

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES CON CRISIS
ASMÁTICA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
VENTANILLA – CALLAO, 2021**

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

ILENIA NOEMÍ BONELLI TUESTA

Callao - 2022
PERÚ

DEDICATORIA

Lleno de regocijo, de amor y esperanza, dedico este trabajo a cada una de mis hijas que han sido pilar para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme estar con salud.

Al Director del hospital ventanilla por brindarme las facilidades.

Al jefe de Enfermería por brindarme las facilidades y apoyo
en la ejecución de mi estudio.

A mi asesora por haberme brindado todos sus conocimientos.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	10
2.2 Bases Teóricas	13
2.2.1 Teoría de Florence Nightingale	13
2.2.2 Teoría de Marjory Gordon.....	14
2.3 Bases Conceptuales.....	15
CAPÍTULO III: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	20
I. VALORACION.....	20
1.1 Datos de filiación:	20
1.2 Enfermedad actual	20
1.3 Antecedentes.....	21
1.4 Examen físico	21
1.5 Indicaciones médicas:	22
1.6 Valoración según patrones funcionales.....	23
1.7 Priorización de diagnósticos	27
1.8 Diagnostico de enfermería:.....	28
1.9 Planificación:	30

II. EJECUCION Y EVALUACION	35
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

INTRODUCCIÓN

Según el estudio en América Latina ocurre que los niveles actuales de control del asma distan mucho de los objetivos especificados por las guías internacionales para el manejo del asma.

A pesar de este consenso mundial sobre los objetivos del manejo del asma, los Datos epidemiológicos publicados recientemente en Europa, Estados Unidos de América y Australia indican que en muchos países el tratamiento de los pacientes con asma es inadecuado y muchos pacientes no logran el control de su enfermedad. (1)

El asma tiene una baja tasa de mortalidad en comparación con otras enfermedades crónicas, pero aun así se producen al año 385.00 muertes (según datos de la Organización Mundial de la Salud de 2016) por una enfermedad que a pesar de no tener una cura es fácilmente tratable. (2)

El presente trabajo académico titulado “Cuidado en enfermería en adolescente con crisis asmáticas del servicio de emergencia del hospital de ventanilla” Callao 2021, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes de insuficiencia respiratoria, siendo un deterioro repentino de la función del intercambio gaseoso del pulmón que pone en peligro la vida.

La crisis asmática se caracteriza por la inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de las vías aéreas, que condicionan dificultad para respirar, sibilancias, tos y sensación de opresión o dolor torácico, asociado a disminución de la función pulmonar.

En cuanto al desarrollo del presente trabajo académico se realizó un plan de cuidados de enfermería para el paciente adolescente con crisis asmática

Como enfermera asistencial del área de shock trauma del servicio de emergencia tanto adultos como pediátricos donde he percibido continuamente el ingreso de pacientes adolescentes y adultos con el diagnóstico médico de crisis asmática en el cual se puede apreciar las múltiples necesidades de estos pacientes en cuanto a su salud y auto cuidado, ante ello en la mayoría de oportunidades se ha realizado una intervención inmediata y prioritaria con la finalidad de evitar

complicaciones en el estado de salud de los adolescentes que puedan agravar el cuadro y en ocasiones llevarlos a la muerte.

Finalmente, es necesario mencionar que el presente trabajo de investigación presenta la siguiente estructura

Capítulo I: Descripción de la situación problemática

Capítulo II: Marco teórico

Capítulo III: Plan de Cuidados de Enfermería, Valoración según de patrones funcionales, priorización y diagnóstico de enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Capitulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Referencias bibliográficas, además de ello, presenta la sección de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo hay **235 millones de personas con asma**, la gran mayoría niños, ya que esta es la enfermedad crónica no transmisible más común durante la infancia. Pero también hay personas que la desarrollan por primera vez en la edad adulta. (1)

El asma figura en el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT (Enfermedades No Transmisibles) y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

La OMS está adoptando medidas para mejorar el diagnóstico y el tratamiento del asma. (3)

Según el estudio en América Latina ocurre que los niveles actuales de control del asma distan mucho de los objetivos especificados por las guías internacionales para el manejo del asma. (1)

Se calcula que unos 300 millones de personas padecen asma en el mundo, y teniendo en cuenta los datos del crecimiento poblacional y urbanístico, se prevé que en el 2025 otros 100 millones sufran esta enfermedad (4)

Al comentar esta situación, la Dra. Francés Guerra, pediatra del Instituto de Salud del Niño (INSN - ex hospital del Niño), dijo que según un estudio realizado en la capital entre el 17% y 25% de niños padece de esta enfermedad que es generada por factores genéticos o condiciones ambientales.

Precisó que el 80% de niños afectados por esta enfermedad presenta crisis durante el invierno, a causa de los cambios bruscos de temperatura y la humedad imperante en Lima. (5)

La evaluación comparativa que es prevalencia del asma bronquial en nuestro medio y la existencia del programa preventivo en el Hospital III Yanahuara – Es Salud, se decidió desarrollar el presente trabajo de investigación para poder evaluar y comparar el nivel de control de asma alcanzado en pediatría y en diferentes establecimientos de Es Salud – Arequipa. (6)

Una crisis de asma es un episodio que se caracteriza por inflamación, hipersensibilidad y obstrucción reversible de las vías respiratorias, que conduce a disnea, tos y presión en el pecho, y se asocia con una función pulmonar disminuida.

El tratamiento que se da en estos casos: Agonistas, Beta de acción corta como el albuterol, estos son los mismos medicamentos son inhaladores de acción rápida, corticoides orales, Ipratropio, salbutamol intubación, ventilación mecánica y oxígeno.

Las causas comunes de los ataques de asma incluyen: polen, mascotas, moho y ácaros del polvo, que pueden causar infecciones del tracto respiratorio superior. Los ataques de asma pueden durar horas o incluso días. Medicamento de acción rápida (también llamado medicamento de rescate o de acción rápida). Suelen hacer que los síntomas desaparezcan rápidamente.

Asimismo se puede evidenciar en el servicio de Emergencia, del Hospital de Ventanilla, en el tópico de pediatría y medicina ingresan los pacientes con el diagnóstico médico de asma, en algunos recurrentes para recibir una atención.

Sin embargo se puede apreciar que la condición de los pacientes al ingresar a la emergencia son por dificultad respiratoria avanzada, donde los niños y adolescentes prefieren estar sentados encontrándose en algunos casos agitados, tos, disnea, ansiosos, sudorosos, incapaces de decir alguna frase; es decir tiene una crisis asmática severa, la cual implica la Salud de ellos, hasta puede originar la muerte. Ante ello, en el servicio de emergencia es de vital importancia una atención inmediata de forma holística y humana, priorizando las necesidades fundamentales del paciente, es decir la intervención de los profesionales de la salud, deber ser efectiva, eficiente y eficaz, con la única finalidad de estabilizar al paciente y apoyarlo en su proceso de recuperación.

Es así que la enfermera dentro de este contexto aplique el plan de enfermería, el cual es la metodología científica que utiliza la profesión con el objetivo de concientizar al paciente de continuar con el tratamiento. Donde la valoración

realizada es el inicio del plan de cuidados de enfermería, por medio de una recolección de datos, los cuales permitirán generar un juicio de valor, que se convertirá en la valoración según patrones funcionales; para poder realizar el diagnóstico de enfermería, planificar, ejecutar y por último la evaluación.

En resumen, la enfermera tiene la responsabilidad de brindar una atención de calidad en base a una metodología científica denominada planificación de enfermería.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Barrios A. (Uruguay, 2020) En su investigación titulada “Tratamiento combinado de niños y adolescentes ingresados en atención secundaria en el hospital pediátrico de Pereira Rossell Hospital Central” (Julio a septiembre de 2019) **Objetivo:** en el departamento de pediatría de Pereira Rossell hospital Central de Julio a septiembre del 2019 dos o más medicaciones crónicas hospitalizado en una sala de cuidados moderados de un hospital **Métodos:** encuesta al personal de enfermería de niños y adolescentes de 12 a 15 años que tomaron dos o más medicamentos durante un período prolongado se analizaron los siguientes variables: edad, sexo, grupo de fármacos, cantidad de principios activos combinaciones más habituales diagnósticos prescripciones off-label profesionales que es prescriben el tratamiento y profesionales que lo controlan. **Resultados:** se realizaron 82 encuestas, 53 niños y 29 adolescentes. El consumo de las dos drogas es dominante entre todos los grupos de edad y hombres y mujeres. Entre los 251 medicamentos registrados, el más frecuente es el campo neurológico (n = 124), seguido del campo respiratorio (n = 71), la diferencia de género no es significativa, pero hay edades. Entre las prescripciones de medicamentos neurológicos, el 41,25% fueron medicamentos fuera de instrucción y no se encontraron medicamentos en el campo respiratorio. **Conclusión:** entre los pacientes que toman psicotrópicos, la mayoría de los pacientes no tienen un diagnóstico previo y la frecuencia de prescripciones sin receta es muy alta. Se enfatizó la importancia de actualizar regularmente las pautas de prescripción a nivel nacional. (7)

El tratamiento que se describe en esta investigación, en el servicio de emergencia no se da este tratamiento en la cual toman psicotrópicos para un mejor tratamiento en niños y adolescentes.

Ramos J., Ramírez E., Vázquez E., Vázquez F. (México, 2017) en su investigación titulada "Repercusiones en la salud bucodental asociadas con el asma en niños de 6 a 12 años de edad" **Objetivos:** Conocer las repercusiones en la salud bucodental más asociadas con el asma en niños de 6 a 12 años de edad. **Métodos:** Estudio transversal, analítico y comparativo en 2 escuelas primarias de Cosoleacaque, Veracruz, México, en niños de 6 a 12 años. Se utilizó el cuestionario "Estudio internacional de alergia y asma en niños" (ISAAC) para padres. **Resultados:** entre 409 niños, la prevalencia de asma fue del 6,84% (n = 28), mayor en los hombres (54-15%); los niños de 6, 7 y 11 años fueron los más afectados, las niñas de 8 años. 9 y 10 Los más afectados. Las manifestaciones orales con factores de riesgo son pH ácido (OR = 170), caries dental (OR = 4,29), apertura y cierre de dientes anteriores (OR = 66,78), gingivitis (OR = 9,75), deglución atípica (OR = 15,70) y Paladar agudo (o = 45,60). **Conclusión:** Los niños con enfermedades crónicas como el asma requieren un plan de prevención bucodental como por parte de su atención interdisciplinar. (8)

En el servicio de emergencia del Hospital Ventanilla, no se realiza este tratamiento del asma como prevención bucodental.

Santos Y. (Cuba, 2018) En su investigación titulado "Características de los pacientes ancianos diagnosticados de asma bronquial", **Objetivo:** Las características de los pacientes mayores diagnosticados de asma bronquial que fueron atendidos en la Clínica Quirúrgica Provincial "Amalia Simoni" de Camagüey en 2016. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal en 62 ancianos entre 60 y 79 años diagnosticados de asma bronquial por clínica y espirometría, atendidos en el hospital y

durante el período en neumología y medicina interna. Declaración anterior. **Resultados:** Los ancianos (67,7%) de 60 a 69 años tuvieron la ventaja; las mujeres (61,3%); en esta población, el índice de cambio de radiología, electrocardiograma y ecocardiograma fueron alto, consistente con la frecuencia de otras enfermedades del asma bronquial. Las principales comorbilidades son el tabaquismo (93,5%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (74,2%), la insuficiencia cardíaca (72,6%), la hipertensión arterial (61,3%) y la diabetes (56%). **Conclusión:** Se incluye en el estudio el diagnóstico de asma bronquial en una muestra de ancianos. (9)

En el área de emergencia el personal médico sugiere a toda persona que sufre de crisis asmática, el uso de ejercicios respiratorios, así como el espirómetro.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Espinoza L. (Lima, 2017) en su investigación titulada “Técnica inhalatoria y crisis asmática en pediatría Hospital Nacional Sergio Bernales 2016” **Objetivo:** Relacionar la técnica inhalatoria y la severidad de la crisis asmática pediátrica en el Hospital Sergio Bernales entre agosto y noviembre, 2016. **Métodos:** Investigación observacional cuantitativa, retrospectiva, transversal, observacional y descriptiva. Durante el estudio se evaluó a niños de 2 a 4 años diagnosticados de asma que acudieron a la sala de emergencias. Se utilizó una lista de verificación de ocho pasos para evaluar la técnica de inhalación. De acuerdo con las Pautas de control del asma de 2016, la gravedad de los ataques de asma se clasificó como leve a moderada y severa casi fatal. El grado de asociación entre la técnica de inhalación y la gravedad del ataque de asma, el valor de $p < 0,05$ se consideró como el estándar de significación estadística. **Resultados:** El 51% acudieron a emergencia con crisis asmática leve-moderada y 48% con crisis severa-casi fatal. El 38% de los chicos presentaron técnica inhalatoria idónea (8/8 pasos) y 62% técnica errónea (1 a 8 errores/8 pasos). **Conclusión:** Promover el

uso adecuado de la Aero cámara e inhalador para disminuir la severidad de la crisis asmática en la población pediátrica. (10)

En el área de emergencia a todo paciente que ingresa por crisis asmática, se sugiere el uso de los inhaladores, de acuerdo a la severidad del asma pueden hacer uso de uno o más inhaladores.

Pinedo L. (Trujillo, 2020) en su investigación titulada “Nivel de conocimientos sobre asma en cuidadores de niños asmáticos atendidos en hospitales Minsa del tercer nivel de Trujillo-2018” **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos sobre asma en cuidadores de niños asmáticos atendidos en hospitales Minsa del tercer nivel de Trujillo-2018. **Métodos:** estuvo constituida por 126 cuidadores de chicos asmáticos que cumplieron con los criterios de selección y que fueron atendidos en consulta externa de Pediatría del Nosocomio Belén de Trujillo y Nosocomio Regional Profesor de Trujillo entre julio y noviembre del 2018. Se usó como herramienta de evaluación a la encuesta NAKQ, la cual permitió apreciar los conocimientos en general, crisis aguda, procedimiento de mantenimiento y mitos sobre asma. **Resultados:** El 80.16% de los cuidadores tuvieron un nivel regular de conocimientos sobre asma, el 18.25% un nivel deficiente y el 1.59% un nivel bueno. **Conclusiones:** Los cuidadores de niños asmáticos atendidos en hospitales Minsa del tercer nivel de Trujillo presentan en su mayoría un nivel regular de conocimientos sobre asma. (11)

En el servicio de emergencia con las emergencias que se nos presentan tratamos de que todos pacientes reciban educación sobre los conocimientos y tratamientos de crisis asmática.

Gonzales C., Chavez M. (Lima, 2019) en su investigación titulada “Eficacia del sulfato de magnesio en el tratamiento de crisis asmática en pacientes pediátricos” **Objetivos:** Analizar y sistematizar las evidencias sobre la eficacia del sulfato de magnesio en el tratamiento de la crisis

asmática en pacientes pediátricos. **Métodos:** Revisiones sistemáticas, ensayo aleatorizado doble ciego, los artículos se analizaron y criticaron; eligiéndose 10 artículos donde el 70% son revisiones sistemáticas y el 30% ensayos controlados doble ciego; en países como el 30% China, 20% Reino Unido, 20% E.E.U.U, 10% Argentina, 10% Canadá y 10% Brasil. **Resultados:** De los artículos analizados el 80% afirman que el sulfato de magnesio es efectivo en tratamiento de la crisis asmática en los pacientes pediátricos y el 20% no encontró una mejoría significativa en la función pulmonar ni disminución de ingresos hospitalarios durante la crisis asmática. **Conclusiones:** Se evidencio en los artículos científicos revisado que el uso de sulfato de magnesio durante la crisis asmática mejora la función pulmonar y reduce los ingresos hospitalarios en los pacientes pediátricos. (12)

En el servicio de emergencia en el área de shock trauma, todo paciente que ingresa en mal estado general, se les administra sulfato de magnesio, evidenciándose su recuperación más rápida y siendo en los pacientes con este tratamiento.

Quispe, W; Chanca A. (Callao, 2017) en su investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la prevalencia de asma bronquial en menores de 15 años atendidos en el Hospital Daniel A. Carrión Callao, Lima. 2017” **Objetivo:** decidir los componentes asociados a la prevalencia del asma bronquial en pacientes menores de 15 años atendidos en consultorio externo de pediatría del Nosocomio Daniel Alcides Carrión – Callao, 2018, **Método:** análisis observacional analítico con diseño caso control, aplicado a una población de 680 menores de 15 años, con una muestra para caso control de 65 casos con 130 controles, pareado de 1 x 2, los conjuntos fueron clasificados aleatoriamente, para la recolección de los datos, se aplicó la exploración documental debido a que la fuente ha sido la historia clínica, la información ha sido procesada con el programa SPSS v. **los Resultados:** No se verificó sociedad significativa entre el componente precedentes parientes, sexo, edad, bajo peso al nacer, **Conclusión:** la sociedad significativa entre el componente de la existencia

de Infecciones respiratorias agudas previo a los 2 años con el desarrollo del asma bronquial, encontrándose más grande agrupación con otitis media aguda, catarro, CRUP, atelectasia, neumonía, ingreso pulmonar. (13)

En el servicio de emergencia se observa que los pacientes que ingresan por crisis asmáticas son debido a un mal tratamiento, a alergias, neumonía, atelectasia, para mejorar esto se realiza educación a los padres para mejorar sobre los cuidados en los jóvenes con asma.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría de Florence Nightingale

a.- Según Florence Nightingale definió exactamente esta teoría como un entorno sucio es una fuente de infección, en el hogar del sujeto de estudio se identificó factores de riesgos, como la presencia de animales dentro de la vivienda, ambiente domestico desordenado, incorrecta eliminación de residuos generando un entorno desfavorable, por tanto, Florence refiere que una correcta manipulación y eliminación de excreciones corporales y aguas residuales evita la contaminación del entorno, asimismo describió a la higiene como elemento esencial en la teoría del entorno.

Florence Nightingale define la importancia a entorno físico y psicológico o social, esto se debe valorarse en el contexto de su época y de su actividad como enfermera líder en su entorno.

También considera necesario para una buena salud en los hospitales contar con aire puro, agua pura, alcantarillado adecuado, limpieza y luz.

Define a la salud como el estado de bienestar en el que se aprovechan al máximo todas nuestras energías. (14)

2.2.2 Teoría de Marjory Gordon

Es importante mencionar que el presente estudio académico se basa en el modelo de la teoría de los patrones funcionales de **Marjory Gordon** estos fueron creados en los años 70 quien los define como una herramienta necesaria para las personas que contribuyen al servicio de la salud cambiando la calidad de vida saludable para la población proporcionando una valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidado o la patología.

A continuación, los 11 patrones detallados para su respectiva valoración

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD. Valoración del motivo del ingreso e información de lo que le acontece y la percepción de la enfermedad.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO Valoración de la ingesta de líquidos, sólidos y los hábitos alimenticios.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN Se valorará lo habitual de evacuación urinaria e intestinal.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO Valoración del estado cardiovascular y el estado respiratorio.

PATRÓN 5: SUEÑO DESCANSO. Valora los signos y también los síntomas del sueño si es suficiente o no a más el hábito del sueño.

PATRÓN 6: LA COGNICIÓN Y PERCEPCIÓN. La presencia de indicadores no verbales de dolor sería la expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTO CONCEPTO. Se valorará la ansiedad el temor y la alteración de la autoestima del paciente

PATRÓN 8: ROLES Y RELACIONES Valoración de la comunicación e interés social

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN El número de hijos que ha tenido o el número de abortos

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO Y MANEJO DEL EXTRES el acoplarse o sentirse resignación ante la enfermedad y la incapacidad para pedir ayuda o la participación social el sentirse marginado.

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS Opinión habituales de religiones o creencias familiares el apego hacia una religión. (15)

2.3 Bases Conceptuales

a.- El asma

Es una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con episodios recurrentes de hiper respuestas bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente. (16)

b.- Fisiopatología

Lo que caracteriza al cuadro de asma es la inflamación crónica y persistente de la vía aérea, lo cual aumenta la producción de moco Las alteraciones patológicas características del asma incluyen: inflamación de la vía aérea asociada con infiltración de varios tipos de células inflamatorias; obstrucción de la luz de las vías aéreas por el proceso inflamatorio con moco; células epiteliales desprendidas y edema de la pared bronquial debido al incremento en la permeabilidad vascular y bronco constricción secundaria. Se considera que existen mecanismos celulares y bioquímicos responsables de 3 características importantes de la enfermedad: inflamación crónica de las vías aéreas, obstrucción reversible de la misma vía aérea e hiperreactividad bronquial. (17)

c.- Etiología

Es multifactorial e interviene factores predisponentes y factores desencadenantes.

Factores predisponentes endógenos que determinan la personalidad alérgica o asmática:

- Edad: Comienza en la mayoría de los casos (85%) entre el segundo y cuarto año.
- Sexo: Predomina en el varón durante la niñez y desaparece la diferencia en la pubertad.
- Herencia: El 70% de los pacientes, tiene antecedentes patológicos familiares de enfermedades alérgicas.
- Atopía.
- Hiperreactividad bronquial e inflamación.
- Psiquismo.
- Sistema endocrino.
- Sistema nervioso.
- Características anatómo-funcionales del aparato respiratorio. Factores desencadenantes exógenos que pueden ser específicos o inmunológicos (alérgenos) e inespecíficos o no inmunológicos (irritantes o ambientales)
- Específicos o Inmunológicos (alérgenos): Para que tenga lugar una sensibilización es necesario que haya un contacto frecuente con el mismo alérgeno, ya sea inhalables (ácaros dermatophagoides, pelos, plumas, lana, caspas, saliva de animales domésticos como gatos, perros, aves, conejos, ratas, ratones y cucarachas, hongos y polen) o ingerirles (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. (18)

d.- Cuadro Clínico

El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha, como sibilancias (el más característico), disnea (o dificultad respiratoria), tos y opresión torácica (síntomas guía). Éstos son habitualmente variables, de predominio nocturno o de madrugada, provocados por diferentes desencadenantes (infecciones víricas, alérgenos, humo del tabaco, ejercicio, emociones, etc.). Las variaciones estacionales y los antecedentes familiares y personales de atopia son aspectos importantes a considerar. Ninguno de estos síntomas y signos es específico de asma, de ahí la necesidad de incorporar alguna prueba objetiva diagnóstica, habitualmente pruebas funcionales respiratorias. En la anamnesis del paciente se deben considerar, además: el inicio de los síntomas, la presencia de rinitis alérgica o eczema y la historia familiar de asma o atopia, que aumentan la probabilidad de diagnóstico de asma. En la exploración física, lo más característico son las sibilancias en la auscultación y, en ocasiones, obstrucción nasal en la rinoscopia anterior y dermatitis o eczema. Sin embargo, una exploración física normal no descarta el diagnóstico de asma. Ante la sospecha de asma, se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades, en particular con la EPOC. (19)

e.- Síntomas

La mayoría de las personas con asma tienen ataques separados por períodos asintomáticos. Algunas personas tienen dificultad prolongada para respirar con episodios de aumento de la falta de aliento. Las sibilancias o una tos puede ser el síntoma principal.

Los síntomas del asma incluyen:

- Tos con o sin producción de esputo (flema)
- Retracción o tiraje de la piel entre las costillas al respirar (tiraje intercostal)
- Dificultad para respirar que empeora con el ejercicio o la actividad
- Sibilancias

Los síntomas de emergencia que necesitan atención médica oportuna incluyen:

- Labios y cara de color Azulado
- Disminución del nivel de lucidez mental, como somnolencia intensa o confusión, durante un ataque de asma
- Dificultad respiratoria extrema
- Pulso rápido
- Ansiedad intensa debido a la dificultad para respirar
- Sudoración

Otros síntomas que pueden ocurrir:

- Patrón de respiración anormal — en el cual la exhalación se demora más del doble que la inspiración
- Paro respiratorio transitorio
- Dolor torácico
- Opresión en el pecho. (20)

f.- Exámenes Auxiliares

- Radiografía de tórax
- Hemograma
- Hemoglobina
- Electrolitos séricos
- AGA (21)

g.- Cuidados de Enfermería

Otra información que debe facilitar el personal de Enfermería al paciente asmático son las pautas preventivas. Éstas se basarán simplemente en evitar el contacto con el elemento causante del brote asmático sea cual sea su naturaleza (pólenes, ácaros, sustancias químicas, etc.)

El objetivo principal del personal de enfermería es concienciar al paciente de la obligación de continuar con el tratamiento. También se proporcionarán las pautas necesarias para evitar la exposición a factores que pueden desencadenar un ataque de asma tanto como sea posible. Finalmente, se instilará al paciente los medicamentos necesarios, como broncodilatadores o antihistamínicos. (22)

Los cuidados que se deben tener en cuenta para estos pacientes con asma es la información y consejos necesarios para evitar su aparición.

Es prescindible concienciar al paciente sobre la naturaleza y tratamiento de su enfermedad.

La información debe ser lo más completa posible y debe ser transmitida de forma sencilla y eficaz al paciente, familiares, para que no haya ningún problema en el proceso de aceptación de la enfermedad.

Es importante que el paciente acepte lo antes posible el tratamiento continuado y en caso de complicaciones, intervención de un servicio de urgencia y/o emergencia. (22)

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

I. VALORACION

1.1 Datos de filiación:

Nombre: V.A.M.E

Edad: 14 años

Sexo: Femenino

Grado Instrucción: Secundaria

Fecha de Ingreso: 05/08/2021

Procedencia: Ventanilla

Peso al actual: 43 kg

Idioma: castellano

Raza: Mestiza

Lugar de Nacimiento: Ventanilla

Fecha de Nacimiento: 06/03/2007

Nombre del Padre: D. V. C.

Nombre de la Madre: V. A. D.

1.2 Enfermedad actual

Paciente adolescente ingresa al servicio de shock trauma acompañada de su mamá quien refiere que su niña es asmática, se observa LOTEPE, Glasgow 15, presentar dificultad respiratoria, sibilantes, roncales, aleteo nasal, se controla funciones vitales sat.82 % FC 137, FR 34x´

1.3 Antecedentes

a.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres asmáticos.

b.- ANTECEDENTES PERSONALES

Lactancia materna: exclusiva hasta los 6 meses

Ablactancia: a los 6 meses

Vacunas: completas

Idioma: Castellano

Religión: católica

Antecedente socioeconómico:

Padre: albañil

Madre: Cuidadora

Hermanos: 2 hermanos

Antecedentes socioeconómicos:

Casa unifamiliar, de material noble, con servicios básicos.

1.4 Examen físico

Controles Vitales:

Temperatura: 36 °C

Frecuencia cardiaca: 172

Frecuencia respiratoria: 34

Sat. O2: 82 %

Cabeza: Normo céfalo

Ojos: simétrico, pupilas isocóricas, foto reactivas

Nariz: rinorrea

Boca: mucosa oral húmeda, lengua normal

Oídos: pabellón auricular buena implantación

Cuello: cilíndrico, móvil, no adenopatías.

Tórax: sibilantes, roncales, tiraje subcostal, supra esternal y aleteo nasal.

Corazón: Taquicardia, no soplos.

Abdomen: Blando de presible no doloroso.

Extremidades: Miembros superiores e inferiores movimientos con dificultad para caminar, presenta dolor y tono muscular normal.

Neurológico: despierta, lucido consciente Glasgow 15 puntos

1.5 Indicaciones médicas:

DROGA	DOSIS	VIA
		NPO
Dextrosa 5% 1000cc Clna 20% 20cc Clk 20% 10cc	xxx gts. X'	
Hidrocortisona	250 mg luego 65 mg C/ 6 horas.	EV
Sulfato de Magnesio	2 gr.	EV
Salbutamol	5 puff c/15'	oral
Bromuro de Ipatropio	10 puff c/ 15'	oral
Soporte de Oxígeno	Sat. X CBN < 92%	
Oximetría		
Posición Semifowler		
CFV+OSA+ BH		

1.6 Valoración según patrones funcionales

		Datos Objetivos	Datos Subjetivos
I	Percepción de la salud		Refiere: “sufro de asma desde que era niña” “soy alérgica a los cítricos, al polvo me da mucho resfrío me baja como agua”
II	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ✓ T 36 c° Peso 60 Talla 1.50 Valor referencial IMC: PESO TALLA IMC= 27 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sobre peso Piel y Anexos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cianosis ✓ Textura áspera ✓ Sensibilidad ✓ Edemas: no Otros: Ingresos de líquidos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un vaso de agua. 	Refiere: “En mi casa he tomado un vasito de agua, pero con las justas acabe”.
III	Eliminación	Eliminación Urinaria: Frecuencia en 12 horas: 250ml Valor referencial:	

		<p>✓ P.A. 120/80mmHg</p> <p>Musculo esquelético: (capacidad de movilización)</p> <p>✓ Marcha inestable agitación a la movilización y deambulaci3n.</p>	
V	Sueño y descanso	<p>Conducta:</p> <p>✓ Irritable no logra dormir.</p>	<p>Refiere:</p> <p>“Tengo miedo a no despertar”</p> <p>“Refiere mucho dolor”</p>
VI	Cognici3n y percepci3n	<p>Escala de Glasgow:</p> <p>Valor Referencial: 15</p> <p>Escala de EVA: (Escala an3loga visual)</p> <p>✓ Puntaje: 7 dolor severo</p> <p>Evaluaci3n pupilar:</p> <p>✓ 2mm</p> <p>1er Par craneal (olfato)</p> <p>✓ Presente</p> <p>IX Par craneal (glosofaríngeo)</p> <p>✓ No siento gusto por la comida.</p>	<p>Refiere:</p> <p>“Tengo dolor de pecho me duele mucho”</p>
VII	Autopercepci3n y auto concepto	<p>Ansiedad:</p>	<p>Refiere:</p> <p>“Tengo miedo a morir”</p>

		✓ Hay cosas que le hacen sentir miedo.	
VIII	Roles y relaciones	Papa, mamá y hermanos, asmáticos.	
IX	Sexualidad reproductiva	<p>Mamas:</p> <p>✓ Normal de acuerdo a la edad cronológica.</p> <p>Órganos sexuales externos:</p> <p>✓ Normal de acuerdo a la edad cronológico.</p> <p>Menarquia:</p> <p>✓ 12 años</p>	
X	Afrontamiento al estrés		Ansiedad, miedo, temor
XI	Valores y creencias	<p>Creencias:</p> <p>✓ Católica</p>	

RELACION DE DIAGNOSTICO SEGÚN LA VALORACION DE MARJORY GORDON:

- ✓ Deterioro e intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión e/p aleteo nasal, disnea, taquicardia.
- ✓ Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c alergia, asma e/p alteración del patrón respiratorio, disnea, ortopnea.
- ✓ Dolor agudo r/c agente lesivo biológico e/p saturación, expresión facial,
- ✓ Deterioro de la movilidad física r/c dolor e/p inestabilidad postural.

- ✓ Ansiedad r/c factores estresantes e/p alteración del patrón respiratorio, insomnio.
- ✓ Trastorno del patrón del sueño r/c dolor e/p irritabilidad.

1.7 Priorización de diagnósticos

DIAGNOSTICOS	PRIORIDAD	
Deterioro e intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión e/p aleteo nasal, disnea, taquicardia.	Prioridad Alta	
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c alergia, asma e/p alteración del patrón respiratorio, disnea, ortopnea.	Prioridad Mediana	
Dolor agudo r/c agente lesivo biológico e/p saturación, expresión facial.	Prioridad Mediana	
Deterioro de la movilidad física r/c dolor e/p inestabilidad postural.	Prioridad Baja	
Ansiedad r/c factores estresantes e/p alteración del patrón respiratorio, insomnio.	Prioridad Baja	
Trastorno del patrón del sueño r/c dolor e/p irritabilidad	Prioridad Baja	

1.8 Diagnostico de enfermería:

DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Deterioro e intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión e/p aleteo nasal, disnea, taquicardia	Ayuda a la ventilación (3390) Manejo de Las Vías Aéreas (3140) Monitorización Respiratoria (3350). Monitorización Signos Vitales (6680)	Código: Estado respiratorio ventilación: 0403
Código :0003 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c alergia, asma e/p alteración del patrón respiratorio, disnea, ortopnea.	Código: Estado respiratorio permeabilidad de las vías aéreas. 0410 Estado respiratoria ventilación 0403	
Dolor agudo r/c agente lesivo biológico e/p saturación, expresión facial.		
Deterioro de la movilidad física r/c dolor e/p inestabilidad postural.	AYUDA CON EL AUTOCUIDADO (1801) BAÑO/ HIGIENE AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS (1802) ARREGLO PERSONAL ENSEÑANZA ACTIVIDAD/ EJERCICIO PRESCRITO (5612) MANEJO DEL DOLOR (1400)	NIVEL DE LA MOVILIDAD (O202)

<p>Ansiedad r/c factores estresantes e/p alteración del patrón respiratorio, insomnio</p>	<p>Código</p> <p>Disminución de la ansiedad: 5820 Enfoque seguridad 5820001</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico 582005</p> <p>Modificación de la conducta 4362</p> <p>Educación a los familiares de habilidades sociales 436210</p>	<p>Código:</p> <p>Nivel de Ansiedad: 1211 Inquietud: 121105 Nivel de ansiedad social: 1216</p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c dolor e/p irritabilidad</p>	<p>Código:</p> <p>Las Gestión del entorno comodidad: 6482</p> <p>Mejorar el afrontamiento 5230</p> <p>Mejorar el sueño 1850</p>	<p>Código:</p> <p>Bienestar: 2100 Sueño: 0004</p>

1.9 Planificación:

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

		<p>Vigilar la frecuencia, ritmo y esfuerzo de la respiración.</p> <p>Colocar al paciente en posición fowler.</p>	
<p>Código :00031</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c alergia, asma e/p alteración del patrón respiratorio, disnea, ortopnea.</p>	<p>Código: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: 0410</p> <p>Estado respiratorio: ventilación:0403</p>	<p>Código: Fomento de la tos: 3250</p> <p>Manejo de las vías aéreas: 3140</p> <p>Monitorización respiratoria: 3350</p> <p>Controlar frecuencia respiratoria, cardiaca y saturación.</p> <p>Enseñar al paciente que tosa.</p> <p>Inhalador con bromuro y salbutamol.</p> <p>Fisioterapia respiratoria: 3230</p> <p>Realizar cambios posturales.</p> <p>Mantener una buena hidratación.</p>	<p>Paciente ha mejorado la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>Paciente elimina secreciones respiratorias.</p> <p>Paciente con frecuencia respiratoria 24x”</p> <p>Saturación de 95%</p>

<p>Dolor agudo r/c agente lesivo biológico e/p saturación, expresión facial.</p>	<p>Código: Nivel del dolor 002102</p>	<p>Código: Administración de analgésicos 2210 Manejo del dolor 1400</p>	<p>Paciente controla mejor el dolor con la posición.</p>
<p>Deterioro de la movilidad física r/c dolor e/p inestabilidad postural.</p>	<p>Código: Ambulación: 0200 Camino paso lento: 020003</p>	<p>Código: Terapia con ejercicios, control muscular: 4310 Se administra oxígeno por máscara simple. Se administra tratamiento indicado. Se controla funciones vitales. Se educa al paciente sobre la importancia descansar, para reponer energía. Se educa al paciente sobre los signos y síntomas del inicio del asma. Se educa sobre la importancia del tratamiento en el proceso de recuperación.</p>	<p>Paciente mejora con el oxígeno y medicamentos, aumentando su tolerancia a sus actividades.</p>

<p>Ansiedad r/c factores estresantes e/p alteración del patrón respiratorio, insomnio.</p>	<p>Código: Nivel de Ansiedad: 1211 Inquietud: 121105 Nivel de ansiedad social: 1216</p>	<p>Código: Disminución de la ansiedad: 5820 Utilizaron enfoque sereno de seguridad 5820001 Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico 582005 Modificación de la conducta 4362 Educar a los familiares del paciente sobre el propósito de entrenamientos de habilidades sociales 436210</p>	<p>Paciente mejora su malestar de ansiedad brindándole apoyo emocional. Paciente se le recomienda que descanse sus 8 hrs.</p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c dolor e/p irritabilidad</p>	<p>Código: Bienestar: 2100 Sueño: 0004</p>	<p>Código: Las Gestión del entorno comodidad: 6482 Mejorar el afrontamiento 5230 Mejorar el sueño 1850 Determinar las causas de la fatiga. Observar a la niña por si aparece indicios de exceso de fatiga, física o emociona.</p>	<p>Paciente puede descansar al menos 3 hrs. Seguidas durante la noche. Paciente se muestra más tranquilo y accesible al administración de tratamiento.</p>

		<p>Vigilar la respuesta cardio-respiratoria a la actividad.</p> <p>(taquicardia, disnea, palidez y frecuencia respiratoria)</p> <p>Observar y registrar el esquema de número de horas de sueño del paciente.</p> <p>Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento o actividad.</p> <p>Disminuir las molestias físicas.</p> <p>Favorecer el reposo / limitación de actividades (reducir ruidos y luces y posición semi fowler)</p> <p>Facilitar la alternancia de periodos de reposo o actividad.</p> <p>Instruir a los padres a reconocer signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.</p> <p>Reducir el mínimo los cuidado nocturnos.</p>	
--	--	---	--

II. EJECUCION Y EVALUACION

a.-SOAPIE:

S Paciente refiere “me falta mal, me falta aire” mamá refiere que su niña es asmática estuvo hospitalizada hace más de tres años, inicia con tos productiva, rinorrea y dificultad respiratoria.

O Paciente adolescente de sexo femenino, ingresa al servicio de Emergencia- Shock trauma, en compañía de su mamá, despierta ventilando, espontáneamente con presencia de tos exigente, sibilante, ron cantes, aleteo nasal y dificultad respiratoria.

A Deterioro e intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión e/p aleteo nasal, disnea, taquicardia.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c alergia, asma e/p alteración del patrón respiratorio, disnea, ortopnea.

Dolor agudo r/c agente lesivo biológico e/p saturación, expresión facial, Deterioro de la movilidad física r/c dolor e/p inestabilidad postural.

Ansiedad r/c factores estresantes e/p alteración del patrón respiratorio, insomnio.

Trastorno del patrón del sueño r/c dolor e/p irritabilidad.

P Mejorar el patrón respiratorio

Mantener permeabilidad la vía aérea.

Disminuye el dolor con la posición.

Mejora la oxigenación y el régimen terapéutico.

Disminuye su ansiedad.

Mejora el sueño.

Monitorizar funciones vitales.

Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 o 4 horas.

Vigilar el patrón respiratorio, frecuencia, profundidad y esfuerzo.

Se brinda oxigenoterapia con mascara respiratoria.

Se administra medicación según indicación médica.

Hidrocortisona 250mg EV.

Se administra Bromuro de Ipratropio 5 puff. c/ 20 min

Se administra Salbutamol 10 puff.c/ 15 min

Enseñar al paciente a que tosa.

Realizar fisioterapia respiratoria.

Mantener una buena hidratación al paciente.

Monitorizar frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

Permitir que la familia que permanezca con la niña.

Explicar los procedimientos y regímenes terapéuticos a la familia.

Mantener informado a la familia respecto el estado de la niña.

Fomentar la participación de la familia en los cuidados de la niña.

Proporcionar ayuda y referencia para apoyo constante según sea necesario.

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

Se mantiene la asepsia.

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

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

E Paciente mejora su ventilación.

Paciente ha mejorado la permeabilidad de las vías aéreas.

Paciente elimina secreciones.

Paciente no presenta, sibilantes ni ron cantes.

Paciente mantiene el patrón respiratorio en valores normales Fr= 24

Paciente presenta una saturación de 95%.

Paciente descansa 3 horas no interrumpidas durante la noche.

Paciente controla mejor el dolor con la posición.

Paciente mejora con el oxígeno y medicamentos, aumentando su tolerancia a sus actividades.

Paciente mejora su malestar de ansiedad brindándole apoyo emocional.

Paciente puede descansar al menos 3 hrs. Seguidas durante la noche.

Paciente se muestra más tranquilo y accesible a la administración de tratamiento.

Paciente no presenta signos de infección agregada.

CONCLUSIONES

En cuanto a las conclusiones, se puede mencionar que:

1. El proceso de enfermería nos permite una atención integral al paciente adolescente con crisis asmática, fomentando el cuidado y desarrollo de habilidades prácticas en enfermería, con el objetivo de brindar un cuidado de calidad basado en un método científico. Lo que le hace muy diferente nuestra profesión a las demás es que nosotros brindamos una atención con calidad y calidez.
2. Los pacientes adolescentes con crisis asmática, que reingresan al hospital en su mayoría vienen después de presentar síntomas por más de unas semanas.
3. Los padres de los pacientes adolescentes con crisis asmáticas que reingresan al hospital, la mayoría desconoce del cuidado preventivo que deben tener en casa, y/o van a farmacia a que les den algo para la gripe.
4. El plan de cuidados de enfermería representa una herramienta eficiente para poder valorar, diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de enfermería en los pacientes con crisis asmática.
5. El plan de atención de enfermería es registrado en la historia clínica y forma parte de un documento legal que plasma las acciones de forma continua, completa e individual.

RECOMENDACIONES

Al personal de enfermería, se le recomienda:

1. Realizar una atención con calidad y calidez del servicio emergencia, a pacientes con crisis asmática, basada en conocimientos y prácticas adecuadas, para una pronta recuperación.
2. Valorar de forma correcta, teniendo en cuenta las guías de atención en pacientes con crisis asmática en los servicios de emergencia, siendo un eje fundamental en el proceso de atención de enfermería.
3. Establecer prioridades en el diagnóstico de enfermería y generar un plan de cuidados acorde a las necesidades encontradas.
4. Monitorear y evaluar las acciones planteadas que permitan a la enfermera a determinar la efectividad de sus acciones para así poder satisfacer las necesidades del paciente.
5. Realizar las guías y protocolos, para una mejor atención a pacientes con crisis asmática, y así poder todos trabajar y hablar en un mismo idioma.
6. Brindar capacitaciones continuas al personal de enfermería sobre el abordaje de los pacientes adolescentes con crisis asmática y otras patologías comunes que incrementan la tasa de morbilidad y mortalidad en el Hospital de Ventanilla, con la finalidad de incrementar sus conocimientos y las practicas sobre este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr. García Gabriel, Director Departamento de Asma 2018 – 2020, Día Mundial del Asma: “Mi Asma en Latinoamérica”: ALAT. Disponible en: <https://alatorax.org/es/novedades/dia-mundial-del-asma-mi-asma-en-latinoamerica>
2. BBC NEWS MUNDO, 21 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45247490>.
3. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396 (10258): 1204 - 22, <https://www.thelancet.com/gbd/summaries> Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdccc>. Published on May 3,2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
4. Romano Canal, Cartolin Gutierrez M. Lizbeth, Matute Quispe Gabriela, Noemi Ruth. Trabajo Académico para optar el título de especialistas en Enfermería en Emergencias y Desastres – 2015. Conocimientos y Actitudes frente al Asma bronquial en pacientes adultos. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3573/Conocimientos_CanalRomano_Lizbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y ...
5. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41510-el-80-de-ninos-asmaticos-presenta-crisis-severa-en-invierno2011x>

Formato Documento Electrónico (Vancouver)

6. Recabarren Lozada Arturo, Parishuaña Calcina Elvira, Martínez Murillo Nadia, Esquía Moroco Grimaneza. Comparative assessment of bronchial asthma control level in patients aged 12 to 17 years old of EsSalud Arequipa. *Horiz. Med.* [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Ago 16]; 17(2): 22- 29. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.03>.

7. Rodríguez-Herrera Gilberto, Solís-Moya Arturo, Gutiérrez-Schwanhauser José Pablo. Crisis asmática grave en niños de 6 a 13 años: análisis y seguimiento posterior al egreso de la Unidad de Cuidado Intensivo. *Acta pediátr. costarric* [Internet]. 2009 Jan [cited 2021 Aug 13]; 21(1): 33-40. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902009000100005&lng=en.

8. Ramos-Ríos Juana Angélica, Ramírez-Hernández Esperanza, Vázquez-Rodríguez Eliza Mireya, Vázquez-Nava Francisco. Repercusiones en la salud bucodental asociadas con el asma en niños de 6 a 12 años de edad. *Rev. alerg. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Ago 17]; 64(3): 270-276. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000300270&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.247>.

9. Santos-Herrera Y, Arredondo-Bruce AE, Arredondo-Rubido A. Caracterización de adultos mayores con diagnóstico de asma bronquial. *Rev. electron. Zoilo* [Internet]. 2018 [citado 16 Ago 2021];, 43(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1142>

10. Zegarra, L. Técnica inhalatoria y crisis asmática en pediatría Hospital Nacional Sergio Bernales 2016 [J]. : Universidad de San Martín de Porres; 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4093>
11. Horna, L. Nivel de conocimientos sobre asma en cuidadores de niños asmáticos atendidos en hospitales Minsa del tercer nivel de Trujillo-2018 [Tesis]. : Universidad Nacional de Trujillo; 2020. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15513>
12. Gonzales Cruz, Cinthya Patricia; Chávez Rios, Martina EFICACIA DEL SULFATO DE MAGNESIO EN EL TRATAMIENTO DE CRISIS ASMATICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: Universidad Norbert Wiener <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2877>
13. Quispe Córdova, Guissella Wendy; Chanca Palomino, Miguel Ángel. Factores de riesgo de Asma bronquial en menores de 15 años atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Callao – Lima. 2017: Universidad Peruana Los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/723>
14. Camina María Laura, Perdomini Miriam, Picca Garino Yesica, Pino Leal Tamara. El Cuidado. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html>
15. Observatorio Metodología Enfermera. Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Disponible en: https://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
16. Caro Álvarez F., García Gonzales M. Unidad de Neumología Infantil, Hospital Universitario de Cabueñes. García de la Rubia S., Pérez Sánchez S. Pediatra de Atención Primaria – 2021. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-03/asma-concepto-fisiopatologia-diagnostico-y->

[clasificacion/#:~:text=El%20asma%20es%20una%20enfermedad,al%20fluj
o%20a%C3%A9reo%2C%20total%20o](#)

17. Río-Navarro Blanca Estela del, Hidalgo-Castro Emilia María, Sienra-Monge Juan José Luis. Asma. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2021 Ago 24] ; 66(1): 3-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es.
18. Hospital de Emergencia Pediátrica. Guía de práctica clínica: Asma Severo en Niños. [Online].; 2013 [citado 2020 abril 30]. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/conocenos.php?cate=123>.
19. GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma Madrid; 2017.
20. Lugogo N, Que LG, Gilstrap DL, Kraft M. Asthma: clinical diagnosis and management. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 42 – 2017. Cuidados de Enfermería en paciente de Asma. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-asma/>
21. Guía de Práctica Clínica del Asma Bronquial en Niños – 2020. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735110401%20GPSEU%20ASMA%20BRONQUIAL.pdf>
22. Revista Electrónica de Portales Medicos.com – 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-asma/>.

ANEXOS

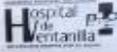
1.

**Enfermería
6
EMERGENCIA**



GOBIERNO REGIONAL CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL DE VEINTAMILLA



KARDEX DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

FECHA	02-02-20			
HORA	6:30 PM			
DIETA	N/A			
VIA PARENTERAL	Solución de 1000 cc de Cloruro de NaCl 0.9% X Solución de Glu 5% en agua X Hidrocortisona 100mg X en 100 cc de agua 0.9% en 12 h			
	Solución de Cloruro de NaCl			
TRATAMIENTO ORAL				
PROCEDIMIENTOS	Ceto + bilirrubina → Colesterol + triglicéridos ✓ X P Examen de orina ✓ X P Examen de sangre ✓ X P Examen de heces			
ALERGIAS	Sin alergia Sin alergia			
ALERGIAS MEDICAMENTO:				
GRADO DE DEPENDENCIA	I (II) III IV			
DX DE ENFERMERIA:	Deficiencia de conocimiento Deficiencia de recursos Deficiencia de apoyo			
LIC. RESPONSABLE	Dumbay Bonilla			
SELLO Y FIRMA				
NOMBRES Y APELLIDO	Llega Doreja Maria Elisa		EDAD:	14 años
DX MEDICO:	Cena Asociada		SEXO:	M (F)
ESPECIALIDAD:	Pediatría		NCL:	135103
	F. INGRESO:	01/02	HORA:	6:30 PM
	F. EGRESO:		HORA:	
	N° CAMA:			

3.

EVALUACION DE ENFERMERIA
 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL DE VENTANILLA
 HISTORIA CLINICA
 PEDIATRIA

Hospital de Ventanilla

R.C. N°: 335102 DNI: 70637513
 PACIENTE: Maria Vega Arroyo EDAD: 4 a
 DIRECCION: Calle 2. Mt 2 Lt 9 Jr. Santa
 ACOMPAÑANTE: Mamá: Viviana Asuaje Diaz (mamá).
 FECHA Y HORA DE INGRESO: 05/08/21 - 19 20h.
 ANAMNESIS T. de Enfermedad: 4 dias

Relato: Paciente ingresó a UCI hace 4 dias con diagnóstico por
 historia, hace 2 dias se agregó otitis media, hace 2 dias
 se agregó tos productiva existente desde últimos meses de embarazo,
 mejor controlada con inhaladores; hoy presenta dificultad
 respiratoria moderada, tos productiva existente por lo que se envía
 a CHG. Hosp. Ventanilla.

Med. recibida: Salbutamol 2 puff / 4h / Previsión 20mg VO q/24h.
 Prednisona 2 mg/kg (hoy 2 puff c/2 horas opna).

Funciones Biológicas: Apt 50 (concord) Sed (concord) Oxi (concord) Suro (v).

ANTECEDENTES:

- FISIOLOGICOS:
 Prenatales: CPN X6. Miedo intramaterno durante gestación.
 Natales: Parto distócico por 2 cesáreas anteriores.
 Post Nal: Alimentac: LMG: 6m Vac: Inceptivo DPM: x pando caso adecuado, CC: 2m Ct: 6m marcha: 1a

- PATOLOGICOS:
 Enf. Anteriores: Asma bronquial.
 Hospitalizaciones: 2018: Crisis asmáticas / Crisis asmáticas 1-2V x año.
 Cirugías: Ninguna Alergias: Ninguna

- FAMILIARES: Madre: Asma bronquial / DM tipo 2 / HTA } Padre: Asmático.

- SOCIOECONOMICOS: Vivienda: Multifamiliar / nivel noble Servicios: Agua - luz - desagüe / no repi
 Aliment. Fam: Variada. Ocupación/Ingresos: madre - cuidadora.

EPIDEMIOLOGICOS: Vivienda: Contacto COVID (mamá) Servicios: Contacto TBC (mamá).

EXAMEN FISICO: FC: 160x' FR: 34x' T: P.A.: Sat O2: 89-90% SC
 Peso: 50kg Talla: P/E: P/T: T/E: IMC:

Posteopélica, disneica, auscultación,
 Piel: seca, sin turgencia, elevados capilares < 2 seg
 - Ap. sup: HV poco audible en AHT, ruidos de ruidos, ruidos,
 ruidos SC, sup. tórax, sup. abdomen, ruidos nasales.
 - cv: RCR fagocitosis, pp (1)
 - Abd: B/D, no masas.
 - Neurológico: despierto, soporoso, EEG: 15 puntos, no
 signos meníngeos, ruidos focales.

DIAGNOSTICO: Crisis asmática moderada-severa.

MEDICO (firma y sello)

4.



