



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
UN PACIENTE CON ASMA BRONQUIAL BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MIRIAM VAZQUEZ MARTINEZ

OCTUBRE 2004



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE
CON ASMA BRONQUIAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MIRIAM VAZQUEZ MARTINEZ

DIRECTOR DE TRABAJO:

LIC. RAUL R. GÓMEZ LOPEZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

OCTUBRE 2004.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por que siempre escuchas mis oraciones, por que nunca me has soltado de tu mano, por darme esos padres y a mi hermano que son personas extraordinarias, por mandarme a una familia tan unida y llena de amor, por darme una vida plena y permitirme llegar hasta este momento tan especial.

TE AMO.

A MIS PADRES

Por ser mis padres, y tomar la responsabilidad más grande de su vida, el guiarme en estos 26 años enseñándome el deber, la obligación, el compromiso y la responsabilidad de la vida, por ese apoyo incondicional, por que siempre me han llevado de la mano y en ningún momento me han dejado sola, por que gracias a eso he tenido muchos logros y he cumplido con todas mis metas que me he propuesto, ahora he llegado hasta este momento tan importante, el convertirme en una profesionista, *GRACIAS* por creer en mi, espero que este triunfo sea de ustedes también.

LOS AMO.

A MI HERMANO

Por estar siempre conmigo, por creer en mí al igual que mis padres, espero que esto sea motivación para ti y llegues a lograrlo como yo.

TE AMO.

A MIS ABUELITOS, TIOS Y PRIMOS

Por ser una familia tan unida, por su apoyo, por estar siempre ahí, por su confianza y su amor.

LOS QUIERO MUCHO.

A MIS PROFESORES RAUL Y ALEXIS

Así como a todo el personal académico y administrativo, como un testimonio de eterno agradecimiento y gratitud, por la confianza brindada y por los conocimientos y estímulos recibidos en el transcurso de mis estudios, para la culminación de esta etapa de mi formación profesional.

QUE DIOS LOS BENDIGA.

A MI MADRINA VICTORIA, A JULIA Y SILVIA

Por estar tan cerca de mi y de mi familia por tanto tiempo, por su amistad y su gran apoyo, por que siempre me motivaron a seguir adelante sobre todo en mi preparación profesional, por ser unas enfermeras ejemplares y tan entregadas a la profesión, lo que ha sido mi mayor motivación y admiración, así como también a Gil quien es otra de las personas más importantes para mi, la cual admiro y respeto.

QUE DIOS LOS BENDIGA.

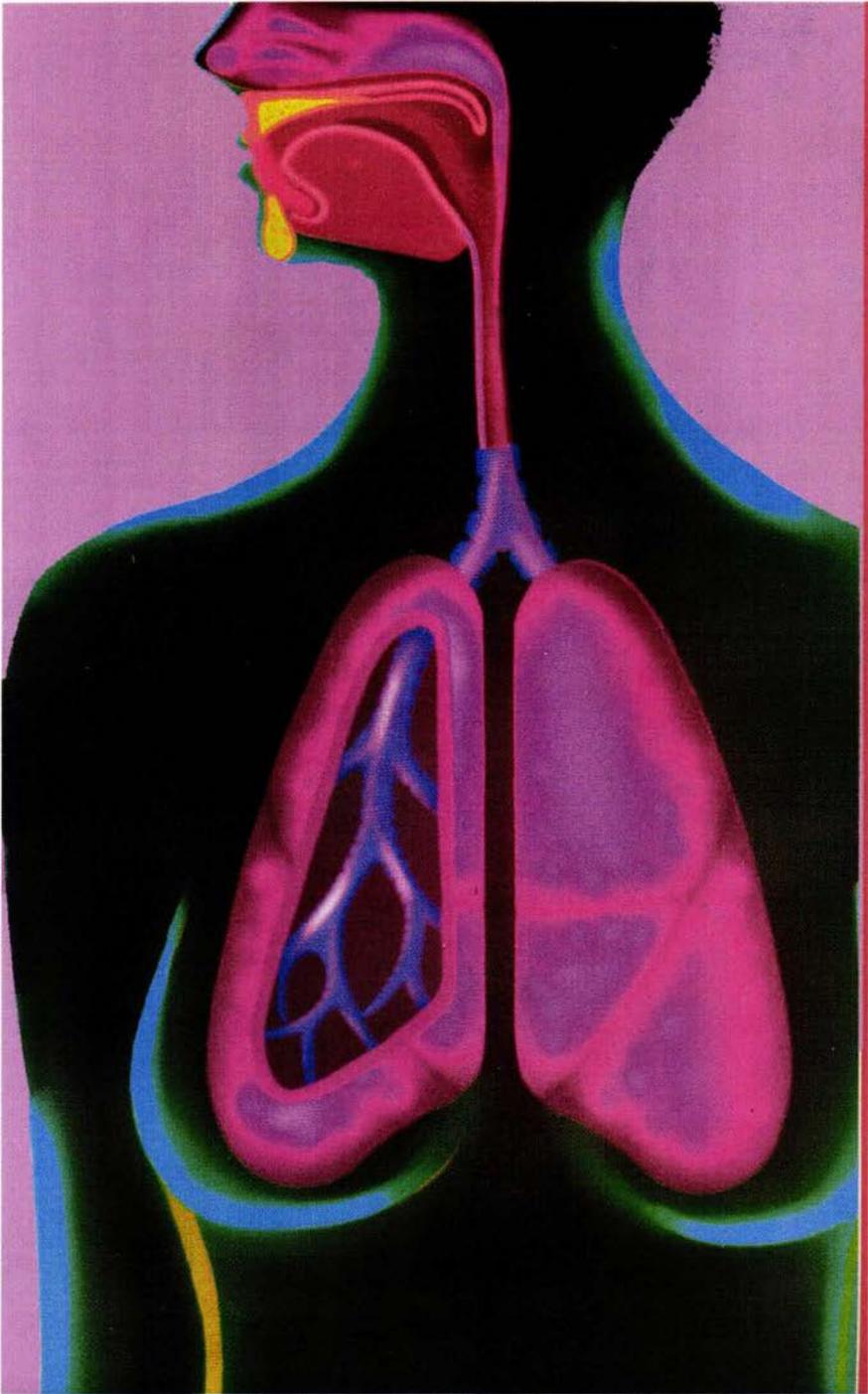
A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Por brindarme su amistad incondicional, por que gracias a todo lo que han vivido y compartido conmigo he aprendido de cada uno de ustedes, por confiar en mí, por que son parte de mi formación personal y profesional, por ser mis amigos.

LOS QUIERO MUCHO.

Gracias a todos ustedes por existir y estar a mi lado, por que gracias a ustedes soy una persona feliz.

QUE DIOS LOS BENDIGA.



INDICE

Introducción.....	1
1. Justificación.....	3
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo General.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. Metodología del Trabajo.....	6
4. Marco Teórico.....	7
4.1 Proceso de Enfermería.....	7
4.1.1 La Importancia del Proceso de Enfermería.....	7
4.1.2 Ventajas del proceso de Enfermería.....	8
4.1.3 Etapas del Proceso de Enfermería.....	8
4.1.3.1 Valoración.....	8
4.1.3.2 Diagnostico.....	9
4.1.3.3 Planificación.....	10
4.1.3.4 Ejecución.....	12
4.1.3.5 Evaluación.....	13
4.2 Filosofía de Virginia Henderson.....	14
4.2.1 Referencias y Antecedentes Personales.....	14
4.2.2 Principales Conceptos y Definiciones.....	15
4.2.2.1 Necesidad.....	15
4.2.2.2 Catorce Necesidades.....	16
4.2.2.3 Conceptos.....	16
4.2.3 Supuestos Principales.....	17
4.3 Anatomía y Fisiología del Aparato Respiratorio.....	20
4.3.1 Anatomía del Aparato Respiratorio.....	20
4.3.2 Fisiología del Aparato Respiratorio.....	25
4.4 Asma Bronquial.....	26
4.4.1 Concepto.....	26
4.4.2 Epidemiología.....	26
4.4.3 Etiopatogenia.....	26
4.4.3.1 Factores Alérgicos.....	26
4.4.3.2 Factores Infecciosos.....	26

4.4.3.3	Factores Psicológicos.....	27
4.4.3.4	Ejercicio.....	27
4.4.3.5	Contaminación Ambiental.....	27
4.4.3.6	Factores Reflejos.....	27
4.4.4	Clasificación.....	27
4.4.4.1	Asma Extrínseca.....	27
4.4.4.2	Asma Intrínseca.....	28
4.4.4.3	Asma Mixta.....	28
4.4.4.4	Bronquitis Asmatiforme.....	28
4.4.4.5	Asma de Esfuerzo.....	28
4.4.4.6	Estado Asmático.....	28
4.4.5	Cuadro Clínico.....	29
4.4.6	Diagnóstico.....	29
4.4.7	Pruebas de Laboratorio y otras.....	31
4.4.8	Complicaciones.....	31
4.4.9	Tratamiento.....	32
5.	Valoración de Enfermería.....	35
5.1	Presentación del Caso.....	35
5.2	Exploración Física.....	36
5.3	Antecedentes de Padecimiento Actual.....	37
5.4	Valoración de Enfermería según Virginia Henderson.....	38
1.	Necesidad de Oxigenación.....	38
2.	Necesidad de Nutrición e Hidratación.....	39
3.	Necesidad de Alimentación.....	39
4.	Necesidad de Termorregulación.....	40
5.	Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.....	40
6.	Necesidad de Descanso y Sueño.....	41
7.	Necesidad de Uso de Prendas de Vestir.....	41
8.	Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.....	42
9.	Necesidad de Evitar Peligros.....	42
10.	Necesidad de Comunicarse.....	43
11.	Necesidad de Vivir Según Creencias y Valores.....	43
12.	Necesidad de Trabajar y realizarse.....	44
13.	Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.....	44
14.	Necesidad de Aprendizaje.....	45

6. Diagnósticos de Enfermería.....	46
6.1 Análisis y Fijación de Prioridades.....	46
6.1.1 Análisis.....	46
6.1.2 Fijación de Prioridades.....	46
6.2 Diagnóstico 1.....	48
6.3 Diagnóstico 2.....	51
6.4 Diagnostico 3.....	54
6.5 Diagnostico 4.....	56
6.6 Diagnostico 5.....	58
6.7 Diagnostico 6.....	61
6.8 Diagnostico 7.....	63
7. Plan de Alta.....	65
7.1 Dieta.....	65
7.2 Signos y Síntomas de Alarma.....	65
7.3 Medidas para Prevenir Complicaciones.....	66
8. Conclusiones.....	68
Anexos.....	69
Glosario.....	86
Bibliografía.....	89

INTRODUCCION

Los cambios profundos que se están produciendo actualmente en la sanidad, y en el área de enfermería, están creando la necesidad de una continua puesta al día de todos los conocimientos de los profesionales, para que así podamos atender las demandas de las enfermedades, que cada vez son más frecuentes. Entre estas enfermedades se encuentran las de vías respiratorias (pulmonares), por tal motivo se pensó en una investigación relacionada a la neumología, está presenta una demanda cada vez más creciente de conocimientos para hacer frente a la atención de los pacientes con alteraciones respiratorias, como es el **Asma Bronquial**.

Es importante conocer la anatomía y fisiología del aparato respiratorio, y de esta manera detectaremos las alteraciones que se presenten en este.

El asma bronquial es de suma importancia en salud pública, ya que por su cronicidad crean problemas al enfermo y a sus familias, necesidad de atención medica constante y determinan cierto grado de incapacidad para diversos trabajos y para las actividades habituales. Esta enfermedad se ha convertido en un grave problema, ya que no hay una educación adecuada de autocuidado, por tal motivo el paciente recae constantemente; considerando así las repercusiones físicas, psicológicas y económicas que toda enfermedad ocasiona en las familias.(Alvarez, 1991).

La atención de enfermería es muy importante ya que abarca diversos campos, desde los estrictamente asistenciales durante los periodos de hospitalización, a los de actuación durante la realización de técnicas, sin dejar de mencionar la obligación de brindar educación de autocuidado para la detección y/o prevención de enfermedades o complicaciones. La educación es una actividad inherente a su función profesional, sin ella su trabajo queda trunco.

El **Asma Bronquial** es una obstrucción generalizada, intermitente o reversible, que afecta a parte baja de las vías respiratorias, debido a un estrechamiento de vías aéreas y que ocasiona un cuadro de disnea.

Siendo una enfermedad complicada y cada vez más frecuente, tomando en cuenta los factores de riesgo a los que siempre estamos expuestos, es importante conocer signos y síntomas, cuidados para prevenir complicaciones, cuidados al estar latente la enfermedad, etc, así, de esta manera, se ha realizado un PAE aplicado en base al Modelo de Virginia Henderson en una realidad clínica a un paciente con Asma Bronquial con el fin de actuar adecuadamente brindando una atención integral a la paciente y mejorarle su calidad de vida.

1. JUSTIFICACION

El desempeño primordial de los pulmones es la respiración. Aparte de hacer posible la fonación, el cometido primordial del aparato respiratorio no es otro que suministrar oxígeno a tejidos y eliminar el dióxido de carbono producido por estos. Pero si inhalamos partículas adversas (por ejemplo fumar) podemos desencadenar daños en el organismo en general, de manera específica en nuestros pulmones. Los alérgenos, como el tabaquismo y el sedentarismo, no hacen ningún bien a la salud de los pulmones. La incidencia y la gravedad de determinadas enfermedades respiratorias están en aumento, un ejemplo claro es el asma bronquial.

Se han consultado estadísticas en la Secretaría de Salud, la cual indica que en los últimos años(2000-2003) el asma ocupa el 12° lugar de enfermedades a nivel nacional, con 202,442 casos aproximadamente, de los cuales se presentaron 97 defunciones y el resto fueron egresos lo que lo hace un problema grave y preocupante.

Es impresionante la manera en que el individuo descuida su salud y la pone en riesgo, aun sabiendo factores de riesgo y pudiéndolos prevenir. Por tal motivo se elige esta paciente para dar seguimiento a su caso, así como educación y comprobar que con mayor atención, compromiso, decisión y concientización de enfermera-paciente la calidad de vida aumenta en gran importancia, de esta manera se realiza un proceso de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

El Proceso de Enfermería es la metodología que nos permite actuar de modo sistemático al planificar nuestra intervención. Es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, que permitirá cubrir e individualizarlas necesidades disminuyendo o eliminando complicaciones durante la enfermedad, a fin de hacerle regresar a su hogar en condiciones óptimas posibles de vida.

El modelo conceptual constituye una estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional. El modelo de Virginia Henderson es el que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, por que se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera profesional de

comprender las necesidades del ser humano y puede ayudarlo a solucionarlas y llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible, incluso durante su enfermedad.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ** Aplicar un Proceso Atención de Enfermería aun paciente con Asma Bronquial, para así detectar y cubrir sus necesidades básicas y lograr un estado óptimo de salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ** Integrar los conocimientos teóricos- prácticos adquiridos durante la carrera para proporcionar cuidados en forma integral a un paciente con Asma Bronquial.
- ** Identificar signos y síntomas del Asma Bronquial, para así concientizar al paciente sobre el control y los cuidados que debe llevar a cabo.
- ** Aplicar los cuidados necesarios a un paciente con Asma Bronquial con el fin de preservar la salud.
- ** Fomentar prácticas beneficiosas para el manejo domiciliario a un paciente con Asma Bronquial.

3. METODOLOGIA DE TRABAJO

Existe la inquietud por investigar un caso clínico para el cual se elige un paciente con asma bronquial que se encuentra hospitalizado en el servicio de urgencias planta alta en la clínica 32 del IMSS en le D.F.

Me presento con la paciente para solicitar su cooperación en lo que respecta a la investigación a desarrollar, con previa autorización verbal, se aplica un instrumento de valoración completa según el modelo de Virginia Henderson con el fin de analizar y determinar la participación del personal de enfermería para con la paciente.

Se aplicaron de manera sistemática las 5 etapas dentro del proceso atención de enfermería: **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación**, posterior a lo cual se determinan objetivos a alcanzar dentro del seguimiento a la comunidad los cuales son replanteados a partir de tener contacto con la realidad del contexto de la señora.

Cabe aclarar que los resultados se dan expresados lo más extensamente posible para poder reconocer el nivel de alcance de los objetivos planteados dentro de este trabajo.

Finalmente se realizaron tres visitas domiciliarias con la finalidad de reafirmar los conocimientos acerca de los cuidados y las estrategias en el manejo de su enfermedad y el tabaquismo, así como reforzar el plan de alta.

4. MARCO TEORICO

4.1 Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

El Proceso de Enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales, del comportamiento y de pensamiento crítico. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a alcanzar su máximo potencial de salud. (Hernández, 2002)

4.1.1 La Importancia del Proceso de Enfermería

Como instrumento en la práctica del profesional asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. (Hernández, 2002)

4.1.2 Ventajas del Proceso de Enfermería

Al paciente le permite participar en su propio cuidado, le garantiza una respuesta a sus problemas reales y potenciales, le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. Al profesional, le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el paciente y propicia el crecimiento profesional.

4.1.3 Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas.

4.1.3.1 Valoración

Consiste en la recogida y selección de datos con el fin de identificar las necesidades del individuo, familia y comunidad.

Obtención de datos

Comienza en el momento en que tomamos contacto con el paciente, esto es una valoración inicial.

Durante la interacción enfermera/paciente se siguen obteniendo más datos que nos sirven para evaluar problemas ya determinados y para señalar otros nuevos.

Clasificación de los datos

Subjetivos: Sensaciones y percepciones que refiere el paciente tales como dolor y malestar general.

Objetivos: Son concretos y contables. Pueden ser identificados por la enfermera, signos vitales, cantidad, olor y ruidos intestinales.

Validación de datos

A pesar de ser la primera etapa del proceso, se sigue efectuando durante el tiempo que dure el mismo ya que la enfermedad es algo dinámico.

4.1.3.2 Diagnóstico

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración, (Hernández, 2002).

Es el análisis de los datos recogidos en la etapa anterior para identificar problemas reales y potenciales; así como la causa de los mismos.

Determinar que problemas pueden ser tratados independientemente por la enfermera y cuales necesitan de dirección o asesoramiento de otros profesionales.

Componentes de un diagnóstico de enfermería

El formato PES sugerido por Gordón consta de tres componentes, que permite confirmar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

P Problema.

E Etiología o causa, utilizando las palabras "en relación a."

S Signos y Síntomas (características definitorias) utilizando las palabras "Manifestado por" (Alfaro, 1988)

4.1.3.3 Planificación

Consiste en la planeación documental de los cuidados de enfermería, incluye:

Una vez identificados y jerarquizados los problemas potenciales y los reales hay que formular las actividades de enfermería para: controlar, prevenir, reducir o eliminar problemas.

También puede ocurrir que los problemas que en un principio fueron prioritarios pasen a un segundo lugar por otros más importantes en ese momento.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para la persona/familia sean prioritarios. Ya que en caso contrario, pueden impedir centrar la atención en problemas que aunque sean más urgentes o importantes no son percibidos como tales.
3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá éstos.
4. Problemas que por tener una misma causa puedan abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficacia del trabajo enfermero.
5. Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve de acicate para abordar otros más complejos o de más larga resolución.

Fijación de objetivos

Establecer objetivos es una parte necesaria de la fase de planificación del proceso de enfermería, es importante asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo.

Un objetivo es lo que la enfermera y el paciente desean alcanzar en un tiempo determinado. La enfermera debe tener en cuenta al paciente o un familiar en caso de que este limitado para que externar su opinión, pueden ser a corto plazo pueden cumplirse con relativa rapidez, en menos de una semana o a largo plazo en varias semanas o meses. (Alfaro, 1988)

Los resultados esperados (del paciente) han de ser específicos e indicar no sólo lo que se pretende hacer sino también quien lo hará, cuando, como donde y en qué medida se hará.

Componentes de los enunciados de Objetivos/Resultados esperados.

SUJETO: Cuál es la persona que se espera que logre el objetivo.

VERBO: Que actividades ha de hacer la persona para alcanzar el objetivo.

CONDICIONES: Bajo que circunstancias ha de realizar la persona sus actividades.

MOMENTO ESPECÍFICO: Cuando se espera que la persona realice la actividad.

Estos componentes permiten asegurar un resultado muy específico que podrá evaluarse posteriormente para determinar en que medida el paciente ha alcanzado los objetivos fijados para él.

4.1.3.4 Ejecución

Es la puesta en práctica del plan:

- Recogida y valoración de datos.
- Realización de actividades de enfermería.
- Registro de los cuidados de enfermería
- Comunicación verbal y escrita de lo ejecutado
- Mantener el plan actualizado.

4.1.3.5 Evaluación

En esta fase se determinará como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. Se realizará una nueva valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados, esta evaluación global ayuda a determinar si se ha elaborado el mejor plan de cuidados posible para el paciente. Identificando los cambios necesarios para mejorar este plan. (Alfaro, 1988)

4.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

4.2.1 Referencias y antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército y se graduó en 1921. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929, ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester.

Henderson se desarrolló como autora e investigadora; publicó la sexta edición del libro Principios y Prácticas de Enfermería en 1978. Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, sus textos clásicos se han traducido en más de 25 idiomas. En la década de los 80s, Henderson permaneció activa como socia emérita de investigación en Yale, sus conclusiones e influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Cristiane Reimann. (Marriner, 1999).

Henderson ha hecho importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del textbook of the principles and practice of Nursing de Hauner y Henderson. Henderson indica que la "La única función de la enfermera es atender al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su

recuperación (o a una muerte tranquila) y que él podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más pronto posible". (Fernández 1999).

4.2.2 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

4.2.2.1 Necesidad:

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, aunque sí señala las 14 necesidades básicas del paciente.

La satisfacción de cada una está condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, mismas que se interrelacionan.

Henderson deduce que el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunos podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales independientes para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

4.2.2.2 Catorce Necesidades

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar los peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje. (Fernández, 1999).

4.2.2.3 Conceptos

Cuidados básicos. Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad.

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida, se refiere a aquí y ahora.

Dependencia: Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas en el presente y en el futuro de acuerdo con su situación de vida a falta de una fuerza, conocimiento y voluntad.

Autonomía: Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de Autonomía Asistida: Con este nombre se designa a la persona (familiar o persona allegada) que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer beber, eliminar, moverse, y mantener una buena postura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas, y procurar un entorno seguro. (Luis, 2002)

4.2.3 SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluían en su teoría de sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos. (Luis, 2002)

Enfermería:

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería incluyen todas las funciones de enfermería.

Persona (Paciente)

- Las personas deben mantener el equilibrio biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud

- Salud, es calidad de vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene fuerza de voluntad y conocimientos necesarios. (Luis, 2002)

Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad pueden interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

Deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos (Luis, 2002)

4.3ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO RESPIRATORIO

4.3.1 Anatomía del aparato respiratorio

El "Aparato Respiratorio" consta de nariz, faringe, laringe, traquea, bronquios y pulmones. En lo estructural se divide en dos porciones:1) **Vías Respiratorias Superiores** que comprenden la nariz, faringe y estructuras acompañantes,2) **Vías Respiratorias Inferiores** que incluyen la laringe, tráquea, bronquios y pulmones. Desde el punto de vista funcional, este aparato también se divide en dos partes:1) **La Porción de Conducción** que forma un conjunto de cavidades y conductos conectados entre sí, fuera y dentro de los pulmones (nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y bronquios terminales) los cuales filtran, calientan, humectan y conducen el aire hacia los pulmones y 2)**La Porción Respiratoria** formada por los tejidos pulmonares en los que ocurre el intercambio gaseoso, a saber bronquiolos respiratorios conductos y sacos alveolares así como alvéolos; estos últimos constituyen el sitio principal de intercambio gaseoso entre el aire y la sangre.

La **Nariz** se divide en las porciones internas y externa, esta última esta formada por una estructura de sostén de hueso y cartílago hialino, cubiertos con músculos, piel y revestimiento de mucosa. La estructura ósea de la nariz consta de huesos frontales, nasales y maxilares superiores.

La **Faringe** o garganta es un conducto ahusado de unos 13 cms de longitud que se inicia en los orificios posteriores de la nariz y llega hasta el nivel del cartílago cricoides, el más inferior de la laringe. La faringe se sitúa justo en plano posterior a la boca y nariz, arriba de la laringe y por delante de las vértebras cervicales sus regiones anatómicas son la nasofaringe, bucofarínge y laringofaringe. La **nasofaringe** participa en la respiración, la **bucofarínge** y **laringofaringe** en la digestión y respiración. La faringe es un conducto corto que conecta la laringofaringe con la tráquea.

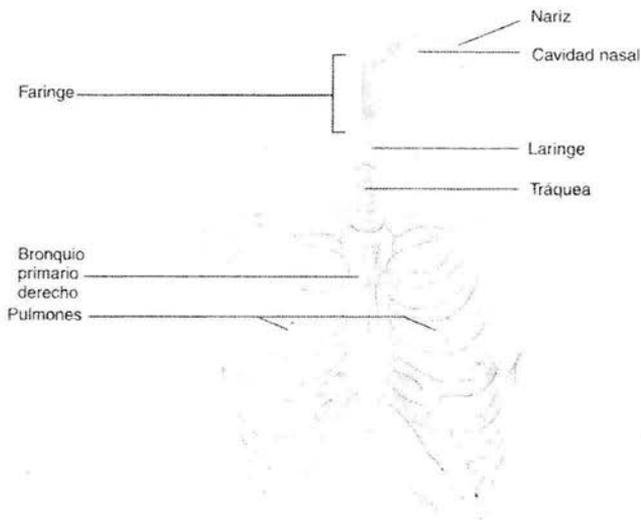
La **Tráquea** se trata de un conducto tubular por el que fluye aire, se localiza por delante del esófago y abarca desde la laringe hasta el nivel del borde superior de la vértebra T5, donde se divide en los **Bronquios Primarios Derecho e Izquierdo**, los cuales se dirigen a los pulmones respectivos. El bronquio primario derecho es más vertical, corto y ancho que el izquierdo. En el

punto donde se divide en los bronquios derecho e izquierdo, existe un borde interno, la **Carina**, que se forma con una proyección posterior y un tanto inferior del último cartílago traqueal.

La Carina es una de las áreas más sensibles de la laringe y tráquea que desencadena el reflejo de tos. Después de entrar en los pulmones, los bronquios primarios se subdividen en otros más pequeños, **Bronquios Secundarios** o (lobulares) uno para cada lóbulo pulmonar. Los bronquios secundarios dan origen a otros de menor calibre, los **Bronquios Terciarios** o (segmentarios), que se distribuyen en segmentos de tejido pulmonar denominado Segmentos Bronco-pulmonares que a su vez se ramifican en **Bronquiolos**. Estos se dividen repetidas veces y los más pequeños se denominan **Bronquiolos Terminales**. Esta ramificación considerable de la tráquea semeja un árbol invertido, por lo que suele llamarse **Árbol Traqueo Bronquial**.

Cada segmento bronco pulmonar posee numerosos compartimientos pequeños, llamados **lobulillos**, cada uno con envoltura de tejido conectivo elástico y que posee un vaso linfático, arteriola, vénula y rama de un bronquio terminal. Este último se subdivide en ramas microscópicas, los **Bronquiolos Respiratorios**, hasta que finalmente las ramas más pequeñas (**conductos alveolares**) terminan en pequeñas bolsas dilatadas que se llaman **sacos alveolares**. Las paredes de los sacos alveolares se dilatan formando **alvéolos**, en las paredes del alveolo sólo existen ya células epiteliales planas, una red de capilares y tejido conectivo elástica. Este órgano sumamente delgado se llama **epitelio respiratorio**.

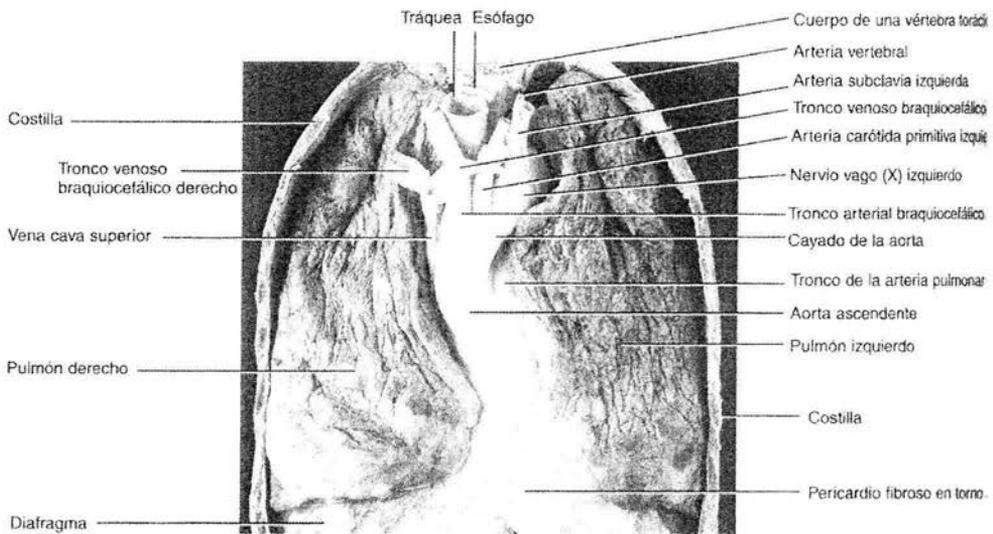
Los **Pulmones** son dos órganos cónicos situados en la cavidad torácica, los separan el corazón y otras estructuras del mediastino que divide la cavidad torácica en dos partes anatómicamente distintas, dos capas de membrana serosa, la pleura, que envuelven y protegen cada pulmón. La capa superficial reviste la pared de la cavidad torácica y se denomina **pleura parietal**, mientras que la profunda o **pleura visceral** la cual contiene un pequeño volumen de líquido lubricante, que secreta la propia pleura.(Tortora, 2003).



FUNCIONES

1. Intercambio de gases: entrada de O_2 por aporte a las células y eliminación de CO_2 que producen las mismas células.
2. Ayuda a regular el pH sanguíneo.
3. Posee receptores para la olfacción, el aire inspirado y produce sonidos.

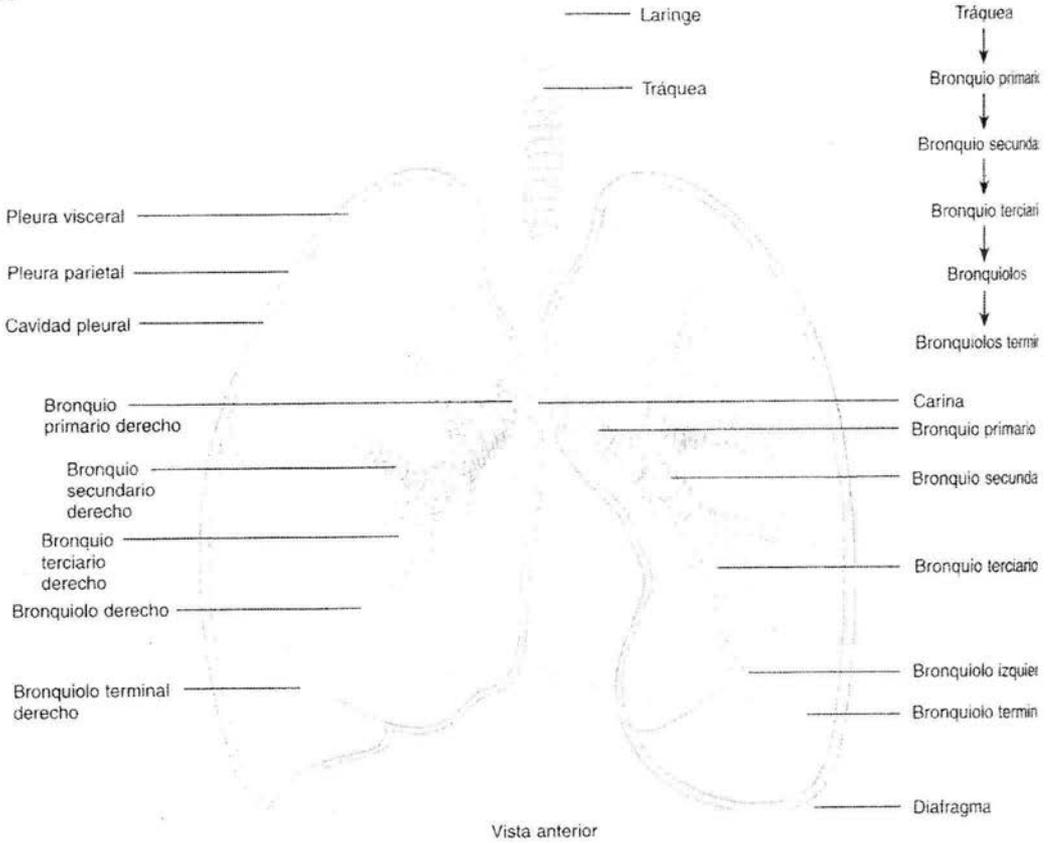
(a) Vista anterior que muestra los órganos respiratorios



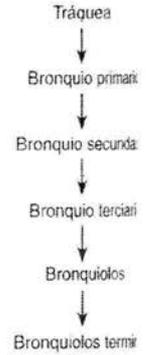
(b) Vista anterior de los pulmones después de quitar la pared torácica anteroexterna y la pleura parietal



El árbol traqueobronquial se inicia en la tráquea y culmina en los bronquiolos terminales.

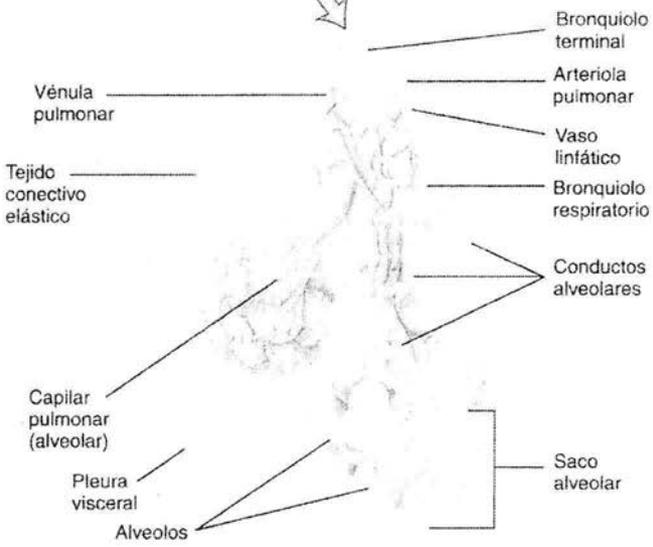


RAMIFICACIÓN DEL ÁRBOL TRAQUEOBRON

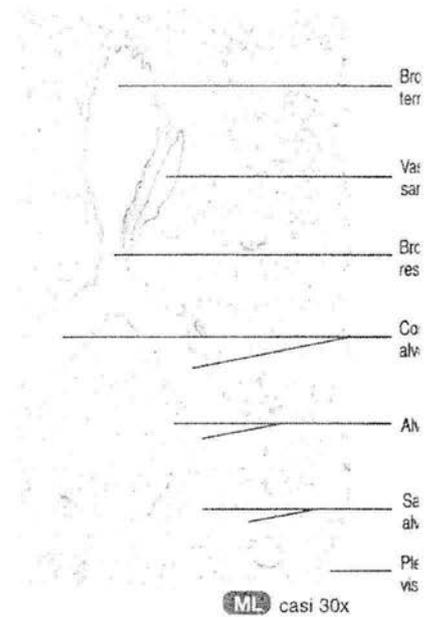




Los sacos alveolares son dos o más alveolos con una tura común.



(a) Diagrama de una porción de un lobulillo pulmonar



(b) Lobulillo pulmonar

4.3.2 Fisiología del Aparato Respiratorio

Las células requieren continuamente de oxígeno (O_2) para realizar las reacciones metabólicas que les permiten captar la energía de las moléculas de los nutrimentos. Al mismo tiempo, esas reacciones liberan Dióxido de Carbono (CO_2). Los dos sistemas que contribuyen al aporte de O_2 y a la eliminación de CO_2 son el cardiovascular y el aparato respiratorio, el cual realiza el intercambio de gases (suministro de O_2 y excreción de CO_2). Además de llevar a cabo el intercambio gaseoso, el aparato respiratorio participa en la regulación del PH sanguíneo, posee receptores para el sentido de la olfacción, filtra el aire inhalado, produce sonidos y elimina una parte del agua y calor corporal en el aire exhalado. (Gayton, 2003).

La **Ventilación Pulmonar**, comúnmente llamada **Respiración**, es el proceso mediante el cual se intercambian gases entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares. El flujo de aire entre los pulmones y la atmósfera se debe a las diferencias de presión alternadas que generan la contracción y relajación de los músculos auxiliares de la respiración. La magnitud del flujo de aire y el esfuerzo necesario para la respiración también reciben influencia de la tensión en la superficie alveolar, distensibilidad de los pulmones y resistencia de las vías respiratorias.

La **Inspiración** o inhalación es la parte de la ventilación pulmonar en que entra aire a los pulmones. A fin de que entre aire a los pulmones, la presión de los alvéolos debe ser menor que la atmosférica. Ello se logra con el aumento del volumen pulmonar.

La **Espiración** o exhalación, proceso por el que sale el aire de los pulmones, también se debe a un gradiente de presión, que en este caso es opuesto: La presión de los pulmones es mayor que la atmosférica. La respiración normal durante la respiración tranquila, a diferencia de la inspiración, es un proceso pasivo por que en él no participan contracciones musculares. La respiración ocurre por el rebote elástico de la pared torácica y los pulmones, que tienden de manera natural a contraerse después de su estiramiento. La espiración se inicia cuando se relajan los músculos auxiliares de la inspiración.(Tortora, 20003).

4.4 ASMA BRONQUIAL

4.4.1 Concepto.

El **Asma Bronquial** es una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias que cursa con hipersensibilidad de las vías respiratorias a múltiples estímulos, y que se caracteriza clínicamente por crisis de insuficiencia respiratoria debidas a una broncoconstricción reversible. (Netter, 2003).

4.4.2 Epidemiología.

Las edades de inicio son de 75 a 90% en menores de 40 años. Por debajo de los 5 años de edad el sexo masculino es más frecuentemente afectado, pero después de los 60 años la incidencia asciende en el sexo femenino.

4.4.3 Etiopatogenia.

Los estímulos que pueden desencadenar un ataque asmático son de tipo alérgico, infeccioso, psicológico, ambiental y por ejercicio.

4.4.3.1 Factores Alérgicos.

La hipersensibilidad a los pólenes es relativamente común y muchos asmáticos tienen historia de fiebre de heno, hipersensibilidad a alérgenos de alimentos como el huevo, el trigo, la leche de vaca y los chocolates, son particularmente frecuentes en niños. En adultos, las alergias a alimentos son ocupacionales, como en aquellos casos de trabajadores del café y la harina. En el polvo casero se han identificado antígenos varios, el más común es el ácaro, el cual se puede encontrar en los muebles, almohadas, tapetes, etc. Otros antígenos son la caspa de animales y los hongos.

4.4.3.2 Factores Infecciosos.

Las infecciones virales pueden producir ataques asmáticos, especialmente aquellas causadas por rinovirus. El asma inducida por bacterias, aun no se puede concluir algo al respecto.

4.4.3.3 Factores Psicológicos.

Un ataque asmático puede ser desencadenado por factores emocionales, pero no es este factor el desencadenante primario.

4.4.3.4 Ejercicio.

Al inicio del ejercicio hay moderada broncoconstricción, que llega al máximo a los 15 minutos después de terminado el ejercicio, la recuperación es espontánea, el hecho principal es una alteración en la regulación de la temperatura y osmolaridad de las vías aéreas intratorácicas.

4.4.3.5 Contaminación Ambiental.

Los pacientes asmáticos casi no toleran el humo del cigarro ni los efectos de la contaminación ambiental, en climas brumosos y húmedos los accesos asmáticos son más frecuentes.

4.4.3.6 Factores Reflejos.

Algunos factores como pólipos nasales, que exacerban los cuadros asmáticos, los disminuyen cuando se extirpan.

4.4.4 Clasificación.

El asma se clasifica de la siguiente manera:

Asma Extrínseca: Cuando un episodio asmático puede relacionarse de manera clara con la exposición a un antígeno específico como polen, polvo casero o plumas, el asma se denomina asma extrínseca. Las personas con asma extrínseca se dice que tienen un trastorno alérgico o atópico, lo cual significa que estos muestran algún tipo de hipersensibilidad a los alérgenos ambientales comunes. Estos pacientes desarrollan una reacción intensa con ronchas, a una variedad de alérgenos cutáneos. El asma extrínseca tiene relación familiar y suele presentarse en niños y adultos menores de 30 años. Con frecuencia desaparece después de la pubertad. Debido a que el asma extrínseca se relaciona con broncoespasmos inducidos por un complejo antígeno-anticuerpo, el mecanismo inmunológico desempeña una función importante. Cuando una

persona es susceptible a ciertos antígenos, las células del tejido linfoide forman anticuerpos IgE específicos. Los anticuerpos IgE se fijan por si mismos a la superficie de las células cebadas en las paredes bronquiales. La exposición continuada al mismo antígeno crea una reacción antígeno-anticuerpo sobre la superficie de las células cebadas, lo cual a su vez causa desgranulación de las células cebadas y se liberan mediadores químicos como la histamina. La liberación de estos mediadores químicos disminuye las concentraciones intracelulares en los músculos lisos bronquiales originando broncoconstricción. Además, estos mediadores químicos alteran la permeabilidad de los capilares, lo que resulta en dilatación de los vasos sanguíneos y edema de los tejidos. Se piensa que esta reacción antígeno-anticuerpo desencadena un episodio asmático de las personas que tienen asma extrínseca. (Jardins, 1993).

Asma Intrínseca: No hay historia familiar, pero sí el antecedente de infecciones virales o bacterianas, no hay alérgenos contra antígenos de los microorganismos involucrados. La mayor parte de los asmáticos de más de 35 años son de este grupo.

Asma Mixta: Entre el asma extrínseca y el asma intrínseca existen cuadros intermedios sin solución de continuidad, e incluso en un mismo paciente el curso clínico puede presentar importantes variaciones.

Bronquitis Asmatiforme: En él se podrían incluir aquellos bronquíticos crónicos que hacen broncoespasmo.

Asma de esfuerzo: Un esfuerzo físico entre moderado y grave suele provocar un ataque de asma. Afecta aproximadamente al 80% de los pacientes infantiles de asma y al 25% de los adultos. La causa podría ser el enfriamiento de los bronquiolos producida por la hiperventilación.

Estado Asmático: Se considera que los sujetos que persisten con un ataque asmático por más de 24 horas están en "estado asmático"

La muerte del asmático es sorpresiva y con menor frecuencia de un estado asmático. Los hallazgos característicos son tapones de moco en bronquios, las vías aéreas centrales están estrechas, pero las distales pueden estar dilatadas. Los pulmones se ven distendidos.

4.4.5 Cuadro Clínico.

Durante el ataque asmático hay disnea paroxística, sibilancias y casi siempre hay tos con expectoración adherente mucosa. Pueden presentarse durante alguna época del año, o bien precipitarse por la exposición directa a algún alérgeno, ejercicio, cambios bruscos de temperatura, tensión emocional o infección de vías respiratorias.

4.4.6 Diagnóstico.

A la exploración física del tórax ésta puede parecer normal, o bien existir sobredistensión torácica con aumento del diámetro anteroposterior, abatimiento del diafragma y sibilancias audibles durante la espiración. Puede haber disminución de las vibraciones vocales y de los ruidos cardiacos. Si el ataque es muy severo la obstrucción bronquial puede ser tal que no se escuche ningún ruido pulmonar. Debido al gran esfuerzo respiratorio la presión intratorácica aumenta a niveles mayores que la atmosférica, ocasionando un aumento la presión venosa. La presencia de pulso paradójico, tiros y utilización de músculos accesorios de la respiración indican un cuadro severo que requiere de hospitalización. En estos pacientes debe vigilarse la PaO_2 , $PaCO_2$ y el pH.

El signo más característico es la presencia de estertores sibilantes. Estos hacen un diagnóstico presuntivo de bastante precisión.

A. Infecciones

Catarros e infecciones víricas

Sinusitis

Bronquitis y bronquiolitis

B. Alergenos inhalatorios

Polen: malas hierbas, césped, árboles

Plumas

Pelos de animales

Polvo doméstico

Acochado de muebles

Esporas de hongos

C. Irritantes inhalatorios

Pinturas y lacas

Gasolina

Humo de cigarrillos

Productos químicos industriales

Aire frío

Contaminantes del aire

Gases nocivos

D. Alergenos alimentarios

Leche

Huevos

Frutos secos

Chocolate

Pescado

Marisco

Tomates, fresones

E. Mecanismos desencadenantes

Pólipos nasales

Risa

Variaciones de temperatura

Esfuerzo físico

F. Estrés psíquico

G. Medicamentos

Vacunas

Penicilina

Diversos medicamentos

Aspirina

Anestésicos

4.4.7 Pruebas de laboratorio y otras:

Radiología: La utilidad de la radiografía de tórax es para excluir otra patología o bien para detectar complicaciones.

En muchos pacientes la radiografía muestra normalidad. Durante es estado agudo hay sobredistensión pulmonar, las imágenes vasculares son normales, a diferencia del enfisema, y en general el corazón es de tamaño normal. En los casos crónicos con infecciones repetidas pueden verse paredes bronquiales engrosadas manifestadas por imágenes tubulares. En ocasiones puede haber atelectasias debidas a tapones de moco.

Espirometria: La obstrucción bronquial se detecta al comprobar la reducción de la capacidad espiratoria máxima en un segundo (FEV₁) y el aumento de la resistencia de las vías respiratorias. Para saber si esta obstrucción es reversible o no, se hace inhalar un broncodilatador y se repite la prueba; si la obstrucción es completamente reversible, es más probable que se trate de asma bronquial, si no lo es, hay que pensar en otra patología del diagnóstico diferencial.

Laboratorio: Siempre esta indicado el análisis de gases sanguíneos arteriales o capilares para poder estimar la gravedad de la enfermedad. En ambas formas de asma puede detectarse eosinofilia sanguínea; por el contrario, el aumento de la IgE solo se detecta en el asma alérgica.

Diagnostico de esputo: El esputo es viscoso e irisado. Al microscopio se pueden observar granulocitos eusinofilos, cristales de Charcot-Leyden (producto de la descomposición de los gránulos eosinofilicos) y algunas veces espirales de Curschmann.

4.4.8 Complicaciones:

En los niños pequeños el asma crónica puede producir deformación del tórax. Otras complicaciones pueden ser: fracturas costales, neumonía, atelectasia, bronquitis, neumotórax, enfisema mediastinal e intersticial, etc. (Berkoww, 1999).

4.4.9 Tratamiento

Control ambiental:

El paciente hará todo esfuerzo para eliminar los factores domésticos comunes que pueden desencadenar un episodio de asma. Por ejemplo, se ventilarán de manera frecuente tapetes, sábanas, muebles y ropas de cama. Se usarán almohadas de hule espuma en lugar de plumas. No se permitirá que fumen los familiares o visitantes en la casa. Evitar cambios bruscos de temperatura, evitar tener animales, etc. (Canillas, 1999).

Medicamentos:

1. Broncodilatadores: el más utilizado es el salbutamol, que tiene acción prolongada por 3 o 4 horas; el mismo efecto tiene la terbutalina y la orciprenalina. El salbutamol se administra por medio de dispositivos graduados que dan 100 a 200 mg por dosis.

Vía intravenosa: la aminofilina se utiliza a razón de 0.25 a 0.5 g en 20 ml de solución, a pasar lentamente en 10 a 25 minutos y en infusión continua para mantener se efecto. Se puede utilizar de primera intención en el asma severa.

Vía bucal: El salbutamol es una de las drogas más utilizadas, a razón de 2 a 4 mg, 3 a 4 veces al día. La respuesta varía en cada paciente.

2. Esteroides: Son de gran utilidad es el asmático, principalmente en los ataques severos como el estado asmático, en el cual su uso es por vía intravenosa. Puede utilizarse hidrocortisona, metilprednisolona o algún otro. El uso de estos medicamentos debe dejarse al especialista por la serie de efectos colaterales que pueden presentar.

3. Anticolinérgicos inhalados: en caso de severidad asmática con compromiso vital se dará bromuro de ipatropio, bien sea nebulizado (0.5mg) o mediante cartucho presurizado con espaciador: 4 a 6 inhalaciones consecutivas (0.02 mg/inh).

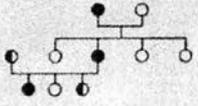
4. Antibióticos: Cuando hay presencia de fiebre o esputo purulento, no es raro que ocurra infección como complicación en los asmáticos, sobre todo en

aquellos que utilizan esteroides. Se ha descrito la utilidad de la eritromocina en estos casos, ya que ayuda a disminuir la dosis del esteroide.

Se ha planteado el uso de tratamientos con antimicrobianos en forma profiláctica, como en los pacientes con bronquitis crónica. (Rivero, 1998).

Aparece en la infancia y en la juventud

Anamnesis casi siempre positiva



Los ataques son desencadenados por antígenos específicos

Polen Alimentos Medicamentos Pelos de animales

Eccema (de leche) en la anamnesis infantil

Fácil de controlar mediante hiposensibilización

En estrecha relación con IgE

Prueba cutánea casi siempre positiva

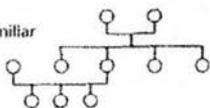
Ataques agudos aunque casi siempre autolimitados; pronóstico favorable; la enfermedad remite en parte con la pubertad aunque también puede ser crónica; los casos fatales son raros



► Signos y síntomas comunes al asma exógena-alérgica y al asma endógena
 insuficiencia respiratoria, disnea, sibilancias, hiperemia, cianosis, tos, dilatación de las aletas nasales, utilización de la musculatura respiratoria auxiliar, miedo a ahogarse, taquicardia, ataques de sudor, timpanismo a la percusión, ruidos a distancia y roncus y sibilantes, eosinofilia

Aparición en la edad adulta (más de 35 años)

Anamnesis familiar
casi siempre
negativa



Los ataques se desencadenan durante una infección, excitación y otros irritantes



Prueba cutánea casi siempre negativa



Anamnesis infantil
sin eccema



Difícil de controlar mediante hiposensibilización



Sin relación con IgE

Ataques graves; pronóstico desfavorable; la enfermedad puede ser crónica y mortal



F. Netter M.D.

- Signos y síntomas comunes al asma exógena-alérgica y al asma endógena
Insuficiencia respiratoria, disnea, roncus, hiperemia, cianosis, tos, dilatación de las aletas nasales, utilización de la musculatura respiratoria auxiliar, miedo a ahogarse, taquicardia, ataques de sudor, timpanismo a la percusión, sibilancias a distancia y estertores, eosinofilia

5. VALORACIÓN DE ENFERMERIA

5.1 Presentación del caso.

Estudio realizado del 29 de marzo al 2 de abril del 2004.

Se trata de paciente femenino de 22 años. Edo. Civil: Unión libre. Madre de un niño de 6 años. Escolaridad: Estudiante de bachillerato. Ocupación: estudiante y al hogar. Religión: Católica. Nacionalidad: Mexicana.

Lugar de procedencia: México D.F.

Persona responsable: Consuelo Rodríguez (Madre).

Ocupación: Secretaria.

Antecedentes personales no patológicos

Vivienda en zona urbana, casa propia la cual cuenta con 3 recamaras, cocina, sala, comedor, baño, servicios de saneamiento e intradomiciliarios, agua, luz, teléfono, etc.

Hábitos alimenticios regulares en calidad y cantidad, baño y cambio de ropa todos los días, aseo bucal 2 o 3 veces al día, tabaquismo positivo desde hace 7 años, fumando una cajetilla diaria, resto interrogado y negado.

Antecedentes Ginecoobstetricos

Menarca: 12 años. Ritmo: 28x5. Eumenorreica. FUM: Menstruación presente. IVSA: 15 años. Una pareja sexual. G I, P I, C O, A O. FUP 6 años. MPF: DIU desde el nacimiento de su hijo con revisiones periódicas sin presentar alteraciones. DOC: Septiembre 2002, aparentemente sin alteraciones.

Antecedentes Personales Patologicos

Alérgicos, quirúrgicos, traumáticos y transfusionales interrogados y negados: Padece asma bronquial desde hace 9 años, con tratamiento terapéutico.

5.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 58kg. Talla: 1.60cm. Edad: 22 años. Sexo: femenino.

Signos Vitales: FC 100x1. FR 28. T/A 100/80. T° 36.6.

Se trata de paciente femenino consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila, apariencia correspondiente a la cronológica.

CABEZA: Cuero cabelludo hidratado, implantación adecuada de cabello, pupilas normoreflexicas, nariz central, con secreciones, pero permeable, cavidad oral integra, piezas dentales faltantes de 2º molar superior derecho y 3er molar superior izquierdo, pabellones auriculares bien implantados.

CUELLO: Normocilíndrico, sin presencia de nódulos ni megalias.

TORAX: Con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, frecuencia poco aumentada, campos pulmonares con estertores y sibilancias, presenta disnea sin esfuerzo.

ABDOMEN: Blando, depresible, peristalsis presente, sin presencia de nódulos u otras alteraciones.

GENITALES: Sin alteraciones.

EXTREMIDADES: Simétricas, sin alteraciones.

5.3 ANTECEDENTES DE PADECIMIENTO ACTUAL

La paciente refiere haber iniciado con asma a los 13 años, después de presentar enfermedades respiratorias continuas, llevando control medico, y tratamiento terapéutico actualmente.

Consciente del grave daño que le ocasiona el tabaco continúa con él, fumando una cajetilla diaria, incluyendo la madrugada.

Ella refiere haber cursado con gripe, con una semana de evolución, seguida de una crisis asmática ligera iniciando dos días antes de llegar a urgencias, el motivo por el que no asistió en el momento fue pensando en que podía controlarla, pero ésta fue aumentando cada vez más, aun con el tratamiento indicado, la crisis no cedió,. Comenta haber iniciado con insuficiencia respiratoria muy marcada, cianosis distal, debilidad y ansiedad por lo que decidió asistir a urgencias, donde su medico decide ingresarla para manejo y control de crisis.

Se controla con oxígeno por medio de mascarilla, broncodilatadores como:

- * Aminofilina 250mg, en 100ml de solución glucosada al 5% para 20 minutos.
- * Aminofilina 350 mg, en 1000 ml de solución glucosada al 5% para 8 hrs.
- * Ipatropio 2 disparos cada 8 hrs.
- * Salbutamol 2 disparos cada 8 hrs.
- * Antibiótico como: Penicilina 2 000 000 cada 24 hrs.
- * Diurético como: Furosemida nebulizaciones 20 min. Por turno o cada 8 hrs.

Con estas indicaciones la crisis se iba controlando poco a poco aunque aun continuaba con disnea, estertores y sibilancias muy audibles, ligera ansiedad y preocupación, por lo que se continua con manejo anterior por enfermería.

5.4 VALORACION DE ENFERMERIA SEGUN VIRGINIA HENDERSON

G. R. R. Femenino de 22 años de edad, con un peso de 58Kg, una talla de 1.60 CM. Estudiante del bachillerato siendo hija única, vive en unión libre, madre de un menor de 6 años. Residente del DF. , ocupando la cama 3 Bis del servicio de urgencias planta alta de la clínica 32, al cual ingreso el 28 de Marzo del presente año, con crisis asmática.

Adquiriendo la información de forma directa se realizo la valoración de necesidades encontrando que a:

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

Datos subjetivos.

La paciente refiere haber ingresado al servicio por dificultad respiratoria (Disnea) debido a una crisis asmática que padece desde hace 9 años, con tos productiva y escasa expectoración. Manifiesta ser una persona fumadora crónica, inicia el consumo del cigarro hace 7 años, volviéndose crónico hace 4 años, consumiendo 1 cajetilla diaria. Manifiesta no influir su estado de ánimo para el consumo de este.

Datos Objetivos.

Presenta Disnea sin esfuerzo. Tos productiva con escasa expectoración refiriendo que le provoca nauseas. Al registro de signos vitales se encontró una F. R. 28, T/A 100/80 FC 100. Refiere tener síndrome de abstinencia. Requiere de puntas nasales, usa mascarilla para sus nebulizaciones.

Se observa la paciente poco pálida, lechos ungueales y labios con ligera cianosis, mucosas orales rosadas e hidratadas, con un llenado capilar de 1. No tiene ningún laboratorio.

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Datos Subjetivos.

La paciente refiere tener una alimentación completa, consumiendo todo tipo de alimentos, realizando 2 comidas al día. Dice no tener trastornos digestivos, intolerancias y alergias tampoco. No tiene ningún problema de masticación ni deglución. No hay pérdida ni aumento de peso. Asiste al gimnasio diario. No toma ningún tipo de fármaco.

Datos objetivos.

En el servicio toma dieta blanda. Su piel esta hidratada aunque un poco pálido, mucosas integras, rosadas e hidratadas. Las uñas se observan cianóticas esto debido a la falta de oxígeno. Sus encías se observan integras. Dientes limpios, sin caries, faltando 2º molar superior derecho y 3er molar superior izquierdo.

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Datos Subjetivos.

La paciente refiere evacuar 1 o 2 veces al día, heces formadas de color café. Orina de color amarillo transparente, de olor no fétido. Refiere no presencia de hemorroides, ni molestias para orinar o evacuar, no usa ningún tipo de laxante, sin antecedentes renales ni hemorrágicos. Su menstruación es cada 28x5 con un sangrado adecuado.

Datos Objetivos.

Abdomen blando, depresible, sin presencia de nódulos u otras alteraciones, peristaltismo presente, sin estómas, a la palpación de vejiga no presenta molestias, micción con volumen aproximadamente de 300 ml cada una, de color amarillo transparente, no fétida. No hay edema ni catéteres de drenaje.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Datos Subjetivos.

Refiere ser muy friolenta, le agrada el ambiente templado. La preocupación del familiar y del mismo paciente es que en el momento en que se baña tiene que subir al 3er piso y los pasillos son muy fríos.

Datos Objetivos.

Su temperatura corporal es de 36.6° C, su piel se palpa tibia, las condiciones de entorno por el momento se consideran inadecuadas ya que el servicio tiene 30 personas ingresadas, cuando está acondicionado solo para 15, por lo tanto no tiene un descanso adecuado.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Datos subjetivos.

La paciente refiere no tener ninguna dificultad para moverse, dice sentirse capaz de realizar todas sus actividades sin problema.

Datos Objetivos.

Paciente conciente, orientada en sus tres esferas, hay coordinación en movimientos voluntarios e involuntarios, con una fuerza plena, músculos formados y con buen tono, realiza actos completos, sensibilidad presente, su postura es recta, no necesita ayuda para la deambulación, practica deporte de lunes a viernes una hora (gimnasio), las emociones no influyen en su estado físico, no hay presencia de temblores, no usa aparatos ortopédicos de ningún tipo.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos.

La paciente refiere tener un horario de sueño de 00:00 hrs. a 6:30 hrs., 1 hora de descanso diario, ocasionalmente toma siesta, a veces despierta en las noches, dice ser por los nervios o ansiedad por el tabaco, en ocasiones al despertar siente el cuello tenso.

Datos Objetivos.

La paciente se encuentra un poco ansiosa, ligeras ojeras. Concentrada y atenta al interrogatorio y a toda conversación, no apática, respuesta a estímulos presentes.

7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR

Datos Subjetivos.

La paciente refiere vestirse y desvestirse sin ayuda eligiendo ella sola su vestuario incluyendo accesorios completos.

Datos Objetivos

No usa pañal, acepta el uso de bata hospitalaria aunque por el cambio de temperatura cuando se baña usa también su pijama, sus movimientos para vestirse son coordinados y adecuados.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos.

La paciente refiere baño y aseo de cavidades diario. Aseo de cavidad oral de 2 o 3 veces al día, se lava las manos antes de cada comida y después de ir al baño, corte de uñas cada 10 días, niega intervenciones quirúrgicas.

Datos Objetivos.

La paciente se observa limpia, higiene adecuada, olor corporal no fétido, sin presencia de halitosis, uñas limpias y cortas, cuero cabelludo hidratado, cabello limpio y brillante, no hay nada que limite sus hábitos higiénicos, sin lesiones dérmicas, piel íntegra.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos.

La paciente refiere vivir con su familiar, dice conocer medidas de prevención de accidentes como desconectar aparatos eléctricos, no tener cosas calientes ni medicamentos o tóxicos cerca o al alcance de los niños, respetar los semáforos, usar puentes peatonales, en el hospital no tocar objetos o material de otros pacientes, bajar de la cama con apoyo del banco de altura etc. Continuamente asiste al médico, refiere ser una persona tranquila, a gusto con su forma de vida, con lo que hace, con lo que tiene, con lo que es y como se desarrolla en el ambiente familiar; con todo. Considera que le provoca dificultad o peligro la música muy fuerte, especialmente con audífonos, el cigarro, infecciones mal cuidadas, lesiones graves, fracturas, objetos extraños en cavidades etc.

Datos Objetivos.

El servicio de urgencias se observa muy cargado de trabajo ya que hay demasiados ingresos, se realiza el aseo, pero se ensucia muy rápido, se siente el

ambiente muy caliente y húmedo por lo mismo de la gente, aunque en ocasiones se sienten ligeras corrientes de aire.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos.

La paciente refiere estar en unión libre desde hace 4 años, vive con su familia, se preocupa mucho por el bienestar de su hijo. Pocas veces manifiesta sus preocupaciones a su mamá. Casi no pasa tiempo sola si acaso 2 hrs. Refiere tener muchos amigos a los cuales ve diario en la escuela y en el gimnasio.

Datos Objetivos.

La paciente habla claro, no hay dificultad visual ni auditiva, se comunica verbalmente con toda la gente sin problema.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos.

La paciente refiere ser católica, sus creencias no le generan conflictos, su valor principal es su familia. Ella dice que la vida es un don maravilloso, y la muerte es otra etapa de la vida, la cual en cualquier momento puede llegar.

Datos Objetivos.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir, permite la exploración física, no tiene ningún objeto que indique sus valores o sus creencias.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos.

Su fuente de ingreso es su mamá, la cual cubre todas sus necesidades. Refiere sentirse útil y satisfecha cuando termina algo que empieza, lo que sea; cuando presenta sus crisis asmáticas le provoca un poco de ansiedad.

Datos Objetivos.

Se observa un poco ansiosa e inquieta debido a la cantidad de gente que hay en el servicio y a la falta del tabaco.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos.

Le gusta hacer ejercicio, el estrés no influye para nada en ella, siempre busca estar ocupada en algo, para sentirse tranquila. No participa en ninguna actividad recreativa ni lúdica.

Datos Objetivos.

Se observa sin afecciones en el sistema neuromuscular, rechaza las actividades recreativas por la misma ansiedad, y por que ya quiere estar en su casa. No hay cambios de ánimo.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos.

La paciente refiere estar cursando el bachillerato, sin problemas de aprendizaje. Le gusta leer. Por lo tanto utiliza las fuentes de apoyo de aprendizaje. Desea aprender a resolver los problemas relativos a su salud.

Datos Objetivos.

Los órganos de los sentidos se observan con un funcionamiento adecuado sin alteraciones. Su estado emocional no influye para el aprendizaje, su memoria reciente y remota se nota adecuada sin alteración.

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

6.1 Análisis y Fijación de Prioridades.

6.1.1 Análisis

Por los datos recogidos, la señora G.R.R hasta su ingreso era una persona que se valía por sí misma para todas sus actividades, con hábitos de vida saludables y adecuados a su edad. Su mamá esta con ella casi todo el tiempo, ambas conscientes de que es una etapa transitoria, y que pronto se recuperará.

La paciente manifiesta querer recuperarse lo más pronto posible y reconociendo que le es muy difícil dejar de fumar está dispuesta a hacerlo, así como llevar a cabo la prevención y el autocuidado para poder cuidar de su hijo y tener una vida como la de antes.

Todo esto constituye una serie de recursos a utilizar en la planificación de los cuidados, para esto es necesario identificar y decidir que problemas deben abordarse en primer lugar y cuales pueden esperar.

6.1.2 Fijación de Prioridades.

1. Problemas que amenacen la vida de la persona:
2. Problemas que para la persona/familia sean prioritarios:
 - Alteración de la ventilación relacionada con procesos inflamatorios manifestado con aumento de secreciones y dificultad respiratoria.
3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas:
 - Intolerancia a la actividad relacionada a una inadecuada oxigenación manifestada por fatiga para realizar sus actividades.
 - Riesgo potencial de la membrana mucosa oral relacionado a que respira por la boca.

- Riesgo potencial de infecciones de vías respiratorias altas relacionado a acumulación de esputo.

4. Problemas que por tener una misma causa, pueden abordarse conjuntamente.

5. Problemas que tienen una solución sencilla.

- Alteración en el estado emocional con la falta de O_2 manifestado por ansiedad y temor a ahogarse.
- Alteración del patrón de sueño relacionado a la ansiedad manifestada por insomnio.

6.2 DIAGNOSTICO 1

Alteración en la ventilación relacionada con procesos inflamatorios manifestado con aumento de secreciones y dificultad respiratoria.

FUNDAMENTACION

Cuando respiramos el aire es húmedo y templado; si estas condiciones se ven alteradas por distintos motivos (obstrucción nasal, terapia con altas concentraciones de O₂ etc.), el aire no tendrá la humedad requerida. Por tal motivo las secreciones se harán espesas y se acumularan.

OBJETIVO

Es esencial la humidificación para ayudar a desprender las secreciones, y disminuir la dificultad respiratoria, esto controla los procesos inflamatorios y mejorará la ventilación.

CUIDADOS

Enseñar al paciente el método correcto para controlar la tos.

Enseñarlo a sentarse lo más incorporado posible, esto favorece la respiración. Debe respirar profunda y lentamente.

FUNDAMENTACION

La tos incontrolada cansa y es ineficaz, produciendo frustración.

Al sentarse incorporado los órganos abdominales se desplazan lejos de los pulmones, permitiendo una mayor expansión.

CUIDADOS

Aguantar la respiración durante 3 a 5 segundos y después espirar lentamente todo lo posible por la boca. (Hay un hundimiento de la parte inferior de la caja torácica y abdomen).

Hacer una segunda inspiración, sostenerla y toser desde el pecho (no desde la parte posterior de la boca o garganta) realizando 2 toses cortas y fuertes.

Enseñar al paciente medidas para reducir la viscosidad de las secreciones como:

Mantener una adecuada hidratación, aumentar la ingesta de líquido a 2 o 3 litros al día, si no está contraindicado.

Mantener una humedad adecuada del aire inspirado.

Administración y ministración de fármacos por vía inhalatoria 2 disparos de salbutamol, 2 disparos de ipratropio C/8 hrs.

Fomentar o proporcionar una buena higiene bucal después de toser.

FUNDAMENTACION

El aumento del volumen de aire en los pulmones fomenta la expulsión de secreciones.

Las secreciones espesas son difíciles de arrancar y pueden producir tapones de moco, que pueden originar atelectasias.

El sistema de inhalación por medio de cartucho es generador de partículas heterodispersas. Su finalidad es alcanzar el aparato respiratorio. Los fármacos administrados por esta vía son fundamentalmente broncodilatadores y antiinflamatorios.

Una buena higiene bucal favorece una sensación de bienestar e impide la halitosis.

EVALUACION

- ❖ El paciente controla la tos, se observa más tranquilo.
- ❖ El paciente acepta los ejercicios de respiración, comprendiendo que es lo adecuado para una mejor ventilación.
- ❖ Aprende el manejo de secreciones, ahora hay una expectoración.
- ❖ Hay menos viscosidad de secreciones al llevar una hidratación adecuada, por lo que mejora la expectoración de estas.
- ❖ Realiza enjuague bucal continuamente, por lo que no hay halitosis y el paciente se siente mejor.

6.3 DIAGNOSTICO 2

Intolerancia a la actividad relacionada a una inadecuada oxigenación manifestada por fatiga, para realizar sus actividades.

FUNDAMENTACION

Los pacientes describen una variedad de sensaciones o síntomas durante un ataque de asma entre ellos la falta de energía, se sienten débiles, cansados y fatigados. Limitan el esfuerzo físico durante el ataque. Esto debido a la falta de O_2 necesaria que requieren los tejidos para llevar a cabo todos los procesos metabólicos.

OBJETIVO

Proporcionar la cantidad de O_2 suficiente a los tejidos, de forma que pueda desarrollarse el metabolismo normal, así como disponer un ambiente físico para conservar energía, brindar un periodo de descanso y reintegrarse a sus actividades físicas.

CUIDADOS

Explicar las actividades y factores que aumentan la demanda de O_2 como: tabaco, temperaturas extremas, peso excesivo, estrés, etc.

Sentar al paciente siempre que sea posible cuando realice actividades. Por ejemplo: en una silla cuando se baña.

Distribuir sus actividades a lo largo del día.

Programar a adecuados periodos de reposo.

FUNDAMENTACION

Todos estos factores producen vasoconstricción, aumentando el esfuerzo cardíaco y las demandas de O_2 .

Puede evitarse un gasto energético excesivo distribuyendo las actividades y dejando suficiente tiempo para recuperarse entre una y otra actividad.

CUIDADOS

Aumentar gradualmente las actividades del paciente, conforme vaya aumentando su tolerancia.

Conservar la oxigenoterapia, a 3 litros según sea necesario.

Proporcionar apoyo emocional y ánimos.

Planificar adecuados periodos de descanso de acuerdo con el programa diario del paciente.

FUNDAMENTACION

Mantener una respiración moderada mediante el ejercicio supervisado mejora la fuerza de los músculos accesorios y la función respiratoria

El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.

El temor a la falta de aire puede impedir aumentar la actividad.

Los periodos de reposo dan al cuerpo un periodo de bajo gasto energético, aumentando la tolerancia a la actividad.

EVALUACION

- ❖ Se logra la comprensión de factores de riesgo que demandan mayor cantidad de O_2 . Por lo tanto la paciente toma sus precauciones.
- ❖ Se logran buenos resultados con la programación de actividades por tiempos, por lo que hay una mejor oxigenación y se integra a las actividades programadas sin problema.
- ❖ Al tolerar las primeras actividades se van aumentando gradualmente hasta integrarse a ellas totalmente sin problemas respiratorios.
- ❖ Lleva a cabo la práctica de técnicas de respiración lo que demuestra una oxigenación completa y controla la disnea, seguida de la oxigenoterapia se va integrando a sus actividades sin problema.
- ❖ Al tener un control de la disnea, y una oxigenación adecuada la paciente se observa tranquila, integrada a sus actividades gracias a los periodos de descanso que tiene programados para aumentar su energía, desaparece la fatiga.

6.4 DIAGNOSTICO 3

Riesgo potencial de lesión de la membrana mucosa oral relacionado a que respira por la boca.

FUNDAMENTACION

La mucosa bucal deshidratada es más vulnerable a las lesiones, ya que pierde su elasticidad, esto produce malestar y aumenta al riesgo de rotura e infección.

OBJETIVO

Fomentar la realización de cuidados bucales si la paciente no puede realizar los cuidados, la enfermera participará en esos cuidados esenciales para su bienestar.

CUIDADOS

FUNDAMENTACION

Comentar la importancia que tiene una higiene bucal frecuente.

La higiene bucal regular elimina los microorganismos disminuyendo el riesgo de infección.

Fomentar en el paciente se enjuague frecuentemente la boca con agua y desaconsejarle la respiración por la boca.

Una mucosa bucal seca produce malestar y aumenta el riesgo de rotura e infección. Respirar por la boca produce pérdida de humedad de la mucosa bucal.

Controlar el estado de hidratación.

Debe mantener una correcta hidratación para licuar las secreciones e impedir la sequedad de las mucosas bucales.

Animar a la paciente a que evite el consumo de tabaco.

El tabaco puede irritar la mucosa bucal.

CUIDADOS

Animar al paciente a lubricar los labios cada 2 horas o siempre que sea necesario.

FUNDAMENTACION

Unos adecuados cuidados de los labios sustituyen a la humedad y reducen las grietas.

EVALUACIÓN

- ❖ La paciente considera la higiene bucal y la hidratación de esta, así como la lubricación continua de los labios.
- ❖ La paciente acepta y practica la respiración por la boca, percatándose del mejoramiento de la ventilación y la protección de la cavidad oral.
- ❖ La paciente concientiza el daño que causa el tabaco por las vías respiratorias y la mucosa oral. Acepta ayuda profesional para dejar este y esta dispuesta a poner de su parte.

6.5 DIAGNOSTICO 4

Alteración en el estado emocional relacionado con la falta de O₂ manifestado por ansiedad y temor a ahogarse.

FUNDAMENTACIÓN

El intercambio gaseoso esta deteriorado en la mayoría de los pacientes durante un ataque de asma. Al presentarse este, los pacientes presentan diaforesis, ansiedad y la disnea les impide hablar. La ansiedad aumenta la frecuencia cardiaca y respiratoria, provocando demandas mayores de O₂.

OBJETIVO

Practicar técnicas respiratorias para disminuir la disnea, adecuar el entorno del paciente según sus necesidades o como considere para que este tranquilo. El paciente al estar tranquilo, presentará una relajación psicológica y física por lo tanto la ansiedad disminuye.

CUIDADOS

Proporcionar un ambiente tranquilo y silencioso cuando el paciente nota falta de aire.

No dejar al paciente solo durante los periodos agudos de falta de aire.

Durante los periodos agudos de falta de aire se debe hacer:

- Abrir las cortinas y las puertas.
- Eliminar el equipo innecesario.
- Limitar las visitas.
- Eliminar el humo y los olores.

FUNDAMENTACION

Reducir los estímulos ambientales favorece la relajación.

El paciente necesita que le tranquilicen, sabiendo que en caso de necesitar ayuda la tendrá.

Las medidas pueden ayudar a reducir la sensación de asfixia.

CUIDADOS

Animar al paciente a usar las técnicas respiratorias, sobre todo durante los momentos de ansiedad aguda. Entrenarle durante los ejercicios respiratorios.

FUNDAMENTACION

Concentrarse en la respiración diafragmática o con los labios fruncidos valentiza la frecuencia respiratoria y proporciona al paciente una sensación de control

EVALUACION

- ❖ La paciente al tener o sentir un ambiente tranquilo, presenta una relajación, y controla su ansiedad así como sus respiraciones y disminuye su temor.
- ❖ Se observa que la paciente al verse acompañada se nota más tranquila, y que siente un apoyo en cualquier urgencia que se presente.
- ❖ Las técnicas de respiración han mejorado su estado físico, su ansiedad y su estado emocional, por lo que esta tranquila.

6.6 DIAGNOSTICO 5

Alteración del patrón de sueño relacionado a la ansiedad manifestada por insomnio.

FUNDAMENTACION

La necesidad de dormir varía con la edad, el estilo de vida, la actividad y el grado de estrés. La persona atraviesa 4 o 5 ciclos de sueño completos con noche. Si la persona se despierta durante un ciclo de sueño es posible que por la mañana no se note descansado.

OBJETIVO

Buscar rutinas habituales a la hora de acostarse, ambiente y posición para dormir.

CUIDADOS

Favorecer la relajación.

Proporcionar un ambiente oscuro y tranquilo.

Permitir que escoja la almohada y la ropa de cama.

Garantizar una buena ventilación del cuarto.

Cerrar la puerta de la habitación si el paciente lo desea.

FUNDAMENTACION

Dormir resulta difícil hasta que se logra la relajación. El ambiente hospitalario puede deteriorar la relajación.

CUIDADOS

Planificar intervenciones encaminadas a limitar la interrupción del sueño. Facilitar al paciente por lo menos 2 hrs. de sueño interrumpido cada vez.

Si acepta, elevar la cabeza de la cama 25cm o usar un yeso con almohadas debajo de los brazos.

Enseñar al paciente medidas encaminadas a favorecer el sueño:

Tomar un aperitivo rico en proteínas antes de acostarse por ejemplo: queso, leche.

Evitar la cafeína.

En caso de dificultad para dormir, salir del cuarto y llevar a cabo una actividad silenciosa, como leer en otro cuarto.

Intentar conservar los mismos hábitos de sueño durante toda la semana.

Ayudarle en la rutina habitual de la hora de acostarse. Por ejemplo:
Higiene personal, aperitivo, música.

FUNDAMENTACION

Por lo general, una persona tiene que completar un ciclo de sueño entero (70-100 min.) 4 o 5 veces por noche para sentirse descansado.

Esto puede aumentar la relación y el sueño, proporcionado a los pulmones más espacio para su expansión al reducirse la presión ascendente de los órganos abdominales.

La proteína digerida produce triptófano que posee un efecto sedante.

La cafeína estimula el metabolismo y deteriora la relajación.

Debe reservarse la habitación específicamente para dormir.

Un horario irregular de acostarse y levantarse puede alterar el reloj biológico, exacerbando la dificultad para dormir.

Seguir una rutina familiar en el momento de acostarse puede ayudar a favorecer la relajación y el sueño.

EVALUACION

- ❖ La compañía, la charla y un ambiente adecuado relajan a la paciente. Por lo que logra dormir un poco más de tiempo. La realización de tiempos de sueño durante el día y el logro de sueño por periodos de 2 horas por la noche han tranquilizado a la paciente y se nota más descansada.

6.7 DIAGNOSTICO 6

Riesgo potencial de infecciones de vías respiratorias altas relacionado a acumulación de esputo.

FUNDAMENTACION

Si no hay una expectoración adecuada o una tos productiva, la acumulación de secreciones se puede convertir en esputo purulento, lo que puede provocar una infección de vías respiratorias, un malestar general, halitosis, etc.

OBJETIVO

Controlar o reducir el riesgo de infección, esto evitará complicaciones que pueden alterar el bienestar del paciente.

CUIDADOS

Administración y ministración de antibióticos como la penicilina, para prevenir, controlar o disminuir las infecciones.

Fomentar el manejo de la tos.

Continuar con una hidratación adecuada.

FUNDAMENTACION

Las penicilinas se activan contra la mayor parte de las bacterias grampositivas y ciertas espiroquetas. Este tipo de bacterias son las que normalmente atacan las vías respiratorias.

Una tos controlada permitirá el mejor manejo de secreciones, habrá expectoración y disminuirá la acumulación de esputo.

Cuando las secreciones son más líquidas hay una mejor expulsión de ellas.

EVALUACION

- ❖ A la administración de antibióticos se controla el riesgo de infección, con el manejo de tos y la hidratación hay un menor porcentaje de complicaciones, una mayor expectoración y va disminuyendo casi en su totalidad la posibilidad de infección.

6.8 DIAGNOSTICO 7

Déficit de autocuidado relacionado a falta de información significativa manifestado por incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad sobre el patrón de vida.

FUNDAMENTACION

Para todo individuo es importante tener buena salud, cuando esta se ve alterada es difícil para la gente aceptar el padecimiento de la enfermedad, y esto se agrava cuando el (la) paciente no esta bien informada acerca de ésta, y de cómo prevenir complicaciones, así inicia el autocuidado deficiente.

OBJETIVO

Es importante que la paciente sienta confianza con la enfermera y con ella misma, para así brindar la información adecuada y sencilla de factores de riesgo para preservar la salud, de esta manera la paciente aprenderá y se sentirá más motivada, así aumentara su compromiso para su autocuidado.

CUIDADOS

Informar y educar a la paciente sobre su enfermedad, como tratarla, como prevenirla, como cuidarla, como detectar su inicio, como detectar sus complicaciones, como mantenerla en estado pasivo.

FUNDAMENTACION

Algunos especialistas opinan que el asma es una enfermedad traidora, con frecuencia los síntomas comunes del asma se confunden con los síntomas de un catarro o alguna otra infección, esto influye un poco en el autocuidado deficiente.

CUIDADOS

Educar al paciente en su cuidado

Brindar información acerca de los programas que se imparten en algunas instituciones para dejar de fumar.

FUNDAMENTACION

El autocuidado es esencial en todo individuo para la calidad de vida y/o preservar la salud. En ausencia de esta educación la salud presenta un declive que en cierto momento puede ser peligroso o hasta lamentable.

Los programas brindados para dejar de el tabaco, son efectivos siempre y cuando la paciente este en la mejor disposición. Es por eso que se debe buscar el momento adecuado para el convencimiento. Una de estas instituciones importantes es el INER.

EVALUACION

- ❖ La paciente dispuesta a poner de su parte acepta la información brindada con atención y se compromete a dedicar más tiempo para su autocuidado, así como asistir al INER para tomar su curso de tabaquismo, convencida de que es la mejor solución para mantener la enfermedad pasiva y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

7. PLAN DE ALTA

Se le informa a la paciente su alta, se le dan indicaciones a seguir, la paciente esta conciente de la tarea que le espera en casa, ella sabe que su recuperación y control de la enfermedad dependen de ella y está en la mejor disposición de realizarlo.

Salbutamol 2 disparos cada 6 horas.

7.1 DIETA

Dieta normal, suspender alimentos si es alérgico a alguno de ellos. Tomar de 2 a 3 litros de agua, esto para mantener la hidratación y evitar la viscosidad de las secreciones, mantener la cavidad oral hidratada.

7.2 SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- ❖ Deseña.
- ❖ Sibilancias.
- ❖ Dolor Torácico.
- ❖ Reacción Alérgica.
- ❖ Enfermedades de Vías Respiratorias Altas.
- ❖ Cianosis.
- ❖ Tos Excesiva.
- ❖ Fatiga.
- ❖ Cansancio excesivo cuando se realizan las actividades.
- ❖ Crisis asmática severa.

7.3 MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

- ❖ Identificar condiciones y situaciones que arriesguen a la paciente a la exposición de alérgenos en el trabajo, restaurantes, hogar, medio ambiente, la habitación e incluso la ropa que usa.
- ❖ Los estados emocionales intensos, como enojo, temor o ansiedad, pueden provocar a través de asma en algunas personas. Deben ser útiles la relajación muscular progresiva a las técnicas de biorretroalimentación para controlar los síntomas.
- ❖ Cuidarse de los cambios de temperatura bruscos.
- ❖ Dejar de fumar completamente.
- ❖ Se orienta a la paciente acerca de los programas que se imparten para dejar de fumar. Dado que ella está en la mejor disposición de hacerlo nos informamos que algunos de estos se dan en la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el cual ofrece un tratamiento profesional para ayudar a todos aquellos fumadores que desean dejar de fumar y NO LO HAN LOGRADO. El tratamiento incluye dos partes:

1° Parte psicológica: Tiene el objetivo de ayudar al paciente fumador a desarrollar habilidades psicológicas para dejar de fumar. La terapia busca reemplazar conductas inadecuadas por otras saludables. El tratamiento consiste de 10 sesiones de terapia en grupo asistiendo 2 días a la semana. Una vez concluido el tratamiento, asistirá una vez al mes, a postratamiento, para evitar que vuelva a fumar.

2° Parte médica: Esta parte contempla una serie de estudios médicos de gabinete y laboratorio como: radiografía de tórax, electrocardiograma, espirometría, detección temprana de cáncer y estudios de sangre y de orina. Además de una exploración física, una evaluación de signos vitales y realización de historia clínica, esto con la finalidad de descartar alguna enfermedad causada por fumar.

** Los tramites que necesita para inscribirse al tratamiento, son dos:

- ❖ Realizar una entrevista psicológica, que tiene el objetivo de valorar su condición de fumador y la motivación a dejar de fumar.
- ❖ Realizar un estudio socioeconómico para evaluar el perfil socioeconómico que determine una cuota del tratamiento (10 sesiones) y de los estudios médicos.

Al darle esta información, la paciente deberá acudir a este tratamiento para su pronta recuperación y control de la enfermedad, así como también recurrir a otras alternativas como son los parches y las gomas de mascar, pero lo más importante, tener disposición, motivación y ganas de tener una mejor calidad de vida.

Al realizar las visitas domiciliarias me percato de la gran participación y esfuerzo que esta haciendo la paciente por cumplir con las indicaciones, así como una gran decisión por salir adelante, lo que hace visible una recuperación rápida y satisfactoria.

8. CONCLUSIONES

Al realizar este PAE, con la información bibliográfica, la observación y el interrogatorio que se llevo a cabo me percate de lo incomodo, delicado y a veces grave que es el cursar con un cuadro asmático, sobre todo cuando es severo.

Este caso fue de mi interés debido a que me percate que hay enfermedades que la sociedad las ve muy comunes sin darles la importancia necesaria. El asma es una enfermedad que puede ser no grave si la gente es consciente y lleva a cabo su autocuidado, aunque en realidad toda enfermedad mal cuidada se convierte en enfermedad grave donde la vida corre peligro.

Es muy triste darse cuenta que aunque la gente conoce de la enfermedad y que sabe de medidas de prevención no tengan la conciencia del valor de la vida y descuiden su salud sin importarles la severidad de la enfermedad.

Es importante saber acerca de este tipo de enfermedades ya que todos estamos expuestos a padecerlas, simplemente por nuestro entorno, y si a esto le aunamos el autocuidado deficiente la calidad de vida que tendremos en un futuro dará muy baja, tanto para nosotros como para la familia ya que en estos casos, no solo existe alteración de la persona enferma sino de la familia también.

Es de suma importancia conocer los factores de riesgo y así educar al paciente para evitar complicaciones y que sepa de que manera se puede tratar y controlar durante una crisis, así como hacerles conciencia de que hay cosas prohibidas para ellos como es el tabaquismo, las cuales les ayudarán a tener un mejor control de la enfermedad.

Si brindamos apoyo emocional, educamos al paciente para su autocuidado y lo conscientizamos, su salud no se verá tan afectada y su estilo de vida será mucho mejor.

ANEXOS

Anexo1. Valoración completa según el modelo de Virginia Henderson.

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: Gabriela Ramos Rodríguez Edad: 22 años
Sexo: femenino Dirección: Coapa, Delegación Coyoacan, Población: México D.F. Ocupación habitual: estudiante y al hogar.
Idioma habitual: castellano. Persona de referencia: Consuelo Rodríguez (mamá).
Teléfono de contacto: sin tel. Nivel de instrucción Analfabeto
Analfabeto funcional X sin problemas para leer y escribir.
Personas que proporcionan la información: Consuelo Rodríguez (mamá).
Fecha de ingreso: 29 de marzo Hora de ingreso: 13 hrs.
Unidad de ingreso: Servicio de urgencias, Cama: 3 Bis.
Procedencia: Domicilio X CCEE UCIAS OTROS: _____
Última hospitalización: Hace 8 meses.
Orientación diagnóstica Médica: _____
Motivo de la hospitalización según el usuario: Por crisis asmática

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

PERSONALES: Quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, interrogados y negados

FAMILIARES: Interrogados y negados.

Alergias conocidas: Ninguna

Tratamiento Domiciliario:

Dieta (con o sin prescripción): Dieta normal con abundantes líquidos.

Medicación (con o sin prescripción): salbutamol, 2 disparos cada 12 horas, en caso de crisis asmática controlada 2 disparos cada 6 horas.

Vacunación antitetánica

1ª. Dosis fecha _/_/_/___

2ª. Dosis fecha _/_/_/___

3ª. Dosis fecha _/_/_/___

Ultima vacunación Fecha _/_/_/___

Ig: Si No Fecha _/_/_/___

Nombre y apellidos de la enfermera: PSSLEO. Miriam Vázquez Martínez.

Firma: _____

VALORACION FISICA ESPECIFICA AL INGRESO

FECHA: 29 DE MARZO DEL 2004.

Signos vitales

TA: 100/80 mm/hg F.C.: 100 x' Rítmico F.R. 28 x' Temperatura: 36.6°
Talla: 1.60 metros Peso: 58 kilogramos.

Dolor: X NO SI Localización: _____
Intensidad*: _____
Duración: _____
Tipo: _____
Frecuencia: _____

Hábitos tóxicos:

Alcohol NO X Si Cantidad a la Sem: _____ Tipo: _____ Patrón de consumo: Ocasional
Hábito tabaquismo: una cajetilla al día.

Aparato neurológico

Nivel de conciencia: x consciente Somnoliento Obnubilado Estuporoso
 Comatoso
Nivel de orientación: X orientado Desorientado Tiempo Espacio
 Personas
Estado emocional: X Nervioso Eufórico Depresivo Apático
 Tranquilo
Déficit sensorial: Visual Auditivo Táctil Olfativo
 Gustativo

Déficit en el habla: No SI Especificar: Por momentos hace alguna pausa debido a la disnea.

Mano dominante: Derecha Izquierda Ambidiestro

Utiliza: Gafas Lentes de contacto Audífono

* Escala dolor ausencia de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho dolor.

Aparato cardiorespiratorio

Tos: No Sí Seca/irritativa (sin expectoración)

Húmeda/productiva (con expectoración)

Expectoración: No Sí Tipo: es muy escasa debido a que le provoca náusea, ligero color verdoso.

Cantidad: Escasa Abundante

Dificultad para expectorar: NO Sí Especificar: _____

Disnea: No Sí Ortopnea

Pulsos periféricos: Carotídeos Temporales Femorales Pedios

Portador de traqueotomía: Sí No.

Aparato locomotor

Dificultad para: Moverse en la cama: Sí No

Transferencia: Cama-silla Silla-cama

Deambular: No Sí Tipo de ayuda: ninguna.

Prótesis: no

Antecedentes de caídas: ninguna.

Aparato digestivo

Dentición: Faltante 2º molar sup. Der. y 3er molar sup. Izq.

Dificultad para: la masticación NO

Eliminación intestinal: Continente Incontinente

Portador de: Empapador Sí No

Estoma intestinal: No Sí Tipo: _____

Dispositivo/tipo: _____

Sonda nasogástrica Permanente Temporal

Deposición: Frecuencia: 1 o 2 veces al día.

Consistencia: Dura Blanda Pastosa Líquida

Color: café Molestias: Sí No

Esfuerzo excesivo: Sí No

Última deposición: Por la mañana.

Aparato Renal

Eliminación urinaria: Contínente Incontinente

Especificar: _____
 IRC Diálisis peritoneal Hemodiálisis

Frecuencia: No. micciones diurnas: 3 No. micciones nocturnas: 2

Aspecto: Claro Turbio

Color: Coluria Hematuria Amarillenta

Olor: Fuerte Suave

Molestias: Sí No Tipo: _____

Portador de: Colector

Sonda Permanente Temporal

Fecha de colocación: _____ Empapador

Estoma urinario Dispositivo/tipo: _____

Compresa

Ninguno de los anteriores.

Aparato Genital

Fecha de la última regla: Menstruación presente. Frecuencia: cada 28 días

Duración: 5 días Cantidad: moderada Dolor: no sí

Métodos para calmar el dolor: _____ Menopausia.

Sistema integumentario

Estado general de la piel y mucosas

Limpias: Sí No

Temperatura: Caliente Fría Normal

Color: Normocoloreada Cianótica Pálida Ictérica.

Hidratación: Turgente Signos de pliegue positivo

Textura: Fría Rugosa Escamosa

Integridad: Sí No Especificar:

Alteraciones localizadas (especificar): No se observa ninguna.

Edema: Si No Localización: _____

Uñas: Pies Limpias: Si No Aspecto: _____

Manos Limpias: Si No Aspecto: _____

Cabello: Limpio: Si No

Nombre de la enfermera: PSSLEO. Miriam Vázquez Martínez.

Firma: _____

Anexo 2. Valoración completa de Necesidades según Virginia Henderson.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ACADEMIA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN
EL ADOLESCENTE Y ADULTO

Ficha de Identificación:

Nombre: Gabriela Ramos Rodríguez. Edad: 22 años. Sexo: Femenino.
Fecha de Nacimiento: 18 de diciembre de 1981. Escolaridad: Bachillerato.
Ocupación: Estudiante y al hogar. Estado civil: Unión Libre. Lugar de
residencia: México D.F.

1. Necesidad de Oxigenación:

Datos Subjetivos:

¿Padece de algún problema relacionado con la respiración? Sí. ¿Cuál? Asma
Bronquial. ¿Fuma? Sí. ¿Cuántos cigarrillos al día? Una cajetilla diaria. ¿Desde
hace cuanto tiempo? Hace 7 años, volviéndose crónico hace 4 años. ¿Varia la
cantidad según su estado emocional? No. ¿Ha presentado molestias para
respirar? Sí, dos días antes de haber ingresado al hospital.

Datos Objetivos:

Registro de Signos Vitales: T/A 110/80, F.C. 100x', F.R. 28x', T° 36.6°C.
Características de la ventilación, tos, piel, mucosas y llenado capilar: Presenta
disnea sin esfuerzo, tos productiva con escasa expectoración debido a nauseas,
requiere de puntas nasales, usa mascarilla para nebulizaciones. Poco pálida,
lechos ungueales y labios con ligera cianosis, mucosas hidratadas, llenado capilar
de 1.

Laboratorios: No están en el expediente.

Fármacos específicos: Aminofilina 250mg en 100 ml de sol. Glucosada al 5% para 20 min. Aminofilina 350 mg en 1000ml de sol. Glucosada al 5% para 8 horas. Ipatropio 2 disparos cada 8 horas. Penicilina 2, 000,000 cada 24 horas. Furosemida nebulizaciones 20 minutos por turno o cada 8 horas. Salbutamol 2 disparos cada 8 horas.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos Subjetivos.

¿Qué come y que piensa de su alimentación? Alimentación completa, consume todo tipo de alimentos, tratando de que siempre sea balanceada. ¿Cuántas comidas realiza al día? 2 comidas. ¿Hay alimentos que le disgustan o no tolere? No. ¿Come alimentos entre comidas? Pocas veces. ¿Toma suplementos vitamínicos? No. ¿Cuáles? _____ ¿Problemas de masticación, deglución, percepción de sabores u olores? No, ninguno. ¿Cómo considera su apetito? Bueno.

Datos Objetivos.

Peso: 58 kg. Talla: 1.60 cm.

¿Tipo de dieta? Blanda. ¿Capacidad para alimentarse? Completa. Describir aspectos de piel, dientes, encías, mucosas y anexos: Piel hidratada, poco pálida, mucosas integra, rosadas e hidratadas. Encías integra, dientes limpios, sin caries, faltantes de 2 ° molar superior derecho y 3er molar superior izquierdo, uñas poco cianóticas.

Otros: _____

3. Necesidad de Eliminación

Datos Subjetivos.

¿Hábitos intestinales y vesicales? Evacuación 1 o 2 veces al día, sin estreñimiento, refiere micción continua durante el día. ¿Características de heces fecales y orina? Heces formadas de color café, micción no fétida, de

color ámbar. ¿Antecedentes de hemorragia de T.D.? No, de ningún tipo. ¿Uso de laxante? No, nunca. ¿Dolor al orinar o defecar? No, nunca. ¿Presencia de hemorroides? No. ¿Cómo influyen sus emociones en el patrón de eliminación? De ninguna manera.

Datos Objetivos.

¿Ruidos intestinales? Abdomen blando, depresible, sin presencia de nódulos u otras alteraciones, peristaltismo presente. ¿Palpación de la vejiga urinaria? Sin alteraciones. ¿Control de esfínteres? Completamente.

Otros _____

4. Necesidad de Termorregulación

Datos subjetivos.

¿Qué medidas realiza para mantener su temperatura corporal? Adapta su vestimenta dependiendo del clima, por el momento se arroja un poco por su problema. ¿Se adapta a los cambios de temperatura? Sí, aunque es un poco friolenta. ¿Qué temperatura ambiental le es más agradable? El clima templado.

Datos Objetivos.

¿Temperatura de piel y lechos distales? Su temperatura corporal es de 36.6°C, piel tibia, turgente. ¿Recursos que utiliza para mantener su temperatura corporal? Cobijas, pijama, calcetas, por el momento prefiere la ropa de algodón. ¿Condiciones del entorno físico? Por el momento se consideran inadecuadas ya que el servicio tiene 30 personas ingresadas, cuando esta acondicionado solo para 15, por lo tanto no tiene un descanso adecuado. El lugar es templado, aunque entran corrientes de aire, la preocupación del familiar y del mismo paciente es que en el momento en que se baña, pues tiene que subir al 3er piso y los pasillos son muy fríos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

5. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura

Datos Subjetivos.

¿Capacidad física cotidiana? Completa sin alteraciones, hace ejercicio 1 hora diaria, con adecuada tolerancia, no necesita ayuda para deambular, postura recta. ¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? Se siente relajada después de ir al gimnasio. ¿Necesita ayuda para seleccionar su vestuario? No.

Datos Objetivos.

¿Viste de acuerdo a su edad? Sí. ¿Capacidad psicomotriz para vestirse y desvestirse o realizar movimientos? Paciente conciente, orientado, coordina sus movimientos voluntarios e involuntarios, fuerza plena, músculos formados con buen tono, realiza actos completos, sensibilidad presente, sin presencia de temblores, capacidad completa para vestirse y desvestirse, no usa aparatos ortopédicos de ningún tipo.

6. Necesidad de Descanso y Sueño

Datos Subjetivos.

¿Horario de descanso? Toma 1 hora diaria de descanso, sin horario fijo. ¿Horario de sueño? De 00:00 a 06:30 hrs. ¿Toma siesta? Ocasionalmente. ¿Padece insomnio? No, aunque en ocasiones despierta por las noches. ¿A que considera que se deba? Piensa talvez sea por la ansiedad o nervios del tabaquismo. ¿Toma medicamentos para dormir? No. ¿Se siente descansado al levantarse? Sí, aunque a veces siente el cuello tenso. ¿Alguna molestia que le impida conciliar el sueño? No, Ninguna.

Datos Objetivos.

¿Estado menta: ansiedad/somnolencia? Ligera ansiedad, tal vez por abstinencia al tabaquismo. ¿Atención? Sí, adecuada. ¿Bostezos? No. ¿Concentración? Sí, adecuada. ¿Apatía? No. ¿Respuesta a estímulos (verbales y táctiles)? Buena respuesta.

7. Necesidad de Prendas de Vestir

Datos Subjetivos.

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? No, lo hace sola. ¿Elige su vestuario en forma independiente? Si, completamente. ¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? No.

Datos Objetivos.

¿Acepta el uso de bata hospitalaria? Sí. ¿Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse? Sus movimientos son adecuados y coordinados.
Otros _____

8. Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Datos Subjetivos.

¿Frecuencia de baño y aseo de cavidades? Diario. ¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 2 o 3 veces. ¿Aseo de manos antes y después de comer? Sí.
¿Después de eliminar? Sí.

Datos Objetivos.

¿Aspecto general? Se observa limpia. ¿Olor corporal? Normal. ¿Halitosis? No.
¿Estado de pelo y cuero cabelludo? Cuero cabelludo hidratado, cabello limpio y brillante. ¿Se baña solo o requiere ayuda? Se baña sola. ¿Lesiones dérmicas/tipo? Sin lesiones. ¿Higiene y características de uñas? Cortas y limpias. ¿Requiere aseo corporal parcial? No. ¿Realiza arreglo personal? Si.

9. Necesidad de Evitar Peligros

Datos Subjetivos.

¿Con quien vive? Con su familia. ¿Reconoce las causas de peligro potencial que ocasiona lesión? Sí. ¿Conoce las medidas preventivas de accidentes? Sí. ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Sí. ¿Cómo canaliza la tensión en su vida? Haciendo ejercicio y leyendo, convivir con su familia y disfrutar de todo lo que hace.

Datos Objetivos.

¿Estado de los órganos de los sentidos? Sin alteraciones. ¿Condiciones de seguridad del lugar? El servicio de urgencias se encuentra muy cargado de trabajo ya que hay demasiados ingresos, por lo que hay un poco de peligro para deambular por la cantidad de gente que hay en el servicio.

Otros _____

10. Necesidad de Comunicarse

Datos Subjetivos

¿Con quien vive? Con su mamá, su esposo y su hijo. ¿Cuántos años de relación? 4 años en unión libre. ¿Comenta sus problemas con su familia u otras personas? Pocas veces. ¿Qué es lo que más le preocupa? El bienestar de su hijo. ¿Cuánto tiempo pasa solo? Casi no pasa tiempo solo, por mucho 2 horas. ¿Frecuenta los diferentes contactos sociales en la actualidad? Sí.

Datos Objetivos.

¿Lenguaje claro o confuso? Claro. ¿Comunicación verbal, no verbal con la familia y con otras personas? Verbal con toda la gente, sin dificultad visual ni auditiva.

Otros _____

11. Necesidad de Vivir Según Creencias y Valores

Datos Subjetivos.

¿Qué significado tienen sus creencias, hábitos, costumbres etc.? Su valor principal es su familia. Sus creencias no le generan conflictos.

Datos Objetivos.

¿Hábitos específicos de vivir (grupo social o religioso)? Católica. ¿Permite el contacto físico? Sí. ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? No. ¿Es congruente su forma de vivir con su forma de pensar? Sí. ¿Permite la exploración física? Sí. ¿Actitud ante la vida y la muerte? La vida es un don maravilloso, y la muerte es otra etapa de la vida, la cual en cualquier momento puede llegar. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? Sí.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse

Datos Subjetivos.

¿Quién es la fuente de ingreso económico? Su mamá. ¿Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas? Si, completas. ¿Qué actividades le hacen sentirse útil y satisfecho? Cuando termina algo que empieza.

Datos Objetivos.

¿Estado de ánimo? Se observa un poco ansiosa.

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas

Datos Subjetivos

¿Qué actividades recreativas realiza? Va al gimnasio. ¿Cómo influye el estrés en ella? En nada. ¿Qué hace en su tiempo libre? Siempre busca estar ocupada en algo para sentirse tranquila. ¿La inactividad le ocasiona aburrimiento? Sí. ¿Participa en alguna actividad recreativa o lúdica? No.

Datos Objetivos.

¿Actitud ante las actividades recreativas y ocupacionales? No le interesan.
¿Coopera y se integra a las actividades recreativas y ocupacionales? No.

14. Necesidad de Aprendizaje

Datos Subjetivos.

¿Nivel de educación? Esta cursando el bachillerato. ¿Problemas de aprendizaje? Ninguno. ¿Limitaciones cognitivas? No. ¿Técnicas de retroalimentación? Lectura. ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Sí. ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? Sí. ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Sí.

Datos Objetivos.

¿Estado mental, orientación, comprensión y juicio? Conciente, orientada, adecuada comprensión y juicio. ¿Memoria reciente? Sí. ¿Memoria remota? Sí. Otras manifestaciones: Ninguna.

Anexo 3. Guía diaria de alimentos para adultos

Grupo de alimentos (porciones/día	cantidad/porción	Nutrientes proporcionados
Leche		
2 o más	1 taza de leche 40g (1-1/2 oz)de queso 1 ¾ tazas de helado	Proteínas, calcio, fósforo, riboflavina, otras vitaminas y minerales (excepto hierro y vitamina C).
	1 taza de yogur	
Proteína animal(carne)		
2 o más	60 a 75g (2 a 3 oz) De carne magra, Pollo, pescado 2 huevos 2 tazas de judías, guisantes, lentejas 4 cucharadas de mantequilla de cacahuete	Proteínas, grasa, vitaminas del complejo B (los productos vegetales no contienen vitamina B12)
Verduras/frutas		
4 o más en total. Una verdura de color verde oscuro o amarillo intenso al menos cada dos días	½ taza de brócoli, col rizada, zanahoria, calabaza, espinacas, patatas, nabos, albaricones, melón	Vitamina A
1 al día (fuentes de vitamina C)	½ taza de fruta o zumos cítricos, repollo, brócoli, coles de bruselas, pimientos, fresas, tomates	Vitamina C
2 o 3 al día (otros)	½ taza de patatas o o manzana, otras verduras o frutas	Todas las frutas/verduras: vitaminas, minerales (bajos en sodio), fibra
Pan/cereal		
4 o más (grano entero o enriquecido)	1 rebanada de pan 30g (1 oz) de cereal seco ½ a ¾ taza de cereal cocido, arroz, pasta.(Long, 1997)	Carbohidratos complejos, proteína, hierro, tiamina, riboflavina, niacina

NOTA: La dieta es solo un ejemplo o sugerencia para que la paciente lleve una alimentación balanceada, tomando en cuenta la presencia de alergia a alguno de ellos deberá suspenderlo.

GLOSARIO

Asma bronquial: Obstrucción generalizada, intermitente o reversible, que afecta a parte baja de las vías respiratorias, debido a un estrechamiento de vías aéreas y que ocasiona un cuadro de disnea.

Atelectasia: Es la disminución de volumen del tejido pulmonar, por la ausencia de aire en los alvéolos de un lóbulo o parte del mismo, debida principalmente a tuberculosis, tumores bronquiales, etc; que producen un cuadro de insuficiencia respiratoria:

Atópico: Predisposición genética a desarrollar reacciones de hipersensibilidad inmediata, (tipo1) contra antígenos ambientales comunes (alergia atópica). La manifestación clínica más común es la rinitis alérgica; con menos frecuencia aparece asma bronquial, dermatitis atópica y alergia alimentaria.

Auscultación: Acto de escuchar los ruidos de interiores del cuerpo, especialmente para precisar el estado de los pulmones, corazón, pleura, abdomen y otros órganos, y para descubrir el embarazo.

Autocuidado: Cuidado que se da el individuo para sí mismo.

Broncoconstricción: Reducción del calibre de los bronquios por contracción de su musculatura; Broncoestenosis.

Desgranulación: Proceso por el que una célula pierde los gránulos que posee, especialmente algunas células granulares.

Disnea: Respiración difícil, en que la persona tiene necesidad de aire persistente e insatisfecho y siente angustia.

Disnea Ortostática: La que aparece cuando se esta en posición erguida.

Disnea paroxística: Forma de dificultad respiratoria que impide el sueño del paciente y que guarda relación con la postura (especialmente al acostarse por la noche) y que suele atribuirse a insuficiencia cardiaca congestiva con edema pulmonar, aunque a veces aparece en pacientes con neuropatías crónicas.

Enfisema Mediastinal: Presencia de aire o gas en le mediastino; puede interferir con la respiración y la circulación y producir neumotórax o neumopericardio. Puede aparecer de forma espontánea o como resultado de un traumatismo o proceso patológico; también se puede inducir de forma deliberada como procedimiento diagnostico; d.t. enfermedad o síndrome de Hamman y enfisema mediastino.

Espujo: Secreción de moco proveniente de los pulmones.

Estertores: Ruidos de burbujeo audibles a la inhalación cuando el aire pasa por secreciones húmedas acumuladas en los pulmones.

Expectoración: Tos con expulsión de moco u otros materiales.

Fonación: Emisión de sonidos vocales.

Inspección: Examen visual para detectar alteraciones que los ojos pueden percibir.

Neumotórax: Acumulación de aire o gas en la cavidad pleural.

Olfacción: Capacidad o acto para percibir y distinguir olores.

Palpación: Acto de sentir o percibir con la mano; aplicación de los dedos sobre la superficie corporal, efectuando una ligera presión, con el propósito de determinar la consistencia de las partes subyacentes, durante el examen físico.

Percusión: Acción de golpear una parte con golpes breves y súbitos como ayuda para diagnosticar el estado de las partes subyacentes según el ruido obtenido.
2. Método de masaje.

Polipos Nasales: Acumulaciones focales del líquido de edema en la mucosa de la nariz, con hiperplasia asociada del tejido conjuntivo submucoso.

Rinovirus: Cualquier miembro de virus que pertenece al genero Rhinovirus.

Sibilancias: Ruido parecido a un silbido durante la exhalación, suele indicar angostamiento de los conductos bronquiales.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, Rosalinda. 1988. Aplicación del Proceso de Enfermería. España Doyma.
- BEARE, Myers. 1993. Enfermería, Principios y Práctica. Tomo 2. 1ra. Edición. Editorial Medicina Panamericana.
 - BERKOW, Robert. 1999. El manual de Merck. 9º Edición. Editorial Océano Centrum.
 - CAO, Torija. 2001. Nutrición y dietética. 2º edición. Masson Barcelona
 - CANILLAS, Gallardo. 1999. Enfermería Neumológica: Cuidados Básicos. Digitalia. Pol. Ind.
 - COPERIAS, López. 2004. XXI. Los Pulmones. México D.F. Editorial Televisa S.A de C.V N° 6 pp 40-48.
 - COSIO, Celis. Aparato Respiratorio. Urbina Lozano. Décima Quinta Edición.
 - DES, Terry. 1993. Enfermedades Respiratorias. Manifestaciones Clínicas. Editorial El Manual Moderno S. A de C. V.
 - DR. ALVAREZ Rafael.1991. Salud Publica y Medicina Preventiva. Editorial Manual Moderno.
 - DORLAND.1997 Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Edición 28 Vol. I y Vol. II. Editorial McGraw Hill-Interamericana.
 - GISPERT, Carlos. 2003. Diccionario de Medicina. España. Océano. Mosby.
 - FERNANDEZ, Novel. 1999. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos. España. Masson.

- GONZALEZ. Ma. De Jesús.1997. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la practica de Enfermería. México D. F. Progreso. S. A.
- HARRISON. 1998. Principios de Medicina interna. Vol. 1. 14° Edición México D. F. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- HERNANDEZ Connesa. 1999. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método. España. Mac Graw-Hill Interamericana.
- H. NETTER Frank. 2003. Medicina Interna. Editorial Masson.
- KOZIER. Bárbara. 1994. Fundamentos de Enfermería. Editorial Interamericana McGraw-Hill.
- MARRINER T. Ann. 1999. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta Edición, Madrid España. Mosby.
- NANDA, 2001-2002. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid España Harcourt, S.A.
- RIOPELLE. L. Grondin. M. Phaneuf. 1997. Cuidados de Enfermería. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. 1ra Reimpresión España.
- RIVERO, Octavio Neumología. 1998. Editorial Trillas.
- RUBIO D. Severino.1998. Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería. México D. F. D .R. División Universidad Abierta, ENEO.
- SECRETARIA DE SALUD PUBLICA. 2002-2003. Censos Anuales de Enfermedades en México. SSA. México D.F. Lieja N° 7.
- TORTORA, Grabowsky. 2003. Principios de Anatomía y Fisiología. 9° Edición. Oxford.
- VADEMECUM Farmacéutico IPE.2002. 11va Edición. Editores de Textos Mexicanos.