

215



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
MARIA LAURA TREJO MARTINEZ



295093

DIRECTOR ACADEMICO:
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

MEXICO, D. F. FEBRERO 2001

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Calle de la Independencia No. 100
P.O. Box 703
México, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



LA ENFERMERA DEBE CURAR A SU ENFERMO,

CUANDO ESTO NO ES POSIBLE

DEBE CALMAR SU DOLOR

Y SI AUN ELLO FUERA IMPOSIBLE, DEBE, ALMENOS,

ALFOMBRAR DE FLORES SU CAMINO AL CEMENTERIO.

HIPOCRATES

AGRADECIMIENTO:

**A TODOS LOS PROFESORES QUE DURANTE MI FORMACIÓN ENCONTRE
EN MI CAMINO,**

**ESPECIALMENTE AL PROFESOR FEDERICO SACRISTÁN RUIZ QUE CON
SU APOYO Y COMPRENSIÓN ME MOTIVO PARA LLEGAR A LA META.**

DEDICATORIA:

A TI HIJA MELINA ,

**TE DEDICO ESTE ESFUERZO QUE HA SIDO TAMBIEN TUYO,
GRACIAS POR EL TIEMPO QUE NOS DEDICASTE,
SIENDO TAN VALIOSO PARA TI EN ESTOS MOMENTOS .**

¡ LO LOGRAMOS !

A MI ESPOSO

*POR SU COMPRENSIÓN DEL TIEMPO QUE OCUPE PARA LOGAR ESTE
PROPÓSITO Y POR RESPETAR QUE ME REALISE COMO PROFESIONISTA .*

Indice

	Pags.
Introducción	1
Objetivos.....	3
Metodología del trabajo.....	4
Plan de atención de enfermería	
Justificación.....	13
I.- MARCO TEORICO	
1.-Anatomía de las vías respiratorias.....	14
2.-Fisiopatología.....	24
3.-Características de desarrollo y crecimiento en el preescolar de tres años.....	31
3.1.-Preocupaciones y reacciones psicosociales del niño hospitalizado.....	35
II.-VALORACION DE ENFERMERIA	
Presentación del caso.....	40
III.-PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	54
Conclusiones y sugerencias.....	75
Bibliografía	

INTRODUCCIÓN.

El hospital general regional no. 25 que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene una gran demanda de atención por la población pediátrica y por lo tanto el índice de la atención que se brinda a los niños, es elevada y uno de los padecimientos que ocupa el primer lugar en esta unidad, es la afección de vías respiratorias situación que me hizo reflexionar si en realidad se ofrece una atención de enfermería con calidad profesional a padecimientos que en muchas ocasiones por el que hacer cotidiano no le damos mucha importancia y contribuimos de esta manera a que este tipo de padecimientos se agudicen o se vuelvan crónicos.

El paciente pediátrico sufre las consecuencias de no tener una atención adecuada a sus necesidades y se altera así su crecimiento natural y sano que debe tener un individuo en desarrollo.

De lo anterior, surge la inquietud por elaborar un proceso de atención de enfermería en el cual se sustente de manera planeada y científica la atención individualizada al paciente.

Ha surgido, por que me he percatado a través de la experiencia laboral que los padecimientos de vías respiratorias en la actualidad se han incrementado considerablemente en los niños.

Las causas fundamentales que han desencadenado este problema se desconocen, no se han podido precisar específicamente, ya que se mencionan desde factores orgánicos del individuo hasta factores que ha desencadenado el medio ambiente como el smog, los cambios bruscos de temperatura; así como los problemas desde la gestación del individuo.

La elaboración del plan de atención de enfermería y su aplicación a un niño preescolar de 3 años de edad con diagnóstico de enfermería de alteración de las vías respiratorias altas se enfocara a disminuir los trastornos que alteran la función y que ocasionan ansiedad y angustia en la madre y el paciente, así mismo servirá para orientar en los cuidados que se deben considerar para la atención del paciente.

OBJETIVOS

- ❖ *Contar con un instrumento de la licenciatura de enfermería que permita sustentar el examen profesional.*

❖ *Sistematizar la atención de enfermería del paciente pediátrico con alteración de vías respiratorias altas.*

❖ *Conocer las causas y factores predisponentes que en la actualidad han provocado enfermedades de vías respiratorias altas.*

JUSTIFICACIÓN.

El proceso de atención de enfermería como instrumento de trabajo profesional al servicio del paciente se elaboró con la finalidad de ofrecer una atención oportuna de enfermería de manera sistematizada en el ámbito laboral, así como jerarquizar las necesidades vitales del paciente tomando decisiones asertivas con oportuna atención, desarrollando así el criterio profesional de la enfermera.

Mejorando la calidad de atención al paciente en la solución de sus problemas individuales y desarrollando la competencia clínica por lo anterior a través del proceso de enfermería como requisito para obtener el título, se demostró si el aprendizaje adquirido durante el desarrollo académico ha beneficiado la elaboración y comprensión del proceso de enfermería.

METODOLOGIA DEL TRABAJO.

1. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.

-Se revisó y consultó información acerca de la elaboración del plan de atención de enfermería para la realización del proceso.

-Se consultaron los libros de los temas para el marco teórico, enfocado a la patología de las vías respiratorias altas.

2. VALORACIÓN DE ENFERMERIA

La técnica de investigación a que se utilizara para la elaboración del proceso de enfermería son las siguientes.

- *Exploración Física: La comodidad física y psicológica del paciente debe ser considerada en todo momento, el examen físico completo debe realizarse en orden lógico;*

Piel

Recto

Cabeza y cuello

Órganos Genitales

Tórax y Pulmones

Sistema Nervioso

Senos

Sistema Músculo

esquelético

Aparato Circulatorio

- *Abdomen*
- *Observación directa: las herramientas básicas de la exploración física son los sentidos de la visión , audición , tacto y olfato.*
- *Examen clínico incluyendo revisión general de los sistemas del organismo utilizando los cuatro métodos para el examen:*
- *Inspección: observación visual de alguna parte del cuerpo por medio del tacto.*

- *Palpación: examen de las diferentes partes del cuerpo por medio del tacto.*
- *Auscultación: procedimiento para escuchar los sonidos producidos en el interior del cuerpo.*
- *Percusión : estudio del cuerpo por medio de golpes con los dedos.*
- *Valoración de la evolución del paciente a través de observación e interrogatorio directo así como de notas de enfermería.*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Es el problema que se desprendió de la valoración real que afecta al paciente, por lo tanto requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

Se definieron los objetivos de lo que deseamos lograr con el paciente de aquí se derivaron las acciones para ayudarlo. En esta etapa es donde se establecieron las prioridades de las necesidades del paciente, para ordenar la distribución de la atención de enfermería, tratando los problemas de manera simultanea.

EVALUACIÓN.

El propósito es saber y evaluar si el objetivo del plan de atención se logro, a través de la revaloración con el paciente:

La evaluación se consideró en el aspecto de los objetivos y tiempo establecido, así como revaloración de la evolución del diagnostico del paciente.

I.- MARCO TEORICO.

ANATOMIA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

Los órganos respiratorios incluyen a la nariz, la laringe, la tráquea, los bronquios y los pulmones; Estos órganos actúan junto con el sistema cardiovascular para proporcionar oxígeno y eliminar bióxido de carbono de la sangre.

NARIZ

Anatomía.

La nariz tiene una porción externa que esta formada por una estructura cartilaginosa y ósea de soporte cubierta por piel y revestida por una membrana mucosa. El puente de la nariz está Formado por los huesos nasales que lo mantienen en una posición fija. Sobre la superficie de la nariz externa se encuentran dos aperturas que se llaman narinas externas u orificios nasales.

La porción interna de la nariz es una gran cavidad en el cráneo que se encuentra debajo de este y por arriba de la boca. En su parte anterior,

la nariz interna se comunica con la nariz externa y en la parte posterior se comunica con la garganta (faringe) por medio de dos aberturas que se llaman narinas internas o nares. La parte interna de la nariz externa y de la nariz interna esta formada por una cavidad nasal, que se divide en un lado derecho y un lado izquierdo por una porción vertical que se llama tabique nasal. La porción anterior de la cavidad nasal que se encuentra en la parte interna de las narinas se llama vestibulo. Esta rodeado por cartilago. La cavidad nasal superior esta rodeado por hueso.(1)

FISIOLOGIA

Las estructuras internas de la nariz se especializan en tres funciones: calentar, humedecer y filtrar el aire que entra en el aparato respiratorio; recibir los estímulos olfativos y proporcionar canales de resonancias profundos para los sonidos del lenguaje.

Las secreciones que provienen de los conductos lacrimales y quizás las secreciones de los senos paranasales también ayudan a humedecer el aire.

Los cilios mueven la mezcla de moco y polvo para que se pueda eliminar del cuerpo.

(1) Tortora , "Anatomía y fisiología humana "p502

SENOS PARANASALES.

Entre estos senos se incluyen los frontales, localizados en la porción inferior de la frente, entre los ojos y por arriba de estos; El etmoidal es que se ubican por arriba de los orificios anteriores de la nariz; los esfenoidales que se abren en el extremo posterior de las fosas nasales. Los senos paranasales están recubiertos por el mismo tipo de epitelio ciliado que las fosas nasales, la función primordial es su efecto en la resonancia y el timbre de la voz.(2)

CONCHAS (CORNETES) NASALES.

Las conchas o cornetes nasales, cuya forma está indicada por el primero de estos nombres, están adaptadas por su forma y posición para aumentar el área de superficie de la mucosa de las vías nasales, los órganos de del sentido del olfato se localizan en la membrana olfatoria, que cubre la pared superior de las conchas nasales y la nariz.(3)

(2) Bruner "Enfermería medico quirúrgica" p,388

(3) Ibid p, 389

FARINGE

La faringe o garganta, es un tubo en forma de embudo que mide 13cms. de longitud empieza las narinas internas y se extiende hasta el cartílago cricoides. Se encuentra por atrás de la vía nasal, cavidad oral y laringe, por delante de las vértebras cervicales. Las funciones de la faringe son servir de vía de paso al aire y los alimentos y proporcionar un canal de resonancia para la producción de los sonidos del lenguaje.

Hay cuatro aberturas en su pared: las narinas internas y dos aperturas que conectan con las trompas auditivas (de Eustaquio)

Pared posterior contiene la amígdala faríngea o adenoides. A través de las narinas internas, la faringe recibe aire de las cavidades nasales y las acumulaciones de moco y polvo.

Esta revestida por epitelio ciliado pseudoestratificado y los cilios mueven el moco hacia laringe..

A excepción de la nariz y de la faringe, el aparato respiratorio esta revestido por un epitelio índico ciliado y generosamente provisto de células

Caliciformes productoras de moco. El CO₂ secretado por la mucosa contiene anticuerpos IgA que protegen los pulmones frente a unos agentes infecciosos endémicos; También atrapa las partículas que de esta forma

Pueden ser extraídas del aparato respiratorio cuando los cilios del epitelio cilíndrico barren el CO₂ hacia la faringe. (4)

(4)Ibid:390

LARINGE.

La laringe o caja de resonancia es una de las vías aéreas que comunica a la faringe con la tráquea. Esta formada por el cartílago tiroideos (manzana de Adán) la epiglotis ,que previene que la comida entre a la laringe ;la laringe contiene a las cuerdas vocales , que producen sonidos .(5)

TRAQUEA

La traquea se extiende desde la laringe hasta los bronquios primarios ,esta compuesta de músculo liso y de anillos de cartílago con forma de C' y revestida con epitelio pseudoestratificado.(6)

BRONQUIOS

El árbol bronquial está formado por tráquea ,bronquios primarios ,bronquios secundarios ,bronquios terciarios ,bronquiolos y bronquiolos terminales

(5) Ibid: p 857

(6) Ibid: p 859

PULMONES

Los pulmones se encuentran en la cavidad torácica limitados por las membranas pleurales, la pleura parietal es la capa externa, la pleura visceral es la capa interna.

El pulmón derecho tiene tres lóbulos separados por dos fisuras; el pulmón izquierdo tiene dos lóbulos separados por una fisura y una depresión que se conoce como la escotadura cardiaca. El intercambio de gas se presenta a través de la membrana alveolo capilar, (respiratoria). (7)

FUNCIONAMIENTO RESPIRATORIO

La principal función del sistema pulmonar (pulmones y su circulación) es llevar oxígeno y contraer el bióxido de carbono de las células (intercambio de gases) la suficiencia de oxigenación y la ventilación se miden mediante PaO_2 y $PaCO_2$. El sistema pulmonar también actúa como depósito de sangre para el ventrículo izquierdo cuando se necesita reforzar el gasto cardiaco ;protege la circulación sistémica mediante filtración de desechos y partículas, regula los líquidos de tal forma que pueda mantenerse el agua fuera de los alvéolos

Y provee funciones metabólicas como producción de agente tenso activo y funcionamiento endocrino. (8)

(7) Ibid; p 903

(8) Nettina M Sandra, "Enfermería pediátrica" p; 143

6.4 MECANICA DE LA VENTILACIÓN

La ventilación pulmonar (respiración) es el proceso por medio del cual se intercambian los gases entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares.

Durante la inspiración el aire fluye de la atmósfera hacia la tráquea , bronquios bronquiólos y alvéolos . Durante la espiración los gases alveolares siguen el mismo camino pero en dirección opuesta.. Los factores físicos que regulan la entrada y salida de aire en los pulmones reciben la denominación colectiva de mecánica de la ventilación. El aire fluye de un área de presión mayor a otra en que está es menor . Durante la inspiración ,la contracción del diafragma y otros músculos que participan en la respiración hace que se expanda la cavidad torácica, en consecuencia se reduce la presión intra torácica hasta que es menor que la atmosférica .Por lo tanto ,el aire fluye por la tráquea , bronquios y bronquiólos hasta los alvéolos.(9)

(9) Brunner, “ Enfermería pediátrica” , p; 407

VENTILACIÓN

Durante la inspiración, el volumen de la cavidad torácica aumenta. Esto ocurre sobre todo por la contracción del diafragma, el cual se aplana y, así, aumenta el volumen torácico. En las respiraciones vigorosas, los músculos intercostales se contraen y elevan las costillas inclinadas hacia abajo para aumentar aún más el volumen de la cavidad torácica. Cuando el volumen torácico aumenta, el del espacio respiratorio pulmonar crece también y provoca una presión menor dentro de la región alveolar y el espacio intra torácico . (10)

Los gases se intercambian entre el aire de la inspiración en los alvéolos y la sangre de los capilares alveolares, propagándose con libertad a través de las membranas que separan la sangre de los espacios aéreos. Los gases de la inspiración que llegan al alveolo son. Difunden a través de las membranas alveolar y capilar, disolviéndose en el torrente sanguíneo. (11)

Los gases se propagan con libertad a través de las membranas en cualquier dirección, y cada molécula de gas se desplaza a partir del área de mayor concentración de ese gas hacia el área de menor concentración. Las moléculas de oxígeno avanzan a partir de los alvéolos hacia el torrente sanguíneo, en virtud de que la concentración es mayor en ellos.

(10) *Ibid*; p 408

(11) Waechter, "Enfermería pediátrica", Ed: interamericana; p 760

El COI se propaga a partir del torrente sanguíneo, en donde sus concentraciones alta, hacia los alvéolos, en donde tiene una concentración mucho menor.

Cuando está presente en grandes cantidades, la hemoglobina reducida (aquella sin oxígeno) tiene un color purpúreo más oscuro, que se relaciona con cianosis.

En condiciones normales, la hemoglobina se satura casi por completo de oxígeno, y el agregar oxígeno al aire de la inspiración contribuye poco a aumentarla cantidad de oxígeno que transporta la hemoglobina y libera en los tejidos. Las concentraciones fisiológicas de oxígeno varían entre 40 mm Hg en los tejidos y 95 mmHg en los pulmones, las concentraciones de oxígeno por abajo de 40 mmHg en los tejidos provocan una rápida descarga de oxígeno procedente de la oxihemoglobina hacia éstos.(12)

Sin embargo, mayores concentraciones de oxígeno en el aire de la inspiración, por arriba de 80 mmHg, tienen muy poco efecto en la saturación de oxígeno.

Los cambios en el pH también afectan la capacidad de la hemoglobina para transportar oxígeno. Cuando la sangre se vuelve más acidótica (el pH desciende), el oxígeno se libera con más facilidad por la hemoglobina en los tejidos. La elevación de la temperatura también promueve la disociación de oxígeno y hemoglobina.(13)

(12)Ibid; 748

(13) Ibid; 750

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

El ciclo respiratorio está regulado por una interrelación entre factores centrales y periféricos. Los centros reguladores del sistema nervioso central se ubican en la médula oblongada y en el puente. El centro medular consta de una zona inspiratoria y una espiratoria. La zona inspiratoria tiene un ritmo inherente con estímulos para que la respiración ocurra con una regularidad independiente de la conciencia. El puente contiene un centro neumotáxico, el cual inhibe el impulso inspiratorio y contribuye a terminar cada inspiración antes de que los pulmones lleguen a inflarse en exceso. (14)

La administración de oxígeno al niño elimina el impulso hipóxico para respirar y si los receptores centrales logran responder a otro aumento en los niveles de CO₂ la respiración puede cesar. (15)

(14) Ibid; p 753

(15) Ibid; p 754

FISIOPATOLOGÍA

Los trastornos más comunes del tracto respiratorio superior se relacionan con infecciones, tanto bacterianas como virales, y con reacciones alérgicas. Ambos procesos ocasionan una mayor producción de moco y edema. Esto interfiere con las funciones normales de la vía respiratoria superior, que incluyen la dotación de un conducto libre para que el aire penetre en los pulmones y el calentamiento, filtración y humedecimiento del aire mientras éste pasa.(16)

Complicaciones del sistema respiratorio.

Además, la estructura de la vía respiratoria del lactante la hace bastante vulnerable a la obstrucción por moco y edema.

En los niños menores, la trompa de Eustaquio es vulnerable a una disfunción mecánica, que empeora por un edema mucoso e inflamación, y que ocasiona acumulación de secreciones e infección bacteriana secundaria del oído medio (Otitis media). Otros trastornos que producen obstrucción incluyen un cuerpo extraño, tumor y anomalías congénitas, como atresia coanal.(17)

(16) Ibid; p:756

(17) Op. Cit; Bruner, p 500.

Las funciones del tubo respiratorio inferior que pueden afectarse por una enfermedad comprenden el control neurológico de la respiración, la mecánica de la respiración, el paso de aire a través de las vías respiratorias y el intercambio gaseoso en los pulmones.

El control neurológico de la respiración puede afectarse por trastornos en el sistema nervioso central, sobre todo aquellos que afectan el tallo cerebral. Los tumores cerebrales, la encefalitis y los traumatismos en la cabeza pueden alterar el patrón respiratorio normal y ocasionar respiraciones irregulares, hiperventilación, respiraciones infrecuentes o apnea.

Los problemas que se vinculan con la mecánica de la respiración provocarán hipo ventilación y fatiga. Los músculos respiratorios trabajan más que otros músculos esqueléticos y son los más efectivos cuando se contraen desde su longitud en reposo. Un mayor volumen pulmonar (hiperinflación), como el que se observa en el asma y la bronquiolitis , provoca acortamiento de los músculos, la que da como resultado contracciones menos eficaces. Por la tanto, la cantidad de trabajo necesario para mantener respiraciones efectivas aumenta y es cuando surge la fatiga.(18)

Los recién nacidos son muy vulnerables a estos efectos. Aquellos con insuficiencia respiratoria muestran una apariencia de "vaivén" en sus respiraciones, con marcado hundimiento de la pared torácica y protrusión del abdomen con cada inspiración (19)

(18) Nelson "Tratado de pediatría" p 450

(19) Ibid; p 480

Las anomalías de las vías respiratorias que ocasionan una mayor producción de moco, espasmo y edema interferirán en el paso del aire hacia dentro y fuera de los pulmones.

TOS

La tos se manifiesta después de una profunda inspiración, cuando los músculos espiratorios se contraen mientras la glotis permanece cerrada. Esto aumenta la presión en los pulmones, de manera que cuando la glotis se abre, el aire se expulsa con rapidez. La tos puede ser voluntaria o refleja. Esta última ocurre en respuesta a la irritación de los receptores de la tos en la tráquea y los bronquios. El polvo, el moco u otro material que se transporta por los cilios pueden estimular este reflejo. A menudo, la respuesta a la tos inicial ocasiona un conjunto de varios accesos de tos. La tos es benéfica cuando expulsa moco o material irritante; este tipo de tos no debe eliminarse. La tos resulta menos provechosa, fatigante y perjudicial cuando se presenta en respuesta a una irritación persistente, sin necesidad de expulsar moco o desechos. Algunas veces, ésta se manifiesta en las últimas etapas de una infección respiratoria; la supresión de esta tos es benéfica a menudo.

(20)

(20) *Op. Cit; Waechter , p 757.*

ESTRIDOR

El estridor es un ruido de silbido y de tono alto, que se produce al pasar el aire por una zona laríngea estrecha y' obstruida de manera parcial. En virtud de que la laringe es un tanto flexible y se encoge todavía más en la inspiración que en la espiración, el estridor predomina durante la inspiración.

JADEO

Los jadeos se producen por el paso de aire a través de un bronquio estrecho o una vía respiratoria más pequeña. Casi siempre son espiratorios y, si son ruidosos, pueden escucharse sin necesidad de un estetoscopio. (21)

ESTERTORES (CREPITACIONES)

Los estertores, O crepitaciones, son producto del aire que burbujea a través de líquido en las vías respiratorias más pequeñas; sólo pueden escucharse con estetoscopio.(22)

(21)Ibid; p760

(22) Ibid; p 761.

TAQUIPNEA

La taquipnea es un aumento en la frecuencia respiratoria arriba de los valores normales. Es un indicador evidente de insuficiencia respiratoria, puesto que los problemas de ventilación ocasionan una mayor frecuencia en un intento por normalizar los gases sanguíneos. Sin embargo, en virtud de que la frecuencia respiratoria aumenta de manera habitual con la actividad, fiebre y otros estímulos, y llega a ser rápida y pro-funda . (23)

DILATACIÓN NASAL

A menudo, la dilatación nasal se percibe con el quejido. Puede apreciarse por el ensanchamiento de las ventanas nasales con cada inspiración y también es una indicación de trastornos en el tramo respiratorio inferior.(24)

(23)Ibid ; p 762

(24) Ibid ; p 763

HIPERINFLACIÓN

Los trastornos obstructivos del tubo respiratorio inferior como asma y bronquiolitis, producen más resistencia a la espiración que a la inspiración. Esto ocasiona una insuflación excesiva del pulmón, por una mayor cantidad residual de aire después de la espiración. La hiperinflación es reversible cuando el trastorno obstructivo se soluciona. Si el proceso ocurre por daño al tejido pulmonar con pérdida de la estructura normal y de la elasticidad, se denomina enfisema es poco reversible. La hiperinflación ocasiona un aumento del diámetro antero posterior del tórax, una nota de percusión timpánica sobre los campos pulmonares y una mayor aireación que se observa en la radiografía de tórax.(25)

CIANOSIS.

El color azulado de la cianosis se debe al color de la hemoglobina no oxigenada, lo cual ocurre cuando la cantidad total hemoglobina reducida se eleva más allá de 3 g/dl. La anemia no produce cianosis cuando los valores del oxígeno son normales, en virtud de que la hemoglobina presente está saturada de oxígeno. De hecho, la anemia y el choque pueden enmascarar la presencia de cianosis porque un número menor de moléculas de hemoglobina está presente. (26)

(25) Ibid; p 761

(26) Op. Cit; Brunner ; p 400

CAMBIOS EN EL ESTADO MENTAL

Los cambios en el estado mental se producen como resultado de la dificultad al respirar y de la alteración de los gases sanguíneos. Los niveles bajos de oxígeno producen una agitación inicial y luego provocan confusión, incoordinación muscular y desasosiego extremo. La hipoxia crónica causa fatiga, indiferencia y una menor actividad. La elevación de los valores de dióxido de carbono produce un intenso malestar, ansiedad y hasta pánico. De ordinario, la disnea se define como la sensación subjetiva de incapacidad para respirar de manera adecuada, según la describen niños mayores y adultos; los lactantes con problemas para respirar se volverán inquietos e insomnes. También puede referirse a los signos relacionados con un mayor trabajo para respirar. (27)

(27) *Op. Cit; Waechter , p 758.*

3. CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL PREESCOLAR DE TRES AÑOS.

Edad y características físicas. 3 a 4 años.

➤ Crecimiento biológico.

Los niños en edad preescolar crecen en forma relativamente lenta; se vuelven mas altos y más delgados sin ganar mucho peso.

➤ Altura y peso.

La preescolar gana aproximadamente 1 a 8 Kg. Por año. A los 3 años el niño pesa un promedio de 14,4 Kg

➤ **Proporciones corporales.**

El preescolar típico es más parecido al adulto que el niño de 1 a 3 años debido a la maduración esquelética. La cabeza y el cuello siguen disminuyendo en proporción al tamaño del cuerpo. Las extremidades inferiores crecen más rápido que la cabeza, el tronco y los brazos. Ahora más alto y más delgado, se hacen evidentes las características de los tipos somáticos debido principalmente a la distribución del tejido adiposo y el músculo en el marco corporal. (28)

➤ **Dentición**

Los cambios en la dentición son pocos durante los años preescolares. Las caries dentales son más comunes durante este periodo.

➤ **Sistema tegumentario.**

A medida que la piel madura, los trastornos cutáneos presentes en los lactantes y niños de 1 a 3 años disminuyen.

(28) Marlow, "Enfermería pediátrica", V 11, p 1038

➤ **Sistema respiratorio.**

Con el crecimiento la longitud de las estructuras en el tracto respiratorio ha aumentado y la incidencia de infecciones disminuye. Cuando ocurren las infecciones se localizan en el tracto respiratorio superior. Las amígdalas y los adenoides se mantienen relativamente grandes pero no deben extraerse mientras protejan al niño de las infecciones repetidas. Aunque la trompa de Eustaquio se vuelve más vertical

➤ **Sistema gastrointestinal.**

El proceso de digestión está maduro en este momento, pero el sistema gastrointestinal es vulnerable al estrés, que puede manifestarse por disfunción leve a moderada. Durante este periodo el niño ha aprendido el proceso de defecación. (29)

(29) Waler, " Tratado de pediatría" , p 690.

➤ **Sistema genitourinario.**

El sistema urinario ya casi ha alcanzado la madurez hacia La excreción urinaria en este grupo etario es 600 a 750 ml. Para un periodo de 24 horas. Hacia el final del período preescolar se logra el control vesical diurno, con control nocturno variable.(30)

(30) *Op. Cit; Marlow, p 1039.*

3.1 PREOCUPACIONES Y REACCIONES PSICOSOCIALES DEL NIÑO HOSPITALIZADO (3 a 5 años)

DESARROLLO PSICOSOCIAL O EMOCIONAL

Erikson identificó el " sentido de iniciativa como la etapa del desarrollo a lograr durante los años preescolares . Si los preescolares han aprendido a confiar en otros y a hacerse cargo de que son personas con su propio derecho están listos para descubrir que pueden hacer.

El objetivo de los cuidadores durante este periodo es ayudar a los pequeños a prender sobre el mundo y su gente .(31)

PREOCUPACIONES.

Separación : aunque hayan aumentado las capacidades cognoscitivas y para enfrentar problemas y que el niño responda menos violentamente al separarse de sus padres , la separación la hospitalización representan estrés que va más allá de los mecanismos para enfrentar problemas y capacidad adaptativa del preescolar ; en consecuencia el niño experimenta inseguridad y soledad.(32)

(31) *Ibid; 1040*

(32) *Ibid; p 1041*

Medio ambiente desconocido; esto requiere enfrentarse a un cambio de rutina diaria , y representa una pérdida de control y seguridad.

Abandono y castigo: las fantasías y pensamientos pueden albergar deseos de venganza contra otras personas de las cuales el niño espera retribución. La enfermedad puede interpretarse como castigo por esos pensamientos y la separación forzada de los padres como pérdida del amor y abandono.

Imagen corporal e integridad : la hospitalización y los procedimientos intrusos, significan una multitud de amenazas tanto de mutilación corporal como de pérdida de identidad ,la cual justamente comienza a desarrollarse junto con la adquisición de autonomía. (33)

Inmovilidad : el movimiento es la principal forma de expresión del niño y adaptación en su entorno. El niño pese una gran necesidad de locomoción y de ejercitar los músculos más grandes , lo que representa la principal expresión de emoción y liberación de tensión.

Pérdida de control: esto influye en la percepción y reacción hacia la separación , el dolor y la enfermedad. (34)

(33) Nettina " Enfermería practica", p 808

(34) Ibid; p 809

REACCIONES .

Regresión : el niño temporalmente suspende el uso de las habilidades recién adquiridas en un intento por retener o ganar nuevamente el control de una situación estresante. El preescolar puede mostrar regresión a la etapa del lactante o del niño que empieza a andar.

Represión : el niño puede intentar excluir el estrés indeseable y desagradable de la conciencia.

Proyección: el preescolar puede transferir su propio estado emocional , motivos y deseos a otros individuos en el medio que lo rodea

Desplazamiento o sublimación: Se permite que las emociones se dirijan y expresen en otras situaciones como el arte o el juego.

Identificación: el niño asume características de agresor en un intento de reducir el temor y la ansiedad , y sentirse en control , de la situación.

Agresión: la hostilidad es directa e intencional , la expresión física toma preeminencia sobre la expresión verbal.(35)

(35) Ibid: p 211

Negación y separación el niño es capaz de ignorar las interrupciones y repudiar cualquier pensamiento o sentimiento que le produzca dolor .

Fantasia: actividad mental que ayuda al niño a unir la separación que existe entre la realidad y lo imaginario debido a la falta de experiencia.(36)

El niño de 3 años : este niño disfruta los juegos activos pero también le gusta escuchar canciones de cuna que más tarde puede dramatizar .Está cada vez más interesado en jugar con otros niños en grupos de desplazamiento constante de dos o tres. Esta comenzando a desear tomar turnos; lo que hace posible el juego cooperativo, este juego reemplaza la alegría del contacto simple con otros niños. A los varones de tres años les gusta combinar los elementos de juego para hacer una situación parecida a la vida.(37)

(36) Op. Cit; Marlow p 1051

(37) Op. cit; p 1052

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
SUPERIORES AFECTADAS.**

Signo físico

Obstrucción de la vía respiratoria superior

Voz: Ronca solo cuando las cuerdas vocales están afectadas

Tos: De ladrido (cruposa)

Ruidos que se producen durante la respiración: Estridor (ruido de cacareo ,de tono alto,) que se acentúa mas durante la inspiración que en la espiración.

Proporción inspiratoria/ espiratoria: Fase inspiratoria más larga.

Retracciones torácicas: Retracción supraclavicular, supraesternal y esternal.

Configuración torácica : Normal

*Frecuencia respiratoria: Con frecuencia menos rápida que la inferior
(raras veces por arriba de 60 min.)*

II.- VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

PRESENTACIÓN DEL CASO DE ENFERMERIA.

Fecha: 17/06/00

Hora: 11hs.

Nombre del paciente: H. C. M. B.

*Domicilio: calle agua azul #217 Col. México 2ª. Sección CD.
Nezahualcoyotl*

Fecha de nacimiento: 5 de mayo de 1997.

Numero de afiliación del IMSS: 4200 75004 03M 97

Obtención de la información.

Nombre: N. G. C. D.

Parentesco: madre

Edad: 24 años

Ocupación: hogar y costurera

Estado civil: casada día actualmente desde hace dos años esta separada de su esposo.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL.

Brayan fue traído por su mamá al servicio de urgencias pediatría del H G R # 25 el día 16/06/00

Inicio con manifestaciones de hipertermia de 38° C, con vomito de contenido gástrico, dificultad para respirar, tos seca, tiros intercostales de predominio derecho.

Es la segunda ocasión que Brayan se pone de esta forma y se encuentra hospitalizado por el mismo problema, con disminución de apetito, rehusando cualquier tipo de alimento.

FECHA / HORA

OBSERVACIONES

17/06/00 / 11hs.

Brayan ingresa al servicio de preescolares, proveniente de urgencias, acompañado de su mamá, ambos muy angustiados con llanto ante la noticia que va a permanecer determinado tiempo en el hospital, se ubica en la cama 230, por lo que me presento con la mamá y con el niño explicándoles que durante su estancia voy a ser su enfermera que va a atender a Brayan y que cualquier duda de la mamá con toda confianza pregunte.

En función del beneficio del niño

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Le informo a la mamá y al niño del procedimiento que voy a realizar a Brayan que es: revisarlo para detectar necesidades de atención que tenga el niño y brindárselas con oportunidad de acuerdo a las prioridades de estas. Explico a la señora la importancia que tiene que ella se mantenga tranquila y con fe en todo el personal medico y de enfermería que cuidara de la salud y el bienestar del bebe, ya que esta situación es determinante para que se recupere lo mas pronto posible pues de esta manera también se sentirá tranquilo y en un ambiente de seguridad y confianza, al ver que su mamá se encuentra tranquila.

ANTECEDENTES FAMILIARES.

- *Padre y madre de BRAYAN aparentemente sanos sin ninguna patología.*
- *Abuelos maternos sanos vivos.*
- *Abuelos paternos madre diabética finada a los 48 años de edad*
- *Padre hipertenso vivo sin control medico*
- *Hermana finada de Cáncer en estomago a los 48 años de edad.*
- *Brayan tiene un hermano de 5 años de edad. Aparentemente sano.*

ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS.

- *Informa la mamá de Brayan que vive en casa de sus padres, ocupa una habitación con todos los servicios de agua potable, luz, drenaje, ahí se encuentran los servicios de la cocina.*

- *La señora es la única que sostiene la familia, es costurera, se separo de su esposo desde hace dos años, sus hijos se quedan al cuidado de una de sus hermanas de la señora, por lo que no puede estar al cuidado al 100% al cuidado de sus hijos, no recibe pensión alimenticia de su esposo, ni tiene otro tipo de ingresos solo los que ella genera.*

- *La relación familiar es de problemas múltiples ya que habitan en la misma casa varios integrantes de la familia con sus propios integrantes, esto genera conflictos entre los integrantes de la casa.*

- *Baño y ropa diario, la alimentación es deficiente carne una vez por semana, pescado ocasionalmente, leche de la comercial de caja.*
- *Conviven con dos perros y un gato dentro de la misma vivienda.*

ANTECEDENTES PERSONALES.

Brayan es el producto del segundo embarazo, este no deseado con duración de 38 semanas de gestación, no tuvo control prenatal, solo los dos últimos meses, aumentó de peso durante el embarazo de 15 Kg; sin molestias aparentes durante el embarazo. Parto normal, atendido en medio hospitalario, el trabajo de parto fue espontáneo, Peso al nacer 3,300kg, talla de 47 cms, apgar de 9--10, llanto inmediato al nacer.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

- ✓ *A los tres meses fijo la mirada.*
- ✓ *Siempre presento risa social*
- ✓ *A los 4 meses sostuvo la cabeza. Inicia con dieta complementaria (sopa, verdura, pollo jugo de naranja).*
- ✓ *A los 5 meses se sentó solo.*
- ✓ *A los 7 meses gateo y presento bipedestación, come todo tipo de alimento.*
- ✓ *A los 10 meses camino*
- ✓ *A los 12 meses le brotaron los primeros dientes.*
- ✓ *A los 18 meses controla esfínteres.*
- ✓ *A los 12 meses fue amamantado por su madre*

La leche complementaria que siempre se le ha dado es en polvo.

ANTECEDENTES ESCOLARES.

Brayan no ha asistido a ningún centro educativo, por problemas familiares, no hay quien lo lleve.

REVISIÓN DE SISTEMAS.

GENERAL *Brayan es un niño normal inquieto, travieso, sólo que desde que su papá no los visita se ha percibido triste y cabizbajo, solo lo ve ocasionalmente, pero al parecer esto altera mas a Brayan, últimamente ha perdido peso, la mamá manifiesta que desconoce los motivos, encontrándose confundida y no sabe si es por la enfermedad o por que no hay la suficiente atención por parte de la persona que lo cuida, frecuente mente presenta problemas de gripe, así como de dolor en la garganta, siendo tratado por medios caseros.*

SIGNOS VITALES *Presión arterial 90/60 Frecuencia cardiaca 110 Frecuencia respiratoria 38 Temperatura 36.5°C.*

ALERGIAS. *Se desconocen ya que no se han realizado estudios que confirmen esta situación, solo informa la madre que si ha observado que*

cuando hace frío, o en los cambios bruscos de temperatura de mucho calor a frío, o lluvia el niño presenta su problema de gripa siendo la segunda ocasión que han llegado al hospital. , Así como se ha percatado que cuando el niño se pone así suda mucho.

PIEL. *No presenta alteración, solo cicatrices de caídas que el niño ha adquirido jugando.*

CABEZA. *Sin traumatismos, de forma normo cefálica, circunferencia de 49.5 cm*

CUELLO *presenta leve inflamación de los ganglios linfáticos manifiesta el niño sentir dolor a la auscultación. Faringe endémica leve*

OIDOS Y AUDICIÓN. *Sin alteración en anatomía, responde a los estímulos auditivos y se percibe buena visión.*

NARIZ. *Mucosas de narinas reseca con mucosidad interna, se percibe leve aleteo nasal.*

BOCA. La dentadura se encuentra completa, presenta caries en el molar superior derecho, paladar y encías de color Rosado y olor no fétido lengua hidratada en tamaño y color normal, mucosas hidratadas, faringe edematizada y enrojecida.

TORAX. Circunferencia torácica de 53. cm, en forma y simetría de acuerdo a estructura física del niño, se escuchan estertores intermitentes de predominio izquierdo, campos pulmonares con presencia de sibilancias espiratorias de predominio derecho, presencia de tiros intercostales en ambos lados.

CORAZON: se localizan los ruidos cardiacos claramente, tono y ritmo normales.

ABDOMEN. A la palpación y auscultación se percibe abdomen blando y despresible, sin compromiso aparente.

RECTO Y ANO; genitales en buen estado, meato urinario sin alteraciones, así como recto y en buen funcionamiento.

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: *sin deformidades ni alteraciones para la función.*

PRUEBAS DE GABINETE Y LABORATORIO

Radiografía torácica

Exudado faringeo y nasal

Estudio de los gases sanguíneos arteriales.

ESTABLECIMIENTO DE PROBLEMAS

Dificultad para respirar

Deficiente alimentación

Deficiente aseo bucal y caries

Promiscuidad convive con animales

Hacinamiento

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

-Dificultad para respirar ocasionado por la permeabilidad ineficaz de las vías respiratorias asociado a la infección y edema del tracto respiratorio, manifestándose con fiebre de 38°C, así como inquietud y ansiedad en el paciente relacionado con la hospitalización.

-Perdida de peso relacionado con la fiebre, disminución del apetito y la presencia de vomito que provocan la acumulación de secreciones

-Conflicto con la madre debido a la estancia hospitalaria del niño y el estrés que provoca el desconocimiento de los procedimientos de la rutina hospitalaria que propiciara la recuperación del niño.

III PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

OBJETIVOS GENERALES

Lograr el restablecimiento del paciente a través de la atención de enfermería, donde de manera sistematizada, se establecerán las necesidades del paciente que la apoyen a recuperar la función respiratoria, logrando el equilibrio que se requiere para su adecuado desarrollo y crecimiento, así como orientar a los familiares para que conozca el proceso preventivo de la enfermedad.

DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

Fiebre

Tos

Estertores

Tiros intercostales

Aleteo nasal

Acumulación de secreción

Acciones de enfermería

PROBLEMA

Fiebre

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA

Calor

Escalofríos

Diaforesis

Rubicundez

RAZON CIENTÍFICA DEL PROBLEMA

La fiebre es la elevación de la temperatura corporal mas allá del limite normal; las causas pueden ser infecciones virales o bacterianas, reacciones a medicamentos, lesiones en el cerebro reacciones a enfermedades de otras partes del cuerpo. Las sustancias que producen la fiebre o pirogenos, actúan sobre el hipotálamo, estimulan la producción de calor y aumentan los mecanismos de conservación.

El vaso constricción disminuye la actividad de las glándulas sudoríparas, aumenta el tono muscular y produce escalofrió. La temperatura corporal empieza a elevarse.

ACCION DE ENFERMERIA

- A. Control de temperatura por medios físicos (compresas de agua fría, baño de esponja).*
- B. Toma signos vitales.*
- C. Administración de antipiréticos (acetaminofen).*

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Agentes físicos que se aplican a una zona del cuerpo del paciente que producen un cambio local sistemático de la temperatura tisular con objetivos terapéuticos

Las aplicaciones de los fomentos fríos se ordenan para extraer calor de los tejidos para:

Disminuir la Temperatura.

B. TOMA DE SIGNOS VITALES

Un estado de ansiedad en el niño de poca edad puede elevar sus cifras de sus signos vitales

Tanto el pulso como la presión arterial son afectados por este fenómeno

La temperatura corporal de los lactantes puede ser normal o subnormal durante infecciones masivas sin embargo en niños de poca edad se presenta n temperaturas muy elevadas 8 39.5° - 40.5°9 a un con infecciones mínimas Los lactantes no tienen tendencia a localizar las infecciones como los adultos.

Los signos vitales reflejan el estado funcional del niño que están gobernados por el funcionamiento de los órganos vitales del cuerpo.

Se detectan por medio de :

Presión arterial

Frecuencia cardiaca

Frecuencia respiratoria

Temperatura.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LA ACCIÓN.

Presión Arterial es la fuerza que la sangre ejerce contra la pared de las arterias en las que esta contenida.

Frecuencia cardiaca de los lactantes y los niños es mas elevada y reacciona en mayor grado a las enfermedades, el ejercicio y las emociones que la de los adultos. La FC. : muestra disminución gradual a medida que el lactante crece de 2 años en adelante es de 110 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria en lactantes y en niños es mas elevada que en los adultos, la respiración oscila entre 15 – 25 respiraciones por minuto, siendo de predominio respiración diafragmática.

C) ADMINISTRACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS.

El paracetamol disminuye la síntesis de prostaglandinas mediante su acción inhibitoria sobre la cicloxigenasa lo cual se relaciona con sus efectos analgésicos y antipiréticos.

Dosis: 120mg cada 6 hrs. Vía oral.

EVALUACIÓN

Tomar la temperatura cada 4 hrs. para controlar y no permitir que se eleve a más de 38°C.

Con la aplicación de fomentos de agua fría el organismo del niño responde adecuadamente

Verificar que ala aplicación de fomentos no se presenten corrientes de aire.

La toma de signos vitales durante los tres primeros días con predominio y control de temperatura y frecuencia respiratoria ha permitido conocer el estado de salud del niño sobre todo en el control de temperatura por medios físicos, en caso de no ceder administramos medicamentos vía oral.

Durante estos tres primeros días manteniendo el control de la temperatura la irritabilidad del niño disminuye considerablemente.

PROBLEMA.

Dificultad para respirar.

MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA.

- Disnea relacionada con la actividad.

-Jadeos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA.

La disnea (respiración difícil) es un síntoma común a muchas neuropatías y cardiopatías, en particular cuando aumenta la rigidez pulmonar y la resistencia de las vías respiratorias, a menudo la disnea se relaciona con tensión y ansiedad. (W p 417)

Los jadeos son unos de los signos principales en pacientes con bronco constricción o angostamiento de las vías respiratorias, casi siempre son espiratorios y se pueden escuchar sin la necesidad de estetoscopio.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

- 1) *Reposo absoluto*
- 2) *Administración de oxígeno*
- 3) *Canalización de vena*
- 4) *Nebulizaciones con mucolítico (salbutamol)*
- 5) *Administración de corticoesteroides (metilprednisolona)*

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN

1) *El reposo es importante para disminuir el metabolismo del organismo y ahorrar energía para evitar la dificultad para respirar permitiendo al paciente elegir libremente la posición en la cama.*

2) *A la administración de oxígeno el propósito es mejorar la calidad de aire inspirado para disminuir la energía que invierte en su respiración el niño.*

3) *El agua se encuentra en las células en los espacios, entre estas, y en plasma y sangre. Se logra la homeostasia por desplazamiento de líquidos y electrolitos a través de la membrana celular y por eliminación de desechos metabolitos y cantidades excesivas de*

electrolitos .El liquido intersticial que se encuentra dentro de las células corporales, constituye casi la mitad del volumen del agua corporal en el lactante. El agua extracelular se encuentra en los espacios corporales(liquido intersticial) o en el aparato vascular.

4)La nebulización aumenta el contenido de la humedad en el aire que pasa a las vías respiratorias, las partículas se condensan en el árbol traqueobronquial y favorecen la expectoración.

5) Los corticoesteroides inhiben la mayor parte de las etapas del proceso inflamatorio, tales como adhesividad endotelial. Su acción es antihinflamatoria en el tracto respiratorio.

EVALUACIÓN.

Ala administración de oxígeno el niño percibe la mejoría para respirar, disminuyendo así la ansiedad que esto le causa, implícitamente se le asiste en terapia afectiva para que acepte las puntas nasales sin que le causen temor.

Se coloca en la posición cómoda para el niño así como le beneficie y mejore la respiración.

Verificamos que la solución quede correctamente fijada y gentilmente sujeta,

Vigilando la permeabilidad de la misma, observando que el niño no presente ninguna alteración con la administración de medicamentos.

Se orienta al niño y a la mamá acerca de todos los procedimientos que se le realizar al niño y el objetivo de cada uno de ellos y de que manera lo van a beneficiar para su pronta recuperación.

Valorar que las respiraciones sean fáciles, regulares y sin esfuerzo.

PROBLEMA.

Tos

MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- 1) Tos seca*
- 2) Acumulación de secreciones*
- 3) Estridores*

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA.

1) La tos es el resultado de la irritación de la mucosa de cualquier parte de las vías respiratorias. Él estimula que provoca este signo puede derivarse de una infección o de un irritante atmosférico como el humo, humo niebla, polvo o gas. El reflejo de la tos es “el perro guardián de los pulmones” y la protección principal contra la acumulación de las secreciones en los bronquios y bronquiólos. (Bruner p 417)

2) Los enfermos con trastornos respiratorios afectan el funcionamiento respiratorio suelen requerir ayuda para movilización y retiro de secreciones. La mayor cantidad y viscosidad de las secreciones la incapacidad para despejarlas mediante el mecanismo tusígeno normal ,o ambos factores, pueden dar lugar a acumulación de secreciones en

las vías respiratorias , esa acumulación favorece la aparición de infecciones y produce inadecuado intercambio de gases.

3) Cuando la obstrucción está situada en las vías respiratorias altas es frecuente la presencia de un ruido inspira torio áspero , se denomina estridor.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

- 1) Fisioterapia torácica*
- 2) Posición semifowler*
- 3) Administración de mucolíticos (ambroxol)*
- 4) Drenaje postural*
- 5) Ejercicios diafragmáticos*
- 6) Administración de antitusígenos (dextrometorfan)*

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN.

1) *La fisioterapia torácica es una técnica de vibración y palmoteo sobre zonas afectadas de los pulmones que ayudan a desprender el moco retenido en las vías respiratorias. La terapéutica física se lleva a cabo con el niño en posición de drenaje, la secuencia acostumbrada es postura, palmoteo, vibración, tos, eliminación de secreciones.*

2) *La excursión diafragmática y la complianza pulmonar son mayores en esta posición. De esta manera puede lograrse máxima distribución y depósito de las partículas en aerosol en las áreas basales de los pulmones.*

3) *Los fármacos mucolíticos licúan el moco en los bronquios y facilitan la expulsión de las secreciones . Los mucolíticos son sustancias químicas que reducen la viscosidad de las mucoproteínas in vitro, fluidifican y aumentan el volumen de las secreciones bronquiales y facilitan su expulsión . Se utilizan en enfermedades inflamatorias del aparato respiratorio para permeabilizar las vías aéreas.*

4) *Se utilizan las posiciones específicas de tal manera que la fuerza de gravedad ayuda a expulsar secreciones bronquiales de los bronquiolos afectados hacia los bronquios principales y la tráquea mediante tos o aspiración.*

5) *La respiración diafragmática se utiliza sobre todo para reforzar el diafragma, que es el principal músculo de la respiración. También*

ayuda a disminuir el uso de los músculos accesorios, y permite mejor control sobre el patrón de la respiración, en especial en situación de estrés.

6) Los antitusivos y expectorantes sirven para fluidicar las secreciones y facilitar la expectoración del organismo.

EVALUACIÓN.

Durante la realización de las acciones se valora si el familiar del paciente, aplica y realiza de manera adecuada las técnicas para facilitar la expectoración de las secreciones.

Vigilar las características de las secreciones.

Al realizar las técnicas el niño coopera tranquilamente , pues ha comprobado el beneficio que esto le ocasiona a expectorar mejor y sin esfuerzo que ponga en peligro su integridad física y psicológica.

Se aplico procedimiento técnica

- *Al niño*
- *Hubo eliminación de secreciones*
- *Mejoro el apetito del niño*
- *El puño percusión ayudo al niño a expulsar las secreciones*
- *La mamá aprendió con facilidad la técnica y la aplico*
- *Por que: la mamá no coopera inmediatamente, manifestaba que era como pegarle al niño, hasta la segunda ocasión que se explico lo realizo de manera adecuada.*

PROBLEMA

Temor vinculado con los procedimientos a realizar y un medio ambiente extraño.

MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

Ansiedad y angustia del niño acompañado de llanto incontrolable

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El niño preescolar es vulnerable al traumatismo psicológico provocado por la separación con los padres en un ambiente desconocido, y personas también.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Preparar al niño en especial sobre que debe esperar durante su estancia en el hospital.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LA ACCION.

Al niño preescolar se le debe de explicar de la manera más sencilla el propósito de su estancia en el hospital, disminuyendo la ansiedad del niño estableciendo la empatía necesaria de primera instancia

EVALUACIÓN

El niño interactúa adecuadamente con la familia y el personal de salud.

PROBLEMA

Dificultad para comer

MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

*Disminución en la ingesta de alimentos
Vómito*

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA.

Es común que el niño muestre inapetencia durante el padecimiento respiratorio sobre todo en periodos febriles, los niños reducen su dieta, procedimiento que tiende a disminuir los trastornos gastrointestinales

ACCION DE ENFERMERIA

Promover la ingesta de líquidos claros

Fundamentacion científica de la acción de enf.

Se ofrecerán líquidos claros durante los periodos de vigilia, se tendrá precaución al dar alimentos ya que estos tienden a agravar la tos, producen fatiga y se corre el riesgo de aspiración.

EVALUACION

Al disminuir los síntomas patológicos de la función respiratoria se va recobrando el apetito así como la ingesta de líquidos que permitirá la hidratación adecuada del organismo, sin que esto ocasione mas complicaciones.

PLAN DE ALTA.

1.- Cuando el niño padece problemas respiratorios crónicos se puede beneficiar enseñando a los padres los métodos de drenaje postural y ejercicios respiratorios.

2.- Realizar demostraciones de las técnicas y solicitar que las repitan para verificar que los padres entienden el procedimiento.

3.- Recomendar a los padres que estimulen al niño a que participe en actividades físicas como :jugar, nadar, y saltar, tienden a incrementar la eficacia de los beneficios ventilatorios.

4.- Recomendar al niño que tosa sobre un pañuelo para evitar la propagación de las gotitas de saliva en la atmósfera.

5.- evitar exponer al niño a habitaciones con humo así como cerca de personas fumadoras.

6.- Evitar barrer , sacudir, exponerse a pintura aerosoles, blanqueadores y otros irritantes respiratorios.

7.-Advertir que se eviten los climas demasiados fríos o calientes para evitar que se agraven la obstrucción bronquial y la producción de esputo.

8.- Bañarse con agua tibia

9.- En clima frío llevar bufanda o mascarilla sobre nariz y la boca para calentar el aire inspirado.

10.- Explicar la manera de identificar con rapidez la evidencia de insuficiencia respiratoria: dolor torácico, cambios en características de esputo, (cantidad, color o consistencia) mayor dificultad para expectorar, aumento de tos, jadeo y falta de aire.

11.-Mantener un adecuado consumo de líquidos (8-10 vasos al día).

12.- Sugerir el uso de un espaciador para permitir mejor inhalación de medicamentos broncodilatadores.

13.-Advertir contra la exposición a personas con afecciones respiratorias, las infecciones respiratorias agravan los síntomas y pueden producir ulterior daño irreversible.

14.-Destacar la importancia de vacunarse contra la influenza y neumonía para disminuir la probabilidad de presentación de esas infecciones.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- I. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades de las vías respiratorias en este paciente fue determinante para el buen pronóstico del mismo.*
- II. La valoración diaria por parte del personal de enfermería es importante para actuar y tomar decisiones asertivas para la atención oportuna del paciente.*
- III. La aplicación oportuna de la terapéutica y de los cuidados integrales de enfermería contribuyó al restablecimiento del paciente.*
- IV. Durante la elaboración del proceso de atención de enfermería fue necesario la revisión bibliográfica de los temas de interés, por lo tanto reafirme los conocimientos adquiridos a través de la preparación académica.*
- V. La rutina durante la labor cotidiana mecaniza y automatiza las actividades que realizamos; al aplicar el conocimiento científico en enfermería para realizar dichas acciones nos damos cuenta de la satisfacción y seguridad que esto ofrece.*

- VI. La orientación a los padres de familia de cuando hacer contacto con el medico es importante para la atención oportuna del niños.*
- VII. El trabajo profesional de la enfermera debe trascender en la vida del paciente, educando de forma intra hospitalaria, a detectar las necesidades del mismo.*
- VIII. La enfermera debe continuar preparándose en su formación profesional para no solo ofrecer atención en los cuidados de enfermería, sino también para lograr reestablecer todas las alteraciones psicológicas y emocionales que se presentan en el niño durante el proceso intrahospitalario.*
- IX. La licenciada en enfermería deberá establecer la empatía entre ella y el niño ya que es parte fundamental en el restablecimiento del paciente*
- X. Propongo que el PAE se estandarize en las instituciones de salud con la finalidad que durante su elaboración se respeten los lineamientos establecidos.*
- XI. Sugiero establecer la licenciada en enfermería sea la responsable de elaborar los PAE en los servicios hospitalarios y supervise la ejecución de los mismos.*

- XII. Sugiero que la educación familiar y conservación de la salud sean programas prioritarios que retomen el profesional de enfermería para que la población tome conciencia de su importancia.*
- XIII. La imagen que debe ofrecerse en el ámbito laboral es de que enfermería se esta profesionalizando para lograr el estatus que esta merece y demostrar con seguridad y firmeza que es el apoyo profesional del médico.*
- XIV. Propongo que la enfermera adquiera conocimientos mas amplios en el ámbito Biopsicosocial del paciente con el objetivo que desarrolle la habilidad y destreza de establecer diagnósticos precisos que permitan cubrir las necesidades del paciente y su familia de forma inmediata.*

BIBLIOGRAFÍA

- BRUNER** "Enfermería Medico Quirúrgica"
ED. INTERAMERICANA VI, 1989 6°.ed;
México.
- MARIOW** "Enfermería Pediátrica"
ED. INTERAMERICANA VII, 1988
5°.ed; México .p 300- 315
- NETTINA SANDRA** "Enfermería Practica"
ED. INTERAMERICANA VI-II 1998,
México p. 1030- 1038
- NELSON** "Tratado de Pediatría"
ED. INTERAMERICANA VI, 4°.ed;
p 890-900
- MYERS JUDITH** "Enfermería Medico Quirúrgica"
ED. MOSBY, VOL. I-III 1995 2da,ed España
P 547-573
- TORTORA GERDRA J.** "PRINCIPIO DE ANATOMIA Y
FISIOLOGIA"
ED. HARLA MANUAL 1993, Colombia
P 888-894
- WIECK** "Técnicas de Enfermería ilustrado"
MC GRAW HILL 1988, México
P 670-710-840

- KLUSE CK HALMITON HELEN* "Procedimiento de Enfermería"
1era. Edición ED. INTERAMERICANA
1996, México p 90-100
- RIVERRA SERRANO* "Lineamiento para una prescripción medica
correcta"
ED. M. MODERNO 1998, España
p500-560
- IMMS* "Cuadro Básico de medicamentos"
Año 1999
- QUIROZ GUTIERRES FDO* "Anatomía Humana"
T III 1993 ED. PORRUA
- DENNIS HASGOL* "Psicología Evolutiva"
1985 ED. INTERAMERICANA p.155
- VAZQUEZ GONZALEZ* "Clínicas Pediátricas de Norteamérica"
V2 1984 ED. M. MODERNO
- WAERL* "Tratado de enfermería pediátrica"
ED. INTERAMERICANA P 580-600

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA