

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



**“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL
ALGORITMO DE CRISIS ASMÁTICA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD ACOBAMBA.
TARMA. 2021”**

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

LIC. ENF. JOHN ALEXANDER JARA RUIZ

Callao, 2021

PERÚ

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; mucho de mis logros se los debo a Ud. entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron para alcanzar mis anhelos

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme tener y disfrutar de mi familia

A mis amados padres, por apoyarme en cada decisión y proyecto

A mis estimados docentes, por permitirme cumplir con excelencia el
desarrollo de Trabajo Académico y

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	12
2.2. Bases Teóricas	15
2.3. Marco Conceptual	18
CAPÍTULO III	
PLAN DE CUIDADOS	25
3.1. Valoración.....	25
3.2. Diagnóstico.....	33
3.3. Planificación	35
3.4. Ejecución y Evaluación.....	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51

INTRODUCCIÓN

El asma es una afección en la que las vías respiratorias de una persona se inflaman, estrechan y producen mayores cantidades de mucosa de lo normal, lo que dificulta la respiración. El asma se clasifica como leve, moderado y grave. A pesar de que los síntomas varían de unos individuos a otros. Se calcula que a nivel mundial hay 235 millones de personas con asma, siendo considerada como una de las enfermedades no transmisibles y los más involucrados son los niños. Para el 2017, el Ministerio de Salud informó que, en el Perú, el asma es la enfermedad crónica más frecuente en niños. Asimismo, el médico neumólogo Elsa Zegarra, que labora en el Es Salud, menciona que aproximadamente uno de cada cinco niños sufre de esta enfermedad y que en el Perú existe alrededor de 265,000 niños menores de cinco años que tienen asma.

El actual trabajo académico titulado en “cuidado de enfermería en el manejo del algoritmo de crisis asmática en el servicio de emergencias en el centro de salud Acobamba - 2021”, tiene por intención describir los cuidados de enfermería que se brindan al paciente con crisis asmática. Asimismo, el plan de cuidado de enfermería es una de las herramientas más importantes que utiliza la profesión de enfermería con el objetivo de brindar una atención basada en el trato humano y de forma holística, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de la profesión y facilitando la aplicación del proceso de enfermería.

En cuanto al proceso actual del trabajo académico, se realizó un plan de cuidado de enfermería para pacientes con asma, el cual contiene la justificación, objetivo y plan de cuidado de enfermería propiamente dicho, es decir, detalla de manera secuencial el proceso de atención de enfermería que se le brinda al paciente desde que ingresa al Servicio de

Emergencia. Cabe mencionar que el proceso de atención de enfermería, es un conjunto de pasos que se ejecutan de forma sistemática y paralela, basada en el cuidado humano y holístico de las persona, las cuales son: Valoración, Diagnostico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación.

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

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

El asma es una enfermedad crónica no transmisible, que produce una inflamación de las vías respiratorias, debido a una hiperreactividad de las vías aéreas derivada en episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos con episodios asociados a obstrucción variable del flujo aéreo, a menudo reversible espontáneamente o con tratamiento. Varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche (1,3).

En las últimas décadas la morbilidad y la prevalencia del asma ha ido en aumento, se han desarrollado avances con nuevos fármacos, sin embargo, para el manejo de esta, se requiere de conocimientos y destrezas, ya que esta enfermedad no es curativa. Por lo que se sugiere el control de los factores que la desencadenan y de esta forma tener el control de la enfermedad y una buena calidad de vida (3).

La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma, está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos (1).

Según Jave O. (2018), cerca de 325 millones de personas tienen asma en el mundo, y debido al aumento de los casos, las Guías de la Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias estima que este número llegaría a los 400 millones para el 2025 (4).

En Latinoamérica diferentes estudios demuestran que la gravedad del asma es variable y predominante: de leve a moderada. Cabe mencionar

que un 20% sufren de asma severa, asociados a factores ambientales, ya que diferentes regiones poseen distintas condiciones demográficas y climatológicas (2).

En el Perú, sin embargo, la incidencia es mayor en los niños. Ya que uno de cada tres niños peruanos sufre de asma, con lo cual es el país latinoamericano con mayor incidencia de esta enfermedad (4).

Para ello, el MINISTERIO DE SALUD ha elaborado las Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña, cuenta con diez guías de práctica clínica, siendo la Guía de Práctica Clínica Asma Bronquial en la Niña y el Niño la que está orientada específicamente a abordar el diagnóstico del asma en la población pediátrica (5).

La mayoría de casos de asma se encuentran en las ciudades ubicadas en la costa, principalmente en Lima. El clima húmedo y la contaminación ambiental de la capital hacen que los casos de asma aumenten. La gran concentración de personas en estas zonas influye en la frecuencia del asma (4).

Actualmente laboro como licenciado en enfermería asistencial, en el centro de salud de Acobamba I-4, que se encuentra localizado en el distrito de Acobamba provincia de Tarma y departamento Junín. En el servicio de emergencias se atienden distintas patologías, una de ellas es a pacientes con crisis asmáticas, siendo uno de los principales casos de morbilidad en el distrito de Acobamba, la mayor parte son personas migrantes de la costa de Perú. En el año 2020, se atendieron un total de 15 casos con crisis asmática.

En el servicio de emergencia del centro de salud, he percibido el ingreso de pacientes con crisis de asma, que presentaron dificultades respiratorias avanzadas acompañado de agitación, confusión, ansiedad y sudor, en el cual se puede apreciar las múltiples necesidades de estos pacientes en

cuanto a su salud y autocuidado. Ante ello, se ha realizado la intervención inmediata y prioritaria con la finalidad de evitar complicaciones en el estado de salud de los niños que pueden agravar el cuadro y en ocasiones llevarlos a la muerte. Si el paciente no presenta ninguna mejoría son referidos al hospital Félix Mayorca soto-Tarma previa indicación médica. Entre los medicamentos que manejamos para tratamiento del control del asma son salbutamol (broncodilatador), hidrocortisona (corticosteroide) y la prednisona (corticosteroide-antiinflamatorio).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio:

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

MEDINA B. (2016). *“Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma” Ciudad Real, España.* El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de sesiones educativas grupales de enfermería sobre el manejo de asma en niños. La metodología es un estudio analítico, longitudinal, cuasi-experimental con grupo único y prospectivo. La población estuvo conformada por 18 niños de 7 a 10 años que habían sufrido algún episodio de asma. Se aplicó el cuestionario CAN (Control de Asma en Niños). En cuanto a los resultados: Reflejaron mejora en la puntuación global del CAN, en la aparición de síntomas en el ejercicio, en la tos diurna y en la dificultad respiratoria. La percepción del nivel de conocimientos global (niño/padres) reflejó una mejoría estadísticamente significativa ($p=0.003$). El 71.4% de los niños realizó correctamente la técnica de inhaladores y el nivel de satisfacción global fue 4.07. Se concluye que la educación grupal de enfermería en asma permite reforzar la atención individual, mejorar el nivel de conocimientos y autocuidados, y la satisfacción del niño y su familia. (6)

En el servicio de emergencias del centro de salud de Acobamba se reconoce que la educación es una herramienta primordial en el proceso de prevención de las crisis asmáticas en niños.

BARRUSO J. (2016). *“Plan de cuidados: más allá de lo evidente: cuidados al niño con asma” Ciudad de Lejona, España.* El objetivo es proporcionar un marco de referencia a los profesionales de enfermería, en lo concerniente al manejo del asma pediátrico, a través de la realización de un plan de cuidados integral e individualizado que permita incrementar la calidad de vida de los niños y del entorno familiar. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La metodología utilizada fue la de Margaret Watson y el proceso de enfermería el cual considera a la persona de forma integral e interrelacionó taxonomías, NANDA, NIC y NOC a partir del pensamiento crítico y reflexivo. En cuanto a los resultados, se realizó la valoración por medio de la escala de Gordon y después se priorizaron las necesidades según la pirámide Maslow, siendo los patrones a analizar: Patrón 4: Actividad y ejercicio; Patrón 5: Sueño/descanso; Patrón 6: Cognitivo/perceptual y Patrón 10: Tolerancia/adaptación al estrés; después de ello se plantearon los diagnósticos y plan de cuidados. Se concluye que utilizar una metodología sistemática, con un lenguaje estandarizado garantiza la eficacia, eficiencia y seguridad en los mismos y los planes de cuidados individualizados, basados en una fundamentación teórica y científica que integre lo humano, proporcionarán avances en la disciplina enfermera y favorecerán la gestión de la enfermedad por parte del niño y su familia, potenciando su independencia y autocuidado (7).

En el servicio de emergencias se aplica el proceso de enfermería durante las atenciones que se realiza, convirtiéndose en una metodología fundamental en la atención de enfermería.

PIEDRA M. (2017). *“Factores de riesgo asociados al asma severa en pacientes pediátricos hospitalizados en UCIP del Hospital Roberto Gilbert Elizalde en el periodo Enero de 2013 a Diciembre de 2015”;* Guayaquil-Ecuador. Cuyo objetivo es establecer los factores de riesgo asociados al asma severa en pacientes Pediátricos hospitalizados en UCIP del Hospital Roberto Gilbert Elizalde en el periodo enero de 2013 hasta diciembre de 2015. EL siguiente estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de una serie de historias clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con asma severa de edades de entre 1 mes hasta los 18 años de edad hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) del Hospital Roberto Gilbert Elizalde, entre 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2015. Se revisó 103 casos de los cuales 53 cumplían con los criterios de inclusión. En donde predominó el sexo masculino, con mayor repercusión en menores de 4 años de edad, con una relación importante con los antecedentes familiares en un 61.5%, así como los ingresos hospitalarios previos con un 69.2%, la exposición al tabaco no tuvo mayor significancia como factor de riesgo. Los pacientes que desarrollaron Asma grave en esta población tuvieron un 70% de hospitalizaciones previas. La presencia de Antecedentes familiares de asma, La lactancia artificial, el sexo Masculino, se lograron identificar como factores de riesgo asociados que influyeron en el desarrollo de Asma severa (8).

En el centro de salud se trabaja con estrategias de prevención en salud, pero como se ha visto que el asma es una enfermedad multifactorial, y que los factores genéticos no son modificables se debería trabajar en los factores

ambientales, para reducir la morbilidad de la enfermedad. logrando con esto reducción del gasto público.

OLMOS J. (2018). *“Factores asociados al asma grave en niños asmáticos de 2 a 13 años” Riberalta-Bolivia.* El objetivo principal de este estudio es describir la asociación de factores de riesgo con la exacerbación en los síntomas de pacientes asmáticos con edades comprendidas entre 2 a 13 años, de la ciudad de Riberalta. El presente es un estudio descriptivo, observacional en pacientes con edades comprendidas entre 2 a 13 años que habitan en los distritos urbanos del municipio de Riberalta, diagnosticados clínicamente con asma y que presentan exposición a los factores locales considerados como potenciales exacerbadores de crisis de asma. Se estudiaron 114 pacientes diagnosticados clínicamente con asma 75 varones y 39 mujeres (65.8% y 34.2% respectivamente) con edad comprendida entre 3 y 13 años (media 4.41, de 2.69). Los casos de asma grave representaron el 40.35% mientras los de asma leve fueron el 52.2% (el 38 a 66%), en invierno 26.1% (el 19 a 68%) en tanto que verano y otoño mostraron igual frecuencia 10.9% (el 4 a 23 %) contrastado estos resultados, se encuentro una asociación importante entre primavera y los casos graves de asma ($p < 0.05$). el número de pacientes que realizaron la prueba diagnóstica para estrongiloidiasis fue muy reducido, sin embargo, al realizar el análisis estadístico se encontró una asociación entre asma grave y la presencia de parasito($pp < 0.05$), aunque la potencia en este caso resulta baja el resultado es interesante, lo suficiente para pensar ampliar el estudio. los casos de asma bronquial grave en niños asmáticos de 2 a

13 años muestran valores significativos durante los meses de primavera en relación con los otros meses del año (9).

Debido a este estudio podemos concluir, que los más afectados de estas complicaciones asmáticas son los niños, y que esta tiene una elevación de casos en el invierno, es por ello, que cada año se presenta un plan de friaje, para poner prevenir estas complicaciones.

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

sobresalen la dificultad respiratoria con el 80% de los casos y en menor frecuencia las sibilancias con el 20% (10).

En el servicio del Centro de salud Acobamba se interviene de acuerdo a las necesidades que presenta el paciente, iniciando con una valoración integral y culminando con una evaluación constante para monitorear la efectividad de la atención.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

DEZA M, (2019). *“Control de asma y su relación con el peso. Hospital Dos de Mayo, Lima 2017”*. El objetivo es conocer si existe una relación entre el control del asma y el IMC en la población asmática de consultorio externo de neumología del hospital Dos de Mayo en 2017. El estudio fue de tipo descriptivo transversal de correlación, con una muestra de 59 pacientes obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, proveniente del consultorio externo de neumología del Hospital nacional Dos de Mayo. La población evaluada fue en su mayoría de sexo femenino, con una media de edad de 54 años, en su mayoría con sobrepeso u obesidad (57%) y en su mayoría con un asma no controlada. Se encontró que no hay relación entre el control del asma y el sexo ($p=0.59$) y que el control del asma no tiene relación con el IMC de manera estadísticamente significativa ($p=0.61$). Más de la mitad de la población asmática encuestada tiene sobrepeso; el control del asma es indiferente al sexo; y no existe una relación entre el control del asma y el IMC (11).

En el Centro de Salud de Acobamba se pudo comprobar que no existe relación entre el IMC y el asma, debido a que los pacientes que presentaron estos cuadros, no son de un IMC específico, pero que si hay una presencia alta en los

pacientes con sobrepeso y una edad exacta. Y que las complicaciones graves son debido a casos mal controlados.

VILLANUEVA I, (2020). *“Exceso de peso y su asociación con las hospitalizaciones por crisis asmática en pacientes de 6 a 14 años con crisis aguda atendidos en el Complejo Hospitalario PNP L.N.S en el periodo enero 2017-julio 2018”.* Ciudad de Lima. El objetivo principal de este estudio es determinar si el exceso de peso es un factor asociado a la hospitalización por crisis asmática aguda en pacientes de 6 a 14 años con crisis aguda atendidos en el complejo hospitalario PNP L.N.S en el periodo enero 2017-julio 2018. Estudio observacional, analítico de tipo caso control (proporción 1:2) retrospectivo. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2017 y el IBM SPSS Statistics²⁵. La población estuvo constituida por los pacientes de entre 6 y 14 años que ingresaron al servicio de pediatría en el Hospital PNP L.N.S en el periodo comprendido de enero del 2017 a julio del 2018. De los casos, el 65.18% fueron varones y 50.37% tuvieron exceso de peso. Sobre la estancia hospitalaria esta fue mayor en los que presentaban exceso de peso con respecto a los de peso normal (5.7 ± 4.67 DE vs. 5.43 ± 5.02 DE) pero no fue significativo ($p > 0.05$). En el análisis bivariado, el exceso de peso no demostró asociación estadística (OR 1.38 IC95% 0.895-2.142, $p 0.153$) pero el bajo peso si (OR 3.15 , IC95% 3.151-283-7.747 , $p 0,012$), por lo que se consideró prudente hacer un análisis multivariado, el que demostró que existe una asociación significativa entre hospitalización por crisis asmática y exceso de peso (O.R. 1.65, IC95% 1.03-2.66, $p < 0.037$), al contrario que el bajo peso. Sobre edad, el grupo de 6 a 10 años volvió a presentar una asociación estadísticamente significativa (QR. 5.32 IC95% 3.35-8.44) mientras que el sexo no demostró tener

asociaciones. En este estudio se encontró asociación significativa entre exceso de peso y la hospitalización por crisis asmática (12).

Este estudio tiene una gran relación con los casos presentados en el Centro de Salud de Acobamba, debido a que los pacientes que presentaron crisis asmática, la mayoría de ellos tienen un IMC con sobrepeso.

PESANTES M. (2016). *“Bronquiolitis como factor de riesgo para el asma en pacientes pediátricos con antecedentes paternos de atopia y/o asma”.* Ciudad de Trujillo. El objetivo de este trabajo es determinar si la bronquiolitis es un factor de riesgo para asma en pacientes pediátricos con antecedentes paternos de atopia y/o asma. Estudio de casos y controles retrospectivos. Se seleccionaron 80 pacientes pediátricos con antecedentes paternos de atopia y/o asma (56 % hombres y 44 % de mujeres) con edades de 6 a 9 años. Se utilizó la prueba de χ^2 obteniendo 8.64 ($p < 0.05$) y una razón de momios de 4.5 (ci, 95%: 1.16 – 17.3). La bronquiolitis es un factor de riesgo para desarrollo posterior de asma en pacientes pediátricos con antecedentes paternos previos de atopia y/o asma (13).

Los antecedentes familiares influyen mucho en el desarrollo de enfermedades, y este es un claro ejemplo que en la crisis asmática también influyen los factores genéticos. Y es un tema muy importante para desarrollarlo en el Centro de Salud de Acobamba.

MOLINA O. (2019). *“Influencia del ejercicio físico en el control del asma persistente en niños de 6 a 11 años en el Hospital Regional Honorio Delgado”* Ciudad de Arequipa. Su objetivo de este trabajo es determinar la relación entre el ejercicio

físico y el control del asma persistente en pacientes con Asma Bronquial. Se diseñó un estudio experimental, prospectivo y longitudinal; fue realizado en Consultorio de Externo de Neumología Pediátrica del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado; fueron diagnosticados 166 niños de 6 a 11 años con Asma Bronquial persistente, los que fueron repartidos en 2 grupos por igual; cumpliendo todo el protocolo 25 niños en el grupo de ejercicio físico y 52 niños en el grupo que no realizó ejercicios. Teniendo como resultado que de los niños participantes predominó el sexo masculino, con una edad media de 7.3 años, predominando la clase de Asma persistente moderada y la mayoría tenía un estado nutricional normal. La prueba de ejercicio tuvo una mejoría similar entre el grupo de que realizaron ejercicios físicos respiratorios y los que no los realizaron. Concluyendo que el ejercicio físico mejora el control del asma persistente en niños de 6 a 11 años (14).

En el centro de salud de Acobamba se determinó que luego de sufrir complicaciones graves del asma, el control y la recuperación de esta es muy particular a las de después de recibir tratamiento, es por ello que se recomienda la realización de ejercicios adecuados para mejores resultados.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría de Enfermería de Virginia Henderson

A. Ámbito de aplicación

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar a la persona sana o enferma, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que

necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

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

Dentro de su planteamiento, Henderson plantea 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del cuerpo.
4. Moverse y mantener una posición deseable.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropas adecuadas.
7. Mantener la temperatura corporal dentro del intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger el integumento.
9. Evitar peligros en el entorno y no dañar a los demás.

10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Practicar las propias creencias religiosas.
12. Trabajar de forma que se perciba un sentimiento del deber cumplido.
13. Jugar o participar en diversas formas de diversión.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, lo que conduce al desarrollo y la salud normales, y usar las instalaciones de salud disponibles.

B. Metaparadigmas:

B.1 Persona

Es un ser *biopsicosocial*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral. El paciente es el ser biopsicosocial al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

B.2 Enfermería:

Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

B.3 Cuidado

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

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

B.4 Entorno

Condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.

Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad.

B.5 Salud

Capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida de los animales que la integran manteniendo relaciones sexuales entre sí. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Asma Bronquial

2.3.1.1. Definición

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas inferiores que produce mayor mucosidad y se caracteriza por episodios recurrentes de sibilancias, falta de aire al respirar, sensación de opresión de pecho y tos particularmente en la noche o en las primeras horas de la mañana. Estos episodios se asocian habitualmente con una

obstrucción generalizada variable al flujo aéreo, que es reversible o espontáneamente

2.3.1.2. Epidemiología

La prevalencia de asma varía de acuerdo con la zona geográfica, el clima, el estilo de vida y el desarrollo económico de cada región. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo, estimando 250 000 muertes por asma al año. En las últimas cuatro décadas la prevalencia aumentó de forma importante, principalmente en las ciudades industrializadas. Sin embargo, en los últimos 10 años se ha establecido una meseta, en donde a pesar de permanecer alta, no se han reportado incrementos.

En Latinoamérica diferentes estudios demuestran que la gravedad del asma es variable y predominante: de leve a moderada. Cabe mencionar que un 20% sufren de asma severa, asociados a factores ambientales, ya que diferentes regiones poseen distintas condiciones demográficas y climatológicas (2).

En el Perú, sin embargo, la incidencia es mayor en los niños. Ya que uno de cada tres niños peruanos sufre de asma, con lo cual es el país latinoamericano con mayor incidencia de esta enfermedad

2.3.1.3. Etiología

El desarrollo del asma es multifactorial, en ella interviene factores predisponentes y factores desencadenantes:

Factores predisponentes endógenos que determinan la personalidad alérgica o asmática:

- Edad
- Sexo: Predomina en el varón durante la niñez
- Herencia: El 70% de los pacientes, tiene antecedentes patológicos familiares de enfermedades alérgicas.
- Atopía.
- Hiperreactividad bronquial e inflamación.
- Psiquismo.
- Sistema endocrino.
- Sistema nervioso.

Características anatómo-funcionales del aparato respiratorio. Factores desencadenantes exógenos que pueden ser específicos o inmunológicos (alérgenos) e inespecíficos o no inmunológicos (irritantes o ambientales)

- Específicos o Inmunológicos (alérgenos): Para que tenga lugar una sensibilización es necesario que haya un contacto frecuente con el mismo alérgeno, ya sea inhalables (ácaros dermatophagoides, pelos, plumas, lana, caspas, saliva de animales domésticos como gatos, perros, aves, conejos, ratas, ratones y cucarachas, hongos y polen) o ingeribles (alimentos: leche de vaca, cereales, jugo de cítricos, mariscos, huevos, chocolates, tomates, etc. y medicamentos: rara vez causan asma, es más frecuente que el niño asmático se sensibilice secundariamente: penicilinas, sulfas, etc.).
- Inespecíficos o no inmunológicos (ambientales o irritantes): Infecciones sobre todo virales en niños menores de 5 años, clima y estación, temperaturas

extremas sobre todo el frío, cambios meteorológicos, contaminación ambiental por zonas industrializadas, viviendas en construcción o en mal estado, irritantes físicos debido al tabaquismo activo y pasivo y por emanaciones producidas por la combustión de derivados de biomasa como el kerosene, petróleo y gasolina, productos químicos como los detergentes, desinfectantes, aromatizantes, pinturas y otros olores fuertes, sobre esfuerzo físico en el asma inducido por ejercicios, emociones fuertes como ansiedad, miedo y depresión, y nivel socio económico.

2.3.1.4. Cuadro Clínico

Para el diagnóstico de asma se debe considerar los signos y síntomas clínicos de sospecha, como sibilancias (el más característico), disnea, tos y opresión torácica. Éstos son habitualmente variables, de predominio nocturno o de madrugada, provocados por diferentes desencadenantes (infecciones víricas, alérgenos, humo del tabaco, ejercicio, emociones, etc.). Las variaciones estacionales y los antecedentes familiares y personales de atopia son aspectos importantes a considerar.

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

En la exploración física, lo más característico son las sibilancias en la auscultación y, en ocasiones, obstrucción nasal en la rinoscopia anterior y dermatitis o eczema. Sin

embargo, una exploración física normal no descarta el diagnóstico de asma.

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

2.3.1.5. Exámenes Auxiliares

- RX DE TORAX: Es una prueba de rutina en la evaluación del paciente con asma salvo en pacientes con síntomas.
- Hemograma: la eosinofilia es un hallazgo habitual en los niños alérgicos.
- Inmunoglobulinas
- PPD, BK en esputo, según consideración del especialista.
- Pruebas de provocación bronquial y pruebas cutáneas de atopía según consideración del especialista.
- Flujometría en niños menores de 5 años no recomendable.

2.3.1.6. Cuidados de Enfermería

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

Asimismo, es una ciencia que está reconocida como profesión, y que basa sus acciones en una extensa base de conocimientos y experiencias que se aplican de manera

práctica y conjunta en el denominado proceso de enfermería, donde el profesional de enfermería emplea sus diversas cogniciones, habilidades y actitudes para poder valorar, identificar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar las respuestas no sólo de sus pacientes, sino también de todo el contexto que representa su familia y comunidad, logrando de esta manera una intervención integral .

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

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

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

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

que son uno de los factores y/o determinantes que favorecen el cuidado integral.

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

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

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

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADOS

3.1. Valoración

3.1.1 Datos de filiación:

- Paciente: L.T.D.O
- Sexo: Femenino
- Estado civil: Soltera
- Edad: 12años
- Fecha de nacimiento 12/01/2009
- Fecha de ingreso al servicio: 06/03/2020
- Fecha de valoración 06/03/2020
- Historia clínica: 62032636

3.1.2 Motivo de consulta:

Paciente adolescente ingresa al servicio de emergencia el 6 de marzo de 2020 tras presentar tos y dificultad para respirar mayormente en las noches. Familiar refiere que estuvo viviendo en lima por huaycan y por motivo de la pandemia se trasladó a su ciudad natal al distrito de Acobamba. Hace 5 años presento una crisis asmática y fue atendido en el hospital de huaycan

3.1.3 Enfermedad actual:

Paciente ingresa al servicio de emergencia 6 de marzo a las 10:00am, en compañía de sus padres, despierto, ventilando espontáneamente, agitado, ligeramente sudoroso y con dificultad para hablar. A la entrevista, los padres refieren: “que hace 20 minutos tenia falta de aire”

3.1.4 Antecedentes:

3.1.4.1 Antecedentes perinatales: Nacido a término con peso nacer: 3500gr.

3.1.4.2 Antecedentes familiares: Ninguna

3.1.4.3 Antecedentes personales: Crisis asmática hace 5 años.

3.1.4.4 Alergias: Niega

3.1.4.5 Antecedentes socioeconómicos y culturales:
Paciente de religión católica y estudiante.

3.1.5 Examen físico:

Control de signos vitales:

Presión arterial: 100/80 mmhg

Frecuencia cardiaca: 100 por minuto

Frecuencia respiratoria: 23 por minuto

Temperatura: 36.6 °C

Sat.O₂: 87%0

Exploración céfalo caudal:

- Cabeza: Normo cefálico (no se palpa ganglios ni masas)
- Oreja: Simétricas y con buena audición
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Orofaringe eritematoso congestionado. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico.

- Tórax: Simétricos, pulmones: murmullo vesicular pasa con dificultad en ambos hemitórax. Sibilantes y roncos difusos en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: Blando y depresible, no impresiona dolor a la palpación.
- Genito urinario: Normal, Micción espontánea.
- Columna vertebral: Normal, sin malformaciones.
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas.
- Fuerza muscular: Disminuida

Indicaciones médicas tratamiento farmacológico:

TRATAMIENTO	DOSIS	VÍA
Clna 0.9%1000	500 cc/h	EV
Hidrocortisona	135mg	EV
Nebulización	Fenoterol 8 gotas + 5cc Suero Fisiológico	
Salbutamol	4 puff	
Soporte de Oxígeno	2 litros de oxígeno a la SAT O2 menor de 86%	
Posición Semi Fowler		

3.1.6 Exámenes Auxiliares: Hematológicos

Prueba	Valores encontrados	Valores referenciales
Hematies		
Hemoglobina	13.7	
Hematocrito	38.1%	
Recuento de plaquetas	390	10 ³ /uL
Leucocitos		
Abastionados	0	Hasta 8%
Segmentados	78	17 – 60 %
Eosinofilos	0	1 – 5%
Basófilos	0	0 – 1%
Monocitos	8	1 – 11%
Linfocitos	14	20 – 70%

Prueba	Valores encontrados	Valores referenciales
Proteína C Reactiva	POSITIVO	

3.1.7 Valoración según modelo de clasificación de Dominios y Clases

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

- **Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: No
- **Clase 2.** Gestión de salud: SIS

DOMINIO II. Nutrición

- **Clase 1. Ingestión:** Apetito disminuido, dificultad para deglutir, dentadura completa, mucosa oral sin lesiones.
- **Clase 2. Digestión:** Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes. No náusea ni vómitos.
- **Clase 3. Absorción:** Peso: 56 Kg.

- **Clase 4. Metabolismo:** Piel normal
- **Clase 5. Hidratación:** Mucosas húmedas.

DOMINIO III. Eliminación

- **Clase 1. Función urinaria:** Micción espontánea. Frecuencia: 6 veces por día.
- **Clase 2. Función gastrointestinal:** Deposición: 1 vez por día. No estreñimiento.
- **Clase 3. Función tegumentaria:** Ligeramente sudoroso.
- **Clase 4. Función respiratoria:** Ventilando espontáneamente con Sat O₂ 87%. Pulmones: murmullo vesicular pasa con dificultad en ambos hemitórax. Sibilantes y ronos difusos en ambos campos pulmonares.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

- **Clase 1.** Reposo/sueño: Reposo forzado, sueño interrumpido.
- **Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo forzado por enfermedad.
- **Clase 3.** Equilibrio/energía: Se moviliza con dificultad.
- **Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: frecuencia cardíaca con taquicardia = 100 x min, frecuencia respiratoria = 23 x min, saturación = 86% con oxígeno ambiental.
- **Clase 5.** Autocuidado: Asistido por padres.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

- **Clase 1.** Atención: Responde con dificultad al interrogatorio.
- **Clase 2.** Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.
- **Clase 3.** Sensación-percepción: Conservado

- **Clase 4.** Cognición: No alterado, conocimiento deficiente y control emocional inestable.
- **Clase 5.** Comunicación: Por momentos se muestra irritable.

DOMINIO VI. Autopercepción

- **Clase 1.** Autoconcepción: Se observa triste
- **Clase 2.** Autoestima: refiere: me da cosas venir al centro

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

- **Clase 1.** Rol de cuidador: Padre refiere que se encuentra ansioso
- **Clase 2.** Relaciones familiares: Padre preocupados por la salud de hijo
- **Clase 3.** Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

DOMINIO VIII. Sexualidad

- **Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.
- **Clase 2.** Función sexual: No refiere.
- **Clase 3.** Reproducción: No tiene hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- **Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere que no pensó pasar por todos estos eventos
- **Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Refiere me siento cansado
- **Clase 3.** Estrés neuro-compartmental: No refiere.

DOMINIO X. Principios vitales

- **Clase 1.** Valores: No refiere
- **Clase 2.** Creencia: católico.

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

DOMINIO XI. Seguridad y protección

- **Clase 1.** Infección: $T^{\circ}= 36,6C^{\circ}$, procedimientos invasivos:
Catéter venoso periférico en miembro superior derecho.
- **Clase 2.** Lesión física: No refiere
- **Clase 3.** Violencia: No acepta procedimiento.
- **Clase 4.** Peligros del entorno: Área de emergencia en ligero hacinamiento.
- **Clase 5.** Procesos defensivos: Hemograma en valores normales
- **Clase 6.** Termorregulación: Afebril, $T^{\circ}= 36,6C^{\circ}$.

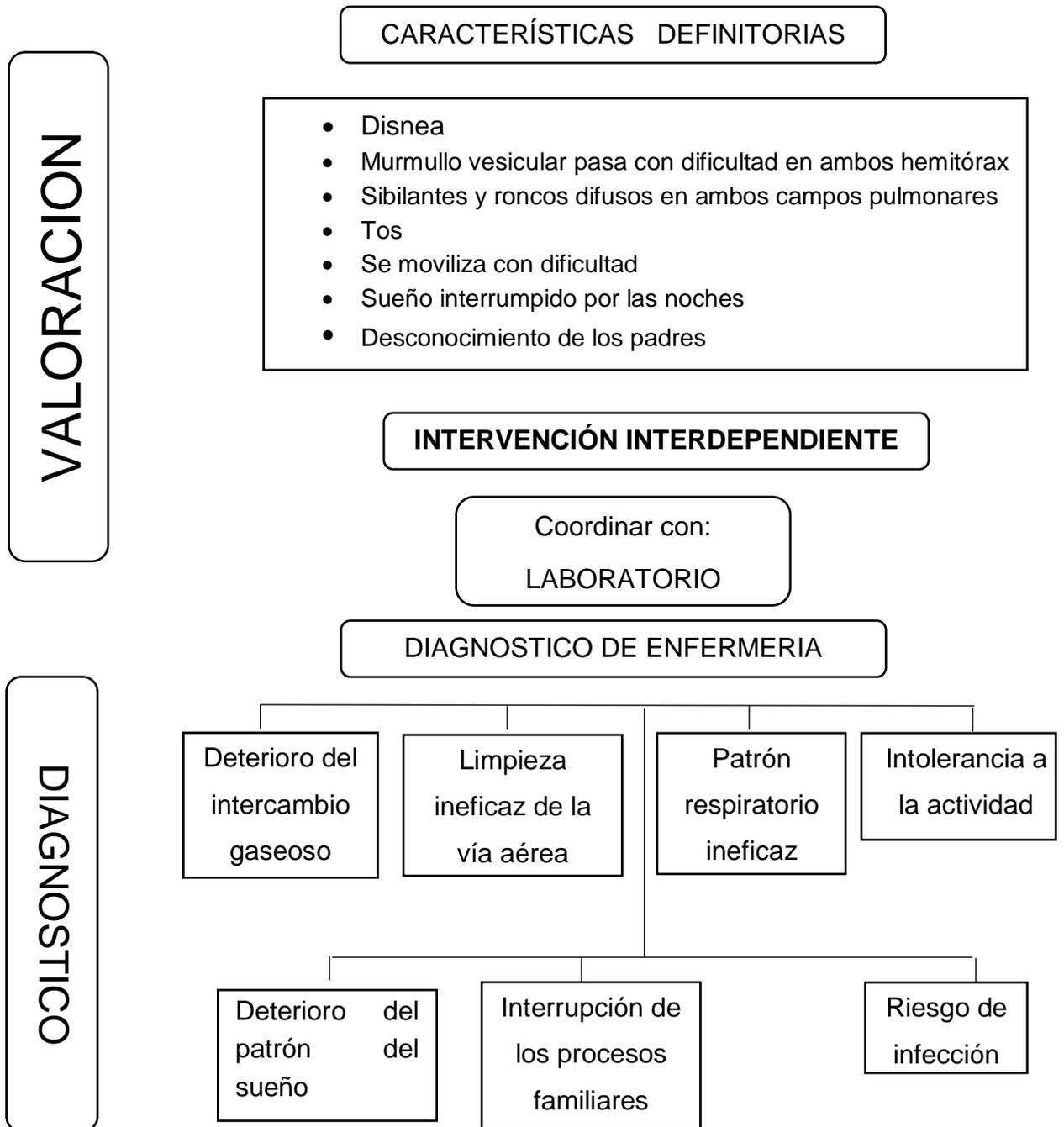
DOMINIO XII. Confort

- **Clase 1.** Confort Físico: Con facies de alivio
- **Clase 2.** Confort del entorno:

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

- **Clase 1.** Crecimiento: Normal.
- **Clase 2.** Desarrollo: Incremento del desarrollo para su edad.

3.1.8 Esquema de valoración:



3.2 Diagnóstico:

3.2.1 Lista de hallazgos significativos

- Disnea
- Murmullo vesicular pasa con dificultad en ambos hemitórax.
- Sibilantes y roncocal difusos en ambos campos pulmonares.
- Tos
- Se moviliza con dificultad
- Sueño interrumpido por las noches
- Procedimientos invasivos

3.2.2 Diagnostico de enfermería según dato significativo:

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

3.2.1 Esquema de diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Intercambio de gases	Desequilibrio ventilación perfusión	Respiración anormal	Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación
Limpieza de Vía aérea	Mucosidad excesiva	Sonidos respiratorios adventicios (sibilantes y roncantes)	Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c mucosidad excesiva m/p sonidos respiratorios adventicios
Patrón respiratorio: Ventilación	Fatiga	Disnea	Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p disnea
Intolerancia a la actividad	Debilidad generalizada	Malestar debido al esfuerzo	Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p malestar debido al esfuerzo.
Patrón del sueño	Interrupciones	Cambio en el patrón del sueño	Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones m/p cambio en el patrón del sueño.
Manejo del régimen terapéutico	Déficit de conocimientos de los padres	Verbalizaciones sobre los cuidados del niño	Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño.
Infección	Procedimientos invasivos		Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

3.3. Planificación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00030</p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación m/p respiración anormal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Estado • Respiratorio: • Ventilación: 0403 	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Asistencia en la ventilación: 3390 • Oxigenoterapia: 3320 • Gestión de las vías aéreas: 3140 • Monitorear frecuencia respiratoria y Saturación de oxígeno. • Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 horas • Se administra salbutamol por Aero cámara 4 puff • Se brinda oxigenoterapia con cánula binasal 4 litros/minuto. • Se administra medicación según indicación médica: Hidrocortisona 136mg EV. • Se nebuliza al paciente según indicación médica. (NBZ c/8gotas Fenoterol + 5cc SF) 	<p>Paciente mantiene buena ventilación</p> <p>Paciente con frecuencia respiratoria de 20 por minuto y saturación de oxígeno de 93%.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código:00032</p> <p>LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA</p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <p>Riesgo de Secreciones bronquiales.</p> <p>Características Definitorias: M/P</p> <p>Tos.</p> <p>Crisis de asma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas: 0410 • Estado respiratorio: Ventilación: 0403 	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Fomento de la tos: 3250 • Manejo de las vías aéreas: 3140 • Monitorización respiratoria: 3350 • Controlar la frecuencia respiratoria y satO2. • Enseñar al paciente a que tosa. Nebulizar al paciente según prescripción médica (NBZ c/8gotas fenoterol + 5cc SF) • Realizar fisioterapia respiratoria. Realizar cambios posturales al paciente Mantener una buena hidratación al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ha mejorado la permeabilidad de las vías aéreas. • Paciente elimina secreciones respiratorias. • Paciente con frecuencia respiratoria de 20 por minuto y saturación de oxígeno de 93%

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00032</p> <p>PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ</p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <p>Tos persistente, seca e irritativa.</p> <p>Características Definitorias: M/P</p> <p>Hiperinflación pulmonar bilateral y simétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código • Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: 0410 • Estado respiratorio: Ventilación: 0403 	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Control y seguimiento respiratorio: 3350 • Gestión de las vías aéreas: 3140 • Administración de oxígeno previa indicación médica. • Conectar el nebulizador a toma de oxígeno con un flujo de 6 - 8 litros y coloque la mascarilla al paciente de manera que selle nariz y boca verificando que se produzca una nube de aerosol. • Monitorizar los signos vitales en lapsos de tiempo de 30 minutos • Controlar la frecuencia respiratoria y satO2 • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ha mejorado su patrón respiratorio. • Paciente con frecuencia respiratoria de 20por minuto y saturación de oxígeno de 93%

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00092</p> <p>Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p malestar debido al esfuerzo</p>	<p>Código:</p> <p>Tolerancia a la actividad: 0005</p> <p>Conservación de la energía: 0002</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Gestión de la energía: 0200 • Oxigenoterapia: 3320 • Terapia con ejercicio: control muscular: 4310 • Se administra oxígeno por cánula binasal. • Se administra tratamiento indicado. • Control funciones vitales: Frecuencia respiratoria. • Se educa a paciente sobre la importancia de descansar para reponer energía • Se educa al paciente sobre los signos y síntomas del inicio del asma. • Favorecer el reposo / limitación de actividades • Facilitar la alternancia de períodos de reposo o actividad. • Instruir a los padres a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente verbaliza que conoce la importancia de la administración de oxígeno y medicamentos para aumentar su tolerancia a hacer actividades. • Paciente puede comer e ir al baño por sí mismo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00198</p> <p>Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones m/p cambio en el patrón del sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Bienestar: 2100 • Sueño: 0004 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del entorno: comodidad: 6482 • Mejorar el afrontamiento: 5230 • Mejorar el sueño: 1850 • Determinar las causas de la fatiga. • Observar al niño por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional. • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, palidez y frecuencia respiratoria). • Observar y registrar el esquema de número de horas de sueño del paciente. • Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento o actividad. • Favorecer el reposo / limitación de actividades (reducir ruidos y luces y posición semifowler). Facilitar la alternancia de períodos de reposo o actividad. • Instruir a los padres a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente puede dormir al menos 4 horas seguidas durante la noche. • El paciente se muestra más tranquilo y accesible a la administración de tratamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00082</p> <p>Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de los padres m/p verbalizaciones sobre los cuidados del niño</p>	<p>Código: 1813</p> <p>Conocimiento: proceso de enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Apoyo al cuidador principal: 5270 • Enseñanza: proceso de enfermedad: 5240 • Determinar el nivel de conocimientos de los padres. • Proporcionar información sobre el estado del niño. • Enseñar a los padres la terapia del niño: manejo de inhaladores, ejercicios respiratorios, eliminación de secreciones. • Enseñar a los padres técnicos de manejo de estrés. • Reforzar la información dada por el médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres verbalizan la comprensión de los cuidados del niño en el hospital y en domicilio. • Los padres demostrarán la realización de ejercicios respiratorios.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00004</p> <p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos</p>	<p>Código: 1924</p> <p>Control del riesgo: proceso infeccioso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: • Control de infecciones: 6540 • Prevención de infecciones: 6550 • Se controla funciones vitales • Se realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento • Se mantiene la asepsia • Se vigila signos de infección local y generalizada debido a los procedimientos invasivos. • Se enseña a los familiares los signos de infección en la zona de la inserción del catéter. • Se señala a los familiares los signos de infección en la zona donde se coloca la mascarilla simple. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente no presento infección agregada por los procedimientos invasivos, no se evidencia infección local, no existe flebitis.

3.4. Ejecución y Evaluación

3.4.1 Registro de enfermería, SOAPIE:

S	Paciente pediátrico refiere: “me siento un poco cansado”. Padre refiere: “mi hija presento lo mismo hace 5 años en Lima y ahora lo veo mal, tiene tos, está agitado y sudando”.
O	Paciente adolescente de sexo femenino ingresa al servicio de emergencia, en compañía de sus padres, despierto, ventilando espontáneamente, con presencia de sibilantes y roncales en ambos campos pulmonares, agitado, piel y mucosas hidratadas, con sudoración generalizada, micción espontánea.
A	Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación m/p respiración anormal. Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c mucosidad excesiva m/p sonidos respiratorios adventicios. Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p disnea. Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p malestar debido al esfuerzo. Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones m/p cambio en el patrón del sueño. Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos de los padres m/p verbalizaciones sobre los Cuidados del adolescente. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

<p>P</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la ventilación. • Mantener permeable la vía aérea. • Mejorar el patrón respiratorio. Favorecer la tolerancia a la actividad. • Mejorar el sueño. • Mejorar los procesos familiares. • Mejorar el régimen terapéutico. • Disminuir el riesgo a infección
<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar los signos vitales. • Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 o 4 horas. • Vigilar el patrón respiratorio: frecuencia, profundidad y esfuerzo. • Se nebuliza al paciente según indicación médica. Se brinda oxigenoterapia por mascarilla simple. • Se administra medicación según indicación médica: hidrocortisona 100mg EV. • Se administra bromuro de ipratropio 2 puff. Enseñar al paciente a que tosa. • Realizar fisioterapia respiratoria. • Realizar cambios posturales al paciente. Mantener una buena hidratación al paciente. • Monitorear frecuencia respiratoria y Saturación de oxígeno. Permitir que la familia permanezca con el niño. • Promover los cuidados centrados en la familia. • Explicar los procedimientos y regímenes terapéuticos a la familia. • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento.

E	<ul style="list-style-type: none">• Paciente mejora su ventilación.• Paciente no presenta sibilantes ni roncales.• Paciente mantiene el patrón respiratorio en valores normales FR:20X• Paciente reconoce el beneficio del tratamiento para mejorar su actividad.• Paciente descansa 4 horas no interrumpidas durante la noche. Padres verbalizan los cuidados a tener con su hijo en el hospital y en casa al momento del alta.• Padres reconocen la importancia de la hospitalización de su hijo.• Paciente no presenta signos de infección agregada.
----------	---

CONCLUSIONES

1. El proceso de atención de enfermería, es una herramienta eficiente para poder valorar, diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de enfermería para una atención integral al paciente con crisis asmática, fomentando un razonamiento crítico y desarrollando las habilidades prácticas en las enfermeras.
2. Los pacientes con crisis asmáticas que reingresan al servicio de emergencias, en su mayoría vienen después de presentar los síntomas.
3. En algunos casos, los pacientes con crisis asmática ingresan al centro de salud, después de haber recibido automedicación en las farmacias.
4. El proceso de atención de enfermería es registrado en la historia clínica y forma parte de un documento legal que plasma las acciones de la enfermera de forma continua, completa e individual

RECOMENDACIONES

Al personal de enfermería:

1. Realizar una atención de calidad en el servicio de emergencia a los pacientes con crisis asmática basada en conocimientos, prácticas y protocolos de atención en paciente con crisis asmática en los servicios de emergencia, son los ejes fundamentales en el proceso de atención de enfermería.
2. La valoración, monitoreo y evaluación de las acciones planteadas permite a la enfermera a determinar la efectividad de sus acciones para así poder satisfacer las necesidades del paciente de enfermería favorece establecer prioridades en el diagnóstico de enfermería y generar un plan de cuidados acorde a las necesidades encontradas.
3. En el servicio de emergencias se tiene programado capacitaciones continuas al personal de enfermería sobre el abordaje de los pacientes con crisis asmática y otras patologías comunes que incrementen la tasa de morbilidad y mortalidad en el país, con la finalidad de incrementar sus conocimientos y las prácticas sobre estas temáticas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la salud. [Internet]. SUIZA: GINEBRA 27; c2021. [citado 2021 feb 16]. Disponible en:
<https://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
2. OCAMPO J, GAVIDIA R, SANCHEZ J. Prevalencia del asma en América Latina. Mirada crítica a partir del ISAAC y otros estudios. Rev Alerg Mex. 2017 [Internet].2017 [citado 2021 feb 16]; 64(2):188-197. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v64n2/2448-9190-ram-64-02-00188.pdf>
3. Río-Navarro Blanca Estela del, Hidalgo-Castro Emilia María, Sienra-Monge Juan José Luis. Asma. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2009 feb [citado 2021 feb 17]; 66(1): 3-33. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es
4. Jave O. Asma en el Perú. [Internet] C 18. AMERICATBCOALITION;2018 junio 26; [citado 2021 feb 16] Disponible en: <https://actbistas.org/asma-en-peru-doctor-oswaldo-jave/#:~:text=el%20Per%C3%BA%20%E2%80%93%20Dr.-Oswaldo%20Jave,400%20millones%20en%20el%202025.>
5. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. [Internet].; 2006 [citado 2021 feb 20]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>

6. Medina B. Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma. Nure Investigación. [Internet]. 2016. [citado 2021 feb 20]. Disponible en:
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/734/697>
7. Barruso J. PPlan de cuidados: Más allá de lo evidente: Cuidados al niño con Asma Lejona; 2016, Universidad del País Vasco. [Internet]. 2016. [citado 2021 feb 20]. Disponible en:
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19709/TFG%20Barruso%20Fern%C3%A1ndez%20Janire.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Piedra M, Factores de riesgo asociados al asma severa en pacientes pediátricos hospitalizados en UCIP del Hospital Roberto Gilbert Elizalde en el periodo enero de 2013 a diciembre de 2015. Tesis para optar la especialidad en Pediatría. [Internet]. Guayaquil: Universidad Católica De Santiago De Guayaquil. Ecuador; 2017 [citado 2021 feb 17]. 69 p. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8295/1/T-UCSG-POS-EGM-PE-47.pdf>
9. Olmos J, Factores asociados al asma grave en niños asmáticos de 2 a 13 años en la ciudad de Riberalta. Tesis para optar el grado de magister. [Internet]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2018 [citada 2021 feb 17]. 42 p. Disponible en:
<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/18598/TMT050.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Álvarez A, Quintana F. Atención de enfermería en niños en edad preescolar con asma bronquial en servicio de emergencia de un Hospital de Guayaquil. Octubre 2016-febrero. 2017. Tesis para optar el título

profesional. [Internet]. Guayaquil: Universidad Católica De Santiago De Guayaquil. Ecuador; 2017 [citada 2021 feb 17]. 68 p. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7587/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-363.pdf>

11. Deza M, Control de asma y su relación con el peso. Hospital Dos de Mayo, 2017. Tesis para optar título profesional. [Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2019 [citada 2021 feb 17] 47 p. Disponible en: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4599/deza_cmb.pdf?sequence=3&isallowed=y
12. Villanueva I, Exceso de peso y su asociación con las hospitalizaciones por crisis asmática en pacientes de 6 a 14 años con crisis aguda atendidos en el complejo Hospitalario PNP L.N.S en el periodo enero 2017-julio 2018. Tesis para optar título profesional. [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2020 [citada 2021 feb 17]. 73 p. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3008/IVILLANUEVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Pesantes M, Bronquiolitis como factor de riesgo para el asma en pacientes pediátricos con antecedentes paternos de atopia y/o asma. Tesis para optar título profesional. [Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo; 2016 [citada 2021 feb 17]. 39 p. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8095/PesantesRodr%c3%adguez_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Molina R, Influencia del ejercicio físico en el control del asma persistente en niños de 6 a 11 años en el Hospital Regional Honorio Delgado. Tesis para optar el grado de doctorado. [Internet]. Arequipa: Universidad

Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa; 2019 [citada 2021 feb 17].
71 p. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11677/UPmosuro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

**SERVICIO DE SALUD
LAS 24 HORAS, LOS
365 DIAS DEL AÑO**

REGION JUNIN
Trabajando con la fuerza del pueblo!

**RED INTEGRAL DE SALUD
TARMA**

Ministerio de Salud
Personas que cuidamos personas

CENTRO DE SALUD ACOBAMBA

**EMERGENCIA
URGENCIA**

CIRCUITO NO COVID

**MICRO RED
ACOBAMBA**

24/7

**TELEFONO: 064-341074
AV. MANUEL A. ODRIA N°280**



HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA

334

Año: 2021

Establecimiento de Salud: C.S. Acobambas

HISTORIA CLÍNICA N° <u>62032636</u>		FECHA <u>06-03-2020</u>	HORA INGRESO <u>10:00 am</u>	Prioridad I <input checked="" type="checkbox"/>	Prioridad III <input type="checkbox"/>
DATOS PERSONALES		APPELLIDO PATERNO <u>Delgado</u>	APPELLIDO MATERNO <u>Ortega</u>	NOMBRES <u>Luz Adriana</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° DNI <u>62032636</u>		TIPO DE SEGURO <u>Contribuyente</u>		FECHA NACIMIENTO <u>12-01-2009</u>	
ESTADO CIVIL <u>Soltero</u>		TIPO DE SEGURO () OTROS ()		TELEFONO / MOVIL <u>23x1</u>	
DOMICILIO <u>Avenida Calle Jirón - Pasaje</u>		DISTRITO <u>Tarma</u>		DEPARTAMENTO <u>Junín</u>	
LOCALIDAD <u>Tarma</u>		PROVINCIA <u>Tarma</u>		Domicilio <u>Junín</u>	
TRAIDO POR: <u>Isabel Ortega</u>		DNI <u>77000000</u>		PARENTESCO <u>Padre</u>	
FORMA DE INGRESO: <input checked="" type="checkbox"/> Caminando		<input type="checkbox"/> Silla Ruedas		<input type="checkbox"/> Camilla	
PULSO <u>73x1</u>		FRAC. CARDIACA <u>100%</u>		FRAC. RESP. <u>83%</u>	
PESO <u>53</u>		TEMPERATURA <u>36.6°</u>		ENFERMEDAD SUBYACENTE <u>Ignorada</u>	
TALLA <u>150</u>		ACIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD COMUN <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DE LA EMERGENCIA <u>Episodio de asfixia</u>		AGRESIÓN <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD SUBYACENTE <input type="checkbox"/>	

HORA DE INICIO ATENCIÓN MÉDICA: _____

ANAMNESIS:
 Paciente de sexo femenino acude al servicio por presentar dificultad respiratoria, disnea, dolor y opresión en el pecho, sibilancias y ex...

ANTECEDENTES:
 1 año atrás fue atendida por el mismo episodio de Lima

EXAMEN CLÍNICO:
 1. Presenta tórax expandido simétrico, a la auscultación, se ausculta
 2. Cuello: Gueglon no inflamado.
 3. Tórax: ruidos vesiculares puros con dificultad en ambos hemitoraces, sibilancias y ruidos rítmicos en ambos campos pulmonares.

EXAMENES AUXILIARES	Laboratorio	Radiología	Ecografía	Tomografía	Reson. Magnét.	Otros
---------------------	-------------	------------	-----------	------------	----------------	-------

DIAGNOSTICOS:

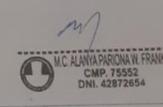
Impresión Diagnóstica	Tipo Dx	Código CIE 10	Causa Externa	Tipo Dx	Código CIE 10
1. <u>ASMA</u>	(P) (D)	<u>J45.91</u>	1.	(P) (D)	
2.	(P) (D)		2.	(P) (D)	
3.	(P) (D)				
4.	(P) (D)				

TRATAMIENTO:
 - Clna 1000mg 500mg x 3 días
 - Montelukast 20mg (2009) 135mg C.V. S.O.
 - Nebulización Fenoterol Biotin + Sec Suero Asistológico
 - Sibilancias 4 puff cada 15 minutos.

PLAN:
 Ex Ho

DESTINO DEL PACIENTE:
 Queda en Observación Hospitalizado Servicio de: _____
 Hora Ingreso 10:10 HORAS a Control por Consultorios Externos Su casa: ()
 Hora Salida 15:40 HORAS Tápico () Morgue ()

CONDICIÓN DEL ALTA:
 Curado () Mejorada () A solicitud () Fugado ()
 Referido () Especificar: _____ Fallecido ()
 Hora de Salida del paciente de Servicio de Emergencia: 15:45

Firma y sello del Médico tratante:

 M.C. ALIANA PERONA W. FRANK
 CMP. 75552
 DNI. 42872654

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS