

73



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

**"APLICADO A UN PACIENTE PEDIATRICO CON
ALTERACIONES DEL INTERCAMBIO GASEOSO,
ASOCIADO A ASMA BRONQUIAL, MANIFESTADO
POR DISNEA, TOS Y CIANOSIS"**

**T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
REYNA DEL ROSARIO FIGUEROA BOLAÑOS**

No. DE CUENTA: 08004589-0

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Magdalena Mata Cortes'.

**DIRECTORA DEL TRABAJO
LIC. MAGDALENA MATA CORTES**



MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE, 2001



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.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida, la entereza y sabiduría para logra cada una de mis metas.

Al Hospital Gineco-Pediatria 3 "A".

En especial al Servicio de Pediatría, a mis compañeros, enfermeras y médicos de este.

A todos los catedráticos de la Licenciatura de Enfermería S.U.A.

En especial a la profesora Lic. Magdalena Mata Cortés, por su incondicional apoyo y confianza en todo momento.

A mis familiares por su cariño y afecto que me brindaron para cursar la licenciatura.

Con amor incondicional a mi hijo Giovanni, que me da la motivación, para luchar y mi inspiración de vivir.

*La vida tiene un sin fin de contratiempos y contradicciones;
más sin embargo todo eso puede esperar.*

*El niño no, él está ahora mismo ensayando su sangre;
creando sus huesos, a él no se le puede decir mañana,
porque el mañana es ahora.*

Gabriela Mistral.

INDICE

	Pág.
Introducción.	1
Justificación.	3
Objetivo General.	4
Objetivos Especificos.	5
1. Marco Teórico.	6
1.1 Concepto de Enfermería.	6
1.2 Cuidado Enfermero.	7
1.3 Proceso de Atención de Enfermería.	8
1.3.1 Etapas del Proceso.	9
1.3.2 Valoración.	10
1.3.3 Diagnóstico de Enfermería.	17
1.3.4 La Planificación en el Proceso de Cuidados.	22
1.3.5 Ejecución.	28
1.3.6 Evaluación de los Cuidados.	29
1.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.	31
1.5 Patología (Asma Bronquial).	39
2. Metodología.	61
2.1 Valoración.	62
2.2 Diagnóstico de Enfermería.	62
2.3 Planificación de Cuidados.	63
2.4 Ejecución.	63
2.5 Evaluación.	63
3. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.	64
3.1 Presentación del Caso Clínico.	64
3.2 Valoración.	65
3.3 Diagnóstico de Enfermería.	65
3.4 Planeación.	68
3.5 Ejecución.	70

INTRODUCCION

La atención de enfermería, requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados, y para ello se basa en el proceso atención de enfermería, que es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades actuales y potenciales para la salud del cliente.

El Proceso de Atención de Enfermería, tiene como base científica el método científico para la realización de la práctica asistencial de enfermería.

Este método, permite a las enfermeras presentar cuidados con furia racional, lógica y sistemática.

El Proceso Atención de Enfermería consta de 5 etapas:

La 1ª etapa: Es la valoración donde se define como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud del cliente, a través de diversas fuentes.

La 2ª etapa: Es el diagnóstico, en donde nos permite formular los diagnósticos de enfermería, basados en la Taxonomía NANDA.

La 3ª etapa: Que es la planeación, nos permite jerarquizar las necesidades detectadas en el paciente, definiendo los obstáculos y el plan intervención de enfermería.

La 4ª etapa: Es la ejecución; son propiamente las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades del individuo, de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson con su respectiva razón científico.

La 5ª y última etapa del proceso, nos permitirá conocer los resultados efectuados en las ciudades de enfermería. En la aplicación del proceso de un paciente pediátrico con alteración de intercambio gaseoso asociado a asma bronquial manifestado por disnea y cianosis.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos, el primero aborda el marco teórico, donde se conceptualizan los elementos del Proceso Atención de Enfermería, el Modelo de Virginia Henderson y la Patología de Asma Bronquial.

El segundo capítulo se refiere a la metodología, la cual consiste en la descripción de las etapas del Proceso Atención de Enfermería.

El tercer capítulo incluye el desarrollo de las etapas de Ejecución y Evaluación.

El cuarto capítulo contiene conclusiones, sugerencias, glosario y bibliografía.

JUSTIFICACION

La enfermera a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión.

La enfermera modifica su cuidado a las necesidades presentadas en el individuo, a medida que se produce la evolución en la carrera continuamente adaptándose a las exigencias del mundo cambiante.

El proceso de Atención de Enfermería (PAE), es una metodología que permite a la enfermera, intervenir de manera sistemática, el planificar nuestros cuidados de enfermería, ya que nos facilita definir la problemática y diferenciar nuestra función de cuidar a nuestro paciente. Con esto nos fortalecerá para estar más identificados en nuestro rol.

El presente Proceso de Atención de Enfermería, se realiza con el fin de cumplir con el requisito estipulado por la escuela para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

A su vez, contar con los conocimientos actualizado y aplicarlos para brindar atención integral, tomando en cuenta con seria importancia al individuo en forma biopsicosocial de un paciente con Asma Bronquial para interactuar en su entorno.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un paciente con Asma Bronquial, basado en el modelo de Virginia Henderson, el cual plantea que cada persona es un ser humano complejo con características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales únicas. Con el propósito de brindar cuidados de calidad al paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, en la práctica de Enfermería que asegure una atención de calidad y calidez del individuo.

Establecer una relación enfermera-paciente, que en forma conjunta permite al paciente su independencia para enfrentarse a los cambios actuales en su salud.

Obtener la titulación de Licenciada en Enfermería.

1. MARCO TEORICO

1.1. Concepto de Enfermería.

La enfermería como disciplina, implica procesos de investigación, una práctica y una enseñanza específica, no surge a la luz por sí misma, sino a la luz de otras disciplinas, sin embargo su interés por el cuidado a la salud humana, su crecimiento a través de la investigación y el trabajo académico, la ubican en un proceso de consolidación como disciplina, por tanto una de las tareas fundamentales entre las que se dedican a teorizar sobre la enfermería, es la delimitación de su objeto de estudio, el cuidado esencial y eje que le caracterizan, el cual se define como todas aquellas acciones y eje que le caracterizan.

El ejercicio de la enfermería profesional, supone el desempeño remunerado de cualquier trabajo durante la observación, cuidado y consuelo del enfermo, herido o inválido, o en el mantenimiento de la salud o la prevención de enfermedades ajenas o en la supervisión y enseñanza del personal o en la administración de medicamentos y tratamiento prescrito.

Enfermería, es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiada de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Enfermería es una ciencia, porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos, para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

Enfermería, es cuidado integrado porque, incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.¹

¹ Doroth y M. Crowley. "La disciplina en enfermería". *Perspectivas Nursing thearu Philadelphia, Lippin Cott Company, 1992. p-8*

1.2 Cuidado Enfermero.

Los cuidados básicos son, conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson, éste es el aspecto en trabajo de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos considerados, como un servicio derivado del análisis y las necesidades humanas, son considerados universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían porque, cada persona interpreta a su manera ésta relación al paciente. Henderson afirma, que todos los miembros de un grupo deben considerar a la persona que atienden como figura central y comprender primordialmente su misión que consiste en asistir a esta persona.

La naturaleza de los cuidados, permite distinguirlos según lo que se propongan alcanzar, se pueden distinguir diferentes tipos de cuidados:²

- Los cuidados de estimulación.
- Los cuidados de confirmación.
- Los cuidados de conservación y continuidad de la vida, conservan y mantienen las capacidades adquiridas para hacer frente a las necesidades de la vida.
- Los cuidados de auto imagen.
- Los cuidados de compensación.
- Los cuidados de sosiego, la naturaleza de los cuidados surgidos del acompañamiento a lo largo de las diferentes etapas de la vida, desde la

² Colliere, Marie Francoise, Promover la vida de la practica de mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Barcelona 1992. Interamericana Mc Graw-Hill. pp. 240-241.

- concepción hasta el nacimiento, éstos cuidados son de la misma naturaleza, ya que los acompañará desde la concepción hasta la muerte.

1.3 Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de enfermería, procede de un encuentro entre dos o más personas, en donde ambos poseen elementos del proceso de cuidados. Es un proceso de elucidación, acción entre los interlocutores sociales con componentes diferentes y complementarios, dirigidos a encontrar su realización a partir de sus capacidades y recursos de cada entorno.³

Referentes Históricos del Proceso de Enfermería.

El término Proceso de Enfermería, fue introducido por primera vez por Lidya Hall en 1955, durante finales de los años 50 y principios de los 60. Doroty Johson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963), introdujeron un modelo de tres pasos. En 1966 Virginia Henderson, identificó las acciones de enfermería básicas, como las funciones independientes y afirmó los mismos pasos que el método científico. En 1967, Lois Knowles, presentó un modelo de proceso que llamó "Las Cinco D", (disc cover), investigar (delve), decidir (decide), hacer (do) y distinguir (dorminte).

En la publicación de 1980 "A Sopcial Police", (ANA, 1980), se documentaba un mayor compromiso.⁴

El Proceso de Enfermería según la OMS (1977), es un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de la persona, implica la identificación de sus

³ Phaneof, Margot. "El Proceso de los Cuidados de Enfermería". *El Proceso de Atención de Enfermería*. Tr. Carlos M. López González y Julia López Run. Mc-Graw-Hill. Interamericana. Madrid 1993. p. 14-20

⁴ Riopelle, Lise, Inf. M.N. Groundin Louis, Inf. M. Ed. Phaneauf Margot, Inf. M. A. "Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona" 1993. España. Pp. 41-50.

necesidades de salud, así como la jerarquización de aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidado de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados.

Por su parte Rosalinda Alfaro, apunta que el proceso de enfermería, es el método empleado por las enfermeras para efectuar la valoración, el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales, se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se valora por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y el progreso de la persona, y mejora la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos.⁵

1.3.1 Etapas del Proceso.

El proceso se compone de cinco etapas:

Primera etapa

La recolección de datos, permite hacer un inventario de todo lo que se refiere al cliente, nos ofrece información sobre lo que es, de que sufre, sobre sus hábitos de vida y sobre el estado de satisfacción.

Segunda etapa

Análisis e interpretación de los datos obtenidos sobre el cliente, que hacen posible que veamos con claridad, cual es su problema específico y la fuente de dificultad que lo provocan, permite realizar el diagnóstico de cuidados.

⁵ Tendencias y Modelos más utilizadas en Enfermería. "Proceso Atención de Enfermería", http://personal.redebestb.es/la_sauguesa/modelos.html. p. 32-33.

Tercera Etapa.

La planificación permite determinar los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, con el fin de suplir lo que el cliente no puede llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia. Tiene dos vertientes: la elaboración de los objetivos de los cuidados y la planificación de las intervenciones.

Cuarta Etapa.

La ejecución, es la puesta en practica por parte de la enfermera del plan de intervenciones elaborado.

Quinta Etapa.

La evaluación de los cuidados que consiste en volver hacia atrás para evaluar si el proceso que se ha seguido y los resultados obtenidos, son validos o no. Esta revisión permite comprobar si se han conseguido los objetivos y si es necesario incorporar nuevos datos surgidos del estado del cliente.⁶

1.3.2. Valoración.

La valoración, es considerada el pilar del proceso de enfermería, porque de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas.

⁶ Op. Cit. Phaneuf. p. 50-57.

Durante el desarrollo de esta etapa, la enfermera dispone de métodos, medios y procedimientos específicos para la integración de la historia clínica de enfermería. Esta tiene la finalidad de reunir la información necesarias para la identificación de los problemas que encuentra el paciente para la satisfacción de sus necesidades.

Observación.

La observación, es un elemento primordial de los cuidados de enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos.

La observación pasa a nosotros antes que nada, a través de los sentidos que son los que nos ponen en contacto con el mundo exterior, utilizando la vista, el oído, el tacto y el olfato.

Utilización de la observación.

Para que la observación sea eficaz, tiene que ser atenta y expresa. Por eso en sus contactos con el cliente, la enfermera debe hacer la abstracción de sus propias preocupaciones, en la medida en que le sea posible y centrarse en la persona del cliente y en su entorno inmediato.

La Vista.

La vista nos aporta multitud de informaciones en relación con las características físicas de la persona, su mirada, su fisonomía, sus comportamientos. Nos informa igualmente

determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud.

El Oído.

A través de este sentido, nos llegan palabras, las flexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el cliente, (latidos del corazón, emisión de gases, agitación o abatimiento, erupciones en la piel, Ictericia, etc.).

El Tacto.

También este sentido es importante en los cuidados de enfermería. Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles (endurecimiento, grosor de una masa, textura de la piel, calor de los miembros, etc.).

El Olfato.

El olfato desempeña igualmente un papel importante en el trabajo del que presta cuidados. Este sentido permite, por ejemplo, detectar olores que revelan el grado de limpieza del cliente, o determinados procesos patológicos, como infección de una úlcera, que produce un olor nauseabundo, o el aliento dulzón de un diabético, en un momento de la taza de azúcar.⁷

⁷ Phaneuf. "De código de datos". Primera etapa del Proceso de Cuidados. p. 81-90.

Entrevista.

Una de las formas privilegiadas de información sobre el cliente, es el encuentro con él en una entrevista. La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. El objetivo de este encuentro es recoger informaciones que permitan descubrir necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que la determinan.

La enfermera debe igualmente intentar crear todas las condiciones que favorezcan el intercambio.

Habilidades que Facilitan la Entrevista.

- A. Habilidad para hacer preguntas de forma adecuada.
- B. Habilidad para confirmar o validar las percepciones que tiene de su cliente.
- C. Habilidad para reconducir al cliente que hace digresiones, hacia el tema de la entrevista.
- D. Habilidad para hacer una síntesis de lo que se ha dicho.
- E. Capacidad para poner en práctica la escucha activa.

Fases de la Entrevista.

La entrevista puede dividirse de distintas manera, según el modo de análisis que se aplique a su desarrollo:

1. La preparación material (lugar, momento, intimidad, confort) y la preparación organizativa.
2. La introducción es el momento en que se pone en marcha la entrevista.
3. El desarrollo o cuerpo de la entrevista, que consta de preguntas y respuestas entre la enfermera y el cliente.
4. La conclusión que lleva la enfermera a finalizar la entrevista.
5. El objetivo de la recogida de datos, es identificar los problemas que encuentra el cliente para satisfacer sus necesidades.⁸

Historia Clínica.

La consulta de la historia clínica, debe permitir a la enfermera estar al corriente de las prescripciones médicas y evolución del estado del enfermo, de los informes, exámenes y análisis, de las distintas intervenciones terapéuticas y de las notas y planes detectados por sus colegas.

Los contactos con la familia y el entorno son igualmente importantes.

La comunicación con los otros miembros del equipo multidisciplinario, puede igualmente enriquecer a la enfermera. Una comprensión del plan médico o de las intervenciones de otros terapeutas y especialistas, puede ayudar a la enfermera a coordinar el conjunto del plan del tratamiento.

- El cliente
- Su familia y su entorno.
- Su historia clínica actual y anterior.

⁸ Phaneuf Margot "La recogida de datos: primera etapa del Proceso de los Cuidados". pp. 89-92

- Los otros miembros del equipo.
- Las obras de referencia.

La Historia Clínica es un Proceso que tiene Cuatro Finalidades estas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera, a determinar que otras áreas requirieran un análisis específicos a lo largo de la valoración.

Esta debe ser comprendida en dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.

Otro ámbito es de la habilidad técnica.

Los datos obtenidos en la historia de enfermería entre enfermera e individuo, su salud, respuestas a la enfermedad, factores socioculturales, prácticas y creencias sanitarias, patrones de lucha y las actividades diarias.⁹

⁹ Hinchliff Sisan M. Et. Al Enfermería y Cuidados de la Salud. Doyma Barcelona 1993. pp. 20-30

Exploración Física.

La actividad final de la recolección de datos, es el examen físico. Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Se centra en determinar, en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos de la entrevista.

Métodos.

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, posición, situación anatómica, color, etc.).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movibilidades), se utiliza para palpación de órganos de abdomen, movimientos corporales y la expresión facial.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonidos que podemos diferenciar son sordos, aparecen cuando se aparecen músculos o huesos.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino, también se puede escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja.

Medición.

- Desde la cabeza hasta los pies. Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos. nos ayuda a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.¹⁰

1.3.3. Diagnóstico de Enfermería.

El término de diagnóstico de enfermería, fue introducido por V. Fray en 1953, para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados, la identificación y formulación de problemas.

El diagnóstico es el reflejo del problema del paciente.

En opinión de Gordon, el diagnóstico se convierte en un medio concreto, que sirve para unificar puntos de vista conceptuales. El diagnóstico de enfermería alude al razonamiento clínico y a los criterios que posibilitan un diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico describe los problemas de salud que las enfermeras están autorizadas a tratar en forma independiente, en virtud de su capacitación y experiencia. tratar o proporcionar tratamiento implica la iniciación de métodos terapéuticos aceptados.

El diagnóstico, es un informe que describe la respuesta humana (estado de salud o pauta de interacción alterada presente/potencial) de un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual puede indicar intervenciones

¹⁰ Tendencias y Modelos más utilizados. pp. 20-22.

definidas, destinadas a mantener el estado de salud o a reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

El proceso de diagnóstico alude al razonamiento clínico y a los criterios que posibilitan un diagnóstico de enfermería, para calificar un problema de salud la enfermera debe:

1. Recabar información.
2. Interpretar el significado de información.
3. Agrupar hechos interrelacionados.
4. Dar un nombre al grupo.

Redacción de un diagnóstico de enfermería, para comunicar esta información coherente acerca de las necesidades asistenciales de un paciente y sus deficiencias, deben redactarse diagnósticos que reflejen precisión los datos de valoración.¹¹

Como lo describió Gordón. El Diagnóstico de enfermería tiene tres componentes denominados formato PES que son:

- (P) Problema de salud,
- (E) Etiología y
- (S) Signos y síntomas

El formato PES descrito por Gordón, se utiliza para redactar un informe para el diagnóstico actual. Un informe diagnóstico enuncia un problema en relación con etiología y con su manifestación por signos y síntomas Puede redactarse un diagnóstico en relación, a un problema de enfermería presente, potencial o posible.

Un diagnóstico de enfermería presente, se redacta usando el formato PES cuando la evidencia clínica de las características descriptivas del diagnóstico se identifica

¹¹ Murria, Marg. Ellen Ph. D. Rn. Atkinson Leslie, Dr. N.M.S.V. 5ª edición. Mc Graw-Hill Interamericana. pp. 18-21.

mediante sucesivas valoraciones. Los diagnósticos potenciales o posibles describen aquellos fenómenos que pueden ocurrir a menos que la enfermera inicie decidida intervenciones preventivas.

Carpenito, define un diagnóstico potencial de enfermería, como el que describe "un estado alterado que puede presentarse, sino se ordenan e implementan determinadas intervenciones de enfermería".

Un diagnóstico potencial se redacta para indicar, que un determinado diagnóstico tiene gran probabilidad de ocurrir, pero aún no se ha manifestado.

Un diagnóstico de enfermería potencial, debe redactarse como un enunciado en dos partes que identifica el problema potencial y las potenciales causas o etiología.

Un diagnóstico de enfermería posible, es similar a uno potencial en lo concerniente a que puede ocurrir lo condicional. De manera similar el término de diagnóstico de enfermería posible se emplea para describir problemas que pueden estar presentes, pero requieren de información adicional para ser confirmados o descartados.

Los diagnósticos posibles indican problemas de salud con menores probabilidades de ocurrir que los correspondientes a diagnósticos potenciales.¹²

Inicio y Evolución, Estado actual de la Taxonomía. (NANDA).

A principios de la década de 1970, se inició en Saint Louis University Hospital USA, la computarización de las historias, basándose en los diagnósticos médicos o para su introducción y recuperación en la base de datos, el sistema no contemplaba el trabajo enfermero, ya que tal y como estaba registrando en ese momento no cumplía los requisitos necesarios para su introducción.

¹² Carpenito Juall Linda, R. N. M. S. N. "Manual de Diagnóstico de Enfermería 5ª edición. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid 1995. pp. 28-29

A partir de la quinta conferencia, celebrada en 1982, se abrieron las puertas a todos los profesionales enfermeros y desapareció el National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis, creándose en su lugar la North American Nursing, diagnosis Association (NANDA), cuyo principal objetivo seguía el perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía propia.

NANDA a optado por su trabajo de codificación de los DxE, para incluirlos en la ICD y en su lugar a establecido una línea de trabajo con el CIE, a fin de apoyar su clasificar y contribuir al esfuerzo de crear una terminología propia para su uso en todo el mundo.

Componentes de los Diagnósticos Enfermeros Aprobados por la NANDA.

Los diagnósticos aprobados por la NANDA, constan de las siguientes partes:

A. En todos los Diagnósticos.

Nombre o etiqueta. Proporciona una denominación para el diagnóstico, es una frase concisa o etiqueta, diagnóstica y puede incluir calificativos junto a ella, se incluye entre paréntesis el año en que se aprobó el diagnóstico, que en ocasiones se acompaña de una segunda fecha seguida de una segunda R, lo que indica el año en que se revisó.

B. En los diagnósticos reales.

Características definitoria. Son evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.

Las características definitorias son concretas y mensurables, mediante la observación o los informes de la persona o grupo.

C. En los diagnósticos de riesgo.

Factores de riesgo. Factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos, o elementos químicos, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, o comunidad a la aparición, de una respuesta poco saludable.

Carpenito sugiere que, en ocasiones resulta útil la frase secundario, seguida de la causa médica que genera el problema, lo que ayuda a centrar la atención de la enfermera y determinar las intervenciones más indicadas en el cada caso.

En los diagnósticos reales y de riesgo, es importante la identificación de la causa, ya que en la medida en que esta pueda ser eliminada o reducida se modifiquen sus efectos, el problema desaparecerá, o se reducirá.

No obstante hay situaciones en que se desconoce la causa, aunque si se siente la presencia del problema, en tales casos puede formularse el DxE, poniendo detrás de la etiqueta diagnóstica (r/c) causa desconocida.

Diversos autores identifican, además de los DxE reales, de riesgo y de salud, un cuarto tipo al que le llaman diagnóstico posible, definiéndolo como aquellas situaciones en que la enfermera sospecha de la existencia de un problema, pero que no esta segura de su existencia. En otras palabras durante la valoración detecta claves que pueden indicar su presencia, pero faltan datos que permitan confirmarla o negarla con certeza. Sin embargo se considera que esta categoría no existe, ya que se trata de una hipótesis de trabajo y como tal debe tratarse.

La enfermera al igual que otro profesional dentro de su campo de competencia, debe localizar su valoración y buscar aquellos datos indicativos del problema, cuya existencia se sospecha, y se llevará a confirmarlo o descartarlo definitivamente.¹³

¹³ Fernández, Ferrín Carmen, Novel Martín Gloria. "El Proceso de Atención de Enfermería", estudio de casos, Taxonomía Diagnóstica NANDA. Editorial Masson Salvat Barcelona. 1993. pp. 1-11.

Diagnóstico de Enfermería.

1. Tiene en cuenta el estado del cliente que vive un problema de dependencia y su reacción frente a su estado.
2. Se expresa de forma inespecífica y puede ser válido para varios problemas diferentes de salud.
3. Tiene en cuenta diferentes grados en la erección del cliente
4. Tiene en cuenta las fuentes de dificultad o factores contribuyentes, que causan el problema de salud o permiten la elongación.
5. Orienta a la enfermera hacia las intervenciones autónomas.¹⁴

1.3.4 La Planificación en el Proceso de Cuidados.

La planificación de los cuidados, es una de las etapas que orientan hacia la acción. Se basa en las etapas anteriores y específicamente en la definición de los diagnósticos de enfermería

Esta etapa se compone esencialmente de dos pasos: La definición de los objetivos de cuidado y el plan de intervención de enfermería.

En la definición de los objetivos, se parte de la idea general que el paciente o usuario es un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas (Fernández, F. 1995).

Planificar cuidados significa, establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar.

¹⁴ *Ibidem.* Phaneuf Margot. "Análisis e Interpretación de los datos". p. 116.

Planificación de Intervención y Planificación de Cuidados.

El plan de cuidados, es el instrumento por excelencia que tiene entre manos la enfermera, en su trabajo diario. El plan de cuidados, es el que orienta todas las actividades de la enfermera, tanto en relación con un cliente determinado como el conjunto de clientes que están bajo su responsabilidad.¹⁵

Objetivo de Cuidados.

Primer Paso:

El primer paso de la planificación de los cuidados está constituido por los objetivos.

Un objetivo de cuidados puede definirse, como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas de intervenciones.

El objetivo de cuidados, debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde se desea conducir al cliente, es decir debe describir cual es el resultado que persigue con su acción. Debe expresar sus objetivos de forma específica, en función del comportamiento del cliente, es decir, en función de la meta y grado de implicación que se espera de él. Estos objetivos deben ser igualmente realistas y observables.

El sistema EPIRO, es un medio técnico útil para acordarse de sus características:

E. Especificidad o pertenencia a un solo sujeto.

P. Meta o acción esperada de la persona.

¹⁵ *Ibidem.* Phaneuf, Margot. "La Planificación de los Cuidados". p. 129.

I. Implicación o nivel de compromiso personal del cliente

R. Realismo. Un objetivo debe tener en cuenta la capacidad de la persona desde el punto de vista físico, intelectual y afectivo; para que sea aplicable, debe ser realista desde el punto de vista de la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarlo a conseguirlo.

O. Observable. Un objetivo debe orientarse hacia comportamientos o hacia acciones objetivas apreciables y observables, que en determinados casos, deben ser incluso mensurables.

Componentes de un Objetivo.

Las características enunciadas anteriormente indican como ha de ser la composición de un objetivo. Llevan a la enfermera a incluir en los objetivos que se marcan determinadas precisiones esenciales.

Sujeto único.

Para que un objetivo sea específico, debe orientarse un solo sujeto cada vez, es decir el mismo cliente.

Verbo activo o pasivo.

Generalmente se admite la formulación de un objetivo, ha de utilizar un verbo que exprese a ser lo posible, un solo comportamiento cada vez.

Puede ocurrir que, dada la dependencia del cliente, la utilización del verbo activo sea exagerada, ya que la suplencia de la enfermera en la satisfacción de sus necesidades es casi total. Puede igualmente darse el caso de un problema potencial que se desea prevenir.

Elementos Descriptivos de la Acción.

El objetivo debe igualmente expresar, de que forma se realiza la acción del cliente ¿con o sin asistencia? ¿con qué medios?.

Criterios de Observación.

El objetivo debe expresar también criterios precisos de observación, es decir debe determinar en que momento y en que medida debe realizarse la acción.

Campos a los que pueden pertenecer los objetivos de cuidados:

- De naturaleza psicomotriz, cuando lo que está implicado es el movimiento.
- De naturaleza cognoscitiva, cuando se refiere al conocimiento.
- De naturaleza afectiva, cuando están interesadas las sensaciones, las emociones y los sentimientos.

Objetivos a Corto, Medio y Largo Plazo.

Los objetivos describen intercambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el largo plazo previsto para que se lleven a cabo, no tiene que ser necesariamente el mismo para todos. Algunos de ellos se podrán conseguir corto plazo, en horas y pocos días.

Objetivos Constantes.

Otro tipo de objetivos que la enfermera, debe elaborar con frecuencia, son los que deben mantenerse en el plan de cuidados.

Intervenciones

Segundo Paso.

La elección de las intervenciones, permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado de las intervenciones de la enfermera, se orientaran pues a mantener y completar lo que el cliente puede realizar por si mismo y en determinados casos, a suplir aquello que el no puede hacer por si mismo. Por tanto las acciones tienen como objeto esencial conservar un grado óptimo de independencia en la persona.¹⁶

Características de las Intervenciones.

- **Creatividad:**

La enfermera que procede a la planificación de cuidados, ha de ser imaginativa. Debe pensar en intervenciones originales que respondan verdaderamente a las necesidades específicas del cliente.

- **Personalización.**

Las intervenciones deben ser personalizadas, de acuerdo a las necesidades de la persona, su edad, su cultura, la gravedad de su problema de salud.

- **Ser mesurables.**

Las intervenciones deben ser igualmente evaluables. Es importante que sean enunciadas en forma precisa y que vayan acompañadas de elementos observables.

1. Por ejemplo, las intervenciones deben indicar a que hora.

¹⁶ *Ibidem.* Phaneuf, Margot. "La Planificación de los Cuidados". pp. 131-133.

2. Deben igualmente describir en que se lleva a cabo la acción.
3. Las intervenciones deben además indicar las precauciones que se han de tomar y las consecuencias que se deben prever.
4. Las intervenciones pueden en algunos casos indicar también la calidad de relación que se debe establecer.

Conocimiento en apoyo en la planificación de las intervenciones.

Para conseguir planificar intervenciones apropiadas, la enfermera debe apoyarse en todos los conocimientos de las ciencias básicas que se fundamentan en las enseñanzas de la enfermería.

Intervenciones Constantes.

Las intervenciones constantes de la enfermera facilitan la personalización de los cuidados.

Elementos de vigilancia:

- Observar el comportamiento de la madre en presencia de su hijo.
- Vigilar al cliente cuando fuma.
- Estar alerta por la posibilidad de reacción a un determinado medicamento.
- Observar manifestaciones de dolor.
- Vigilar las hemorragias.¹⁷

¹⁷ Ibidem. Phnaeuf, Margot. "La Planificación de los Cuidados". pp. 137,139-141.

1.3.5. Ejecución.

La etapa de ejecución, es la aplicación real de las intervenciones derivadas de las prescripciones establecidas en el plan de cuidados.

De acuerdo con Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al paciente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades, así que hay que valorar el estado o grado de dependencia y las capacidades del paciente, a fin de que conserve el grado máximo de autonomía posible.¹⁸

Ejecución de los Cuidados y Orientación hacia la Independencia.

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable. En consecuencia antes de ejecutar los cuidados, es esencial evaluar que puede hacer el cliente por sí mismo. A fin de procurar conserve toda la autonomía posible.

Ejecución de los Cuidados y Relación Enfermera-Cliente.

La fase de ejecución de los cuidados, es el momento más importante para el contacto con el cliente. Es el momento de excelencia para establecer una relación significativa para él durante los cuidados de higiene o los tratamientos, la enfermera esta en una situación privilegiada. Existe un intercambio con el enfermo, ya que le toca, le escucha, responde a sus preguntas, comparte con él determinados momentos, el peso de su

¹⁸ Alfaro, Rosalinda. *Le Feure. "Aplicación del Proceso de Enfermería, 3ª edición. Editorial Mosby, Madrid. Barcelona. pp. 128-129*

enfermedad y le comunica su comprensión empática, lo que le confiere a los cuidados un carácter humano condición, sino de su calidad.

1.3.6. Evaluación de los Cuidados.

La evaluación es la última etapa del proceso de enfermería, es la que permite conocer los resultados del plan de intervenciones de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud de la persona, es además una condición de la calidad de los cuidados.

La evaluación requiere de una metodología cualitativa y cuantitativa que se lleve a cabo a través de la reflexión y cuestionamiento sobre las respuestas del paciente a los cuidados de enfermería y el control de las variables que refieran cambio.

La evaluación de los cuidados al cliente, es una etapa difícil, porque hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos.

Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata en realidad, de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

La evaluación es una condición absoluta de la calidad de los cuidados, en efecto como se puede comprobar una eficacia y la adecuación de los cuidados de una retrospcción.¹⁹

¿Cuándo Evaluar?.

Esta etapa tan importante del desarrollo del proceso debe hacerse regularmente, aunque los intervalos pueden ser diferentes. Generalmente es el objetivo el que indica el ritmo con que debe hacerse la evaluación.

¹⁹ *Ibidem.* Phaneuf Margot. "La Evaluación de los Cuidados". pp. 137-145.

¿Qué Evaluar?

Al proceder la evaluación, es necesario preguntarse en que se ha de centrar la evaluación de cada etapa.

El primer elemento de evaluación lo constituyen los resultados obtenidos por los cuidados de enfermería, es el momento en que la enfermera formula los objetivos de la intervención.

La satisfacción del paciente, es el segundo elemento que hay que considerar en la evaluación de los cuidados. Se trata de un aspecto importante al que sin embargo, hay que hacer una reserva, ya que el enfermo no siempre tiene el conocimiento de los buenos cuidados, y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o también darse el caso de sentirse insatisfecho de determinadas intervenciones a pesar de que se trate de excelentes cuidados de enfermería, sin embargo es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla con él.

Seguimiento del Proceso.

La evaluación no estaría completa sin nuevas revisiones periódicas de las distintas etapas del proceso, ya que este debe ser el funcionamiento habitual de la enfermera. Esto puede resultar particularmente necesario cuando la situación de los cuidados parece estancarse y cuando las intervenciones no consiguen los resultados deseados.

¿Cómo Evaluar?

La evaluación se lleva a cabo, por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería. Todas estas preguntas se formulan a partir de un punto de referencia que es el objetivo de los cuidados.

Esto demuestra que es necesario redactar los objetivos de la forma más clara y precisa que sea posible, y cuando la situación lo permita, indicar el espacio el tiempo que exige su realización.

La persona que procede a la evaluación de un determinado objetivos debe, además, redactar sus observaciones de forma concisa; indicar la fecha de la evaluación y firmar con su nombre.

Diferencia entre la Evaluación del Proceso y la Evaluación de los Cuidados.

La evaluación del proceso de cuidados de enfermería, no constituye en si misma la evaluación de los cuidados, ya que esta última es mucho más amplia. En efecto abarca toda la planificación del conjunto de cuidado de que dispensa la enfermería, es decir la calidad técnica y de relación manifestada a lo largo de su ejecución, la capacidad de la enfermera para trabajar en equipo, la realización correcta de las historias, etcétera.

El proceso situado dentro de cualquiera de los marcos conceptuales, constituye un instrumento excepcional para proceder a esta evaluación.²⁰

1.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no

²⁰ *Ibidem.* Phaneuf, Margot. "La Evaluación de los Cuidados". pp. 176,177.

puede realizar por si mismo, para responder a sus necesidades. Su rol, por tanto, es el de suplencia.

Postulados sobre los que se basa el Modelo de Virginia Henderson.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está "completo", "entero", "independiente".

Valores que Fundamentan el Modelo de Virginia Henderson.

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez, sus funciones propias a un personal calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.

Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba. El constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del Modelo de Henderson.

- 1. Persona: Necesidades básicas
- 2. Salud: Independencia y Dependencia
Causa de la dificultad o problema.
- 3. Rol Profesional: Cuidados básicos de enfermería.
Relación con el equipo de salud.
- 4. Entorno: Factores ambientales.
Factores socioculturales.

Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería en Relación con el Equipo de Salud.

Dimensión Independiente de la enfermera, es toda acción que es reconocida legalmente como responsable de enfermería y no requiere de la dirección de otros profesionales, son los diagnósticos de enfermería (D.E).

Dimensión Dependiente de la práctica de enfermería incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben realizar la enfermera. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

Dimensión Interdependiente. Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción o tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Necesidades Fundamentales.

Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial, que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservar física y mentalmente.

Necesidades Fundamentales y Componentes Bio-Psico-Sociales, Culturales y Espirituales.

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson, define catorce necesidades fundamentales, que son las siguientes:

1. Respirar.
2. Alimentar e hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura (mantener una circulación adecuada).
5. Dormir, reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica,

psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados, ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.²¹

La persona y las 14 Necesidades Básicas.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona. Objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer, para mantener su integridad (física, psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

La Salud Independencia/Dependencia y Causa de la Dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno(a) mismo(a), en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento", o "falta de voluntad", las cuales se desarrollan más adelante.

El concepto de Independencia, puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las

²¹ *Ibidem*. "Las Necesidades Fundamentales según enfoque de Virginia Henderson". pp. 57-58.

acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo, con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La dependencia, puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

La causa de la dificultad, son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimiento. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles).
3. Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente.

Entorno.

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica, dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del Modelo de Henderson, vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente, la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así, pues, aunque no dedique un capítulo de análisis de estos aspectos, podemos afirmar que éstos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen.

Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

El Modelo de Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia/dependencia, en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia, en base, a las causas de la dificultad detectadas en la

elección del modo de intervención (suplencia o ayuda), más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería, que impliquen al individuo siempre que sea posible, en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda), más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3. Finalmente en la etapa de evaluación, el Modelo de Henderson, ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia, mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.²²

²² Op, cit. Fernández Ferría. "El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. pp. 82-89.

1.5 Patología (Asma Bronquial).

El asma es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia y aunque clínicamente se le reconoce con facilidad, su definición y su frecuencia no han sido establecidos con precisión, además, los conocimientos recientes acerca de los fenómenos fisiopatológicos que le dan origen, han hecho cambiar de manera significativa el concepto de la enfermedad, de tal forma que ya no es considerada una simple obstrucción mecánica sino un complejo proceso inflamatorio pulmonar. Aunque no exista una definición universalmente aceptada un grupo de expertos han definido el asma como "una enfermedad pulmonar que cursa una obstrucción reversible de la vía respiratoria inferior que se caracteriza por la inflamación, hiperactividad bronquial y broncoespasmo", es una enfermedad que se caracteriza por amplias variaciones en la resistencia al flujo, aeropulmonar en período de tiempos breves.

En los países desarrollados, el padecimiento es uno de los principales motivos de consulta tanto en el consultorio pediátrico, como en los servicios de urgencias y se considera que causa 3.4 millones de visitas al médico y 149 000 hospitalizaciones al año, sin embargo, en países como en México, esta puede ser superada por otros trastornos que son más comunes de las regiones en vías de desarrollo como diarreas respiratorias.

América Latina comprende casi dos terceras partes del continente americano, estando atravesada tanto por el Ecuador como por ambos trópicos. Se calcula que su población llegará en el año 2000 a 620 millones de habitantes y la mayoría de ellos vivirá en precarias condiciones sanitarias y con asistencia médica insuficiente. El clima de esta vasta región varía ampliamente, pudiendo ser tropical altiplánico, desértico, templado y frío, la composición racial de su población incluye indios autóctonos caucásicos de Europa (mayormente de España, Italia y Portugal) y africanos. Todos ellos han contribuido a crear una cultura propia en extensa parte del mundo.

Prevalencia.

El asma bronquial constituye, un problema de salud pública en casi todos los países del mundo. A manera de ejemplo, la enfermedad afecta alrededor de 10 millones de personas en Estados Unidos, habiéndose observado un incremento de 29%, entre los años 1980 y 1987 (de 31.2 a 40.1:1000)⁴ un número de consultas.

Datos Epidemiológicos.

El asma bronquial es una de las enfermedades respiratorias más frecuentes en la infancia. Se estima que la prevalencia probable de las enfermedades, es desde 8 a 12% de acuerdo con estudios realizados en población por diferentes autores.

La importancia radica no sólo en el incremento de su morbilidad, sino también en el gran efecto que produce en la familia desde el punto de vista psicosocial y económico y en el cual llega a ser desgastante para el núcleo familiar.²³

Epidemiología.

Mayor incidencia	0-3 años
Disminuye la incidencia	3-5 años
Sexo:	masculino
Por grupos de edad	menores de 15 años
Mortalidad	menores de 5 años (20:100.000)

²³ Del Río, Navarro Blanca E. *Incidencia y Prevalencia del Asma*. Editorial IMSS. México, pp. 165-169.

Factores de Riesgo.

Los estudios epidemiológicos, han permitido precisar una serie de aspectos que podrían ser determinantes en la aparición de las manifestaciones asmáticas, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

- A. Atopía. En poblaciones del mundo occidental al menos 80% de los niños asmáticos es atópico, y éstos presentan pruebas cutáneas positivas antígenos inhalados del ambiente.
- B. Ser familiar primer grado de pacientes asmáticos.
- C. Sexo masculino en niños. Además se ha encontrado que los valores tienen mayor incidencia de infección de vías respiratorias superiores e inferiores que las mujeres.
- D. Hace algún tiempo se propuso que la estación, en la cual se nace, era determinante en la aparición de asma, pero esto no ha sido demostrado en forma convincente.
- E. Infecciones virales, especialmente bronquiolitis y crup e infección de vías respiratorias inferiores por virus sincitial respiratorio, rinovirus, virus de la parainfluenza y de la influenza.
- F. Clima húmedo
- G. Nivel socioeconómico bajo.
- H. Hábitat urbano y posiblemente contaminación ambiental.
- I. Tabaquismo materno.

Asma Leve Intermitente.

En la mayoría de los pacientes, sobre todo en los que las enfermedades reciente, los cuadros de asma agudos son poco frecuentes y poco intensos; con síntomas diurnos una vez por semana y nocturnos dos veces al mes o menos, usando durante la época intercrisis totalmente asintomático y con resultados de pruebas de función pulmonar dentro de lo normal.

Asma Leve Persistente.

La persistencia se debe a que el proceso inflamatorio se ha establecido y debe controlarse. Está determinada por la periodicidad, semanal o de los síntomas diurnos y mensual de los nocturnos es decir, si hay uno dos cuadros clínicos diurnos por semana y nocturnos más de dos veces al mes, se acepta la persistencia.

Asma Grave. (Moderada o Severa).

Los casos graves también se incluyen en dos subgrupos, los moderados y los severos. En los severos. En los moderados, los síntomas diurnos se presentan a diario requiriendo de uso de B² agonistas, afectando sus actividades levemente, y los síntomas nocturnos los presentan más de una vez a la semana. Las pruebas de función pulmonar señalan alteraciones de tipo obstructivo de nivel moderado, es decir, entre el 60 y 80% de valor esperado para el volumen espiratorio forzando del primer grupo (VEFI) y espiratorio máximo (FEM) mostrando variabilidad al 30%.

El estadio severo se caracteriza porque los enfermos tienen síntomas todo el tiempo, estarán impidiendo par llevar a cabo sus actividades cotidianas; la función respiratoria tiene el 60% de los valores predicho, o menos, para su sexo, edad y estatura. La variabilidad del PF, también es superior al 30%, tomando como básica su mejor lectura.

Etiopatogenia.

Normalmente el control de tono del músculo liso bronquial esta dado gracias a la acción del sistema nervioso parasimpático sobre el simpático, lográndose un equilibrio, pero cuando predomina el simpático, se broncoconstricción por estimulación colinérgica (muscarínica) que aumenta los valores del monofato de guanosina ciclico (cGMP) sobre los tritrosfato de adenisina (ATP) (dl sistema adrenérgico); todo ello provoca pérdida del equilibrio, aumentado las concentraciones de calcio, lo cual ocasiona contracción del músculo liso bronquial, a diferencia de la broncodilatación originada por el ATP. Sin embargo, no esta totalmente aclarado si es este desequilibrio el que inclina la balanza hacia alguno de los lados (broncoconstricción o broncodilatación) o si es la causa total ya que en diversos estudios se han encontrado diversas alteraciones en la cantidad de catecolaminas o en el número y capacidad de los receptores beta (teoría del bloqueo beta), a lo cual quizá también se sume pérdida de sustancias relajantes (relaxinas).

Alergia e inmunología.

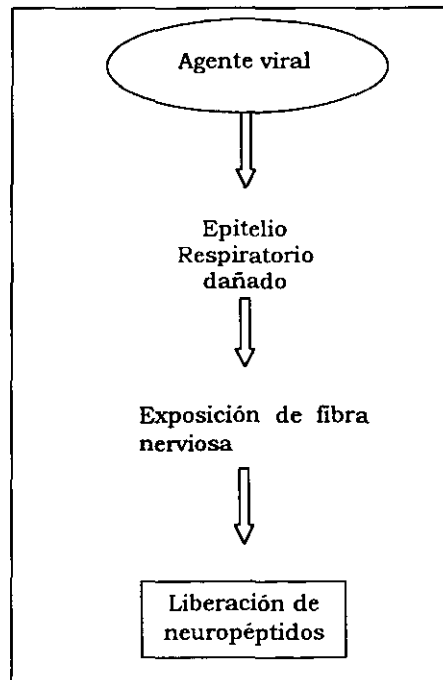
Desafortunadamente, la participación del sistema nervioso no es tan sólo a nivel adrenérgico. Se ha mostrado la participación de una vía con terminaciones inhibitoras no adrenérgicas y excitadoras no colinérgicas en el bronquio. Estas terminaciones se encuentran en el epitelio respiratorio que al exponerse a virus, bacteria irritantes químicos, físicos, etc., se daña y expone las fibras desnudas que se estimulan y liberan neuropéptidos que son potentes broncoconstrictores como la sustancia P, neurocininas A y B péptido del gen relacionado con la liberación de calcitonina y péptido intestinal vasoactivo (VIP) con acción broncodilatadora.

Existen diversos mecanismos que pueden originar asma por virus como el sincitial respiratoria, parainfluenza tipo I y II y adenovirus, tales mecanismos básicamente

consiste en un incremento de IgE inespecífica, aunado a daño epitelial que libera neuropéptidos y mediadores vasoactivos con retroalimentación.

Después del estímulo apropiado (alérgico, infeccioso, etc.) en un sujeto con hiperactividad bronquial se puede presentar dos tipos de respuesta:

1. **Reacción inmediata.** Esta se inicia rápidamente y su máxima expresión ocurre a los 15 minutos con una duración de 0.5 a 1.5 y básicamente existe espasmo del músculo liso bronquial.



Acción Viral sobre el Epitelio Respiratorio.

Fisiopatogenia y Diagnóstico del Asma.

2. **Reacción tardía.** A diferencia de las anteriores, es de instalación lenta y progresiva; se inicia a cuatro horas después del estímulo con un tiempo pico de 5 a 12 horas, que duran de uno a varios días y depende de un proceso inflamatorio que afecta más a las vías respiratorias de pequeño calibre.

Ventilación, irritante como bióxido de sulfuro, humo de tabaco y emociones se asocian más a broncopasmo, y las infecciones respiratorias virales, ejercicio, alergenos, etc., se vinculan más a broncopasmo e inflamación.

Desde hace poco tiempo ha quedado claro que los fenómenos de protección contra cualquier agente externo o interno son provocados por una reacción inmunitaria que involucran un mecanismo humoral mediante anticuerpos (igG, ig M e igA) y uno celular por infusitos.

Cascada Inflamatoria en el Asma

- Estimulación.
- Envío de señales.
- Migración celular.
- Activación de células inflamatorias.
- Reparación de daño tisular.
- Resolución.

Respuesta Asmática Tardía

- Inicio lento y progresivo
- Pico máximo en 6.12 horas.
- Resolución en 24 horas a varios días
- Predominio de eosinofilos linfocitos.

Fases de la inflamación

- Respuesta asmática inmediata.
- Pico máximo a los 15'30'.
- Resolución en 1 a 2 horas.
- Hay predominio de mastocitos.²⁴

Manifestaciones Clínicas.

Los pacientes con asma muestran hiperactividad generalizada de la vías aéreas y las crisis pueden deberse a variedad de estímulos físicos, químicos y farmacológicos; Sin embargo, esos mismos estímulos no originan problemas respiratorios a otras personas. Entre los alérgenos habituales se incluyen polvo, pólenes, caspa de animales, alimentos y aditivos específicos. Entre los irritantes se pueden, citar gases de los automóviles, contaminantes, humo de tabaco, vapores de disolventes limpiadores, perfumes, pinturas, disolventes de pintura, aerosoles como los barnices para muebles,

²⁴ Palacios Treviño. "Introducción a la Pediatría" 2ª edición. Editorial Salvat. México 1993. pp. 300-345.

productos de limpieza domésticos y aire frío desencadena crisis de asma en algunos pacientes, lo que tal vez guarde relación con los efectos de aire sobre las vías aéreas.

Las infecciones respiratorias también tienden a irritar las vías aéreas y agravar el asma.

El estrés emocional, puede desencadenar una crisis o prolongar la existente, a pesar de esa extensa lista de estímulos, muchos episodios agudos de asma aparecen sin ninguna precipitante conocido.

La disnea, es el síntoma principal de la crisis asmática y suele ir acompañada de sibilancias. La intensidad de la disnea no es un buen indicador del grado de broncoconstricción, a pesar de lo cual es importante, ya que refleja la percepción por parte del paciente de la intensidad de la crisis y tiene implicaciones para el cuidado de enfermería.

Además de la disnea algunos pacientes se asustan y se quejan y se quejan de miedo, preocupación, pánico de morir. Muchos se sienten, describen una variedad de molestias asociadas con la hiperventilación, hormigueo, cefalea, entumeciendo y náuseas. Además comunican síntomas relacionados con la obstrucción de la vía aérea, como insuflación del tórax tensión torácica, respiración superficial y rápida, tos y sofocación, así como falta de aliento. Por último, se quejan de no tener energía y de sentirse débiles, agotados y fatigados. Estos síntomas son habituales durante la crisis asmática, pero todos se observan en todos los episodios.

La intensidad de la crisis asmática se refleja por el grado de obstrucción de flujo aéreo, el nivel de oxigenación, la naturaleza del patrón respiratorio y los cambios en el nivel de conciencia. Durante un ataque de asma intenso, el paciente aparece sudoroso, ansioso y con demasiada disnea para hablar. Las crisis severas se caracterizan por intensa obstrucción del flujo aéreo, hipoxemia, uso de músculos accesorios para respirar, pulso paradójico y disminución del nivel de conciencia.

El pulso paradójico se debe a las grandes oscilaciones en la presión intratorácica durante la inspiración y la espiración. En caso de broncoconstricción severa, los músculos respiratorios deben generar grandes presiones para ventilar los pulmones, presiones que influyen en el retorno de sangre venosas hacia el lado derecho del corazón. Las presiones intratorácicas negativas aumentan el retorno venoso durante la inspiración y las positivas lo disminuyen durante la espiración.

Por último, la presencia de letargia y somnolencia constituyen un signo ominoso.

Cuadro Clínico.

- Tos.
- Disnea.
- Sibilancias.
- Diaforesis.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Pulso paradójico.

Diagnóstico.

- Historia clínica.
- Examen físico.
- Prueba de función pulmonar.

Alergólogo, neumólogo o pediatra, sino de cualquier médico en general, ya que en el asma aguda, el diagnóstico se establece tan sólo con la auscultación del tórax, relacionando los signos de la tríada compuesta por dos, disnea y sibilancias.

BIOMETRÍA HEMATICA

- Eosinofilia
- Linfopenia
- Anemia

ESTUDIOS DE LAB. Y GABINETE

- Tele de tórax.
- Primera vez.
- Cuerpo extraño.
- No realizarse en cada episodio.
- Solo en sospecha de complicación.
- Neumonía.
- Atelectasia.
- Barotrauma.

Frotis en moco nasal.

- Alérgico

Pruebas inmunológicas.

Concentraciones séricas ac. IgE aumentar.

Biometría hemática, puede mostrar tendencias a la eosinofilia con 500 a 1000/mm. Sin embargo la principal utilidad de esta prueba esta en el diagnóstico de infección, ya que puede mostrar leucocitosis.

Su principal indicación, es cuando se sospecha alguna complicación. La gasometría arterial es un examen de gran utilidad y que indican insuficiencia respiratoria. En el asma bronquial, aquélla tiene su principal indicación en la crisis aguda y los parámetros que alteran en orden de importancia y de acuerdo a la de la crisis son los siguientes:

1. Hipoxemia (Pa O₂, menor de 60 mm Hg).
2. Hipercapnia (PaCO₂ mayor de 42 mm Hg)
3. Acidemia (pH menor de 7.0 con exceso de base menor a 2meq/L).

Las crisis leves se caracterizan por insuficiencia respiratoria tipo I (hipoxemia) y además se acompañan de hiperventilación con hipocapnia y alcalosis respiratoria secundarias.

Las crisis moderadas a graves, se caracterizan por insuficiencia respiratoria tipo II (hipoxemia e hipercapnia), y en las aún mayor gravedad, también existe acidemia, generalmente por acidosis metabólica con o sin acidosis respiratoria.

Prueba de Alergia.

Estas pruebas, que incluyen radio alergo absorbente (RAST) e inespecífica (PRST) y otros exámenes cutáneos, se basan en la determinación de la inmunoglobulina E, y sea en plasma o mediante una reacción provocada en forma artificial en la piel del paciente. Su principal utilidad está en los casos de asma alérgica o sin otras enfermedades atópicas concomitantes como rinitis y dermatitis atópica.

Pruebas de Función Respiratoria.

Estos son exámenes características del asma, ya que muestra de manera objetiva la obstrucción reversible de las vías respiratorias, lo cual se manifiesta principalmente en la disminución de los parámetros espiratorios como:

1. VEF (volumen espiratoria forzado en un segundo).
2. FEM(flujo espiratorio máximo).

Diagnóstico Diferenciales.

- Sinusitis, rinitis alergia.
- Obstructivas de vías aéreas altas.
- Cuerpo extraño en traquea o bronquios laringomalacia con estenosis tumores nolos linfáticos.
- Obstructivas de vías aéreas bajas.
- Viral bronquilitis (VSR).
- Fibrosis quística.
- Displasia broncopulmonar.
- Enfermedad cardiaca
- Otras.
- Tos recurrentes
- Aspiración por difusión en el mecanismo de deglución reflujo gastroesofagico.

Diagnóstico Diferencial de Asma.

1. Síndrome de aspiración broncopulmonar, (reflujo gastroesfágico, cuerpo extraño).

2. Síndrome obstructivo crónico de vías respiratorias (hipertrofia de adenoides o amígdalas, estenosis laríngea o subglótica, membrana laríngea, laringo traquemalacia, anillo vasculares).
3. Alteraciones cardiopulmonares (tuberculosis pulmonar, aspegilosis pulmonar, neomonitis por hipersensibilidad, parasitosis con migración pulmonar, enfisema, displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas de flujo pulmonar).
4. Deficiencia congénitas exocrinas o enzimáticas (fibrosis quística del páncreas, deficiencia de alfa 1antitpsina).²⁵

Tratamiento.

Se divide en el control a largo plazo y en el manejo de la crisis. En todos los casos se requiere de control ambiental, tratamiento farmacológico, y educación para el autocontrol del paciente con asma y para sus familiares.

El propósito del tratamiento integral, es eliminar los síntomas, mejorar la función respiratoria y mejorar la calidad de vida del paciente.

Los objetivos del tratamiento son, evitar o en su caso atenuar la frecuencia e intensidad de las crisis, utilizar las dosis mínimas necesarias de los medicamentos, evitar efectos secundarios indeseables de la medicación y disminuir la morbi-mortalidad.

Es fundamental el control del entorno, para evitar los factores desencadenantes de la crisis. El tratamiento medicamentoso racional será el antiinflamatorio y el broncodilatador.

La prevención se puede expresar en tres niveles:

²⁵ Beare Myers. "Principios y Prácticas de Enfermería Médico Quirúrgica". 2ª edición. Volumen II. Editorial Mosby, México 1996. pp. 587-590.

- a) Primaria: con actividades muy generales, del tipo de información a la población susceptible (con atopia o en medio laboral propicio), evitar el tabaquismo tanto activo como pasivo, principalmente durante el embarazo, fomentar la alimentación al seno materno, controlar el aero-ambiental, educación a la familia.
- b) Secundaria: antiinflamatorios, broncoprotectores, broncodilatadores, inhaloterapia, control, educación al enfermo y en casos seleccionados inmunoterapia.
- c) Terciaria: rehabilitación respiratoria e integral, educación a los profesionales del equipo de salud.

Metas en la Terapia del Asma.

- Remisión de síntomas crónicos.
- Función pulmonar normal.
- Prevención de exacerbaciones.
- Terapia farmacológica óptima.
- Controlar la persistencia del asma disminuir.
- Feto inflamatorio.
- Mejor aprovechamiento de la terapia farmacológica.
- Ofrecer nuevas opciones terapéuticas.

En el diagnóstico de asma, se aplican correctamente los parámetros de cronicidad y recurrencia que tiene la definición de esta enfermedad. En términos generales, un paciente con infección repetida de vías respiratorias superiores sin causa aparente,

presencia de cualesquiera de los síntomas de la tríada característica (tos, disnea o sibilancias), ya sea en forma conjunta o aislada, o alguna otra enfermedad vinculada, como rinitis, o dermatitis atópica hacen que se tenga un alto índice de probabilidad.

La historia clínica es de suma importancia y aunada a un cuadro clínico clásico, constituyen la piedra angular en el diagnóstico. Los exámenes de laboratorio son solo de apoyo.

Cuando no existe urgencia de crisis y hay tiempo para efectuar interrogatorios y exploraciones cuidadosos, es necesario buscar lo siguiente:

1. Antecedentes de alergia familiar, ya que hay una relación directa entre parentesco más cercano y la posibilidad de atopia.
2. Síntomas característicos de asma, por ejemplo tos, disnea y sibilancias, así como otras enfermedades relacionadas o concomitantes como rinitis, sinusitis, reflujo gastroesofágico, etcétera.
3. Se determina el patrón, la intensidad y frecuencia de los síntomas (inicio, duración, variación diurna o nocturna, etc.).
4. Factores precipitados y agravantes.

A la exploración física, en la etapa aguda se encuentran datos de dificultad respiratoria y el hallazgo más importante comprende las sibilancias del tórax, sin embargo, la ausencia de las mismas no excluye el diagnóstico de asma.

Además un tratamiento integral, debe contemplar la educación de los pacientes y de los padres, el control ambiental, la utilización de fármacos e inmunoterapia en los pacientes que lo requieran, y el empleo de técnicas objetivas para medir la función pulmonar (por ejemplo, flujometría y espirometría) y dar un acuerdo seguimiento a la enfermedad y al tratamiento.

Control Ambiental

Mantener una buena calidad de aire interior, es una parte fundamental de la terapéutica de los pacientes asmáticos, ya que los niños pasan una buena parte del tiempo en áreas cubiertas y muchos agentes biológicos y no biológicos contaminan el aire del hogar, la escuela y otros lugares interiores.

En la República Mexicana se ha informado que hasta 57% de los escolares de áreas urbanas, puede presentar a la cucaracha.

En relación con la mascota, aquellas que tienen pelo contribuyen con una gran variedad de alérgenos que se fijan a su ambiente. Las fuentes pueden incluir descamación epidérmica, orina, saliva, secreciones lagrimales, etc., y aunque el pelo de la mascota constituye un foco de atención para padres y pacientes, pueden no tratarse de un sensibilizante sino de un vector de todos los materiales mencionados previamente, de tal manera que seleccionar una mascota de pelo corto o de poco pelo, no disminuye realmente la exposición al alérgeno del animal, que puede encontrarse en el aire, polvo del hogar, muebles acolchados, etc.

El crecimiento de hongos en el interior de las casas, es otro factor adicional que generalmente pueden contribuir a la carga alérgica de los niños asmáticos. Suelen crecer en cortinas de baños, sótanos húmedos, plantas, etc.

Además de los alérgenos, existen otros componentes del ambiente que pueden ser peligrosos para los pacientes asmáticos, por ejemplo, humo de tabaco, olores fuertes, aerosoles, irritantes, etc.

1. Acabar con las plagas del hogar, incluyendo las cucarachas, y si necesario fumigar.
2. Los guardarropas del cuadro del paciente, no deben ser usados como "bodegas" y solo a fin de contener la ropa de la estación. El piso mantenerse limpio y las puertas han de permanecer cerradas.

3. Se recomienda eliminar o mantener fuera del hogar a las mascotas con pelo.
4. Cambiar cada mes paredes, tinta y cortina de baño con un blanqueador de potencia media (hipoclorito de sodio) o un desinfectante. Es indispensable disminuir los factores que generalmente humedad, así como utilizar deshumidificadores o equipos de aire acondicionado sin olvidar que algunas medidas simples en la habitación del sujeto, pueden ser más eficaces que los costos equipos mecánicos.²⁶

Tratamiento Farmacológico.

Broncodilatadores

Beta-adrenérgicos. Los broncodilatadores, beta-adrenérgicos, constituyen una familia de compuestos relacionados que difieren en su especialidad para el receptor beta-adrenérgicosduración.

Tratamientos de Uso Común.

Dosificación: adrenalina en el asma.

La adrenalina acuosa, de 1:1000 has, el medicamento de primera línea y el de uso más común como agente terapéutico del asma aguda en los niños. El rápido inicio de su efecto produce alivio inmediato de la broncoconstricción en una dosis de 0.01 ml/kg por vía subcutánea, hasta un máximo de 0.35 ml cada 20 a 30 minutos, administrados dos a tres veces.

²⁶ Behrman, Kliegman. "Tratado de Pediatría". 15ª edición. Editorial Mc-Graw-Hill Interamericana. México 1997. pp. 306-310.

Dosificación: terbutalina en el asma.

Terbutalina, tiene un efecto broncodilatador equivalente aunque más prolongada y menos actividad cardiovascular de 0.01mg/kg por vía subcutánea, hasta una dosis máxima de 0.25 mg cada 20 a 30 minutos y un total de tres aplicaciones. Sin embargo, el receptor beta en el músculo estriado también estimula, y la terbutalina produce un temblor acentuado en algunos niños.

Salbutamol en solución por nebulizaciones o Salbutanal spray (ventolin).

Metilxantinas. La tofilina es una xantina dimetilada (1,3 dimetilxantina), semejante en su estructura a la cafeína y teobronina, sustancias que comúnmente se encuentran en el café, té, bebidas de cola y chocolate.

Anti inflamatorios.

Croglicatode sodio, es indispensable que su administración se realice por vía respiratoria. La cantidad de fármaco que se absorbe después de cada inhalación es muy variable y después de la técnica inhalación; en general se considera que solo 10% del medicamento alcanza la vía respiratoria inferior.

Atropínicos.

El prototipo de los fármacos anticoligernicos, es el sulfato de atropino, que se caracteriza por su rápida absorción y por sus efectos alverosos como sensaciones respiratorias espesas, visión borrosa, y estimulación cardiaca y el sistema nervioso central, lo cual a dificultado su empleo en el tratamiento del asma.

El bromuro de ipatropio, la inhalación de bromuro ipatropio, induce broncodilatación al bloquear la vía en frente vagal, y al disminuir el tono vagal intrínseco de la vía respiratoria e inhibir la broncoconstricción refleja ocasionada por irritantes.

Corticosteroides

Estos medicamentos son los antiinflamatorios más eficaces en el tratamiento del asma, aunque sus efectos adversos limitan su ejemplo en forma generalizada.

En México, hay beclometasona, un corticoide sintético con actividad antiinflamatoria local que sufre una degradación enzimática en pulmón e hígado hasta el casi inactivo alcohol de beclometazona, el cual se elimina por las heces.

Los corticosteroides actúan controlando la síntesis de proteínas, las cuales funcionan como medidores de los efectos biológicos de medicamento.

Otros Recursos.

De particular relevancia son los dispositivos que se incluyeron en el cuadrado básico de materia de curación, por un lado el medidor de flujo pico o flujómetro y por otro lado, los nuevos desarrollos de los espaciadores de volumen, las aerocámaras.

Flujómetros.

Son dispositivos hechos de material resistente, plástico, con un sistema simple que permite medir el flujo más puntual de una espiración máxima forzada.

Este pico es sensible a la obstrucción, pero va muy relacionado con el esfuerzo, por lo que constituye una valoración, que si bien es poco precisa, es práctica y útil para el autocontrol de la función respiratoria en el asmático.

Las aerocámaras.

En principio son espaciadores, a los que les han añadido ventajas de ajuste volumétrico a 3 edades y la comodidad de usarlos con mascarilla o con boquilla. Cuentan con válvulas inspiratorias y espiratorias de baja resistencia y el sitio donde se acopla el inhalador se ajusta a varias medidas.

Inmunoterapia.

En el proceso de inclusión, promovido por PRONASMA, está todo el paquete de alérgenos y sus dispositivos de aplicación.

La inmunoterapia o desensibilización específica, es un método que consiste en la administración de dosis crecientes de antígenos (alérgenos) por un período no mayor de dos años, con el propósito de modificar la respuesta inmune de pacientes con asma inmunológica; de tal manera, que se crea totalmente al antígeno causal, lo que se demuestra por la aceptación de dosis cada vez mayores del alérgeno, por la remisión de los síntomas y el menor requerimiento de tratamiento farmacológico.

La inmunoterapia para los asmáticos se recomienda cuando:

- Hay una clara evidencia de la relación entre los síntomas y la exposición a alérgenos.
- Los síntomas ocurren durante todo el año o gran parte del año.

- Es difícil controlar los síntomas con el manejo médico, porque se requieren múltiples medicamentos, el tratamiento no es efectivo o no se toleran los medicamentos.

Envío al especialista

Se recomienda enviar al paciente con el especialista cuando:

- El paciente no responde al tratamiento.
- Los síntomas y signos son atípicos, o hay problema para hacer el diagnóstico diferencial.
- Existan otras condiciones que complican al asma presente, asma grave persistente
- Se ha requerido el uso de corticosteroides por largo tiempo, se considera la necesidad.²⁷

²⁷ Hamilton, Peris Mary. "Enfermería Pediátrica Básica". Asma Bronquial 5ª edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1990. pp. 343-348

2. METODOLOGIA

El presente trabajo se realizó de la siguiente forma. Se dividió en 2 etapas:

La 1ª etapa se realizó el Marco Teórico para la orientación. El tema a estudiar retomando lo siguiente:

Concepto de Enfermería y Cuidado Enfermero.

El Proceso Atención de Enfermería y etapas de este.

El Modelo de Virginia Henderson.

La Patología que se seleccionó para su estudio (Asma Bronquial), realizando para esto la revisión de diferentes fuentes bibliográficas que previamente se seleccionaron y consideraron importantes para realizar el trabajo.

Se realizó un análisis de las fuentes bibliográficas que se consultaron, identificando los elementos de importancia para la aplicación del P.A.E.

En la 2ª etapa se implementó el Proceso Atención de Enfermería. En donde se seleccionó a un paciente pediátrico en el Servicio de Pediatría del H.G.P. 3 "A" M.S., que ingresará al servicio con el diagnóstico de Asma Bronquial, y que fue factible la aplicación del P.A.E.

Se aplicó el instrumento, aplicando una Historia Clínica de Enfermería, de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades fundamentales, identificando qué necesidades presentaba el paciente de acuerdo al modelo y se elaboró un resumen del caso clínico, de acuerdo a los datos clínicos que presentaba el paciente.

Los diagnósticos de enfermería, se elaboraron en base, a las necesidades detectadas en el paciente, basado en la taxonomía de la NANDA y fundamentando estas en las revisiones bibliográficas revisadas.

Se jerarquizó las necesidades presentadas de acuerdo a la valoración que se realizó en el paciente, priorizando cuales eran más importantes a satisfacer con la intervención de enfermería, de acuerdo al problema que el paciente presentó.

Se elaboró el plan de cuidados, de acuerdo a las necesidades detectadas y jerarquizadas y con fundamentación de los cuidados proporcionados al paciente.

Se realizó la evaluación de las intervenciones de las necesidades presentadas, y de la respuesta que el paciente tuvo de los cuidados de enfermería.

Al final se elaboró las conclusiones y sugerencias a que se llegaron y los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo.

Para la realización del presente caso clínico se aplicará el Proceso de Atención de Enfermería, con base al modelo de Virginia Henderson retomando la etapas del mismo (V. P.E.E).

2.1 Valoración.

Es considerada el pilar del Proceso de Enfermería, porque de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas. Considerándose como primer fuente el paciente.

Se va a retomar el esquema de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

2.2 Diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico de enfermería, es el reflejo del problema del cliente. Se convierte en un medio concreto que sirve para unificar diferentes puntos de vista conceptuales.

Y proponemos el siguiente formato:

Etiqueta Diagnóstica	Definición	Características definitorias	Factores relacionados contribuyentes
---------------------------------	-------------------	---	---

2.3 Planificación de Cuidados.

La planificación de los cuidados es una de las etapas que orientan hacia la acción. Se compone de dos pasos: La definición de los objetivos y el plan de intervención.

2.4 Ejecución

La ejecución es la aplicación real de las intervenciones de enfermería, derivados de las prescripciones establecidas en el plan de cuidados.

Y proponemos el siguiente formato:

NECESIDAD:	
Dx. DE ENFERMERIA:	
OBJETIVOS:	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO

2.5 Evaluación.

La evaluación es la que permite conocer los resultados del plan de intervenciones de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud de la persona, es además una condición de calidad de los cuidados.

En esta etapa se desarrollará evaluando el conjunto de intervenciones al finalizar cada necesidad.

3. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1 Presentación del Caso Clínico.

Se trata de paciente pediátrico masculino de 11 años de edad, nacionalidad mexicana, con domicilio en Panagua 223. Col Zacatenco. Delegación Gustavo A. madero, cursando el quinto año de primaria, que ingresa al servicio de pediatría el día 18 de junio a las 11 horas, consciente, orientado, cooperador, pálido, con granos peribucal con signos vitales t/a 100/60, frecuencia respiratoria 45 x minuto, temperatura de 38°, frecuencia cardíaca 120 x minuto.

Encontrándose a la exploración física; cabeza integra, ojeroso con resequedad de nariz y boca, cuello integro.

- A la infección se encuentra aumento de movimientos respiratorios, tiros intercostales y disociación toracoabdominal.
- A la palpación: Con tórax abombado.
- A la percusión: Timpanismo (claro pulmonar, atrapamiento de aire).
- A la Auscultación: Baja transmisión de voz sibilancias y expiración prolongada.

Presentando la necesidad de oxigenación, debido a la insuficiencia respiratoria, disnea, cianosis, tos seca, polianea, necesidad de hidratación, debido a la hiperventilación bronquial, manifestado por piel y mucosas secas.

Necesidad de termorregulación, debido a cuadro rinofaringitis, presentando escurrimiento nasal, fiebre de 38°, diaforesis y taquicardia con la necesidad de moverse y mantener buena postura, asociado a la disnea manifestado por irritabilidad y fatiga, necesidad de descanso y sueño, causado por la tosa y estímulos externos ambientales, ya que el paciente se encuentra con somnolencia, adinámico y con fatiga extrema,

también presenta la necesidad de higiene y protección de la piel, por la presencia de secreciones abundantes y la hipertemia, manifestado por sudoración y malestar del paciente.

Necesidad de protección y evitar peligros, asociado a la incapacidad por el problema de su enfermedad presentando miedo e inseguridad.

Con la necesidad de comunicarse y participar en actividades recreativas, debido a la separación de su madre y a la limitación para realizar actividades recreativas, asociado a su proceso patológico y que se manifiesta por inquietud, desconfianza, temor, miedo y aburrimiento y la incapacidad que siente se realizan alguna actividad recreativa.

Y necesidad de aprendizaje, debido al déficit de conocimientos del niño y padre de este acerca de su enfermedad y que se manifiesta por desconfianza, angustia, temor y miedo.

Con Diagnóstico Médico: Asma Bronquial

3.2 Valoración.

La valoración comprende las condiciones fisiológicas, sociológicas y culturales del individuo, es la fase inicial del proceso de cuidados y consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para los cuidados del paciente, (ver anexo 1).

3.3 Diagnóstico de Enfermería.

1. Necesidad de Oxigenación.

Definición. Es una necesidad del ser vivo, ya que las células requieren de la administración de oxígeno en forma continua y suficiente.²⁸

²⁸ *Ibidem.* Iopelle, Grandin Phaneuf. pp. 14.

Dx. de Enfermería: Oxígeno. Déficit de Intercambio gaseoso relacionado a estrechamiento de las vías respiratorias, debido al Asma Bronquial, manifestado por tos productiva, disnea, cianosis, insuficiencia respiratoria leve.

2. Necesidad e Hidratación y Nutrición.

Definición. Para conservar el equilibrio hídrico del organismo, son esenciales volúmenes suficiente de agua.²⁹

Dx. de Enfermería. Déficit de volumen de líquidos relacionado a hiperventilación bronquial, manifestado por mucosas secas, piel pálida, sudoración, diaforesis.

3. Termorregulación.

Definición. Las bacterias pueden actuar como agentes pirógenos, elevando el termostato del hipotálamo, mediante la producción de pirógenos endógenos, la fiebre alta aumenta las necesidades de oxígeno.³⁰

Dx. de Enfermería. Hipertemia relacionada a invasión microbiana, por presencia de cuadro de rinoфарингитis, manifestado por fiebre de 38º, secreción nasal, diaforesis, taquicardia.

4. Moverse y Mantener una buena postura.

Definición. Una posición adecuada favorece la expansión de la caja torácica.³¹

Dx de Enfermería. Intolerancia a la actividad, relacionada con la disnea e insuficiencia respiratoria manifestado por irritabilidad y fatiga.

²⁹ Carpenito, Linda. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. 4ª edición en español. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid 1994. 107-110.

³⁰ Op. Cit. Carpenito 108

³¹ Ibid. Carpenito. p. 106.

5. Necesidad de Descanso y Sueño.

Definición. Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño, durante un período prolongado, para mantener el funcionamiento óptimo del organismo.³²

Dx. de Enfermería. Alteración del patrón sueño, relacionado con la tos y a estímulos ambientales, manifestada somnolencia, adinamia, fatiga extrema, malestar general.

6. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Definición. En la piel es el mayor órgano del cuerpo. Cubre todas las superficies del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de orificio externo de vías respiratorias.³³

Dx de Enfermería. Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con abundantes secreciones, manifestado por sudoración y presencia de secreciones bronquiales, malestar del paciente.

7. Necesidad de Protección y Evitar Peligros.

Definición. El estado en el que el individuo experimenta una disminución en la capacidad de proteger asimismo de amenazas internas o externas, tales como enfermedad o tensión.³⁴

Dx. de Enfermería. Alteración en la protección, relacionado con a la incapacidad para resolver el problema que enfrenta, manifestado por reacción alérgica, miedo, inseguridad, intolerancia a la actividad.

³² Op. Cit. Riopello, Grandin y Phaneuf, p.29.

³³ Op. Cit. Carpenito, p. 69.

³⁴ *Ibid.*, Carpenito, p. 10.

8. Necesidad de Comunicarse.

Definición. El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros para su expresión.³⁵

Dx. de Enfermería. Alteración de los procesos familiares, relacionado con separación de la mamá, manifestada por inquietud, desconfianza, temor, miedo.

9. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

Definición. La actividad distrae al paciente de los pensamientos, acerca de su enfermedad y le da sentido de pertenencia.³⁶

Dx. de Enfermería. Déficit de actividades recreativas, relacionadas con las crisis asmáticas, manifestado por miedo, incapacidad para realizar alguna actividad recreativa, aburrimiento.

10. Necesidad de Aprendizaje.

Definición. Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo, tenga la oportunidad para creer y desarrollar positivamente para aprender en general, para solucionar problemas de adaptación en particular.³⁷

Dx. de Enfermería. Aprendizaje, déficit de conocimientos de los padres y el niño relacionado con su enfermedad, manifestado por angustia, inquietud, miedo.

3.4 Planeación.

La planificación de los cuidados, es una de las etapas que orientan hacia la acción. Se compone de dos pasos: La definición de los objetivos y el Plan de Intervención.

³⁵ Op. Cit. Rlopelle, Grandin y Phaneuf p. 41.

³⁶ Op. Cit. Carpenito, p. 235.

³⁷ Op. Cit. Rlopelle, Grandin y Phaneuf p. 49.

Necesidades Detectadas	Necesidades Jerarquizadas	Objetivo
Oxigenación	1. Oxigenación	Proporcionar un aporte de oxígeno adecuado para mejorar el intercambio gaseoso. ³⁸
Hidratación y Nutrición	2. Hidratación y Nutrición	Reponer los líquidos perdidos por las vías respiratorias y la escasa ingesta.
Termorregulación	3. Termorregulación	Disminuir la fiebre, asegurando el bienestar del paciente para disminuir la ansiedad.
Descanso y Sueño	4. Higiene y Protección de la piel	Mantener la higiene adecuada de piel, boca, nariz.
Higiene y Protección de la piel	5. Protección y Evitar peligros	Protegerlo de causas externas que protegen su integridad.
Protección y Evitar peligros	6. Moverse y mantener buena postura.	Mantener en posición cómoda y adecuada al niño, para evitar la acumulación de secreciones..
Comunicarse	7. Comunicación.	Mantener una comunicación eficaz para proporcionar atención al niño en todo momento que lo solicite.
Moverse y mantener buena postura	8. Necesidad de Descanso y Sueño.	Proporcionar un ambiente tranquilo, que favorezca el sueño y descanso del niño.
Jugar y Participar	9. Aprendizaje.	Proporcionar los conocimientos necesarios para el manejo de las crisis asmáticas. ³⁹
Moverse y Mantener buena postura	10. Jugar y Participar en actividades recreativas.	Fomentar actividades recreativas en el niño de acuerdo a su edad y que no comprometan su estado físico y mental.

³⁸ Rosales, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno. México 1999. p. 250.

³⁹ Op. Cit. p. 251.

3.5 Ejecución.

La ejecución es la aplicación real de las intervenciones de enfermería, derivados de las prescripciones establecidas en el plan de cuidados.

Y proponemos el siguiente formato:

NECESIDAD: De oxigenación.	
Dx. DE ENFERMERIA: Déficit del intercambio gaseoso relacionado a estrechamiento de vías respiratorias, debido a asma bronquial, manifestado por tos productiva, disnea, cianosis, e insuficiencia respiratoria leve.	
OBJETIVOS: Proporcionar un aporte de oxígeno adecuado para mejorar el intercambio gaseoso.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de O² por puntas nasales a 3 litros por minuto. • Vigilar signos de dificultad respiratoria: Aleteo nasal. Retracción xifoidea. Tiros intercostales. Disociación torácica. Quejido expiratorio. • Observar y registrar frecuencia respiratoria, signos y síntomas de disnea, coloración de la piel, tos, fatiga y debilidad. • Auscultación de sonidos respiratorios (para escuchar presencia de sibilancias estertores, expiración prolongada). 	<ul style="list-style-type: none"> • El flujo inadecuado de O² aumentará la tensión alveolar de CO² y causará hipoxia. • Cuando el intercambio gaseoso se encuentra trastornado y aumenta la insuficiencia respiratoria, cumpliendo esto el cuadro de asma bronquial. • Durante la fase aguda e la crisis los patrones de respiración serán ineficaces y el trabajo respiratorio alto.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar signos de desequilibrio: ácido basico, gasometra arterial Ph < 7.35 y PCO₂ > 46 mm/hg. • Orientación al niño en caso de que requieran de urgencia, solicitar la ayuda de enfermería (indicar donde se encuentra el timbre). • Ministración de medicamentos. • Broncodilatores (salbetesamol, aminofilana). • Antipiretivos P.R.N (paracetamol). • Antitusivos (ambroxol). <p>Estar alerta a presencia de signos toxicidad del medicamento.</p> <p>Fisioterapia pulmonar.</p> <p>Micronebulizaciones 15' cada 6 horas.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Los gases arterial ayudan a evaluar el intercambio gaseoso de los pulmones. • La orientación adecuada ayuda a disminuir su angustia del niño. <p>Su acción es.</p> • Produce alivio inmediato de la broncoconstricción • Tiene efecto antiinflamatorio local en pulmón. • Controlan la fiebre. • Disminuyen la tos.⁴⁰
<p>EVALUACIÓN: El niño mejoró su respiración, disminuyó la tos, la disnea y cianosis, así como ya no hubo signos de insuficiencia respiratoria.</p>	

⁴⁰ Palacios, Treviño Jalme. "Introducción a la Pediatría". 6ª edición. Editorial Mendez Editores. México 1997. p 673.

NECESIDAD: De Hidratación.

Dx. DE ENFERMERIA: Déficit de volumen de líquidos, relacionado a hiperventilación bronquial, manifestado por mucosas secas, piel pálida, sudoración diaforesis.

OBJETIVOS: Reponer los líquidos perdidos por las vías respiratorias y la escasa ingesta.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none">• Ministración de líquidos IU (soluciones isotónicas).• Ministración de líquidos por vía oral.• Mantener y vigilar vena periférica permeable.• Control de signos vitales cada 4 horas.	<ul style="list-style-type: none">• La administración de líquidos por vía endovenosa corregir las alteraciones del Ph.• Debido a la presencia de disnea el niño puede presentar incapacidad para beber suficientes líquidos (riesgo déficit de líquidos).• Vía intravenosa, permeable, permite mantener el equilibrio hidroelectrolitos en forma inmediata.• Cualquier cambio en las constantes vitales, alerta sobre posible complicación.⁴¹

⁴¹ Norman Rohweder. "Bases Científicas en Enfermería", 2ª edición. Reimpresiones 1996. Manual Moderno. pp. 188-203.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Control de Ingresos y Egresos (sin sobre cargar al paciente). Anotando ingresos por vía oral. Parenteral. Medicamentos intravenosos. • Egresos. Medición de micción. Vómitos, heces. Diaforesis. • Medicamentos de • Vigilar ingesta de alimentos. • Verificar que se prescriba en forma adecuada. • Dieta Hipoalérgica (sin huevo, fresa, chocolate, cítricos). 	<ul style="list-style-type: none"> • La deshidratación es el estado en el cual el egreso de líquidos es mayor que el ingreso, dando como resultado disminución de volumen de líquidos en el organismo. • Existen alimentos que provocan alergias, principalmente en lactantes.
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION: Mejora su estado de hidratación e ingesta de líquidos orales. 	

NECESIDAD: Termorregulación	
Dx. DE ENFERMERIA: Hipertemia relacionada con invasión microbiana, por presencia de escurrimiento nasal, manifestado por fiebre 38.5°, secreción nasal diaforesis, taquicardia.	
OBJETIVOS: Disminuir la fiebre, asegurando el bienestar del paciente para disminuir la ansiedad.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Control de temperatura por medios físicos. • Colocación de compresas frías en frente y abdomen con recambio de agua cada 2 horas y compresa cada 15 minutos. • Baño de regadera con agua tibia. Tomar y registrar temperatura cada 2 horas en hoja especial. • Explicarle al paciente las medidas para bajar la fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> • La fiebre alta aumenta las necesidades metabólicas y el consumo de oxígeno.⁴² • La función de la célula del organismo se altera cuando la temperatura es menor de 34.4° y mayor 40° C. • Para lograr cooperación del paciente.⁴³
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION: Se logró controlar la temperatura. 	

⁴² Op. Cit Carpenlo p- 108.

⁴³ Norman Rodweder. "Bases científicas de la enfermería". 2ª edición Reimpresión 1996. Manual Moderno. p. 302

NECESIDAD: Higiene y Protección de la Piel.	
Dx. DE ENFERMERIA: Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con hipertemia, abundancia de secreciones, manifestado por diáforesis y presencia de secreciones bronquiales, malestar del paciente.	
OBJETIVOS: Mantener higiene adecuada de piel, boca, nariz.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a baño de regadera (orientando en la ubicación de este) • Cambio de ropa de cama. • Nebulización con tosan cada 20 horas. Preparando el nebulizador con agua, bidest más salbutanol aplicando con masarilla, cada 6 horas por 15 minutos.. 	<ul style="list-style-type: none"> • El agua sirve de arrastre mecánico a los microorganismos. • Algunos pacientes son alérgicos al acoro del polvo que viven en muebles, ropa de cama. • La aplicación de nebulización con hotsun es de empleo terapéutico en el niño con asma bronquial.⁴⁴
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION: Se logró mantener al paciente limpio durante su estancia en el servicio. 	

⁴⁴ Op. Cit. Norman Rodweder. p. 372-375.

NECESIDAD: Protección y Evitar Peligros.

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración a la protección relacionado con la incapacidad para resolver problemas que enfrenta, manifestado por reacción alérgica al miedo, inseguridad, angustia, intolerancia a la actividad y reacción alérgica.

OBJETIVOS: Protegerlo de causas extensas que comprometen su integridad física.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none">• Orientación al niño y padres sobre la protección que debe de existir en el hogar y fuera de él.• No habita en casas húmedas.• Aseo diario para evitar acumulo de polvo.• Orientarlo en todo procedimiento que se efectúe tanto de diagnóstico o tratamiento.• (cuando se toman muestras de laboratorio y Rx).	<ul style="list-style-type: none">• El polvo en el hogar construye la principal fuente de alérgeno.• El proporcionarle información acerca de cualquier procedimiento que se realice al niño le dará seguridad.⁴⁵
<ul style="list-style-type: none">• EVALUACION. Se le proporcionaron las recomendaciones necesarias para la protección del niño dentro del hospital y fuera de él.	

⁴⁵ Op. Cit. Norman Rodweder. p. 38.

NECESIDAD: Moverse y tener buena postura.	
Dx. DE ENFERMERIA: Intolerancia a la actividad, relacionado con la disnea e insuficiencia respiratoria, manifestado por irritabilidad y fatiga.	
OBJETIVOS: Mantener en posición cómoda y adecuada al niño para evitar la acumulación de secreciones.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Dar posición semifowler al niño con apoyo de sus miembros superiores. • Programar los drenajes posturales (después de los medicamentos y antes de las comidas). • No se debe administrar el drenaje postural si hay cianosis intensa o dificultad para respirar (ya que esto intensificará el cuadro). • Administración de O² a 3 litros por minuto por catéter nasal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esto proporciona una mayor expansión torácica, mejorando la disnea.⁴⁶ • Este procedimiento por acción de gravedad favorece la salida de secreciones broncopulmonares. • La inflamación de los tejidos en la ventilación pulmonar puede producir hipoventilación y provocar disnea.⁴⁷
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION. Al proporcionar la protección adecuada, se logró disminuir la acumulación de secreciones. 	

⁴⁶ Op. Cit Carpenito. p. 100

⁴⁷ Ibidem. Norman p. 42.

NECESIDAD: Comunicación	
Dx. DE ENFERMERIA: Alteración de procesos familiares asociada a la separación de mauna, manifestada por inquietud, desconfianza, temor y miedo.	
OBJETIVOS: Mantener una comunicación eficaz para proporcionar atención al niño en todo momento que lo solicite.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al niño a reducir su angustia. • Transmitirle en todo momento sensación de empatía y comprensión. • Animar al niño a expresar cualquier temor diferente a su tratamiento. • Permitir al niño externe sus sentimientos. • Proporcionarle a los padres y/o familiares toda la información requerida del manejo del niño en el hospital y en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un individuo con ansiedad tiene menor capacidad de percepción y aprendizaje. • Esto hace que el niño sienta que es el importante para el personal que lo atiende. • Algunos temores se basan en la información incorrecta.⁴⁸ • Una comunicación adecuada puede prevenir conflictos emocionales que pueden ocasionar dificultades respiratorias. • Favorecerá a conservar la calma durante los ataques que el niño presente.⁴⁹
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION. Se logró mantener una comunicación adecuada con el niño y disminuir su angustia y miedo. 	

⁴⁸ Op. Cit. Carpenito, p. 110

⁴⁹ Op. Cit. Norman Rodweder, p. 40.

NECESIDAD: Necesidad de Descanso y Sueño.

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración del patrón sueño, relacionado con la tos y estímulos ambientales, manifestada por somnolencia, adinámia, fatiga extrema, malestar general.

OBJETIVOS: Proporcionar un ambiente tranquilo, que favorezca el sueño y descanso del niño.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none">• Mantenerlo en reposo en posición cómoda apoyando en una superficie acojinada.• Enseñarle técnicas de relajación.• Proporcionarle un ambiente carente de estimulantes disminuyendo la luz y ruido.• Enseñarle a que respire en forma lenta y profunda.	<ul style="list-style-type: none">• Esta posición permite mayor expansión de la caja torácica.• Esto disminuye la ansiedad.⁵⁰• El ambiente hospitalario desconocido puede disminuir la relajación.⁵¹
<ul style="list-style-type: none">• EVALUACION. Disminuye su inquietud del niño, durante su estancia en el servicio y logró mantenerse más relajado y descansar.	

⁵⁰ Op. Cit. Carpenito, p.100-101.

⁵¹ Op. Cit. Norman Rodweder, p. 42.

NECESIDAD: Necesidad de Aprendizaje	
Dx. DE ENFERMERIA: Déficit de conocimientos de los padres y el niño relacionado con su enfermedad, manifestado por angustia, inquietud, miedo.	
OBJETIVOS: Proporcionar los conocimientos necesarios para el manejo de las crisis asmática.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarles a identificar signos y síntomas a evitar estímulos que desencadenan los ataques. • No exponerse al polvo, al pelo de los animales, humo de tabaco, a alimentos alérgicos. • Exponerme a temperaturas extremas. • Estos emocionales intensos (ira, miedo, angustia). • Infecciones. • Orientación sobre el uso de los medicamentos y sus efectos secundarios. • El uso del inhalador (salbutanol, en aerosol), aplicar 2 disparos cada 20 minutos por 3 ocasiones, sino cede la crisis acudir inmediatamente al médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta información puede proporcionar al niño y padres la ayuda necesaria para el mantenimiento en el hogar y los autocuidados. • Unas instrucciones adecuadas, pueden evitar sobredosis de medicación.⁵²
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION: Se logró retroalimentación del niño y de su mamá sobre la información, que se le proporcionó, acción de los cuidados que debe tener de su enfermedad. 	

⁵² Op. Cit. Carpenito, p. 108-109.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle cuando es necesario solicitar atención médica y no esperar demasiado a que existan complicaciones. • Enseñarle a los padres a aplicar las inyecciones por vía subcutánea (cuando se indique la inmuterapia). • Explicarle a los padres a comprender los objetivos del diagnóstico y tratamiento (ya que, generalmente es a largo plazo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Una detección oportuna permite una rápida intervención para evitar posibles complicaciones. Esto contribuirá al tratamiento del niño. • La participación de los padres y/o familiares, facilita, las intervenciones en el niño.⁵³

⁵³ Op. Cit. Norman Rodweder. p. 40-42.

NECESIDAD: De Jugar y Participar en Actividades Recreativas.	
Dx. DE ENFERMERIA: Déficit de actividades recreativas, relacionadas con las crisis, asmáticas presentadas, manifestadas por miedo, incapacidad para realizar alguna actividad recreativa, aburrimiento.	
OBJETIVOS: Fomentar actividades recreativas en el niño de acuerdo a su edad y que no comprometan su estado físico y mental.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un ambiente agradable para el niño en el servicio (crear terapias ocupacionales, juegos actividades manuales). • Ayudar al niño a identificar actividades recreativas que resulten agradables. • Orientar al niño para que tome sus medicamentos (betaagonista inhalado), antes del ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • La actividad disipa la ansiedad. • Esto favorecerá a que el niño lleve una vida normal igual que los demás niños.⁵⁴
<ul style="list-style-type: none"> • EVALUACION. Dentro del servicio se le proporcionó terapia ocupacional y logró mantener su atención disminuyendo con esto su miedo. Se le orientó acerca de la actividades recreativas que debe realizar en su hogar y fuera de él. 	

⁵⁴ Op. Cit. Norman Rodweder. p. 40.

3.6 Evaluación.

Cabe señalar que todas las evaluaciones del plan de cuidados, se llevaron a cabo al final de cada necesidad, las cuales fueron cubiertas gracias a las intervenciones de enfermería, salvo la de protección y evitar peligros porque el R/N desde que nació al ser valorado fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

PLAN DE ALTA

Este está encaminado hacia los padres y niños, orientando en lo siguiente:

- 1) Proteger al niño en los cambios bruscos de temperatura.
- 2) Orientar que prescindan de tener animales en casa y la convivencia.
- 3) Orientación acerca de sus alimentos, que eviten alimentos alérgicos.
- 4) Orientación a los familiares, que eviten alfombra en casa y que la limpieza de esta se realice en forma periódica con paño húmedo, para evitar que se acumule el polvo, (ya que el niño presenta alergia al polen y los acanos).
- 5) Orientar que no habiten casas donde exista demasiada humedad, sobre todo en el cuarto del niño.
- 6) La higiene personal del niño, que elija un horario para bañarse, donde la temperatura ambiental no haya descendido.
- 7) El uso de medicamentos como deben estar indicados, de acuerdo a prescripción médica.
- 8) El uso de medicamentos inhalados (salbutamol), orientarlos a que no se debe autorecetar.
- 9) Que acuda a sus citas de control con el médico y a sus exámenes en forma periódica.
- 10) En caso de urgencia (cuando se presente la crisis a donde deben acudir).

CONCLUSIONES

La enfermería requiere de la aplicación de un proceso sistematizado, para aplicar las medidas terapéuticas en forma oportuna y eficaz al paciente.

Es por ello que el Proceso de Atención de Enfermería, resulta de suma importancia, su aplicación de cada una de sus etapas como es la recopilación de datos, la detección de necesidades, la estructuración de los diagnósticos y las intervenciones de la enfermera (o) y analizando los resultados obtenidos en el contexto, se logrará dar una atención de enfermería al paciente, familia y comunidad basado en los conocimientos, habilidad y actividades de la enfermera.

El Asma en la actualidad es considerada una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia y es uno de los principales motivos de consulta.

En lo que se refiere a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, a pacientes pediátricos con asma, los resultados fueron benéficos, para el paciente y familia, ya que permitió un acercamiento más estrecho, facilitando la detección de necesidades y establecer los diagnósticos de enfermería, sin embargo cabe mencionar que se presentaron obstáculos, sobre todo de desconfianza y falta de información correcta.

De lo anterior se planearon y aplicaron un conjunto de acciones de enfermería en forma organizado y con base científica, logrando más pronta su recuperación y alta del servicio.

También se logró llevar a cabo una retroalimentación de la enseñanza, acerca de los cuidados que debe tener dentro del hospital, y fuera de él, ya sea en su hogar o comunidad y con esto poder prevenir posibles recaídas y complicaciones a largo plazo.

En cuanto enseñanza y experiencia que se obtuvo al realizar este trabajo, considero que fueron sustanciosas, porque permitió ampliar los conocimientos acerca del Proceso de Atención de Enfermería, actualmente en el área operativa del trabajo de enfermería

en los diferentes hospitales, no se realiza impidiendo mejorar y avanzar en la práctica de los cuidados de enfermería aplicados al paciente.

Como también darle la importancia que este tiene, sin embargo no deja de mencionarse que debido a los índices que se tienen en los hospitales de enfermería-paciente, esto representa un obstáculo para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en forma adecuada.

Otra enseñanza fue la de adquirir más conocimientos acerca del Asma Bronquial aplicados al paciente pediátrico.

Como también al establecer los diagnósticos y cuidados de enfermería, estos deben de estar fundamentados en forma científica y no realizarlos en forma empírica, esto nos permite documentarnos a través de la investigación en diversas, proporcionando una visión más amplia de los cuidados que se van a otorgar al paciente y razonando el porque de esos cuidados, y no continuar realizándolos en forma rutinaria, sin realizar diferencias.

Ya que esto no resulta nada favorable para el desarrollo de la profesión, para el paciente y la enfermera.

Por todo lo anterior el Proceso de Atención de Enfermería, no debe hacerse a un lado, sino continuar avanzando, ya que esto nos llevará a la creación de cambios y nuevas estrategias para su aplicación.

SUGERENCIAS

- Que en las escuelas de enfermería, se lleven a cabo continuamente cursos de actualización del Proceso de Atención de Enfermería, así como talleres de éste.
- Que en los Hospitales se lleven a cabo, cursos de actualización del Proceso de Atención y Talleres de éste.
- Crear formas de motivación, para el personal de enfermería, para que se motive a aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.
- Evaluar continuamente el Proceso de Atención de Enfermería, para garantizar la calidad de los cuidados de enfermería, ya que el Proceso como tal debe tener presente que es continuo y dinámico.

GLOSARIO

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE DE ENFERMERIA:	Actividad reconocida legalmente con responsabilidad de enfermería que no requiere de la supervisión o asesoramiento de otros profesionales
ALÉRGENO:	Antígeno que provoca alergia.
ALERGIA:	Estado de hipersensibilidad adquirido por la exposición de un alérgeno.
ANSIEDAD:	Sentimiento de aprensión sin causa aparente.
APRENDIZAJE:	Adquisición de un comportamiento, relativo a actividades o valores.
BRONCODILATADOR:	Medicamento que dilata las vías aéreas.
BRONCOESPASMO:	Contracción espasmódica del músculo bronquial.
CIANOSIS:	Coloración azul o lúida de la piel, generalmente es por falta de oxígeno.
DESCANSO:	Estado de tranquilidad, relajación caracterizado por un descenso de tensión emotiva.
DIAGNOSTICO:	Es la segunda parte del proceso de atención de enfermería, durante el cual se analizan los datos de valoración.
DISNEA:	Respiración dificultosa.
EMPATIA:	Comprensión de los sentimientos, percepciones de otro, pero sin compartir los mismos sentimientos o puntos de vista.
ENFERMERÍA:	Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades biopsicosociales básica y adquiridas.

EJECUCIÓN:	Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería durante el cual se determina en practica el plan de cuidados.
ENSEÑANZA:	Es la tarea de preparar al hombre para vivir en una sociedad en evolución constante.
EVALUACIÓN:	Es la quinta etapa del proceso de enfermería, durante el cual se determina hasta que punto de vista se han logrado los objetivos, se analizan cada una de las etapas para identificar los factores que favorecen o dificultan el proceso y se modifica o finaliza el plan de cuidados según cada individuo.
.INTERVENCIÓN:	Acción realizada para prevenir curar o controlar un problema de salud (Por Ej. hacer un cambio postural cada 2 horas, es una intervención para prevenir la solución de continuidad de la piel).
NECESIDAD:	Requerimiento de una persona que, cuando satisface una necesidad alivia o reduce el sufrimiento o promueve una sensación de adecuación o bienestar.
OBJETIVO:	Meta o fin determinado, cambio que se quiere lograr.
ORGANIZACIÓN:	Es la estructura técnica de las relaciones que debe existir entre las funciones, niveles o actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo.
PLANIFICACIÓN:	Es la tercera etapa del proceso de enfermería, en el transcurso del cual se fijan objetivos y se elabora el plan de cuidados.

PLAN DE TRATAMIENTO MEDICO:	Es el plan que utiliza el médico para tratar enfermedades.
POLIPNEA:	Es la respiración rápida.
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA:	Método empleado por las enfermeras para efectuar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales.
TAQUICARDIA:	Aceleración de latidos cardiacos.
TAXONOMIA:	Parte de la historia natural que trata de la clasificación de los seres.
TEGUMENTO:	Piel y mucosas.
TOS:	Es el reflejo protector que sirve para expeler secreción transudado o substancias extrañas del tracto respiratorio.
VALORACIÓN:	Primera etapa del proceso de enfermería durante el cual se reúnen o examinan datos, en preparación para la segunda etapa: el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, Rosalinda-Le Feure. "Aplicación del Proceso de Enfermería" 3a edición, Editorial Mosby. Madrid, España. 1996.pp.20.
- Beare, Myers."Principios y Prácticas de la Enfermería Médico Quirúrgica" 2ª edición, Volumen II. Editorial Mosby. México 1996, pp-3.
- Behrman, Kliegman. "Tratado de Pediatría" 15ª edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1997, pp-3.
- Carpenito, Juall Linda. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería". Editorial Mac Graw Hill Interamericana. 1994 pp.6.
- Del Río, Navarro B. "Incidencia y Prevalencia del Asma en Latinoamérica". Editorial Instituto Mexicano del Seguro Social, Fecha emisión y Actualización 21 de Agosto del 2000, pp.6.
- Fernández, Ferrín. y Carmen et. al.; "El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería". Editorial Mazon-Salvat, Barcelona, 1995.
- Hamilton, Persis Mary. "Enfermería Pediátrica Básica", Asma Bronquial" 5ª edición., Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, México 1990, pp. 5.
- Hin Chiliff, Susan, M. Et Al. "Enfoques del Cuidado en Enfermería y Cuidados de la Salud" 5ª edición. Editorial Doyma. Barcelona 1993, pp.1.
- Dossier, Erb. "Enfermería Fundamental Conceptos, Procesos y Práctica". 4ª edición, Tomo I. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill España 1990, pp. 1.
- Marilyn, Lang Evans. "Enfermería Pediátrica, Asma Bronquial", 3ª edición Manual Moderno, México 1983 pp. 1.

- Mark, C Roger. "Cuidados Intensivos en Pediatría, Enfermedades de las Vías Respiratorias Superiores" 2ª edición. Editorial Mac Graw Hill Interamericana México 1995 pp.1.
- Marriner, Ann "Teorías y Modelos de Enfermería", 2ª edición, Editorial Manual Moderno, México 1989 pp. 1.
- Nordmark, Robweder. "Bases Científicas en Enfermería" 2ª edición. Editorial Manual Moderno 1996 Washington, E.U.A.
- Palacios,Treviño "Introducción a la Pediatría" 2ª edición. Editorial Salvat, México 199 pp.45.
- Riopelle, Lise, Inf. M. N. Groundin Lousi, Inf. M. Ed. Phaneauf Margot, Inf. M. A. "Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona". 1993 España, pp.40.
- Tendencias y modelos mas utilizados en los cuidados de Enfermería http://personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.html,pp.20

ANEXO

HISTORIA ENFERMERA/EXAMEN NIÑOS

Fecha 18-06-01 Hora 12 horas Nombre Talavera Yánez Aaron

Proporciona información. Niño y mamá

Diagnóstico de ingreso. Asma bronquial + rinoфарингитис

Edad 11 años. Sexo Masculino

Miembro de la familia/ persona significativa. _____

Antecedentes personales patológicos.

A ¿Cual es su problema?. Asma Bronquial

¿Porqué solicita ayuda hoy? Por presentar crisis asmática

¿Como se ha tratado el problema en su casa?. salbutamol en spray (ventolin)

C. Antecedentes Maternos.

Historia de Nacimiento.

Prenatal embarazo planificado si

Complicaciones sin complicación Uso de alcohol. negativo

Natal duración del parto. 8 horas espontáneo /inducido
espontáneo

Vaginal / cesárea vaginal Anestesia _____

Neonatal Peso. 3.500 Talla. 50 cm.
Apgar. _____

A. Alergias.

Medicamentos ácido acetil Alimentos fresas,
chocolate Otros polen, acaro, mascotas, plantas, pájaros

B. Inmunizaciones.

Todas _____ Otros Vacuna hepatitis.

C. Control Prenatal.

1er trim. _____ 2o. Trim. X 3er trim.
X

Ultima visita al médico. hace 6 meses

Hospitalizaciones, fecha. 4 Razón Asma bronquial Duración 3 días

Dx Asma bronquial

D. Capacidad de Autocuidado.

Dependiente No Con ayuda de otro Si Independiente _____

Tratamiento	Prescrito	Automedicación	Otros	Frecuencia
Sol. Gluc. 5%, 250 mg + 130 mg aminofilina cada 6 horas. Salbutamol solución 1 ml + 4 sol por Hutson cada 8 horas. Metil preonisolona 20 mg IU cada 6 horas.	Panacetamol 1 tab. cada 6 horas.			

A. OXIGENACION

Diseña debido a: dif. Tos productiva/seca. seca

Dolor asociada con la respiración: No.

Registro de signos vitales: _____

Coloración de la piel/ personal: con presencia de cianosis peribucal.

Antecedentes Heredo familiares.

SI	NO	
		Diabetes
		Cardiopatías. Interrogados negados.
Otros		Padre; alérgico a detergente y fumador. Tía con antecedentes de asma bronquial.

B NUTRICION

Ingesta de alimentos en las ultimas 24 hrs. _____

Desayuno: huevo, leche, frijoles, pan

Comida: sopa, guisado

Cena: pan, leche

Dieta habitual 3 comidas

Intolerancia alimentaria/ alergias: huevo, fresa

Turgencia de la piel _____

Membranas mucosas hidratadas secas: _____

Característica de uñas cabello _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

C ELIMINACIÓN

Características de las heces, orina: normal _____

Historia de hemorragias /enfermedades renales /otros: negativo _____

Uso de laxantes /enfermedades renales /otros: no _____

Uso de laxantes: no Hemorroides no dolor al defecar y orinar no

Cómo influyen las emociones en los patrones de eliminación: sin problema Abdomen/ características: Disociación toraco abdominal _____

Ruidos intestinales no _____

Palpación de la vejiga urinaria sin problema _____

Otros

D. TERMORREGULACIÓN

Adaptabilidad a los cambios de temperatura no _____

Ejercicio tipo y frecuencia cada tercer día, fútbol _____

Temperatura ambiental problemas a cambios bruscos de temperatura (al frío)

Características de la piel seca

Transpiración sudoración

E. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Capacidad física cotidiana: con limitaciones para realizarla cuando se presenta crisis asmática

Actividades en el tiempo libre jugar pelota

Habito de descanso: no

Estado del sistema músculo esquelético /fuerza normal

Capacidad muscular tono / resistencia /flexibilidad normal

Ayuda para la deambulación. no

Dolor con el movimiento no

Presencia de temblores: no Estado de conciencia

F. DESCANSO Y SUEÑO

Horario de descanso : no Horario de sueño : 10 p.m. a 8 a.m.

Horas de descanso: Horas sueño 8
horas Siesta: no

¿Padece insomnio? no

¿ A que considera que se deba?. no

¿ Se siente cansado al levantarse? no

Ojera si Atención normal Bostezos si

Concentración normal Apatía Otros Respuesta a estímulos Ninguno

G. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Que miembros componen su familia de pertenencia: 6

Cómo reacciona ante una situación de urgencia con temor y miedo ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? algunos

En el hogar algunos

Realiza controles periódicos de salud recomendados? no en forma constante

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida apoyándose en sus padres

H. NECESIDADE DE COMUNICARSE

Vive con: sus padres

Preocupaciones / estrés: si Familiares: si

Rol en la estructura familiar tercer

Comunica sus problemas debidos a su enfermedad / estado: en ocasiones no sabe como expresarlos

Habla claro: regular confusa :

Estado

emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: ansioso, irritable, temeroso

I. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: jugar pelota, bicicleta

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? si
cuando se presenta la crisis asmática.

Existen recursos en su comunidad para la recreación? un deportivo

Ha participado en alguna actividad recreativa no

Integridad del sistema neuromuscular completa

Rechaza las actividades recreativas no

¿ Su estado de ánimo es apático / participativo? participativo

Otros

Ninguno

J. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Nivel de educación: 5° año

Problemas de aprendizaje se le olvidan algunas cosas

Preferencias : Leer / escribir: escribir

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?
bibliotecas

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? si

Estado del sistema nervioso: inquieto

K. EXPLORACIÓN FÍSICA OBJETIVA

Edad: 11 años Peso: 43,500

Talla: _____ Pulso: 140

Regular: _____ Irregular: X

T/A: 100/60 Temperatura: 38° Respiración: 45

Constitución obeso Obesa: _____

Delgada: X Normal: _____

Cardiopulmonar.

Presencia de Disnea: si Polipnea: si

Metabólico Tegumentario.

Piel Normal _____ Pálida si Cianótica no

Ictericia: no

Caliente _____ Fría si Rubicunda

no Integridad de la piel: intgra si

Resequedad si

Boca.

Dentadura completa si Caries ligera en molares

Abdomen.

Ruidos peristálticos presentes: no

Forma _____ Volumen cada disociación toraco abdominal

Neurosensorial.

Nivel de conciencia estado conciente Pupilar isocaries si

Músculo Esquelético.

Equilibrio _____ marcha _____ Fuerza 4s supr.
buena Fuerza Ms ls derecho buena izquierdo
buena

L. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Frecuencia de aseo: cada tercer día

Momento preferido para el baño: 12.30 horas.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 1 vez al día

Aseo de manos antes y después de comer: si después de eliminar:
si

Aspecto general: poco aseado

Olor corporal: a sudor

Halitosis: no

Estado del cuero cabelludo: descuidado

Lesiones dérmicas, qué tipo: no

Otros: nariz, con secreción, boca con resequedad

Conclusión Diagnóstica de Enfermería.

Necesidad	Grado de dependencia	
1. Oxigenación	I	
	PD	
	D	X
2. Nutrición/hidratación	I	
	PD	X
	D	
3. Moverse y mantener una buena postura.	I	X
	PD	
	D	
4. Descanso y sueño	I	X
	PD	
	D	
5. Termorregulación	I	
	PD	
	D	X
6. Higiene y protección de la piel	I	
	PD	X
	D	
7. Evitar peligros	I	
	PD	X
	D	
8. Comunicarse	I	
	PD	X
	D	

Necesidad	Grado de dependencia	
9. Jugar y participar en actividades recreativas.	I	X
	PD	
	D	
10. Aprendizaje.	I	
	PD	X
	D	

(I) Independiente. (PD) Parcialmente dependiente. (D) Dependiente.