- Furosemida 20 mg EV c/8h
- CFV - VSA
- BHE

3.1.7 Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud:

Clase 2. Gestión de salud:

0078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

0099 Mantenimiento inefectivo de la salud

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño:

Clase 2. Actividad/ejercicio:

Clase 3. Equilibrio/energía:

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar:

00030 Deterioro intercambio gaseoso

00032 Patrón respiratorio ineficaz

00092 Intolerancia a la actividad

Clase 5. Autocuidado:

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática:

Clase 2. Respuesta de afrontamiento:

00146 Ansiedad

Clase 3. Estrés neuro-compartmental:

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección:

00004 Riesgo de infección

Clase 2. Lesión física:

00031 Limpieza inefectiva de las vías aéreas

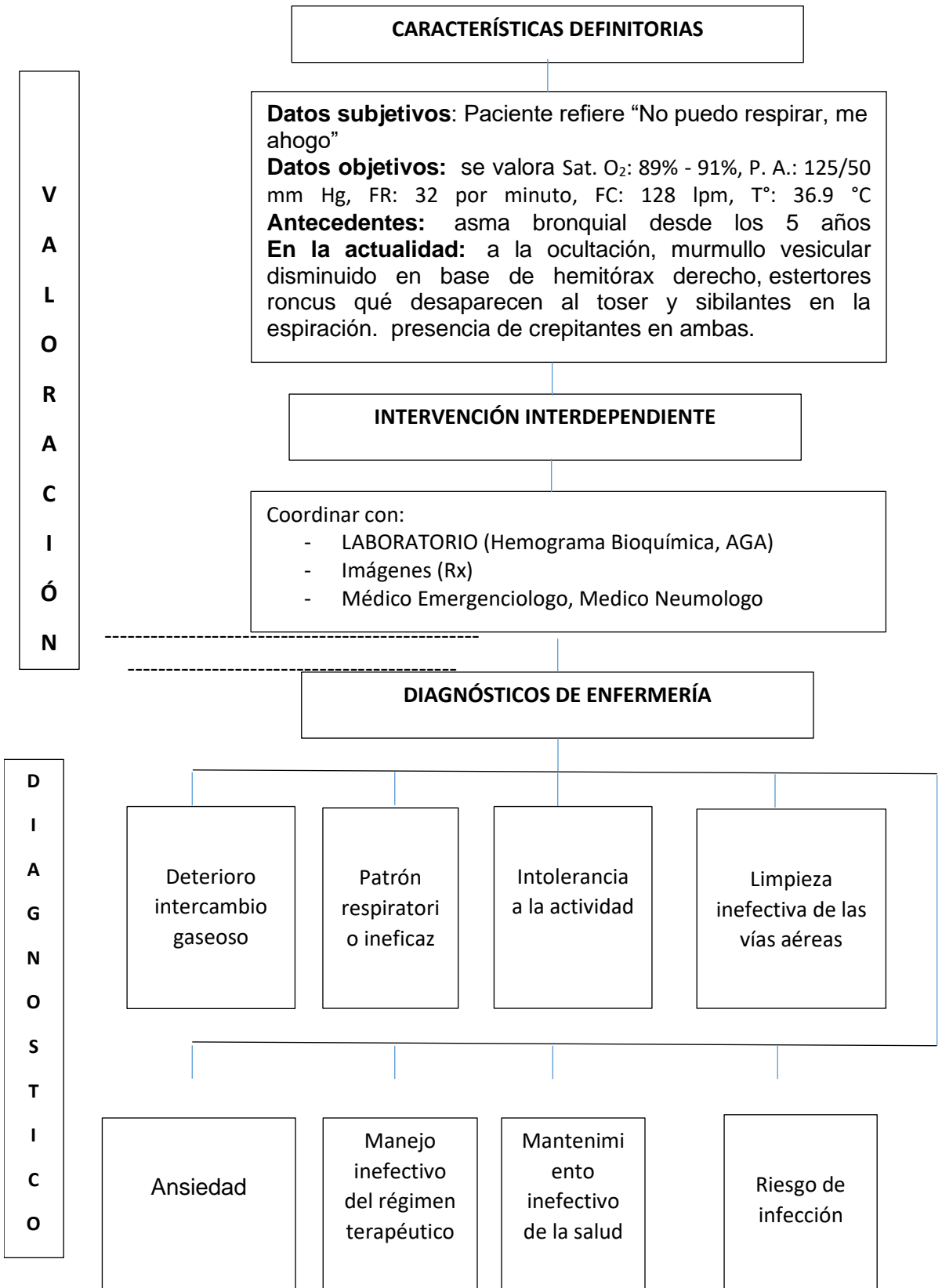
Clase 3. Violencia:

Clase 4. Peligros del entorno:

Clase 5. Procesos defensivos:

Clase 6. Termorregulación:

3.1.8 Esquema de valoración



3.2 Diagnóstico de enfermería

3.2.1 Lista de hallazgos significativos

- Tos
- Sibilantes y presencia de crepitantes en ambas bases.
- Espiración prolongada
- Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormales.
- taquipnea.
- Funciones vitales: Sat. O₂: 89% - 91%, P. A.: 125/50 mm Hg, FR: 32 rpm, FC: 128 lpm, T°: 36.9 °C
- Angustia
- Disnea
- Fatiga
- Ansiedad
- Debilidad
- Familiar refiere “no se puso la mascarilla para llenar las frutas” y no llevo su spray (inhalador)

3.2.2 Diagnostico de enfermería según datos significativos

- 00030 Deterioro intercambio gaseoso
- 00032 Patrón respiratorio ineficaz
- 00092 Intolerancia a la actividad
- 00031 Limpieza inefectiva de las vías aéreas
- 00146 Ansiedad
- 0078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- 0099 Mantenimiento inefectivo de la salud
- 00004 Riesgo de infección

3.2.3 Esquema de diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Deterioro intercambio gaseoso	Cambios de la membrana alveolo capilar, desequilibrio ventilación perfusión	Gasometría arterial alterada, Sat. O2: 89% - 91% FR: 32 rpm, cianosis. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormales, piel pálida.	Deterioro intercambio gaseoso relacionado con cambios de la membrana alveolo capilar, desequilibrio ventilación perfusión
Patrón respiratorio ineficaz	hiperventilación e hipo ventilación, fatiga de los músculos respiratorios	Disnea, Taquipnea, tos, espiración prolongada	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación e hipo ventilación, fatiga de los músculos respiratorios
Intolerancia a la actividad	Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.	Sat. O2: 89% - 91%, Esfuerzo respiratorio, fatiga, debilidad, disnea	Intolerancia a la actividad relacionado con Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.
Limpieza inefectiva de las vías aéreas	Obstrucción de la vía aérea, Mucosidad excesiva. Exudado alveolar. Retención secreciones.	Tos, Sat. O2: 89% - 91%, Sibilantes y crepitantes.	Limpieza inefectiva de las vías aéreas relacionado con Obstrucción de la vía aérea, Mucosidad excesiva. Exudado alveolar. Retención secreciones.
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	La expresión de su preocupación, Inquietud, Fatiga, Angustia.	Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud, amenaza de muerte
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Complejidad del régimen terapéutico.	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionada con Déficit de conocimientos.
Mantenimiento inefectivo de la salud	Déficit de conocimientos	"no se puso la mascarilla para llenar las frutas"	Mantenimiento inefectivo de la salud relacionada con déficit de conocimientos
Riesgo de infección	Procedimientos invasivos. Disminución del transporte de oxígeno. Ambiente hospitalario.	Sat. O2: 89% - 91%, FR: 32 rpm	Riesgo de infección relacionada con Procedimientos invasivos. Disminución del transporte de oxígeno. Ambiente hospitalario.

3.3 Planificación

3.3.1. Esquema de planificación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO IV: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar:</p> <p>Código: 00030</p> <p>Deterioro intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana alveolo capilar, desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial alterada, Sat. O2: 89% - 91% FR: 32 rpm, cianosis. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormales, piel pálida.</p>	<p>(0402) Estado respiratorio:</p> <p>Intercambio gaseoso</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidenciara mejoría en el estado respiratorio. Mejorar Intercambio gaseoso 	<p>(3350) Monitorización respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones Auscultación de los campos pulmonares en busca de sibilantes y estertores y crepitos. <p>(6680) Monitorización de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Control y registro frecuente de signos vitales Observar coloración, temperatura y humedad de la piel. <p>(3140) Manejo de las vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar a la paciente en posición fowler o semi - fowler. <p>(3320) Oxigenoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Administración de oxígeno suplementario Vigilar flujo de oxígeno Valorar la saturación de oxígeno <p>(2300) Administración de medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> Se administra tratamiento indicado según evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente mejorara intercambio gaseoso respiración, simétrica y profunda, No disnea Paciente con mejoría de la gasometría arterial Saturación de oxígeno: 93-96% con oxígeno por CBN a 3 lts. por minuto.

		médica.	
<p>DOMINIO IV: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar</p> <p>Código: 00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación e hipoventilación, fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por Disnea, Taquipnea, tos, espiración prolongada</p>	<p>(0403) Estado respiratorio: ventilación</p> <p>Paciente evidenciará eficacia en su estado ventilatorio.</p>	<p>(6680) Monitorización de los signos vitales.</p> <p>(3350) Monitorización respiratoria.</p> <p>(3140) Manejo de las vías aéreas.</p> <p>(840) Cambio de posición.</p> <p>(3230) Fisioterapia respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora patrón respiratorio. • Disminuye disnea, no taquipnea, no hiperventilación, no fatiga.
<p>DOMINIO IV: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar</p> <p>Código:00092</p> <p>Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno evidenciado por Sat. O₂: 89% - 91%, esfuerzo respiratorio, fatiga, debilidad, disnea.</p>	<p>(0005) Tolerancia a la actividad:</p> <p>Paciente tolerará actividad física manteniendo oxigenación adecuada</p>	<p>(4310) Terapia de actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay signos de intolerancia al levantarse como náuseas, mareos, palidez, cambios en los signos vitales. • Ayudar al paciente en actividades físicas como baño en ducha. <p>(1800) Ayuda al autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el paciente hasta que se capaz de asumir su autocuidado en su totalidad. • Motivar al paciente a realizar actividades normales de acuerdo a su nivel de capacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente tolera la actividad. • Disminuye esfuerzo respiratorio.

<p><u>DOMINIO XI:</u></p> <p>Seguridad y protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Codigo:00031</p> <p>Limpieza inefectiva de las vías aéreas relacionado con Obstrucción de la vía aérea, Mucosidad excesiva. Exudado alveolar. Retención secreciones evidenciado por tos, Sat. O2: 89% - 91%, Sibilantes y crepitantes.</p>	<p>(0410) Estado respiratorio:</p> <p>Permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Paciente mantendrá vías aéreas permeables.</p>	<p>(3140) Manejo de las vías aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la capacidad que tiene el paciente para toser eficazmente y eliminar las secreciones bronquiales, observar las características. <p>(3350) Monitorización respiratoria.</p> <p>(3230) Fisioterapia respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar si no hay contraindicaciones para realizarlo • Drenaje postural • Estimular tos 	<ul style="list-style-type: none"> • Vías aéreas permeables. • Paciente elimina secreciones más fluidas. • Paciente disminuye su taquipnea en un 70 % • Escasos sibilantes y roncales.
<p><u>DOMINIO IX:</u></p> <p>Afrontamiento / Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2. Respuesta afrontamiento:</p> <p>Codigo:00146</p> <p>Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud, amenaza de muerte evidenciado por la expresión de su preocupación, Inquietud, Fatiga, Angustia.</p>	<p>(1402) autocontrol de la ansiedad:</p> <p>Paciente mejorara progresivamente estado ansioso.</p>	<p>(5820) reducción de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la paciente todos los procedimientos a realizar. • Establecer actividades recreativas encaminadas a la disminución de tensiones. • Brindar información acorde al nivel cultural de la paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad. • Se brinda apoyo emocional <p>(4920) Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención al paciente • Promover la confianza, para que la paciente exprese sus sentimientos y miedos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente refiere que se siente más tranquila. • Se evidencia ansiedad disminuida.

		<p>(6484) Manejo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente seguro y tranquilo. • Se brinda comodidad y confort 	
<p>DOMINIO I: Promoción y gestión de la salud.</p> <p>Clase 2: Gestión de salud:</p> <p>Codigo:00078</p> <p>Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionada con Déficit de conocimientos evidenciado por Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.</p>	<p>(1700) Creencias sobre la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorará conocimiento sobre su tratamiento • se Logrará que familiares colaboren con su tratamiento 	<p>(5602) enseñanza del proceso de enfermedad</p> <p>(5520) Facilitar la enseñanza</p> <p>(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explica la importancia de cumplir con el tratamiento <p>(7120) Movilización familiar Se coordina con la familia para la compra de medicinas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejora conocimientos sobre su enfermedad. • Demuestra uso apropiado de inhaladores. • Familiares participan y colaboran con el tratamiento.
<p>DOMINIO I: Promoción y gestión de la salud.</p> <p>Clase 2: Gestión de salud:</p> <p>Codigo:00099</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud relacionada con déficit de conocimientos evidenciado por “no se puso la mascarilla para llenar las frutas”</p>	<p>(0704) Autocontrol del asma:</p> <p>Paciente aprenderá a mantener la salud.</p>	<p>(5602) Enseñanza: proceso de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se brinda educación sanitaria sobre el autocuidado, para no recaer en una crisis. <p>(5618) Enseñanza: procedimiento / tratamiento.</p> <p>(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar en el uso de medicamentos diarios para prevenir una crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia acciones para evitar factores desencadenantes del asma.

<p>DOMINIO XI:</p> <p>Seguridad y protección</p> <p>Clase 1: Infección:</p> <p>Codigo:00004</p> <p>Riesgo de infección relacionada con Procedimientos invasivos. Disminución del transporte de oxígeno. Ambiente hospitalario</p>	<p>(1924) Control del riesgo:</p> <p>Proceso infeccioso</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de infección.</p>	<p>(6540) Control de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos. <p>(6680) Monitorización de los signos vitales.</p> <p>(3900) Regulación de la temperatura</p> <p>(3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico</p> <p>(3590) Vigilancia de la piel</p> <p>(2314) Administración de medicación intravenosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente queda afebril, con T° 36.9 • Sin signos de flogosis. • No evidencia signos de infección en zona de inserción de catéteres
--	--	---	--

FUENTE: NANDA: Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020. (30)

3.4 Ejecución y evaluación

3.4.1 registro de enfermería:

<p>S</p>	<p>Paciente adulta madura, refiere “No puedo respirar, me ahogo” familiar refiere; “estaba trabajando y no se puso la mascarilla para llenar las frutas, suda toda su frente, pero no tiene calentura, no puede ni comer tose fuerte y se pone colorada, ella es asmática ayúdenla por favor”</p>
<p>O</p>	<p>Paciente de sexo femenino, adulta madura con antecedente de asma bronquial ingresa al servicio, con crisis asmática activa. Al examen físico; despierto, orientado en espacio y persona, ventilando espontáneamente con dificultad y al esfuerzo; piel pálida, sudorosas y frías, mucosas semihidratadas; ligera cianosis peribucal; a la auscultación pulmonar, sibilantes en la espiración y roncus que desaparecen al toser presencia de crepitantes en ambas bases; abdomen, levemente distendido con movimientos respiratorios incrementados, doloroso a la palpación; genitales conservados,</p>

	miembros superiores e inferiores con fuerza y reflejos disminuidos, no edemas.
A	<p>Deterioro intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana alveolo capilar, desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial alterada, Sat. O2: 89% - 91% FR: 32 rpm, cianosis.</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación e hipo ventilación, fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por Disnea, Taquipnea, tos</p> <p>Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno evidenciado por Sat. O2: 89% - 91%, esfuerzo respiratorio.</p> <p>Limpieza inefectiva de las vías aéreas relacionado con Obstrucción de la vía aérea, Mucosidad excesiva. Exudado alveolar. Retención secreciones evidenciado por tos, Sat. O2: 89% - 91%, Sibilantes</p> <p>Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud, amenaza de muerte evidenciado por la expresión de su preocupación, Inquietud, Fatiga.</p> <p>Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionada con Déficit de conocimientos manifestado por “no llevar su medicamento”.</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud relacionada con déficit de conocimientos evidenciado por “no se puso la mascarilla para llenar las frutas”</p> <p>Riesgo de infección relacionada con Procedimientos invasivos. Disminución del transporte de oxígeno. Ambiente hospitalario</p>
P	<p>Paciente evidenciara mejoría en el estado respiratorio /Intercambio gaseoso</p> <p>Paciente evidenciara eficacia en su estado ventilatorio.</p> <p>Paciente tolerara actividad física manteniendo oxigenación adecuada</p>

	<p>Paciente mantendrá vías aéreas permeables.</p> <p>Paciente mejorara progresivamente estado ansioso.</p> <p>Paciente mejorará conocimiento sobre su tratamiento</p> <p>Paciente aprenderá a mantener la salud.</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de infección.</p>
I	<p>Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.</p> <p>Control y registro frecuente de signos vitales</p> <p>Observar coloración, temperatura y humedad de la piel.</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones</p> <p>Auscultación de los campos pulmonares en busca de sibilantes y estertores, crépitos y estertores.</p> <p>Colocar a la paciente en posición fowler o semi - fowler.</p> <p>Administración de oxígeno suplementario</p> <p>Vigilar flujo de oxígeno</p> <p>Valorar la saturación de oxígeno</p> <p>Se administra tratamiento indicado según evaluación médica.</p> <p>Observar si hay signos de intolerancia al levantarse como náuseas, mareos, palidez, cambios en los signos vitales.</p> <p>Ayudar al paciente en actividades físicas como baño en ducha.</p> <p>Se brinda comodidad y confort.</p> <p>Colaborar con el paciente hasta que se capaz de asumir su autocuidado en su totalidad.</p> <p>Motivar al paciente a realizar actividades normales de acuerdo a su nivel de capacidad</p> <p>Valorar la capacidad que tiene el paciente para toser eficazmente y eliminar las secreciones bronquiales, observar las características.</p> <p>Explicar a la paciente todos los procedimientos a realizar.</p> <p>Establecer actividades recreativas encaminadas a la disminución de tensiones.</p> <p>Brindar información acorde al nivel cultural de la paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad.</p>

	<p>Se brinda apoyo emocional</p> <p>Se brinda educación sanitaria sobre el autocuidado, para no recaer en una crisis.</p>
E	<p>Paciente hemodinámicamente estable con funciones vitales dentro de valores aceptables Sat. O2: 93% - 95% con apoyo ventilatorio con CBN A 3 L/min P. A.: 100/600 mm Hg, FR: 22 rpm, FC: 78 lpm, T°: 37.2 °C, Paciente mejorara intercambio gaseoso, patrón respiratorio, vías aéreas permeables, disminuye esfuerzo respiratorio, simétrica y profunda, no disnea, elimina secreciones más fluidas, escasos sibilantes y roncales, disminuye taquipnea en un 70 %, tolera la actividad, se evidencia ansiedad disminuida, refiere que se siente más tranquila, no evidencia signos de infección en zona de inserción de catéteres.</p>

CONCLUSIONES

1. Es relevante considerar que la atención rápida, oportuna y eficaz en la aplicación de intervenciones de enfermería ante la presencia de pacientes con crisis asmática disminuyen el riesgo de complicaciones y conllevan a una recuperación más oportuna.
2. Coordinación con la especialidad de Neumología, sobre los programas educativos para reforzar la prevención de una crisis asmática, así como también para que lleven un control periódicamente.
3. Este proceso de crisis asmático, puede llegar a ser manejado y controlado por el paciente, cumpliendo adecuadamente su tratamiento de mantenimiento, así como también aprendiendo a identificar los factores que desencadenan este episodio crítico.
4. Se puede comprobar que el tratamiento rápido con el apoyo oxigenatorio y la administración endovenosa ayuda a los adultos con crisis asmática a mejorar cada uno de sus signos y síntomas del asma bronquial y de la misma forma disminuir sus complicaciones.

RECOMENDACIONES

1. Asegurar una atención rápida y eficaz a los pacientes con crisis asmática, donde el paciente, así como el familiar se sientan satisfechos con la atención recibida.
2. El profesional de enfermería debe enfocar todos sus cuidados para la recuperación oportuna y la disminución de complicaciones en los pacientes con crisis asmática activa con un monitoreo continuo en las primeras horas.
3. Sensibilizar al personal de enfermería sobre la calidad del trato humano y del cuidado eficaz en este tipo de paciente por medio de la enseñanza continua en aspectos acerca de la condición humana, los valores, calidad de atención, Satisfacción del usuario, teniendo en cuenta los principios bio éticos de la beneficencia y no maleficencia.
4. Coordinar con el jefe del área para la implementación de un espacio (con balones de oxígeno para el tratamiento inhalatorio/nebulización) cómodo para el procedimiento y recuperación de los pacientes con este diagnóstico.
5. Brindar enseñanzas para la conservación de la salud, educar al paciente a fomentar los cambios que permitan evitar los factores de riesgo.
6. Complementar la eficacia de la atención y la recuperación de la salud, con la presencia de un personal especializado en terapia respiratoria.
7. Elaborar guía de procedimientos de enfermería en el paciente con crisis asmática, para establecer los cuidados óptimos y necesarios.
8. Se sugiere requerir un profesional de enfermería adicional, para poder fortalecer la atención de los pacientes con estas eventualidades, de manera oportuna.
9. A las autoridades del Hospital de Chancay organizar talleres, charlas educativas, sobre hábitos, alimentación, exposición a alergenos dirigidos a los pacientes con asma bronquial para evitar desencadenantes con crisis asmática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pereira E. Hermosin A. Calviño I. Cuidados de Enfermería en paciente de Asma. Revista Medica Electronica. 2017 setiembre 4.
2. Ortega E.Victor O. Asma. Center for Genomics and Personalized Medicine Research, Wake Forest School of Medicine. 2019.
3. Organización mundial de la salud. Asma. O.M.S. 2020.
4. Dr. Oscar Gayoso. Perú: país con mayor incidencia de asma en Latinoamérica - Peru Mayo. Peruinforma. 2019 Mayo.
5. Zeta V PF. Cuidados de enfermería en el paciente adulto con crisis asmática. Repositorio UNAC. 2014 – 2017.
6. Lewsley. J. Diferentes tipos de asma. Revisado médicamente por Marc Meth, MD, FACAAI, FAAAAI - Reino Unido -Setiembre. 2020 Septiembre.
7. Ocampo J GRSJ. Prevalencia del asma a nivel mundial y en América Latina. Revista Alergia México. 2017.
8. C. RODRIGO. Asma aguda severa: su manejo en la emergencia y cuidado intensivo. Medicina Intensiva Diciembre. 2016.
9. Dharmage S Perret J Custovic A. Epidemiología del asma en niños y adultos. Frontiers in pediatrics. 2019..

10. Escalante Baño Cecilia. Oxigenoterapia en el tratamiento paleativo del asma bronquial en el adulto mayor atendido en el Centro Gerontológico del Cantón Babahoyo Ecuador. repositorio de universidad tecnica de babahoyo. 2020 Marzo.
11. Ortiz A, Marilyn N. Factores que influyen en el deficiente control de la intercrisis en pacientes adultos con asma Ecuador. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro Enero. 2019.
12. Herrera García JC ArellanoMontellano El Paulin Prado P Hernández Zenteno R Ramírez Venegas A Caballero López CG et al H. Crisis asmática grave asociada con infección viral. Med. interna Mexico - Abril. 2017.
13. Orlando Recio Lopez CSA,JGN. Ventosa y digitopuntura en exacerbación de asma bronquial. Cuidados intermedios. Hospital Universitario "Amalia Simoni". Camaguey Cuba. CENCOMED Centro Virtual de Convenciones de Salud. 2015.
14. Huamani Huamani D"-2. Cuidados de enfermería en pacientes adultos con exacerbaciones de asma que ingresan al servicio de emergencia en un hospital nacional. Repositorio de la universidad Wiener. 2020.
15. Rios Rodríguez M. eficacia de la ventilación mecánica con presión positiva no invasiva en pacientes con asma agudo que acuden al servicio de emergencia. Repositorio de la Universidad Wiener. 2018.

16. Rioja Bartra I. Factores de riesgo y su influencia en la crisis asmática en los pacientes del servicio de medicina del Hospital II ESSALUD- Tarapoto, febrero - junio 2018. Repositorio de la UNMSM. .
17. Alfaro Mendivil NPFERS. Eficacia de Las Nebulizaciones con B_Agonistas en forma continua en pacientes en Crisis Asmática Aguda. Repositorio de la universidad Wiener. 2017.
18. Mantari Rojas CMRB. Conocimientos sobre asma bronquial en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital II René Toche Groppo Essalud, septiembre - diciembre chincha 2017. Repositorio de la universidad wiener. .
19. Fernández fernandez Maria. Bases históricas y teorías de la enfermería. Universidad de Cantabria - España. .
20. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2012.
21. Luciano A, Julieta A, Sebastián B, Magali I. El cuidado – Virginia Henderson. Teorias de enfermeria. 2012.
22. Dra. Ana belén alcaide Ocaña. Asma Bronquial. Departamento de Neumología – Hospital Privado con mayor reputación de España (Alergología e inmunología). 2019.
23. Arveen K. Bhasin MD. Asma. Alergista Inmunólogo Mayo Clinic – Arizona. 2019.

24. Doctor Javier Subiza. Asma Bronquial. Clínica Subiza (Centro de Asma y Alergia). 2019.
25. James T C Li MD,PD. Asma. Mayo Clinic. 2019.
26. Dr. José María Echave D. Asma leve o grave. Hospital universitario. 2019.
27. Revista de Neumología. Complicaciones del asma. Avances en respiratorio. 2018.
28. Alvarez C A. "Cuidados de Enfermería al paciente en Urgencias. Diagnósticos, actividades y técnicas habituales" del Departamento de Enfermería del Hospital Asepeyo de Coslada, Madrid, España. .
29. Fuhlbrigge A PDAABHCCHPMFMDTWBC. Resultados del asma: exacerbaciones. Bethesda: Journal Allergy Clinical Immunology;. 2017.
30. Diagnosticos Nanda. Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020. Salusplay. .

ANEXOS

Tabla N° 01

REGISTRO DE PACIENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL DE CHANCAY CON CRISIS ASMÁTICA AL SERVICIO DE EMERGENCIA.

PACIENTES ATENDIDOS	2019	2020
EMG - ADULTOS	1016	293

Fuente: Unidad de estadística del Hospital de Chancay

Tabla N° 02

REGISTRO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA CON CRISIS ASMÁTICA CON LAS VARIABLES AÑO- SEXO.

AÑO / SEXO	2019	2020
FEMENINO	545 = 53.6%	156 = 53.2%
MASCULINO	471 = 46.4%	137 = 46.8%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital de Chancay

ANÁLISIS: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Chancay con crisis asmática son las mujeres.

Tabla N° 03

REGISTRO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA CON CRISIS ASMÁTICA CON LAS VARIABLES EDAD- SEXO

SEXO \ EDAD	2019		2020	
	18 a 59 años	60 años a más	18 a 59 años	60 años a más
FEMENINO	129 = 65.9%	49 = 59.8%	39 = 60%	13 = 65%
MASCULINO	67 = 34.1%	33 = 40.2%	26 = 40%	7 = 35%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital de Chancay

ANÁLISIS: Se observa un el mayor número de atenciones en mujeres se encuentra en las edades 18 a 59 años que sufren de crisis asmática y son atendidas en emergencia del hospital de Chancay.

Tabla N°04

La clasificación del asma

	Intermitente	Persistente Leve	Persistente Moderado	Persistente Grave
Síntomas diurnos	< 2 veces / semana	> 2 veces / semana	Diarios	Continuos (varias veces al día)
Uso medicación rescate	< 2 veces / semana	> 2 veces / semana	Todos los días	Varias veces al día
Síntomas nocturnos	< 2 veces / semana	> 2 veces / mes	> 1 vez / semana	Frecuentes
Limitación de las actividades habituales	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
Función pulmonar	> 80%	> 80%	>60 y <80%	< 60%
Exacerbaciones	Ninguna	< 1 / año	> 2 / año	> 2 / año

Fuente: Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

FOTOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - UCI DEL HOSPITAL DE CHANCAY



TOPICO DE EMERGENCIA



Administracion de medicamento: Hidrocortisona 100mg EV



Paciente con crisis asmática



- Paciente con antecedentes de asma bronquial severa: portador de tubo endotraqueal con asistencia ventilatoria con Diagnóstico de Síndrome Distrés Respiratorio Severo– área de Shock Trauma



- Paciente con antecedentes de asma bronquial severa: complicado con Insuficiencia Respiratoria Aguda – área de Shock Trauma





Equipo de Enfermería de Emergencia - UCI



Hospital de Chancay – Servicio de Emergencia

FORMATOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – UCI



Nº REGISTRO :

HISTORIA DE EMERGENCIA

1. FILIACION

	U	E	
Apellidos y Nombres:	Sexo: (F) (M)		
Edad:	Dirección:		
Fecha y Hora de Ingreso:			
Hora de atención médica:			
Acompañante o persona responsable:			

2. ENFERMEDAD ACTUAL

T.E.:	Síntomas Principales:	Pric	dad	I	II	III
Relato						

3. ANTECEDENTES

Fisiológicos:	
Gineco-Obstétricos:	
Patológicos:	
Alergia a medicamentos:	

4. EXAMEN FISICO PREFERENCIAL

FUNCIONES VITALES	F.C.	P.A.:	F.R.:	Tº:	SATO2:	TALLA:	PESO:
GENERAL:							
CABEZA Y CUELLO:							
TORAX Y PULMONES:							
CARDIOVASCULAR:							
ABDOMEN:							
GENITO-URINARIO:							
LOCOMOTOR:							
NEUROLOGICO:							

5. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

6. DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CIE - 10

1		
2		
3		
4		

AP. PATERNO

MATERNO

NOMBRES

H.C.

HORA:	
-------	--

MEDICO DE GUARDIA

INT. DE MEDICINA

8. EXAMENES AUXILIARES

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> EXAMEN OF	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> HTO	<input type="checkbox"/> RX INFLAM/	<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> G. SANGUINEO	<input type="checkbox"/> PERFIL PRE	<input type="checkbox"/> INYECTABLE
<input type="checkbox"/> GLUCOSA	<input type="checkbox"/> ECO ABDOM	<input type="checkbox"/> SONTA VESICAL
<input type="checkbox"/> UREA	<input type="checkbox"/> RX. ABDOM	<input type="checkbox"/> NEBULIZACION
<input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> RX. CRANEC	<input type="checkbox"/> INTUBACION
<input type="checkbox"/> Na K	<input type="checkbox"/> RX. TORAX	<input type="checkbox"/> CVC
<input type="checkbox"/> AGLUTINACIONES	<input type="checkbox"/> RX. (Otros)	<input type="checkbox"/> OTROS
<input type="checkbox"/> TGC-TGP	<input type="checkbox"/> INTERCONS	<input type="checkbox"/>

9. ALTA OBSERVACION TRANSF. FALLECIDO

10. EVOLUCION - REEVALUACION EN EMERGENCIA

FECHA Y HORA	EVOLUCION	MEDICA	FIRMA Y SELLO

11. HOSPITALIZ. TRAUMA SHOCK UCI ALTA

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

HORA	ANOTACIONES	HORA	ANOTACIONES

FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO DE TURNO



HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERIA DE EMERGENCIAS

FECHA: ____/____/____ APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 N° DE CAMA: _____ PESO: _____ SEGURO: _____ H.C. N°: _____
 ALERGIAS: _____ GRADO DE DEPENDENCIA: I II III IV

VALORACION POR DOMINIOS

DATOS SUBJETIVOS: (MT)		DATOS SUBJETIVOS: (N)		DOMINIOS		MT	N
Dominio II Nutricion		MT	N				
NPO				Nov.	Sin deficit mo		
NPT / VE				MM.II.	Paresia en		
APETITO NORMAL				MM. SS.	Pleja en		
TOLEFANCIA ORAL				Tono	Conservado		
NAUSEAS				musc	disminuido		
VOMITO: caract.					Ritmo cardiac		
SNF					Mercapaso SI		
SNF a gravedad: Caract.					Soplo		
ABDOMEN	blando/depresible			Acti. cardiovascular	Llenado capila		
	Distendida/globuloso				Palidez		
	Doloroso				Cianosis:SI ()		
	Perimetro abdominal:				Pulsos perifer		
RHA	Presentes			MID ()			
	Disminuidos			Distension yug			
	Aumentados			Varices			
RESIDUO GAST.	NO			Flujo urinario/			
	SI caract.			usa Inotropico			
PIEL y MUCOSA	HIDRATADAS			usa Vasodilate			
	SECAS			usa antiarritm			
EDEMA	NO			Apoyo ventilat			
	SI ++++ / donde:			Sist. Oxig.			
Dominio III Eliminacion e Intercambio				Activ. Respiratoria			
Sistema urinario	Sonda foley / colector urin.			Pup las	FI02		
	Espontaneo				V. M.I.		
	Incontinencia				V.M. no invasiv		
	Retencion				Coment:		
	Oliguria				B Glasgow		
	Poliurea				AD () RV ()		
Sistema gastroint	Caract. urina: color:.....			Richmond			
	Deposicion normal			Isocoricas			
	Depos. Liq. Frec.....			anisocoricas			
Caract. depos:.....	Estreñimiento.....dias			Miaticas			
ostomia			Midriaticas			
Sistema Respirat	Tipd resp. Regular			Tamaño O/I= ..			
	disnea/polipnea/taquipnea/apnea			Ausentes			
	Cianosis:SI () NO ()			Rigidez de nucl			
	Sat. O2:.....			Baninsky			
Drenaje Pleural	Seroso			Convulsion			
	Serohematico			tipo			
	Hemético			Dominio V			
Tos productiva				Alerta/Consciente/Estu			
Caract. Secres.				Orientado: T() E() P()			
Dominio IV: Actividad y reposo					Lenguaje adecuado / ide		
Reposo y Sueño	Conservado				Alteracion memoria: cort		
	Parcial				Deficit para ver/oir/corr		
	Insomnio				Hablar:afasia/ disartria/		
Capac. Auto cuidado	Dependiente				Dominio VI		
	Parcialmente independ.				Autoestima conservada		
	Independiente				Autoestima disminuida		
Inmovilizado				Fuente de apoyo: familia			
				Amigos / otros			
				Abandonado			
				Toma anticonceptivos			
				Mensruacion			
Dominio IX: Afrontamiento y Tolerancia al Estrés							
Tranquilidad / aceptacion							
Negacion / ira / depresion / pacto /							
Ansiedad / Temor, por:.....							
Dominio X Principios Vitales							
Religion: Catolica () Adventista () Evangelista ()							
Testigo de Jehova () Otro:.....							
Dominio XI Seguridad y proteccion							
TET/TQ							
SNB / SOB / SNY							
CVC / VIA PERIFERICA							
SONDA FOLEY / TALLA VES.							
Herida Qx:							
Gasas:							
Dren:							
ESCALA BRADEN ptje:							
PIEL INTEGRRA							
RIESGO DE CAIDAS							
UPP en:							
TOS INEFICAZ / TOS EFICAZ							
AUMENTO DE SECRECIONES							
NO							
SI							
Caract:.....							
Cantidad:							
RIESGO DE ASPIRACION							
Intacta							
Hematoma							
Equimosis							
Lesion por venopuncion en:							
Riesgo de Autolesion							
riesgo de autolesion							
historia de intentos previos							
verbalizacion de intenciones							
contencion mecanica							
Denticion completa SI () NO ()							
delirantes							
Normotermia							
Hipotermia							
Hipertermia							
Dominio XII Confort							
Agudo							
en							
Cronico							
Autopercepcion							
Dolor							
DOLOR: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10/10							
CEFALEA: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10/10							
SI							
Nauseas							
No							
Dominio XIII. Crecimiento y Desarrollo							
Apatia en las actividades							
Disminucion de habilidades							
Perdida de peso							



BALANCE HIDRICO

FECHA:		PESO:				
TURNO	7 a 1	1 a 7	7 a 7	TOTAL EN 24 HORAS	DEBITO URINARIO	
I N G R E S O S	V.O. /ENTERAL				M/T	
	SOLUCION ENDOVENOSAS					
	MEDICINAS				N	
	SANGRE Y/O HEMODERIVADOS					
	AGUA DE OXIDACION					
	TOTAL DE INGRESOS					BALANCE TOTAL HORAS
	DIURESIS					
	DEPOSICION					
	VOMITOS					
	OTROS EGRESOS					
PERDIDAS INSENSIBLES						
TOTAL EGRESOS						
FIRMA Y SELLO		M	T	N		

FECHA:		PESO:				
TURNO	7 a 1	1 a 7	7 a 7	TOTAL EN 24 HORAS	DEBITO URINARIO	
I N G R E S O S	V.O. /ENTERAL				M/T	
	SOLUCION ENDOVENOSAS					
	MEDICINAS				N	
	SANGRE Y/O HEMODERIVADOS					
	AGUA DE OXIDACION					
	TOTAL DE INGRESOS					BALANCE TOTAL HORAS
	DIURESIS					
	DEPOSICION					
	VOMITOS					
	OTROS EGRESOS					
PERDIDAS INSENSIBLES						
TOTAL EGRESOS						
FIRMA Y SELLO		M	T	N		

F O R M U L A	DEBITO URINARIO	AGUA DE OXIDACION:	PERDIDAS INSENSIBLES:		
	D.U. = Diur. Tot. / nº hr./ Kg. Peso D.U.N. = 0,5 - 2 ml.	ADULTOS: P x 0,2 x Nº Horas	ADULTOS: P x 0,5 x Nº Horas	MENORES DE 10 Kg: P x 33 x Nº HORAS/24	NIÑOS MAY. DE 10 Kg: P.I. = S.C. x 400 x Nº Hrs./24 SC= P x 4 +7/ P + 90
	Por cada Grado de Tº mayor a lo normal se aumentara 0,5 a P.I.				
	APELLIDOS Y NOMBRES:		Nº HIST. CLIN.		

SERVICIO:	Nº CAMA:	EDAD:	
-----------	----------	-------	--

