



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO

**PREESCOLAR CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE  
OXIGENACION SECUNDARIO A UNA CRISIS ASMATICA**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL**

**P R E S E N T A**

**LIC. RAMIREZ HERNANDEZ MARIA BRENDA**



**Asesorado por:  
E.E.I. Alma Adriana Granados Méndez**

México, D.F. 2009



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.

**ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO ESPECIALMENTE**

**A MIS PADRES**

Por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de toda mi formación académica, por el esfuerzo y el gran sacrificio que siempre han hecho por mí. Sin ustedes no sería quien soy y no estaría donde estoy.

GRACIAS MAMA, GRACIAS PAPA, LOS QUIERO MUCHO.

## INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	2
III. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	
3.1 Antecedentes	3
IV. MARCO CONCEPTUAL	
4.1 Evolución Teórica	4
4.2 Virginia Henderson y sus 14 necesidades	5
4.3 Proceso de Enfermería	11
4.4 Consideraciones Éticas	18
4.5 Daños a la Salud	22
V. METODOLOGIA	
5.1 Selección del Caso	32
VI. PRESENTACION DEL CASO	
6.1 Ficha de Identificación	33
6.2 Descripción Genérica del Caso	33
6.3 Antecedentes Generales	33
VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	
7.1 Valoración General de Enfermería	35
7.2 Diagnósticos de Enfermería	39
7.3 Plan de Intervenciones	40
7.4 Plan de Alta	63
VIII CONCLUSIONES	65
IX ANEXOS	66
X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73

## I. INTRODUCCION

La enfermería consiste en aplicar conocimientos y actividades relacionadas con las ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ciencias del comportamiento, ética y conocimientos de enfermería. La enfermería como profesión es única ya que transmite las respuestas sobre los problemas de salud de una persona, familia o comunidad.

Para ello se realizó el siguiente estudio de caso mediante el proceso enfermero, utilizando el modelo de Virginia Henderson con base a las 14 necesidades básicas, garantizando de esta manera la calidad del cuidado que se ofrece al paciente y a su familia.

En el primer capítulo se describen los objetivos del estudio de caso.

En el segundo capítulo se desarrolla la Fundamentación teórica mediante la revisión de artículos y referencias bibliográficas relacionadas con el modelo de atención de Virginia Henderson, incluyendo los núcleos básicos y el proceso de atención de enfermería, así como las consideraciones éticas, puntualizando en los valores y haciendo énfasis sobre las consideraciones bajo las cuales se realizó el presente trabajo.

En el tercer capítulo se describe la metodología que se siguió para realizar el estudio de caso en la cual se hace la descripción genérica del caso. Mediante la revisión bibliográfica se desglosa el marco teórico de la crisis asmática en niños. Se describe el proceso de intervención especializada mediante la valoración de enfermería con la cual se detectan las necesidades alteradas en la paciente, logrando establecer la jerarquización de necesidades, las manifestaciones de dependencia y finalmente se elabora un plan de intervenciones incluyendo aspectos básicos como lo son la elaboración de diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación.

En el cuarto capítulo se incluyen las conclusiones de los resultados obtenidos verificando la funcionalidad de la teoría así como las sugerencias encaminadas a mejorar el marco práctico.

## II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

### OBJETIVO GENERAL

1.- Integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante el curso de enfermería infantil, aplicándolos a un paciente con alteración en la necesidad de oxigenación tomando como referencia la filosofía de Virginia Henderson a través del proceso enfermero.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Realizar una valoración general sobre el estado de salud del paciente con la finalidad de detectar las necesidades alteradas.

2.- Elaborar diagnósticos de enfermería real, potencial y de bienestar tratando de establecer conclusiones relativas a los datos que se han analizado en la valoración.

3.- Establecer y llevar a cabo un plan de intervenciones de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

4.- Llevar a cabo las intervenciones de enfermería planteadas las cuales van dirigidas a modificar los factores que contribuyen al problema del paciente o bien a resolverlo.

5.- Evaluar la respuesta del paciente a las acciones planificadas comparando su estado de salud con los resultados obtenidos.

### III. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

#### 3.1 ANTECEDENTES

Actualmente la crisis asmática es una emergencia médica que pone en peligro la vida del paciente por insuficiencia respiratoria. Es por ello que existen varios artículos y revistas medicas relacionadas con esta patología, debido a esto la mayoría de las revistas consultadas abarcan temas de suma importancia como lo son: definición, fisiopatogenia, tratamiento, factores desencadenantes, complicaciones y prevención de una crisis asmática, entre otros.

Entre las revistas consultadas destacan dos publicaciones que llamaron mi atención, la primera de los Drs. Eleonora Ortiz, José Luís Martínez y José Luís Huerta, nos hablan acerca de la importancia y el efecto que tienen los ejercicios respiratorios y el drenaje postural en el funcionamiento pulmonar en niños asmáticos, con lo cual se demostró el incremento en la capacidad al ejercicio, la disminución de la frecuencia y la severidad de los ataques de asma y el incremento de la asistencia, la participación y productividad en la escuela disminuyendo con ello la ansiedad. Es por eso que se han desarrollado programas de fisioterapia pulmonar aunque en los últimos años no han sido indicados de manera regular ya que han sido remplazados por programas más elaborados en los cuales se utiliza la mascarilla de presión positiva espiratoria (PEP), la bicicleta ergonometrica, entre otros. Desafortunadamente este tipo de terapia implica un costo alto para el paciente y no se pueden realizar en casa por lo que se tiene que acudir a un centro especializado.<sup>1</sup>

La segunda publicación elaborada por los Drs. Rubén Vázquez, José Huerta, Álvaro Pedroza y Mario Acosta, hacen mención sobre el tratamiento de las crisis asmáticas en niños y lo controversial que puede ser. El manejo de una crisis asmática siempre involucra una terapia inicial de agonistas B y terapia esteroidea, los cuales son esenciales en la sala de urgencias y con este régimen muchos de los pacientes logran salir, cuando no es así puede ser necesaria la hospitalización y a veces la admisión a una unidad de cuidados intensivos, en donde el manejo involucra una terapia farmacológica mas agresiva con lo cual se ha logrado disminuir la mortalidad y morbilidad en la UCI.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dra .ORTIZ R. ELEONORA. Et.Al. Efectos de los ejercicios respiratorios y del drenaje postural en el funcionamiento pulmonar en niños asmáticos. En: Alergia Pediatría. Vol. 1 No 4 Sep-Oct 1992.

<sup>2</sup> Dr. VAZQUEZ. G. RUBEN E. Et Al. Tratamiento de la crisis asmática en niños. En: Alergia e Inmunología Pediatría. Vol. 13 No 3 Sep-Dic 2004.

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 EVOLUCIÓN TEÓRICA

Enfermería es una ciencia joven, debemos recordar que la primera teoría de enfermería nace con Florence, a partir de aquí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una filosofía acerca de enfermería y del cuidado.

#### **Tendencias de las Teorías de Enfermería:**

- Tendencia naturalista. También denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.
- Tendencia de Suplencia o Ayuda. Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, senectud), fomentando ambas, en mayor o menor grado, el auto cuidado por parte del paciente.
- Tendencia de Interrelación. En este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.<sup>3</sup>

#### **Clasificación de Enfermería según las Teorías utilizadas:**

- Modelo de Interacción. Se basa en la teoría de la comunicación-interacciona de las personas. Se basan en las relaciones entre las personas. El foco primario esta en la persona como participante activo en el proceso de la salud. El principal objetivo del modelo a conseguir es obtener logros determinados mediante la interacción reciproca.
- Modelos Evolucionistas. Se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la enfermería relacionado con la edad. Tratan de enfatizar el crecimiento, el desarrollo y la madurez de la persona. El foco de atención primario es el cambio de la conducta de la persona en la dirección

---

<sup>3</sup> Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. (en línea). El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pág. 15, 16. 17.

particular y fija. El principal objetivo del modelo es potenciar el conocimiento personal del individuo.

- Modelos de Necesidades Humanas. Parten de la teoría de las necesidades humanas por la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Tiene su base común en las necesidades humanas por la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basada en la teoría de la motivación y personalidad de Maslo. En el desarrollo de su teoría Maslow define 5 categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básica, para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior. Las categorías de Maslow son las siguientes:<sup>4</sup>
  - Necesidades fisiológicas
  - Necesidades de seguridad
  - Necesidad de amor y pertenencia
  - Necesidad de estima
  - Necesidad de autorrealización
- Modelos de Sistemas. Usan la teoría general como base para describir los elementos de una situación de enfermería. El concepto de sistemas constituye la noción central, entendiendo por tal un conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos. Existen dos tipos de sistemas:
  - Sistemas cerrados. Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existen en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.
  - Sistemas abiertos. Funcionan en base al intercambio con el exterior, todo órgano vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Todos los sistemas aspiran al equilibrio (entre las fuerzas internas y externas del sistema).

#### 4.2 VIRGINIA HENDERSON Y SUS 14 NECESIDADES

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

La enfermería era considerada desde sus orígenes como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada

---

<sup>4</sup> Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. (en línea). El Proceso de Atención de Enfermería. <http://www.aibarra.org/> Abril Pág. 17.

como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, con ello se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en el modelo de las necesidades humanas que parten del estudio de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, fomentando en mayor o menor grado el auto cuidado.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1966 que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenle Henderson.

## **DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA**

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, la voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible.<sup>5</sup>

Para Henderson su definición no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizaría el personal de salud.

A partir del concepto fundado por Henderson, se extrajeron una serie de conceptos y sub. Conceptos básicos del modelo.

## **PERSONA**

La persona es una unidad corporal, física y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas las cuales debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, Virginia menciona que dichas necesidades no pueden satisfacerse por la persona a causa de una enfermedad o en

---

<sup>5</sup> SCHERER, Jeanne. (1993). Introducción a la Enfermería Médico Quirúrgica. Harla. México, 4ª Ed. P.123.

determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

1. Necesidad de Oxigenación. Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseoso entre la sangre y los tejidos (respiración interna).
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación. Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.
3. Necesidad de Eliminación. Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.
4. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura. Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.
5. Necesidad de Descanso y Sueño. Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia y actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.
6. Necesidad de usar Prendas de Vestir. Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.
7. Necesidad de Termorregulación. Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción del calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.
8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel. Necesidad del organismo de mantener un equilibrio de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario.
9. Necesidad de Evitar Peligros. Necesidad de la persona de protegerse contra lesiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.
10. Necesidad de Comunicarse. Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.
11. Necesidad de Vivir según Creencias y Valores. Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con la noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas,

creencias religiosas, o una filosofía de vida que le convenga o que sea propia de su ambiente y tradición.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse. Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónomas, utilizar los recursos de que se disponen para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.
13. Necesidad de Juego y Participar en Actividades Recreativas. Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.
14. Necesidad de Aprendizaje. Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.

Cada una de las necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano, en cada una de ellas se pueden descubrir dimensiones biologicaza, psicológicas, social, cultural y espiritual. La enfermera debe considerar todo esto para poder planificar y brindar las intervenciones apropiadas.<sup>6</sup>

## SALUD

Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales, en este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continúa con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia.

### **Independencia**

El concepto de independencia es definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

### **Dependencia**

Por otro lado la dependencia se considera como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, dicha dependencia aparece desde el momento en el que la persona debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe o le supla en lo que no puede hacer por si mismo.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> PHANEUF, Margot. D. (1996). Planificación de los cuidados enfermeros. Mc Graw-Hill. México. P. 32,34,36,38-42

<sup>7</sup>Antología Teorías y Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. UNAM-ENEO. Posgrado Enfermería 1ª ed. Junio 2006 P. 209-210.

## Continuum Independencia-Dependencia

Existen grados en la satisfacción de necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Es importante evaluar la incapacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades. De esta manera se puede evitar, en la medida de lo posible la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

CONTINUM INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA					
INDEPENDENCIA			DEPENDENCIA		
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por si misma sus necesidades . Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato o dispositivo de apoyo sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato o dispositivo de apoyo.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades ya que no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades ya que apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello.

8

### Fuentes de Dificultad

- Falta de fuerza.

Se refiere a la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, psíquico y la capacidad intelectual.

- Falta de conocimiento.

Se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación y recursos propios y ajenos disponibles.

<sup>8</sup> PHANEUF, Margot. D. (1996). Planificación de los cuidados enfermeros. Mc Graw-Hill. México. P. 32

- Falta de voluntad.

Se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.<sup>9</sup>

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

## ROL PROFESIONAL

Las actividades que la enfermera realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Los cuidados básicos tienen como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.<sup>10</sup>

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

1.- RELACION ENFERMERA/PACIENTE. Se establecen tres niveles.

- **La enfermera como sustituta del paciente.**

Compensa lo que le falta al paciente. Esta relación se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

- **La enfermera como auxiliar del paciente.**

Establece las intervenciones clínicas. Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- **La enfermera como compañera del paciente.**

Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud. La enfermera supervisa y educa al paciente pero es el quien realiza su propio cuidado.

---

<sup>9</sup> Antología Teorías y Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. UNAM-ENEO. Posgrado Enfermería 1ª ed. Junio 2002 P. 210

<sup>10</sup>SCHERER, Jeanne. (1993). Introducción a la Enfermería Médico Quirúrgica. Harla. México, 4ª Ed. P.123.

## 2.- RELACION ENFERMERA/MEDICO.

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, ya que utiliza un plan de cuidados para proporcionar el cuidado al paciente.

## 3.- RELACION ENFERMERA/EQUIPO DE SALUD.

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de la salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.<sup>11</sup>

## ENTORNO

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de una persona. Henderson menciona la importancia que tienen los aspectos socioculturales y el entero físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.<sup>12</sup>

## 4.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de atención de enfermería (P.A.E). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas; valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro; valoración, planificación, realización y evaluación. Posteriormente Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores mas establecieron las cinco etapas actuales.

La definición del proceso de enfermería, depende del esquema mental que se adopte y la orientación personal del profesional de enfermería o persona que lo defina, de acuerdo con su formación y experiencia. En este caso me atrevo a dar una de las posibles definiciones entendiendo el proceso enfermero como un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos.

- Valoración.
- Diagnostico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

---

<sup>11</sup>PHANEUF, Margot. D. (1996). Planificación de los cuidados enfermeros. Mc Graw-Hill. México. P.17

<sup>12</sup>PHANEUF, Op. Cit.P. 17

El objetivo principal del proceso es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

#### Características del proceso enfermero

- Tiene una finalidad. Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático. Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico. Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo. Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible. Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades
- Tiene una base teórica. El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

#### VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Para esto el personal de enfermería puede valerse de diferentes fuentes tales como son las primarias y secundarias.

- Fuentes primarias. Paciente.
- Fuentes secundarias. Personas o documentos a los que se tiene acceso y que tienen un vínculo o relación con el paciente, familiares, expediente clínico, bibliografías, etc.

Dichas fuentes de deben utilizar para obtener datos subjetivos estos datos son aquellos que no se pueden medir y que son propios del paciente, hacen referencia a lo que la persona siente o percibe en ese momento. Y los datos objetivos son aquellos que se pueden medir con cualquier escala o instrumento.

#### **Métodos para obtener datos**

##### Entrevista clínica

Esta técnica es indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista; la formal y la informal. La entrevista formal consiste en la comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

## Observación

Es el segundo método básico de la valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables, los hallazgos encontrados mediante la observación deben ser confirmados o descartados posteriormente.

## Exploración física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico mediante este procedimiento se le debe explicar al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones, valorar la eficacia de las actuaciones y confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Para esto el personal de enfermería utiliza cuatro técnicas específicas.

- Inspección. Es el examen visual y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación. Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- Percusión. Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que se pueden diferenciar son: SORDOS, que aparecen cuando se percute músculo o hueso, MATES, aparecen sobre el hígado o bazo, HIPERSONOS, aparecen al percutir sobre el pulmón normal lleno de aire y TIMPANICOS, que se encuentran al percutir el estomago lleno de aire.
- Auscultación. Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Para esto se utiliza el estetoscopio y se determinan características sonoras del pulmón, corazón e intestino.<sup>13</sup>

Una vez descritas las técnicas de exploración pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico.

---

<sup>13</sup> Enciclopedia de la Enfermería. (2002). Fundamentos-Técnicas. Vol 1. Ed. Océano/Centrum. Barcelona. P. 4-6.

De cabeza a pies. Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistémica y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos. Nos ayuda a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud. Permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

## DIAGNOSTICOS

Este segundo paso se considera como la fase final de la valoración ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. Por lo tanto debemos entender el diagnóstico de forma general, como un juicio acerca de un paciente al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos.

Existen diversos sistemas diagnósticos, el sistema más utilizado fue desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería. (NANDA). Todos los diagnósticos deben ser compatibles con la definición de la NANDA, es decir, deben cumplir con los siguientes requisitos.

- Designación. Proporcionarle un nombre al diagnóstico.
- Definición. Ofrecer una descripción clara y exacta del diagnóstico.
- Características definitorias. Se refiere a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.
- Factores relacionados. Son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.
- Factores de riesgo. Son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

Así mismo, la NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería:

**Diagnóstico de enfermería real.** Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante los procesos de la vida. Consta de tres partes, formato PES:

P (problema) + E (etiología) + S (signos/síntomas)

Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

**Diagnóstico de enfermería de alto riesgo.** Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentran en una situación igual o similar.

Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo, conductas, enfermedades o circunstancias y sirven de guía para las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema. Consta de dos componentes, formato PE:

P (problema) + E (etiología/factores contribuyentes)

**Diagnósticos de enfermería de bienestar.** Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado. Son enunciados de una parte conteniendo solo la denominación. No contienen factores relacionados.<sup>14</sup>

## PLANIFICACION

Una vez concluida la valoración y los diagnósticos de enfermería se procede a la fase de plantación la cual consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir reducir o eliminar los problemas detectados.

Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería, así pues, la planificación como componente del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

Establecimiento de prioridades. En este paso se deben priorizar los problemas que se incluirán en el plan de cuidados.

Elaboración de objetivos. Una vez que se han priorizado los problemas que se van a tratar se deben definir los objetivos con respecto a cada problema. Los objetivos identifican los beneficios que se esperan ver en el paciente después de brindar los cuidados enfermeros. Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

1.- Son la vara de medir del plan de cuidados. Con esto se mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.

2.- Dirigen las intervenciones.

3.- Son factores de motivación.

Existen dos tipos de objetivos:

- Los objetivos a corto plazo. Los cuales describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras.

---

<sup>14</sup> SPARKS, Sheila. Et. All. (2005). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. Elsevier Mosby. España, Madrid. P. 15,16

- Los objetivos a largo plazo. Describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan.<sup>15</sup>

Antes de formular un objetivo debemos cerciorarnos de que este sea medible, para eso es importante tomar en cuenta los siguientes cinco componentes.

- Sujeto. Quien se espera que alcance el resultado.
- Verbo. Que acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo.
- Condición. En que circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción.
- Criterios de ejecución. En que grado se va a realizar la acción.
- Momento para lograrlo. Cuando se espera que esta persona sea capaz de hacerlo.<sup>16</sup>

Desarrollo de intervenciones de enfermería. Quizás este sea uno de los puntos mas cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describen en este momento se confirmara la validez y eficacia del mismo. Las acciones deben ir orientadas hacia la consecución de los objetivos, estas deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del paciente.

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cado por las enfermeras para:

- Controlar el estado de salud
- Reducir los riesgos
- Resolver, prevenir o manejar un problema
- Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria
- Promover una sensación optima de bienestar físico, psicológico y espiritual

Existen tres tipos de actividades de enfermería:

- **Dependientes.** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas.
- **Interdependientes.** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, etc.
- **Independientes.** Son aquellas actividades de enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que esta legalmente autorizada a

---

<sup>15</sup> ALFARO, Rosalinda. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. Masson. Madrid, España. P. 132

<sup>16</sup> ALFARO. Op Cit. P. 134

atender gracias a su formación y experiencia practica son actividades que no requieren la orden previa de un medico.

Las actividades propuestas de registran en el impreso correspondiente y deben especificar:

- Fecha. El día en que se escribe la orden.
- Verbo. Acción a realizar.
- Sujeto. Quien tiene que hacerlo.
- Frase descriptiva. Como, cuando, donde, frecuencia, cuanto tiempo o en que cantidad.<sup>17</sup>

Documentación del plan. La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante una documentación, finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados.

## EJECUCION

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.

El personal de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizaran todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- **Preparación.** Para comenzar las intervenciones de enfermería, esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de ellas exige el uso del razonamiento crítico.
- **Intervención enfermera.** Enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionadles del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes, las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.
- **Documentación.** Tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso. El personal de enfermería debe decidir que anotar, con que extensión, cuando y donde anotarlo, todo ello en función de lo que considere importante.

---

<sup>17</sup> ALFARO. Ibidem. P. 147

## EVALUACION

La evaluación como ultima fase del proceso de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada, y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es permitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermera, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- ✓ Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar.
- ✓ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- ✓ Medir los cambios del paciente en relación a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer las correcciones.

### 4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN ENFERMERÍA

La ética es el estudio de la buena conducta, el carácter y los motivos. Tiene que ver con la determinación de lo que es bueno o valido por todas las personas, los actos que son éticos suelen reflejar un compromiso con los estándares que superan las preferencias personales; estándares en los que están de acuerdo individuos, profesionales y sociedad.<sup>18</sup>

Para hablar de ética, es necesario establecer un vocabulario básico, estos términos incluyen:

#### **Autonomía**

Muestra respeto por todas las personas, apoya los derechos del paciente al consentimiento informado, la autonomía se ejerce verdaderamente cuando los miembros del equipo sanitario están de acuerdo en la importancia de la autonomía.

Para esto se contó con una carta de consentimiento informado en el cual se le explica al familiar del paciente en que consiste la realización del estudio de caso, y este a su vez decide si se autoriza o no el seguimiento del estudio de caso.

---

<sup>18</sup> ESCOBAR, Gustavo. (2005). Ética. Porrúa. México D.F. P.41

**Beneficencia**

Implica favorecer acciones que benefician a los pacientes, se buscan beneficios que causen el menor daño; considera el menor interés para el paciente por encima de su propio interés.

**No maleficencia**

Evita el daño deliberado, el riesgo de infección y el daño que se produce durante la realización de las acciones enfermeras; busca causar el menor daño posible al paciente.

Tanto los procedimientos como las intervenciones realizadas al paciente se llevaron a cabo con el fin de mejorar su estado de salud, tratando de que el paciente recobrara su independencia. Nunca se realizaron procedimientos con el fin de lastimar al paciente.

**Justicia**

Asegura una distribución justa de los recursos como los cuidados enfermeros a todos los pacientes, determina el orden en el que debe tratarse al paciente.

El paciente siempre recibió un trato digno y justo nunca se hizo distinción alguna entre el y otros pacientes.

**Fidelidad**

Mantiene las promesas hechas a los pacientes, las familias y los profesionales; evita el abandono de los pacientes, incluso cuando los objetivos del paciente difieren de los objetivos del profesional sanitario.

La información recabada en cuanto al estado de salud del paciente se maneja con mucha discreción y se respeta en lo posible la decisión de los padres.

**CODIGO DE ETICA EN ENFERMERIA**

Enfermería se rige por un código de ética, este no es más que el conjunto de principios éticos que son aceptados por todos los miembros de una profesión.

El código ético de una profesión es una declaración colectiva sobre las expectativas y los estándares de conducta del grupo. Los códigos sirven de guía para ayudar a las enfermeras y a otros grupos profesionales cuando surge un conflicto o un desacuerdo sobre una práctica o una conducta correcta.

En enfermería se han establecido códigos ampliamente aceptados que las enfermeras intentan seguir, sus principios básicos son:

- Responsabilidad. Se refiere a la capacidad para responder a las propias acciones, una enfermera es responsable de si misma sobre todo. Además la enfermera comparte la responsabilidad con el

paciente, la profesión, la empresa y la sociedad. La responsabilidad se asegura y se mide mejor cuando se han definido la calidad de los cuidados.

- Formalidad. Este termino implica la capacidad para distinguir entre lo que es correcto e incorrecto. En enfermería incluye una obligación de realizar acciones bien y con seriedad.
- Confidencialidad. La enfermera se esfuerza en garantizar que se respete la privacidad del paciente, que no se copee el expediente e incluso que personas allegadas al paciente no tengan acceso a información meramente confidencial.
- Veracidad. En general significa fiabilidad o conformidad con la verdad, esto sirve de guía a las enfermeras para así practicar la verdad aunque esta pueda verse comprometida durante la prestación de cuidados.

Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales:

- Promover la salud
- Prevenir enfermedades
- Restaurar la salud
- Aliviar el sufrimiento

El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social.

## VALORES EN ENFERMERIA

Un valor es una creencia personal sobre el merito de una determinada idea, actitud, habito u objeto que establece los estándares que influyen en la conducta.

Las tareas en enfermería requieren que se este en contacto muy estrecho con el paciente, tanto física como emocionalmente, este tipo de contacto no suele ser aceptable en las relaciones publicas convencionales.

**Salud y bienestar.** Las enfermeras valoran la salud y el bienestar y ayudan a las personas a conseguir un grado de salud en situaciones de buena salud, enfermedad, lesión o en el proceso de la muerte.

**Elección.** Las enfermeras respetan y favorecen la autonomía de los pacientes y les ayudan a expresar sus necesidades y valores relativos a la salud y para obtener información y servicios adecuados.

**Dignidad.** Las enfermeras valoran y defienden la dignidad y el auto respeto de los seres humanos.

**Confidencialidad.** Las enfermeras salvaguardan la confianza de los pacientes de forma que la información en el contexto de una relación profesional es compartida fuera del equipo sanitario solo con el permiso del paciente o si es requerido legalmente.

**Imparcialidad.** Las enfermeras implican y favorecen los principios de equidad e imparcialidad para ayudar a los pacientes a recibir su tratamiento sin riesgos.

**Fidelidad.** Las enfermeras actúan de una forma coherente en sus responsabilidades y estándares prácticos profesionales.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> POTTER, A. Patricia. (1997). Fundamentos de Enfermería. Madrid, España. Ed. Harcourt S.A. 5ª Ed. P. 413-421.

## 4.5 DAÑOS A LA SALUD

### CRISIS ASMÁTICA

#### INTRODUCCIÓN

El asma es un padecimiento crónico, multifactorial, de presentación universal muy frecuente en pediatría, en algunos países su prevalencia incrementa en los últimos años, pero lamentablemente en muchos casos no se realiza el diagnóstico oportuno y no se proporciona el tratamiento adecuado. Se caracteriza por la triada de bronco espasmo, hipersecreción de moco e inflamación de la mucosa de las vías aéreas produciendo obstrucción al flujo aéreo, las vías aéreas centrales y periféricas de los asmáticos presentan hiperreactividad bronquial que se manifiesta como una respuesta bronco constrictora exagerada a diversos estímulos químicos, físicos, biológicos, psíquicos e infecciosos que normalmente al resto de la población no le causa problema alguno.

La crisis asmática genera una alta demanda de atención en los servicios de urgencias y con frecuencia es motivo de ausentismo escolar. Además en múltiples ocasiones limita la actividad física de los pacientes, situación innecesaria por que es un problema controlable. Con el tratamiento apropiado el paciente puede tener una vida familiar, escolar y social satisfactoria, pero si no se trata correctamente, por su curso crónico habrá remodelación fibrotica de la vía aérea con obstrucción irreversible de flujo aéreo y la consecuente limitación física y social del paciente.

#### DEFINICION

Las crisis asmáticas son los episodios sintomáticos o las exacerbaciones de la tos, disnea, sibilancias, sensación de opresión torácica y dificultad respiratoria que presenta el paciente al hacer contacto con los factores desencadenantes.<sup>20</sup>

#### EPIDEMIOLOGIA

El asma se presenta en cualquier edad pero su prevalencia es mayor en la preescolar y escolar afectando aproximadamente al 12% de la población infantil de México; antes de la pubertad es mas frecuente en el sexo masculino que en el sexo femenino, además se encuentra entre los primeros lugares de morbilidad y es la primera causa de consulta en los servicios de urgencias y consulta externa pediátricos de muchas unidades medicas.<sup>21</sup>

Las personas con asma generalmente reaccionan ante concentraciones bajas de agentes que no suelen causar síntomas en individuos sin asma.

En ocasiones, el factor desencadenante es un alergeno, como el polen, ácaros del polvo domestico, moho o ciertos alimentos. Los ataques de

---

<sup>20</sup> HERNANDEZ. A. Elizabeth. Et. All. Enfermedades Respiratorias. (2002). Manual Moderno. México, D.F. P. 337

<sup>21</sup> HERNANDEZ. Op. Cit. P.337

asma también pueden desencadenarse con las emociones, ácido acetil salicílico, sulfatos, ejercicio y respirar aire frío o humo de cigarrillos.

FACTORES QUE DESENCADENAN O EXACERBAN LOS SINTOMAS
<p style="text-align: center;"><b>INFECCIONES VIRALES DE VIAS RESPIRATORIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición a alérgenos. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acaro de polvo casero (alfombras, peluches, almohadas, Colchones, cobijas).</li> <li>▪ Mascotas (gatos, perro, conejo, aves, etc).</li> <li>▪ Pólenes.</li> <li>▪ Hongos (humedad de las paredes, aires acondicionados).</li> <li>▪ Cucarachas</li> </ul> </li> <li>▪ Humo del cigarro y leña</li> <li>▪ Ejercicio.</li> <li>▪ Aire frío.</li> <li>▪ Medicamentos. (Ácido acetil salicílico, bloqueadores B2 adrenergicos).</li> <li>▪ Aditivos en alimentos.</li> <li>▪ Aerosoles. (desodorantes, insecticidas, perfumes, etc).</li> <li>▪ Sustancias químicas. (cloro, solventes, pinturas)</li> <li>▪ Emociones intensas. (risa, llanto, miedo)</li> <li>▪ Contaminantes atmosféricos.</li> </ul>

22

### HISTORIA NATURAL

El asma con frecuencia inicia en la infancia, la mayoría de los niños desarrollan esta enfermedad antes de los ocho años y más del 50% antes de los tres años. Se ha descrito que el 50% de los niños asmáticos con enfermedad leve presentan una remisión de la sintomatología en la adolescencia; sin embargo, los pacientes mantiene varios grados de obstrucción de las vías aéreas y los síntomas pueden recurrir en la edad adulta.

Los niños desarrollan asma con mayor frecuencia cuando la IgE serica esta elevada a los nueve meses de edad, presentan dermatitis atopica o rinitis durante el primer año de vida; requieren ser hospitalizados por infecciones de vías respiratorias inferiores o cuando presentan flujos respiratorios bajos a los seis años de edad (medidos por espirometría).

Los lactantes que presentan sibilancias después de sufrir infecciones respiratorias virales, en los años siguientes evolucionan con diferentes patrones de enfermedad, ya que esta característica puede remitir en la edad preescolar, sin embargo, si este problema se asocia a atopica es mayor la posibilidad de que el niño padezca asma.

### PATOGENESIS

En la primera fase de la crisis asmática predomina la bronco constricción por el espasmo del músculo liso, su duración es de 1.5 a 2 hrs y se puede

<sup>22</sup> HERNANDEZ. Ibidem. P.314

determinar por medio del espirómetro al mostrar una pérdida de 20% o mayor en el volumen espiratorio.

La fase tardía del asma o inflamatoria es la más importante ya que activa una serie de reacciones bioquímicas y enzimáticas que traerán como consecuencia la producción de una gran cantidad de mediadores químicos, principalmente las células inflamatorias, como son: el factor activador de las plaquetas y de manera importante los productos del ácido araquidónico como prostaglandinas, tromboxanos y los cisteinil leucotrienos, que son de vital importancia por que contribuyen a que se perpetúe la inflamación.

En personas con factores genéticos relacionados a la hiperreactividad bronquial y atopia inducen una respuesta inflamatoria aguda, descrita en dos fases:

### **1. Reacción inmediata**

Inicia minutos después de la exposición al factor desencadenante, con un pico de intensidad de 15 a 30 min y puede resolverse en 1 ó 2 hrs. En los individuos atópicos el alérgeno inhalado induce a la producción de IgE que se fija a la superficie de algunas células, en especial las células cebadas, en los factores mecánicos y térmicos también actúan sobre las células cebadas; estas y los macrófagos se activan rápidamente y liberan mediadores pro inflamatorios como la histamina, prostaglandina D2 (PGD2) y prostaglandina F2 (PGF2), tromboxano A2, leucotrieno C4 (LTC4), el ácido 15-hidroxieicosatetraenoico (15-HETE), cénicas, factor activador de plaquetas (PAF) y radicales libres de oxígeno, los que inducen broncoconstricción, secreción de moco y vasodilatación, con fuga microvascular y exudación de plasma que ocasiona edema de la mucosa y disminución de la luz de las vías aéreas; la exudación de proteínas plasmáticas puede atravesar el epitelio y llegar al lumen, esto aumenta la viscosidad de moco y reduce su transporte.

### **2. Reacción tardía**

Inicia de 2 a 3 hrs después de la provocación por el agente desencadenante y su efecto máximo se observa entre las 6 y 9 hrs. En esta fase se reclutan y activan eosinófilos, linfocitos T, basófilos, neutrófilos y macrófagos. La liberación de citocinas preformadas en las células cebadas inicia el reclutamiento de células inflamatorias maduras; además se liberan mediadores pro inflamatorios y quimiocinas, y se expresan moléculas de adhesión celular; con el tiempo se reclutan y activan más células inflamatorias; que a su vez liberan nuevos mediadores químicos creando una compleja red de interacción celular que favorece la perpetuación del proceso inflamatorio, con aumento de la hiperreactividad bronquial inespecífica. En algunos pacientes esta fase se resuelve en 12 a 24 hrs; sin embargo, en algunos individuos la inflamación no se soluciona completamente y evoluciona de forma persistente o crónica durante semanas o meses.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> HERNANDEZ. A. Elizabeth. Et. All. Enfermedades Respiratorias. (2002). Manual Moderno. México. D.F. P. 315,316

## **FISIOPATOLOGÍA**

Como resultado de la contracción del músculo liso bronquial, del edema de la mucosa y la producción de moco hay obstrucción al flujo aéreo con atropamiento de aire intra torácico, la ventilación no es uniforme, puede haber atelectasias segmentarias o sub. Segmentarias y se presentan alteraciones en la relación ventilación-perfusión; este desequilibrio y la hiper insuflación promueven al aumento del trabajo respiratorio.

La hiperventilación inicialmente puede producir hipocapnia pero no compensa la hipoxemia al respirar aire ambiente y si la obstrucción progresa habrá hipo ventilación alveolar con retención de CO<sub>2</sub>, además la hipoxia favorecerá la producción de ácido láctico y estos mecanismos serán los responsables de la acidosis respiratoria y metabólica del paciente, lo que favorece la vasoconstricción pulmonar. Pueden presentarse atelectasias secundarias al disminuir la producción de surfactante.<sup>24</sup>

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

Los síntomas principales del asma son:

- Tos: de inicio es seca y evoluciona a húmeda, por lo general se presenta en accesos, puede ser emetizante, disneizante, cianosante, o ambas, acompañada de la producción de esputo muco hialino muy adherente y difícil de expectoral. La tos puede ser el único síntoma de la enfermedad.
- Sibilancias: se predominan en la fase espiratoria de la ventilación, son bilaterales y disminuyen o desaparecen con la administración de un broncodilatador agonista adrenergico B<sub>2</sub>. A veces solo se manifiestan después de realizar ejercicio.
- Disnea: el paciente presenta diferentes grados de sensación de falta de aire, sobre todo después de realizar ejercicio o durante la noche. Por lo general, se asocia a sibilancias.
- Fatiga.
- Disminución de la actividad física.
- En los lactantes puede presentarse irritabilidad y dificultad para alimentarse.

También pueden presentarse alteraciones neurológicas desde irritabilidad hasta somnolencia o estupor; taquipnea, taquicardia, cianosis y pulso paradójico; aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción supraesternal y xifoidea, disociación toracoabdominal. El enfermo puede presentar todos estos síntomas o exclusivamente uno de ellos, se manifiestan o aumentan después de la exposición a factores desencadenantes. Cuando el paciente esta asintomático la exploración física suele ser normal, sin embargo algunos pacientes no refieren síntomas o simplemente os niegan, así que el medico debe buscar:

---

<sup>24</sup> LAPIZCO. Luis. Et. All. Asma. Definición y Fisiopatogenia. Vol 2, No 3, Mayo-Junio 1993.

- Signos de dificultad respiratoria (taquipnea, quejido respiratorio, aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción supraesternal y xifoidea y disociación toracoabdominal).
- Signos que sugieren atropamiento de aire como el aumento en los diámetros del tórax, disminución de los movimientos respiratorios, hiperresonancia a la percusión y disminución del ruido respiratorio.
- Sibilancias bilaterales, en reposo, con la espiración forzada posterior a maniobras de tos y ejercicio, o ambas; la ausencia de sibilancias no excluye el diagnóstico de asma.
- Estertores gruesos bilaterales.
- Espiración prolongada.
- Otros signos que se pueden encontrar si padece rinitis alérgica o dermatitis atópica son: ojeras, surco nasal, respiración oral, mucosa nasal pálida, rinorrea hialina, pólipos nasales, huellas de rascado sobre todo en pliegues de flexión y eczema.<sup>25</sup>

### **CLASIFICACION DE LAS CRISIS ASMATICAS**

Independientemente del nivel de gravedad del asma, cada crisis asmática tiene una intensidad variable que puede clasificarse en leve, moderada o grave.

#### Crisis leve

La crisis leve se caracteriza porque el paciente no tiene signos de dificultad respiratoria o estos signos son mínimos, no tiene limitaciones para hablar o caminar o solamente discretas pausas, y a la auscultación pueden escucharse escasas sibilancias o solamente espiración forzada.

#### Crisis moderada

El paciente con crisis moderada tiene dificultad respiratoria que se manifiesta por frases cortas, posición inclinada hacia delante, fatiga fácil, se nota agitado con sensación de asfixia, el lactante presenta dificultad para alimentarse y su llanto es mas suave y corto; a la exploración física se presenta expresión facial de angustia, signos de dificultad respiratoria como la utilización de los músculos accesorios de la respiración, tiraje intercostal de leve a moderado, retracción xifoidea, aleteo nasal; también se encuentran abundantes estertores sibilantes bilaterales espiratorios y estertores gruesos, existe polipnea y taquicardia.

#### Crisis grave

La crisis grave se manifiesta por disnea en reposo, los lactantes rechazan la alimentación, el paciente prefiere la posición de trípode, habla solo con palabras sueltas, presentan agitación, taquipnea, taquicardia, aumento importante del trabajo respiratorio con uso de los músculos accesorios, sibilancias espiratorias bilaterales.

Cuando el paciente, en lugar de estar agitado presenta somnolencia o estupor, tiene movimientos toracoabdominales paradójicos, ausencia de

---

<sup>25</sup> HERNANDEZ. A. Elizabeth. Et. All. Enfermedades Respiratorias. (2002). Manual Moderno. México. D.F. P. 318

sibilancias y bradicardia por hipoxemia esta en riesgo inminente de paro respiratorio por lo que se debe intubar y brindar apoyo ventilatorio.<sup>26</sup>

## **DIAGNOSTICO**

El diagnostico del asma se establece básicamente por la historia clínica y se confirma mediante las pruebas de función pulmonar (PFP), principalmente la espirometría. Sin embargo, en los niños el diagnostico se establece fundamentalmente por la clínica ya que en muchas ocasiones no se puedan realizar las (PFP) por que el paciente no coopera para el estudio.<sup>27</sup>

### Historia clínica

Es muy útil para establecer el diagnostico y clasificar la gravedad del asma por que ayuda a detectar los factores que predisponen su desarrollo y los factores que desencadenan las crisis; identifica los síntomas y signos; se conoce la evolución del padecimiento y la respuesta a los tratamientos previos. Además, la historia clínica permite descubrir otras patologías asociadas que pueden interferir en la respuesta al tratamiento.

### Pruebas de función pulmonar

Las PFP por lo general se llevan a acabo en niños mayores de 5 años de edad por que se requiere de la cooperación del paciente para realizar las maniobras.

El diagnostico de asma se confirma cuando se obtiene uno de los siguientes resultados:

- Incremento mayor de 15% en el FEV FEM, 20 min. después de haber inhalado un agonista adrenergico B2 de acción inmediata.
- Variabilidad del FEM mayor del 20%, entre la determinación matutina al despertar y 12 hrs. después.
- Disminución mayor de 15% en el FEM después de seis minutos de caminata o ejercicio.

### Espirometría

Es la prueba de elección para confirmar el diagnostico y se realiza con un aparato llamado espirómetro. Este estudio permite medir:

- Capacidad vital forzada (FVC) En los pacientes con asma moderada y grave esta reducida por el atropamiento de aire que dificulta la ventilación hasta niveles normales.
- Volumen espiratorio forzado del primer segundo (FEV1)
- Relación FEC1/CFV
- Flujo respiratorio máximo (FEM)
- Flujo respiratorio forzado entre 25 y 75% de la FVC (FEF25-75)

---

<sup>26</sup> SALAS. Máx. (1981). Síndromes Pediátricos. Mc Graw-Hill 2ª Ed. México. D.F. P. 267

<sup>27</sup> HERNANDEZ. A. Elizabeth. Et. All. Enfermedades Respiratorias. (2002). Manual Moderno. México. D.F. P. 320-322

El estudio se realiza en dos fases, primero se determinan los valores basales antes de la administración del broncodilatador y se repite 20 min. Después de administrar el medicamento.

#### Flujometria

Se realiza con un aparato portátil llamado medidor de flujo máximo o flujo metro, que mide el flujo espirado máximo (FEM) durante una respiración forzada.

Refleja principalmente la obstrucción de la vía aérea central y tiene el inconveniente de dar un registro normal aun cuando el paciente presenta obstrucción importante en las vías aéreas pequeñas. El procedimiento se realiza en tres ocasiones y se elige el mayor FEM alcanzado.

#### Pruebas de alergias

Se realizan por pruebas in vivo o in Vitro, las primeras son a través de las pruebas cutáneas, los alérgenos empleados con mayor frecuencia son los ácaros del polvo casero, el polen del pasto, caspa de animales, hongos intradomiciliarios y alimentos; es importante tomar medidas preventivas ante la posibilidad de una reacción anafiláctica. La determinación in Vitro de IgE específica contra algún alérgeno se hace por métodos de radioinmunoanálisis o inmunofluorescencia.

#### Estudios de imágenes y laboratorios

Estos son útiles para definir si se trata de asma alérgica, detecta enfermedades asociadas y establece diagnósticos diferenciales.

#### Radiografías de tórax

En algunos casos se observan signos de atrapamiento de aire como hiperlucidez pulmonar, horizontalización de los arcos costales, aumento de los espacios intercostales, abatimiento de hemidiafragmas, el mediastino alargado y aumento del espacio retroesternal.

#### Detección de eosinofilia

Frecuentemente la biometría hematina muestra eosinofilia en los pacientes con asma alérgica y no alérgica; existen otras causas que elevan estas células y deben diferenciarse del asma.

#### Determinación de ige

Los niveles sericos aumentan en 50 a 60% de los pacientes alérgicos.

#### Estudio citológico de esputo

En las secreciones bronquiales del paciente asmático se pueden identificar eosinofilos.

## TRATAMIENTO

La terapéutica del asma esta orientada a controlar la inflamación, revertir la bronco constricción y evitar la remodelación de la vida aérea, para mejorar la calidad del paciente.

El tratamiento integral incluye:<sup>28</sup>

- Evaluación clínica y estimación de la severidad del asma.
- Terapéutica inicial
- Terapia continua para pacientes con respuesta pobre el tratamiento inicial.
- Educación del paciente y los familiares en relación con la enfermedad y su tratamiento
- Control ambiental.
- Inmunoterapia cuando esta indicada.

### Evaluación clínica

Se debe realizar una historia clínica y exploración física inmediata cuando el paciente llega al departamento de urgencias para reconocer en forma oportuna de que tipo de crisis asmática se trata. Se debe realizar un interrogatorio detallado enfocado a los aspectos relacionados con el asma, como la forma de inicio y duración de los síntomas, la presencia de síntomas nocturnos y/o recurrentes, se debe tomar estudios de laboratorio iniciales para identificar condiciones patológicas que identifiquen el tratamiento de la crisis asmática, se debe tomar una biometría hemática en aquellos pacientes que se sospeche una neumonía.

### Terapéutica inicial

Se debe iniciar un tratamiento temprano y apropiado basado en una historia apropiada y una rápida exploración física

- Administración del oxígeno

Se recomienda administra oxígeno para la mayoría de los pacientes por cánula nasal o mascarilla, se debe ajustar la fracción inspirada de oxígeno para mantener una saturación de oxígeno mayor de 90%, la saturación de oxígeno se debe monitorizar hasta que haya una respuesta clara al tratamiento con broncodilatador y se puede mantener una saturación de oxígeno por arriba de 95% al aire ambiente.

- Broncodilatadores

Son la piedra angular en el tratamiento de la crisis asmática que revierten la obstrucción de las vías aéreas por relajación del músculo liso bronquial.

- B2 Agonistas

Su acción principal es producir bronco dilatación el estimular los receptores adrenergicos del músculo liso bronquial; también inhiben la

---

<sup>28</sup> VAZQUEZ. G. Ruben. Et. All. Tratamiento de las crisis asmáticas en niños. Vol 13, No 3 Septiembre-Diciembre 2004 P. 113

liberación de mediadores de la inflamación de los mastocitos, disminuye la permeabilidad micro vascular e incrementa el transporte mucociliar.

Existen agonistas adrenergicos de acción corta y de acción prolongada. Los agonistas de acción corta son los más empleados como el salbutamol y la terbutalina, normalmente inician su acción en 3 a 10 min., alcanzan su efecto máximo en 1 a 2 hrs. y su duración es de 4 a 6hrs. Por su acción rápida están indicados para el manejo de la exacerbación de los síntomas o crisis asmáticos, y también se administran para prevenir la bronco constricción inducida por el ejercicio. La dosis sugerida en niños de salbutamol para nebulizaciones en el departamento de urgencias del INP es una dosis mínima de 2.5 mg. Pero se puede calcular por Kg. de peso a 0.15 mg/Kg. sin pasar de 5 mg por dosis cada 20 min. Por 3 dosis o en nebulización continua a 10 a 15 mg/Kg. (0.5 mg/Kg./h) de preferencia nebulizado con oxígeno a flujo libre de 6 a 8 lt por minuto, y se debe diluir con un mínimo de 4 ml de solución salina.

En cuanto a los agonistas de acción rápida estos los fármacos mas utilizados son el salmeterol y el formoterol; el ultimo tiene un inicio de acción rápida (5 min.) a diferencia del primero que es mas lento, ambos producen bronco dilatación por mas de 12hrs. Están indicados para el control de los síntomas nocturnos y para el asma inducida por el ejercicio.

- Anticolinergicos

El ipratropio es un antagonista competitivo de los recetores colinergicos muscarinicos, produce bronco dilatación. Se administra por vía inhalada, se absorbe poco y actúa localmente, su inicio de acción es lento, su efecto máximo se alcanza 30-60 min. Después de su aplicación y su efecto dura de 4 a 5hrs. Los anticolinergicos, especialmente el bromuro de ipratopio, deben ser considerados como terapia combinada junto con agonistas de acción corta en las crisis asmáticas moderadas a severas. En niños se recomienda una dosis inicial de 0.25 mg (0.5 ml) en < de 40 Kg. y de 0.5 mg (1 ml) en > de 40 Kg. cada 20 min. Por 3 dosis, y la dosis de mantenimiento en < de 40 Kg. es de 0.25 mg y en > de 40 Kg. de 0.5 mg cada 2 a 4 hrs. nebulizado solo o combinado con salbutamol.

- Esteroides sistémicos

Son los medicamentos de elección por ser los antiinflamatorios mas potentes disminuyen la hiperreactividad bronquial, mejora la función pulmonar, reduce los síntomas y disminuye la crisis. Se ha observado que la administración de los esteroides inhalados en etapas tempranas de la enfermedad mejora más la función pulmonar que cuando se emplean en forma tardía; sin embargo cuando ya existe remodelación de la vía aérea no son capaces de normalizar la función pulmonar y la hiperreactividad bronquial. Las dosis recomendadas son: metilprednisolona o prednisona a 1mg/Kg./ cada 6hrs en las primeras 48hrs posteriormente 1 a 2 mg/Kg./día (dosis máxima de 60 mg/día) dividida en dos dosis alrededor de 3 a 10 días de tratamiento.

### Educación

La educación es fundamental para el éxito del tratamiento, se debe explicar al paciente y sus familiares sobre las características de la enfermedad; la convivencia del tratamiento a largo plazo; los factores que desencadenan los síntomas y como evitarlos; el efecto de los diferentes medicamentos y en que momento deben emplearse. Los familiares deben comprender el plan de manejo, realizar la técnica adecuada al utilizar los inhaladores, cámaras espaciadoras y el flujometro, detectar el inicio de una crisis y saber actuar en consecuencia.

### Control ambiental

La mayor parte de los contaminantes ambientales que afectan al paciente asmático son intramuros, principalmente en los sitios donde permanece mayor tiempo como el hogar, la escuela o guardería.

Es recomendable evitar las alfombras, tapetes y muñecos de peluche; lavar con frecuencia sábanas, cobijas y cortinas; utilizar cubiertas impermeables en almohadas y colchones; no utilizar cobijas de lana o afelpadas; mantener limpios de polvo los armarios y libreros; prescindir de gatos, perros, conejos y aves; evitar la exposición al humo del tabaco y a la humedad. No emplear cloro para la limpieza de los pisos ni utilizar pinturas solventes en presencia del niño. Evitar las flores y plantas que afecten al paciente.

### Inmunoterapia

Esta modalidad de tratamiento se recomienda para los niños asmáticos cuando:

- Hay una clara evidencia de la relación entre los síntomas y la exposición a un alérgeno inevitable.
- Los síntomas ocurren durante todo el año o gran parte del año.
- Es difícil controlar los síntomas con el manejo médico porque se requieren múltiples medicamentos, el tratamiento no es efectivo o el niño no tolera los medicamentos.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> HERNANDEZ. A. Elizabeth. Et. All. Enfermedades Respiratorias. (2002). Manual Moderno. México. D.F. P. 335

## V METODOLOGIA

### 5.1 SELECCIÓN DEL CASO

Para la realización del presente estudio de caso como primer paso se selecciono al paciente el cual se trato de una lactante mayor con alteración en la necesidad de oxigenación causada por una crisis asmática, basándome en la Filosofía de Virginia Henderson y a través de las etapas del proceso enfermero valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación se lograron identificar y jerarquizar las necesidades alteras en la paciente. Así mismo se realizo una búsqueda bibliográfica, apoyándome en revistas, paginas de Internet y artículos todo esto con la finalidad de conocer más acerca de la alteración de la paciente.

Para la realización de la valoración se contó con un instrumento diseñado para detectar las principales necesidades alteradas en la paciente, el cual fue proporcionado por el área de enseñanza. En dicho instrumento se realizo una valoración general y para ello fue necesario apoyarme tanto de las fuentes primarias como de las secundarias así como del interrogatorio y de la exploración física aplicando cada una de sus técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Una vez detectadas las necesidades alteradas en la paciente y con la información obtenida durante las valoraciones se formo un base de datos en la cual se jerarquizaron las necesidades alteradas, se detectaron manifestaciones de dependencia e independecia y a través de esto se lograron estructurar los diagnósticos de enfermería pertinentes para así desarrollar posteriormente el plan de intervenciones que ayudo a restablecer el buen estado de salud de la paciente minimizando sus datos de dependencia.

## VI PRESENTACION DEL CASO

### 6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre. P.R.J
- Edad. 4 9/12
- Sexo. Femenino
- Fecha de nacimiento. 21-01-02
- Domicilio. Aztecas Mz 12 Col. Ajusco Coyoacan D.F.
- Teléfono. 57399874
- Diagnostico medico. Crisis asmática.

### 6.2 DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

La paciente inicia su padecimiento el día 28-10-06 con datos de hipertermia no cuantificada y accesos de tos seca, por lo cual los padres deciden darle 2 ml de paracetamol v.o cada 6 horas con esto la fiebre cede pero solo de manera parcial.

Para el día 30-10-06 la paciente presenta datos de dificultad respiratoria por lo cual los padres deciden llevarla con un medico particular y es ahí donde se les sugiere trasladarla al INP.

El día 30-10-06 ingresa paciente femenina al INP con fiebre persistente de 38.5 grados, tos productiva cianozante y emetizante, con retracción xifoidea, tiraje intercostal, cianosis, polipnea, aleteo nasal y disociación toraco abdominal. Los signos vitales se encuentran alterados manteniendo F.C. 148 lpm, F.R. 69 pm, T/A 199/60 mm/Hg. En lo ventilatorio se auscultan estertores gruesos bilaterales, rudeza respiratoria, sibilancias difusas a la espiración y mal manejo de secreciones, con una saturación de 83% con aporte de oxígeno y 73% sin aporte de oxígeno. Es atendida en el servicio de urgencias donde se inicia el tratamiento manteniendo un acceso venoso periférico, ayuno, nebulizador continuo al 100%, nebulizaciones con salbutamol 3 dosis, posteriormente quedan con un horario de cada 4 horas, se aspiran secreciones posterior a la fisioterapia pulmonar.

### 6.3 ANTECEDENTES GENERALES

**AFNP.** La familia habita una vivienda rentada que consta de una sola habitación en la cual duermen todos los integrantes de la familia, construida de mampostería, paredes de tabique, techo de losa y piso de cemento, dentro de esta misma área se encuentra la cocina, el baño se encuentra afuera de la habitación y es compartido con otras tres familias. Cuenta con servicios intradomiciliarios tales como agua, luz y drenaje.

**AFP.** Madre de 24 años de edad, primaria incompleta solo cursa hasta el 4º año, trabaja vendiendo artesanías en la calle, G II partos eutocicos normo evolutivos, alcoholismo, tabaquismo y otras enfermedades de importancia interrogadas y negadas, aparentemente sana.

Padre de 28 años de edad, primaria completa, trabajo como vendedor de artesanías en la calle, tabaquismo y alcoholismo ocasional, toxicomanías y enfermedades de importancia interrogadas y negadas, aparentemente sano.

Hermana de 6 años de edad, no asiste a la escuela, cuenta con esquema completo de vacunación para la edad, niega enfermedades exantemáticas de la piel, aparentemente sana.

**APNP.** Es alimentada con seno materno hasta el año cuatro meses de edad, se ablacta a los 8 meses iniciando con frutas y verduras, al año de edad es integrada a la dieta familiar con cereales, leguminosas, huevo, carnes rojas, pollo y atún. Realiza baño cada tercer día con cambio de ropa, no acostumbra el cepillado de dientes, cuenta con esquema de vacunación completo para la edad.

**APP.** Se niegan enfermedades exantemáticas de la piel, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, transfusiones y alergias tanto a alimentos como a medicamentos. Según los padres este es el primer evento de crisis asmática que presenta la niña ya que anteriormente solo había presentado algunos resfriados.

## VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 7.1 VALORACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA (30-OCTUBRE-06)

- **Oxigenación.**

A la exploración física se encuentra a la paciente con ligera palidez de tegumentos, diaforesis profusa, acrocianosis y ligera cianosis peribucal. Con signos vitales alterados F.R 60 pm, F.C. 148 lpm, T/A 96/71 mm/Hg. En lo ventilatorio presenta datos de dificultad respiratoria tales como aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco abdominal, con estertores en ambas bases pulmonares, sibilancias espiratorias en base pulmonar derecha, y cuenta con apoyo ventilatorio mediante nebulizador continuo al 100%. Manejando una saturación de 80% sin aporte de oxígeno.

Se toma una gasometría arterial obteniendo los siguientes resultados:

Ph	7.42
PO2	57.2
PCO2	33.7
HCO3	21.6
CO2	32.6
NA	134
K	4.08

En cuantos a los estudios de gabinete se toma una placa de tórax la cual revela infiltrado parahiliar derecho.

- **Alimentación.**

A la exploración física se encuentra paciente con piel semihidratada y humectada, se observan lesiones dermicas circulares y descamativas en tórax, abdomen y brazo derecho a nivel axilar, cavidad oral integra, se observa faringe hiperemica con descarga hialina abundante. A la exploración permanece en ayuno y se instala un acceso venoso periférico para iniciar soluciones calculadas, a la palpación se encuentra abdomen blando depresible no doloroso no se palpan megalias, presencia de ruidos peristálticos normales. Con un peso de 20 Kg., talla de 1.10 cm.

- **Eliminación.**

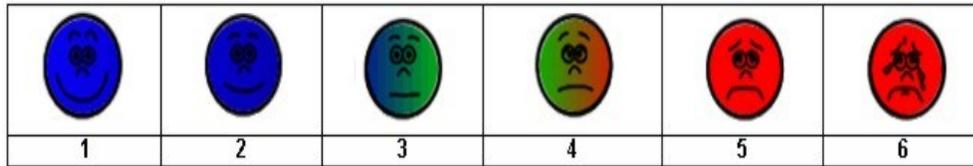
A la exploración física se encuentran genitales fenotípicamente normales de acuerdo a edad y sexo, sin presencia de flujo o secreción. Se observa diaforesis profusa, con diuresis espontánea.

- **Termorregulación.**

A la exploración física se encuentra paciente con hipertermia de 38.5 grados piel caliente con presencia de escalofríos y diaforética.

- **Reposo y Sueño.**

A la exploración física se encuentra paciente irritable al manejo, lloroncita con facies de dolor en un grado 4 según la escala del dolor. Con movimientos simétricos y pupilas normorreflecticas.



- **Vestido e Higiene.**

A la exploración física se observa paciente desalineada con deficiencia en cuanto a la higiene personal ya que la ropa que viste esta sucia y desgastada se observan uñas ligeramente largas y sucias al igual que las manos, pies, cuello y cabeza, con presencia de caries en 1er molar superior derecho, ya que no lleva a cabo la técnica de cepillado de dientes. Para satisfacer su necesidad le es brindada una bata proporcionada por el instituto.

- **Movimiento y Postura.**

A la exploración física se encuentra a la paciente reposando en cama en posición de semifowler para mejorar su oxigenacion, se observan extremidades tanto superiores como inferiores simétricas con adecuado tono y fuerza muscular.

- **Comunicación.**

A la exploración física se encuentra a la paciente un poco irritable al manejo con adecuada respuesta a estímulos físicos, verbales y sonoros. Con lenguaje adecuado para su edad.

- **Recreación.**

A la exploración física se encuentra con estado de ánimo decaído pero los padres refieren que es una niña sociable y alegre, que convive con su hermana y algunos amigos.

- **Creencias y valores.**

Los padres son creyentes de la religión católica y de igual manera les gustaría que su hija lo fuera, aunque mencionan no acostumbrar asistir a misa con mucha frecuencia si cuentan con ciertas imágenes religiosas en su casa.

- **Aprendizaje.**

Se trata de paciente escolar que no acude a la escuela por los bajos recursos de los padres.

- **Seguridad y Protección.**

A la exploración física se encuentra a la paciente reposando en cama con los barandales arriba, en posición de semifowler con su nebulizador continuo al 100%, se aspiran secreciones en abundante cantidad verdes

espesas, se brinda fisioterapia pulmonar y se ministran los medicamentos y se brindan los cuidados necesarios.

- **Realización.**

A la entrevista los padres comentan que esperan un mejor futuro para su hija fuera de las calles, la consideran una niña alegre y amistosa con la demás gente.

**NECESIDADES ALTERADAS E INTERACCION CON OTRAS  
NECESIDADES  
30-OCTUBRE-06**

NECESIDAD ALTERADA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
OXIGENACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad respiratoria</li> <li>• Acrocianosis y cianosis peribucal.</li> <li>• Mal manejo de secreciones</li> <li>• Aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco abdominal,</li> <li>• Estertores basales</li> <li>• Sibilancias espiratorias</li> <li>• Saturación de 80%.</li> </ul>

**INTERACCION CON OTRAS NECESIDADES**

NECESIDAD ALTERADA	RELACION CON OTRAS NECESIDADES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
OXIGENACION	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuno</li> <li>• Faringe hiperemica</li> </ul>
	Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreciones en vía aérea</li> <li>• Estertores y sibilancias pulmonares</li> </ul>
	Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para la eliminación de secreciones</li> <li>• Diaforesis profusa</li> </ul>
	Movimiento y postura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposo en cama</li> <li>• Dificultad para la movilización</li> </ul>
	Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor torácico</li> <li>• Accesos de tos</li> </ul>

NECESIDAD ALTERADA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
TERMORREGULACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia 38.5 grados</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Piel caliente</li> </ul>

#### INTERACCION CON OTRAS NECESIDADES

NECESIDAD ALTERADA	RELACION CON OTRAS NECESIDADES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
TERMORREGULACION	Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diaforesis</li> </ul>
	Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad respiratoria</li> <li>• Saturaciones por debajo de 80%</li> </ul>

NECESIDAD ALTERADA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposo en cama</li> <li>• Dolor torácico</li> <li>• Somnolencia</li> <li>• Irritabilidad al manejo</li> </ul>

#### INTERACCION CON OTRAS NECESIDADES

NECESIDAD ALTERADA	RELACION CON OTRAS NECESIDADES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
DESCANSO Y SUEÑO	Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor torácico</li> <li>• Datos de dificultad respiratoria</li> <li>• Accesos de tos</li> </ul>
	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia</li> <li>• Diaforesis</li> </ul>
	Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal manejo de secreciones</li> </ul>

#### JERARQUIZACION DE NECESIDADES 30-OCTUBRE-06

Necesidad	Grado		Causas de dificultad			Interacción con otras necesidades		Nivel de dependencia						
	Ind	Dep	F.F	F.C	F.V	SI	NO	0	1	2	3	4	5	
Oxigenación		X	X			X								X
Termorregulación		X	X			X								X
Descanso y sueño		X	X			X				X				

## 7.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA 30-OCTUBRE-06

Necesidad alterada	Diagnósticos	Fecha de resolución del diagnostico
Oxigenación	<p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c retención de CO2 m/p acidosis respiratoria</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c retención de secreciones m/p presencia de estertores basales bilaterales.</p>	<p>01-nov</p> <p>06-nov</p>
Termorregulación	Alteración de la temperatura corporal r/c reacción inflamatoria de la mucosa de la vía aérea m/p hipertermia de 38.5 grados, escalofríos y diaforesis	01-nov
Descanso y sueño	Dolor torácico agudo r/c espasmo muscular y accesos de tos seca m/p irritabilidad y llanto.	03-nov

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION  
30-OCTUBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Deterioro del intercambio gaseoso r/c retención de CO2 m/p acrocianosis y cianosis peribucal.	
<b>OBJETIVO</b> Favorecer la eliminación de CO2 en la paciente mejorando el intercambio gaseoso a través de la hiperventilación como medida terapéutica.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la vía aérea permeable a través de medidas de higiene bronquial por medio de la aspiración de secreciones cada que la paciente lo requiera.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y evaluar las determinaciones de los gases arteriales una vez por turno e informar cuando sobrepasen la línea de referencia manteniendo los niveles de CO2 entre 20 y 25.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las medidas de higiene bronquial abren las vías aéreas obstruidas para mejorar la ventilación y ayudar al sistema ya comprometido limpiándolo al tiempo que conserva las reservas de oxígeno.</li> <li>• Las evaluaciones de los GA son la única forma fidedigna de valorar la oxigenación y estado de CO2 del paciente.</li> </ul>
<b>EVALUACION</b> La paciente mejoro el nivel de intercambio gaseoso de manera lenta pero efectiva ya que poco a poco fueron disminuyendo los niveles de CO2 en sangre así como los datos de hipoxemia. Pasando de un nivel 5 al 3.	

30

<sup>30</sup> HOLLOWAY. M. Nancy. (1990). Planes de cuidados en Enfermería Medico-Quirúrgicos. Doyma. Barcelona España. P.414-416

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION  
30-OCTUBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c retención de secreciones m/p presencia de estertores básales bilaterales.	
<b>OBJETIVO</b> La paciente permanecerá libre de secreciones manteniendo la vía aérea permeable, logrando manejar y eliminar eficazmente las secreciones pulmonares en un lapso no mayor a 24 hrs.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultar los campos pulmonares y anotar el tipo de sonido pulmonar cada hora.</li> <li>• Mantener un adecuado estado de hidratación en la paciente ofreciendo pequeños sorbos de agua.</li> <li>• Mantener la humedad de la vía aérea mediante el nebulizador continuo al 100%</li> <li>• Realizar de manera conjunta con los padres las técnicas de fisioterapia pulmonar aplicando sus dos variantes previo a la aspiración de secreciones.</li> <li>• Percusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La auscultación permite identificar ruidos pulmonares normales y anómalos, esto implica escuchar el movimiento del aire a través de todo el campo pulmonar anterior, posterior y lateral.</li> <li>• El mantenimiento de la correcta hidratación sistémica mantiene la normalidad de la aclaración muco ciliar, ya que los líquidos ayudan a disolver las secreciones y facilitan su eliminación.</li> <li>• El aire u oxígeno con una alta humedad relativa mantiene húmedas las vías respiratorias y ayuda a desprender y movilizar las secreciones pulmonares.</li> <li>• La fisioterapia es un grupo de terapias usadas en combinación para movilizar las secreciones pulmonares.</li> <li>• La percusión sobre la pared del tórax envía ondas de diferente amplitud y frecuencia a través del tórax lo que</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vibración</li> <li>• Brindar cambios frecuentes de posición durante el turno.</li> <li>• Realizar la aspiración gentil de secreciones naso y oro faríngeas valorando la frecuencia mediante la auscultación de los campos pulmonares.</li> <li>• Reforzar la importancia de llevar a cabo la técnica correcta de tos y la respiración profunda.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministrar junto con el personal de inhaloterapia las nebulizaciones indicadas con:</li> <li>• Salbutamol cada 2 hrs.</li> </ul>	<p>cambia la consistencia y localización del esputo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La vibración es una presión suave que se aplica sacudiendo la pared torácica, estas técnicas aumentan la velocidad y turbulencia del aire espirado facilitando la eliminación de secreciones.</li> <li>• Los cambios frecuentes de postura son métodos simples y efectivos para reducir el riesgo de estasis de la secreción pulmonar y de disminución de la expansión de la pared torácica.</li> <li>• La aspiración de secreciones se usa cuando el paciente es incapaz de eliminar las secreciones expectorando o tragando y la frecuencia de la aspiración esta determinada por la valoración y las necesidades de cada paciente, ya que el esputo es la respuesta a una condición patológica y no se produce de manera continúa cada hora.</li> <li>• Tanto la los ejercicios respiratorios como la tos efectiva mantienen las vías aéreas permeables y relajan la musculatura disminuyendo así los niveles de dolor al hacer menos esfuerzo para expectorar las secreciones.</li> <li>• La humedad agregada al sistema respiratorio por medio de la nebulización mejora la aclaración de las secreciones pulmonares.</li> <li>• El salbutamol estimula los receptores beta adrenergicos de los pulmones, provocando la relajación de los músculos y permitiendo que las vías respiratorias de los</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flixotide cada 4 horas.</li> </ul>	<p>pulmones se abran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El flixotide tiene un efecto anti inflamatorio en los pulmones.</li> </ul>
<p><b>EVALUACION</b>  La paciente permaneció con la vía aérea permeable después de las intervenciones realizadas ya que las secreciones fueron disminuyendo paulatinamente tanto en cantidad como en consistencia, facilitándosele la expectoración pasando de un nivel 5 de dependencia al 3.</p>	

31

---

<sup>31</sup> CARPENITO. J. Lynda. 81994). Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill 1ª Edición, México, D.F. P. 631-642

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE TERMORREGULACION  
30-OCTUBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Alteración de la temperatura corporal r/c reacción inflamatoria de la mucosa de la vía aérea m/p hipertermia de 38.5 grados, escalofríos y diaforesis	
<b>OBJETIVO</b> Disminuir la temperatura corporal de la paciente mediante la aplicación de medios físicos y químicos en un lapso no mayor a 1 hr.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir y registrar cada hora la temperatura corporal de la paciente realizando la curva térmica.</li> <li>•</li> <li>• Implementar medidas físicas para el control de la temperatura corporal, como la aplicación de compresas húmedas.</li> <li>• Tratar de disminuir al máximo la cantidad de ropa que viste la paciente incluyendo la ropa de cama.</li> <li>• Ayudar al familiar a brindar un baño de agua templada.</li> <li>• Tratar de limitar la actividad física y aumentar los periodos de descanso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El registro continuo y la grafica de la curva térmica permite al personal de enfermería evaluar la temperatura corporal y nos indica si las medidas tomadas tienen éxito o no.</li> <li>• Estas medidas se llevan a cabo a cabo para controlar la hipertermia corporal ya que es necesario disminuir el metabolismo y el consumo de oxígeno.</li> <li>• El contacto de la ropa con la piel implica aumento en la temperatura corporal, con esto se pretende fomentar la perdida de calor a través de la conducción y la conveccion.</li> <li>• Mediante esta Intervención se pretende fomentar la perdida de calor a través de la evaporación.</li> <li>• La actividad física y el estrés en los pacientes hipertermicos aumentan aun mas la tasa metabólica contribuyendo a la producción de calor.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un adecuado estado de hidratación en la paciente aumentando los sorbos de agua de preferencia templada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un aporte extra de líquidos refresca a la paciente favoreciendo la pérdida de calor, así mismo se pretende reemplazar los líquidos perdidos a través de la sudoración.</li> </ul>
<p><b>EVALUACION</b>  La paciente permaneció eutermica después de las intervenciones llevadas a cabo registrando solamente temperaturas que iban de 36.5 a 37 grados sin presentar picos febriles bajando del nivel 5 al 1.</p>	

32

---

<sup>32</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería. Vol II. España. Ed. Harcourt/Océano P. 699

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO  
30-OCTUBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Dolor toracico agudo r/c espasmo muscular y accesos de tos seca m/p irritabilidad y llanto.	
<b>OBJETIVO</b> Brindar un grado de confort a la paciente para lograr disminuir su nivel de dolor y ansiedad durante su estancia hospitalaria.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar y realizar junto con los familiares intervenciones no farmacológicas encaminadas al alivio del dolor incluyendo diversas técnicas como lo son:</li> <li>• Imaginación</li> <li>• Distracción</li> <li>• Música</li> <li>• Estimulación cutánea.</li> <li>• Enseñar a los familiares y ayudar a la paciente a realizar ejercicios de tos y respiración correcta cada 4 horas, tomando en cuenta la técnica que consiste en tres pasos</li> <li>• Inspiración profunda</li> <li>• Cierre de la glotis y contracción de los músculos espiratorios</li> <li>• Apertura de la glotis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen ciertas medidas que pueden ayudar a mitigar el dolor impidiendo la llegada de los estímulos dolorosos a los centros cerebrales superiores actuando como distractores, disminuyendo así el estrés y la ansiedad al desviar la atención del paciente lejos del dolor y se crea a si una respuesta de relajación.</li> <li>• Los ejercicios respiratorios ayudan a fluidificar las secreciones y favorecen la tos más efectiva. La tos es efectiva para mantener las vías respiratorias permeables permitiendo eliminar secreciones de las vías respiratorias bajas y altas.</li> <li>• La inspiración aumenta el volumen pulmonar y el diámetro de las vías respiratorias, lo que permite que el aire pase a través de los tapones mucosos.</li> <li>• La contracción de los músculos espiratorios contra la glotis cerrada hace que se desarrolle una alta presión intra torácica.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar en lo posible a la paciente a moverse manteniéndola en una posición cómoda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se abre la glotis se expulsa un flujo de aire a mucha velocidad, lo que proporciona el momento de fuerza para que el moco se traslade a las vías respiratorias superiores en donde se puede expectorar.</li> <li>• La movilización asistida disminuye en un alto grado el dolor de la paciente ya que esta realiza un menor esfuerzo.</li> </ul>
<p><b>EVALUACION</b>  La paciente mostró un gran avance en el manejo del dolor ya que este cedió de manera gradual durante los días que estuvo hospitalizada, encontrándose a la paciente mucho más tranquila y relajada. Pasando gradualmente de un nivel de dependencia 2 al 1.</p>	

33

<sup>33</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería. Vol II. España. Ed. Harcourt/Océano P. 1304

- Valoración focalizada 01-11-06

A la exploración física se encuentra paciente con ligera palidez de tegumentos somnolienta y decaída con respuesta a estímulos, con facies de cansancio ojeras ligeramente marcadas, presenta datos de dificultad respiratoria polipneica, con disociación toraco abdominal y tiraje intercostal, febril, presenta accesos de tos seca no cianozante ni disneizante, se observa ligera cianosis peri bucal.

En lo ventilatorio se encuentran campos pulmonares con estertores bilaterales basales aumentados es hemitorax izquierdo con rudeza respiratoria, se auscultan sibilancias en hemitorax derecho a la espiración la cual disminuye después de las nebulizaciones con salbutamol. Se brinda fisioterapia pulmonar y se aspiran abundantes secreciones blancas, espesas después de las micronebulizaciones. Mantiene una saturación de 90% con aporte de oxigeno y 80% sin aporte de oxigeno. Permanece con los siguientes signos vitales:

Frecuencia cardiaca	119
Frecuencia respiratoria	50
Presión arterial	86/54 (67)
Temperatura	38.5

El tratamiento incluye ayuno, sol. Calculadas, nebulizador continuo al 60%, metilprednisolona 5.5 mg I.V c/6 hrs., claritromicina 85 mg I.V c/12 hrs. y micronebulizaciones con salbutamol cada 2 hrs.

**NECESIDADES ALTERADAS  
01-NOVIEMBRE-06**

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
OXIGENACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polipnea</li> <li>• Disociación toraco abdominal.</li> <li>• Tiraje intercostal</li> <li>• Accesos de tos seca</li> <li>• Cianosis peribucal</li> <li>• Estertores basales bilaterales</li> <li>• Rudeza respiratoria y sibilancias</li> <li>• Secreciones blancas y espesas</li> <li>• Saturación de 80%</li> </ul>
DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somnolencia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decaída</li> <li>• Ojeras</li> <li>• Facies de cansancio</li> </ul>
--	--

**JERARQUIZACION DE NECESIDADES**  
01-NOVIEMBRE-06

Necesidad	Grado		Causas de dificultad			Interacción con otras necesidades		Nivel de dependencia						
	Ind	Dep	F.F	F.C	F.V	SI	NO	0	1	2	3	4	5	
OXIGENACION		X	X			X								X
DESCANSO Y SUEÑO		X	X			X						X		

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**  
01-NOVIEMBRE-06

Necesidad	Diagnósticos	Fecha de resolución del diagnostico
OXIGENACION	<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c estrechamiento bronquial m/p aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco abdominal y tiraje intercostal.</p> <p>Alteración del intercambio gaseoso r/c secreciones pulmonares blancas m/p estertores crepitantes bilaterales a la auscultación.</p>	06-nov
DESCANSO Y SUEÑO	Alteración del patrón sueño vigilia r/c malestar físico por esfuerzo respiratorio m/p somnolencia y fatiga.	Sin resolver

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION  
01-NOVIEMBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Patrón respiratorio ineficaz r/c estrechamiento bronquial m/p aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco abdominal y tiraje intercostal.	
<b>OBJETIVO</b> La paciente mostrara incremento en sus niveles de oxigenación manteniendo saturaciones por arriba del 90% disminuyendo de esta manera el esfuerzo respiratorio en un lapso no mayor a 48 horas.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultar los campos pulmonares cada hora iniciando en el vértice hasta llegar a las bases, haciendo comparaciones entre uno y otro hemitorax.</li> <li>• Mantener a la paciente en posición de semifowler por un tiempo no mayor a 2 hrs.</li> <li>• Mantener la monitorización continua de la paciente mediante un oxímetro de pulso, tratando de cambiar cada 2 horas el lugar del saturómetro.</li> <li>• Anotar y vigilar los datos de dificultad respiratoria que la paciente pudiera presentar durante el turno tales como</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La auscultación permite identificar ruidos pulmonares normales y anómalos, esto implica escuchar el movimiento del aire a través de todo el campo pulmonar anterior, posterior y lateral.</li> <li>• La posición más efectiva para un paciente con alteración en la oxigenación es la postura semifowler ya que utiliza la gravedad para ayudar a la expansión pulmonar y reducir la presión del abdomen sobre el diafragma.</li> <li>• La oximetría de pulso se utiliza para monitorizar de forma no invasiva el porcentaje de hemoglobina saturada con oxígeno.</li> <li>• Los cambios frecuentes del sensor permite la valoración integral por parte de la enfermera y evita trastornos de la integridad de la piel causada por el sensor.</li> <li>• Mediante esta valoración podemos identificar de manera temprana y oportuna datos de hipoxia, ya que la disnea</li> </ul>

<p>aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco abdominal y tiraje intercostal.</p> <p><b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar un aporte de oxígeno a la paciente mediante un nebulizador continuo al 100%.</li> </ul>	<p>es un signo clínico de hipoxia y se manifiesta como una dificultad respiratoria conceptualizada como la incapacidad de respirar con normalidad sin relación con alguna actividad o ejercicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La oxigenoterapia es un procedimiento en el cual se administra oxígeno con el fin de evitar y aliviar la hipoxia.</li> </ul>
<p><b>EVALUACION</b></p> <p>La paciente mejoro su patrón respiratorio disminuyendo de manera considerable los datos de dificultad respiratoria, logrando mantener saturaciones por arriba de 90% sin necesidad de aporte de oxígeno, pasando gradualmente de un nivel de dependencia 5 al 3 y finalmente en el 0.</p>	

34

<sup>34</sup> CARPENITO. J. Lynda. 81994). Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill 1ª Edición, México, D.F. P. 102-110

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION  
01-NOVIEMBRE-06

<p><b>DIAGNOSTICO</b> Alteración del intercambio gaseoso r/c secreciones blancas y espesas m/p presencia de estertores gruesos bilaterales a la auscultación.</p>	
<p><b>OBJETIVO</b> La paciente mantendrá la vía aérea permeable a través de la higiene bronquial, durante su estancia hospitalaria.</p>	
<p><b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACION</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultar los campos pulmonares cada hora junto con las demás constantes vitales, en busca de sonidos adventicios.</li> <li>• Controlar, anotar e informar los nuevos signos del estado respiratorio, tales como aumento o disminución de las secreciones, cambios en el color y consistencia y cambios en los sonidos respiratorios.</li> <li>• Brindar fisioterapia pulmonar una vez por turno, previo a la aspiración de secreciones, esta ultima cada vez que el paciente lo requiera.</li> <li>• Buscar signos y síntomas de atelectasia: disminución o ausencia de ruidos respiratorios, aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca esto por medio de la exploración física una vez iniciado el turno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta valoración nos permite evaluar la presencia de estertores y otras alteraciones a nivel pulmonar.</li> <li>• Esta valoración nos permite evaluar la presencia de estertores y otras alteraciones a nivel pulmonar así como a identificar signos de infección de manera temprana y oportuna para poder intervenir a tiempo.</li> <li>• La fisioterapia pulmonar facilita la movilización de secreciones pulmonares, mantiene abiertas las vías aéreas y promueve la expansión pulmonar y el intercambio gaseoso.</li> <li>• La inactividad puede producir retención de secreciones que pueden provocar una obstrucción o infección.</li> <li>• Los cambios en los ruidos respiratorios y a la percusión representan un aumento de la densidad del fluido pulmonar secundario a una acumulación de líquido.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la tos a través de ejercicios diafragmáticos para mejorar la higiene bronquial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La acumulación de las secreciones puede causar obstrucción de la vía aérea o predisponer al paciente a neumonías o atelectasias.</li> </ul>
<p><b>EVALUACION</b>  La paciente logro mantener la vía aérea permeable gracias a las intervenciones implementadas ya que las secreciones fueron disminuyendo de manera considerable, a la auscultación se encontraron campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores, pasando del nivel 5 al 2.</p>	

35

---

<sup>35</sup> CARPENITO. Op. Cit. P. 646

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO  
01-NOVIEMBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Alteración del patrón sueño vigilia r/c malestar físico por esfuerzo respiratorio m/p somnolencia y fatiga.	
<b>OBJETIVO</b> Proporcionar un medio óptimo para favorecer el descanso de la paciente durante su estancia hospitalaria.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar y establecer un patrón de sueño normal en los hábitos de sueño de la paciente estableciendo horarios para el descanso y sueño.</li> <li>• Tratar de controlar el entorno del área hospitalaria, como el ruido, la temperatura y la luz, con la finalidad de crear un medio tranquilo.</li> <li>• Permitir que la paciente logre descansar por lo menos 2 horas sin interrupción alguna, evitando en lo posible molestar y realizar ciertas actividades durante las horas de sueño, tales como aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar o ministración de medicamentos v.o. etc.</li> <li>• Mantener en lo posible a la paciente en una posición cómoda sugiriendo la posición de semi fowler.</li> <li>• Implementar medidas para controlar la tos, como por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mantener un plan de sueño consistente estableciendo horarios de sueño y vigilia ayudan al paciente a conciliar el sueño de una manera inducida.</li> <li>• Mediante estas medidas se logra favorecer un entorno propicio para el descanso y sueño.</li> <li>• Por lo general una persona tiene que complementar un ciclo de sueño entero (70 a 100 min) de cuatro a cinco veces para sentirse descansado.</li> <li>• El confort y la comodidad aumentan la relajación y el sueño, proporcionado a los pulmones más espacio para su expansión al reducirse la presión ascendente de los órganos abdominales.</li> <li>• Estas medidas ayudan a evitar la estimulación de la tos y</li> </ul>

ejemplo evitar dar agua fría antes de dormir.

la interrupción del sueño.

**EVALUACION**

Desafortunadamente a pesar de las medidas implementadas no se logro que la paciente descansara favorablemente ya que el entorno hospitalario no lo permitió, persistiendo la fatiga. No hubo cambio en el nivel de dependencia.

36

---

<sup>36</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería. Vol III. España. Ed. Harcourt/Océano P. 1320

- Valoración focalizada 06-11-06

A la exploración física se encuentra paciente despierta, decaída e hipo activa con facies de aburrimiento e indiferente a las actividades, con mucosa oral pálida y semihidratada, buena coloración de tegumentos, se le ha iniciado la vía oral con dieta blanda pero la paciente rehúsa comer tolerando parcialmente en un 30%, ya que presenta fatiga y agitación durante la ingesta de alimentos. Se valoran signos vitales dentro de parámetros normales:

Frecuencia cardiaca	100
Frecuencia respiratoria	32
Presión arterial	90/60
Temperatura	37

El tratamiento solo incluye nebulizador continuo 50% y micronebulizaciones con salbutamol cada 6 hrs.

NECESIDADES ALTERADAS  
06-NOVIEMBRE-06

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga durante la alimentación</li> <li>• Mucosa oral pálida y semihidratada.</li> <li>• Disminución en la ingesta de alimentos</li> </ul>
RECREACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facies de aburrimiento</li> <li>• Hipoactiva</li> </ul>

JERARQUIZACION DE NECESIDADES  
06-NOVIEMBRE-06

Necesidad	Grado		Causas de dificultad			Interacción con otras necesidades		Nivel de dependencia						
	Ind	Dep	F.F	F.C	F.V	SI	NO	0	1	2	3	4	5	
NUTRICION E HIDRATACION		X	X			X						X		
RECREACION		X				X			X					

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA  
06-NOVIEMBRE-06

Necesidad alterada	Diagnósticos	Fecha de resolución del diagnostico
NUTRICION E HIDRATAACION	<p>Déficit de la alimentación r/c fatiga durante la ingesta de los alimentos m/p ingesta menor a la requerida.</p> <p>Alteración de la mucosa oral r/c respiración oral y terapéutica de oxígeno m/p mucosa oral pálida y semihidratada.</p>	<p>07-nov</p> <p>Sin resolver</p>
RECREACION	Disminución de la actividad física y recreativa r/c reposo en cama y estancia hospitalaria m/p aburrimiento e indiferencia para participar en las actividades recreativas.	06-nov

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATAACION  
06-NOVIEMBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Déficit de la alimentación r/c fatiga durante la ingesta de los alimentos m/p ingesta menor a la requerida.	
<b>OBJETIVO</b> Aumentar de manera gradual la ingesta de alimentos vía oral de la paciente hasta que tolere el 100% de la dieta.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar el registro diario del peso y la talla de la paciente, realizándolo siempre a la misma hora, en ayuno y con la menor cantidad de ropa posible hasta el día de su egreso hospitalario.</li> <li>• Enseñar y ayudar a la paciente a probar pequeños bocados de comida y a descansar después de estos.</li> <li>• Evitar combinar los líquidos con la comida, así mismo limitarlos una hora antes de cada alimento.</li> <li>• Enseñar y reforzar la importancia de conservar una buena higiene bucal antes y después de cada comida.</li> <li>• Registrar cada unos de los alimentos que la paciente comió y bebió.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El registro diario y exacto de la somatometria nos permite contar con una valoración más exacta sobre el estado nutricional de la paciente.</li> <li>• El cansancio y la fatiga pueden reducir las ganas de comer.</li> <li>• Los líquidos en exceso pueden hiperextender el estomago reduciendo de esta manera la capacidad gástrica, el apetito y así mismo las comidas realizadas en un día.</li> <li>• La acumulación de partículas de alimentos en la boca puede contribuir a la aparición de malos sabores y olores, reduciendo de esta manera el apetito.</li> <li>• El registro exacto y el recuento calórico de los alimentos ingeridos es esencial para valorar el estado nutricional de la paciente.</li> </ul>

### **INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES**

- Proporcionar un medio agradable a la hora de los alimentos.
  - Mantener a la paciente con su aporte de oxígeno mediante nebulizador continuo al 50% a la hora de la comida.
  - Ofrecer pequeñas cantidades de comida de preferencia pedir una dieta blanda fraccionándolo en tercios.
- Estas medidas implementadas permiten la estimulación del apetito mediante un ambiente relajado y agradable.
  - El aporte directo de oxígeno reduce de manera considerable la sensación de fatiga y cansancio de la paciente al realizar sus comidas.
  - La distribución de la ingesta total calórica a lo largo del día permite aumentar la ingesta total diaria.

### **EVALUACION**

La paciente logro tolerar la vía oral casi en un 90% gracias a que los datos de dificultad respiratoria disminuyeron aumentando así mismo la concentración de oxígeno en la sangre. Pasando del nivel de dependencia 3 al 1.

37

---

<sup>37</sup> POTTER, Op. Cit. P. 1353

7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATAACION  
06-NOVIEMBRE-06

<b>DIAGNOSTICO</b> Alteración de la mucosa oral r/c respiración oral y terapéutica de oxígeno m/p mucosa oral pálida y semihidratada.	
<b>OBJETIVO</b> La paciente lograra aumentar el nivel de hidratación en la mucosa oral mediante las intervenciones implementadas antes de su egreso hospitalario.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar y ayudar a la paciente a realizar adecuadamente la técnica de cepillado dental.</li> <li>• Aclarar la boca frecuentemente (cada hora) con pequeños sorbos de agua.</li> <li>• Explicarle a la paciente la importancia y los beneficios de la respiración nasal.</li> <li>• Mantener un estado de hidratación óptimo mediante la ingesta oral ofreciendo pequeños tragos de agua.</li> <li>• Mantener lubricados los labios cada que sea necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la higiene bucal y realizar el cepillado de dientes después de cada comida favorece la eliminación y proliferación nociva de microorganismos, disminuyendo así el riesgo de infecciones.</li> <li>• La mucosa oral seca produce malestar y aumenta el riesgo de infecciones.</li> <li>• La respiración oral provoca perdida de la humedad en la mucosa oral.</li> <li>• La correcta hidratación permite fluidificar las secreciones e impide la sequedad de la mucosa oral.</li> <li>• La lubricación brindada a los labios sustituyen la humedad propia de estos y reducen la aparición de grietas.</li> </ul>
<b>EVALUACION</b> La paciente mostró cambios mínimos pero significativos ya que la mucosa oral se encontraba con mejor coloración e hidratación. Pasando de un nivel de dependencia 3 al 1.	

38

<sup>38</sup> CARPENITO. J. Lynda. 81994). Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill 1ª Edición, México, D.F. P. 111

**7.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE RECREACION  
06-NOVIEMBRE-06**

<b>DIAGNOSTICO</b> Disminución de la actividad física y recreativa r/c reposo en cama y estancia hospitalaria m/p aburrimiento e indiferencia para participar en las actividades recreativas.	
<b>OBJETIVO</b> La paciente se involucrara y participara en actividades recreativas implementadas por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.	
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar e implementar durante el turno actividades recreativas que no impliquen demasiado desgaste físico tales como lotería, rompecabezas, memoramas, etc.</li> <li>• Programar periodos de descanso entre una y otra actividad.</li> <li>• Ir aumentando de manera gradual las actividades conforme la paciente las acepte y tolere.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener el aporte de oxigeno mediante el nebulizador continuo al 50% mientras la paciente realiza algún tipo de actividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante estas estrategias se anima a la paciente a convivir con sus familiares y el personal de enfermería manteniéndola relajada, ocupada y divertida durante su estancia hospitalaria para que esta se le haga mas sencilla.</li> <li>• Mantener una respiración moderada mediante el ejercicio mejora la fuerza de los músculos accesorios y la función respiratoria permitiendo que la paciente tolera más fácilmente las actividades físicas y recreativas.</li> <li>• El suplemento de oxigeno aumenta los niveles circundantes de oxigeno en la sangre mejorando de esta manera la tolerancia a la actividad física.</li> </ul>
<b>EVALUACION</b> La paciente mostró cambios importantes ya que logro participar y tolerar las actividades recreativas junto con sus familiares y el personal de enfermería. Pasando del nivel 1 al 0.	

39

<sup>39</sup> CARPENITO. Op. Cit. P. 103

- Valoración del plan de alta 07-11-06

A la exploración física se encuentra paciente activa, reactiva con buena coloración e hidratación de tegumentos, mucosa oral semihidratada, afebril tolerando la vía oral con agrado

En lo ventilatorio se auscultan campos pulmonares ventilados con adecuada entrada y salida de aire, expansión pulmonar simétrica, sin datos de dificultad respiratoria o presencia de estertores. Signos vitales dentro de parámetros normales:

Frecuencia cardíaca	100
Frecuencia respiratoria	30
Tensión arterial	90/60
Temperatura	36.5

El tratamiento incluye sol, para vena permeable, nebulizador intermitente y se espera que sea dada de alta para continuar tratamiento en casa. Para esto se realiza un plan de alta encaminado a mejorar y controlar el estado de salud de la paciente.

## 7.4 PLAN DE ALTA

Es importante recordar que las personas con asma pueden llevar vidas activas y normales cuando se aprende a controlar su enfermedad. Pueden trabajar, jugar e ir a la escuela, solo es importante seguir estas recomendaciones:

1.- Explicar y educar a los padres y a la paciente acerca de los factores desencadenantes de una crisis asmática, tales como:

Irritantes. Humo, perfumes, limpiadores o detergentes, contaminación ambiental.

Alergenos. Polen, polvo, moho, caspa y pelo de animales.

Enfermedades virales. Resfriados e influenza.

Alimentos. Fresas y chocolates.

Cambios de clima. Lluvia, humedad, frío extremo.

Estrés.

Ejercicio.

2.- Explicar las medidas preventivas para evitar una crisis asmática manteniendo un adecuado control ambiental.

Evitar el contacto directo con muñecos de peluche de no ser posible lavarlos una vez por semana y secarlos perfectamente.

Evitar animales dentro de la casa y sobre todo si sueltan pelo o plumas por ejemplo perros, gatos, aves, etc. De no ser posible el caso de los perros bañarlos 2 veces por semana.

No tener flores dentro de la habitación donde duerme la niña.

Cuando se haga el aseo de la casa no permitir que la niña este presente para que no aspire el polvo.

Al limpiar hacerlo con un trapo húmedo para evitar que el polvo se levante.

Lavar la ropa de cama una vez por semana con agua caliente para matar los ácaros.

No usar almohadas de plumas o cobertores de lana.

Disminuir la actividad física o mantener un plan de ejercicio regular, mediante actividades que no ameriten un desgaste excesivo de energía como por ejemplo dar caminatas cortas durante el día, etc.

Evite que la niña este en contacto con olores fuertes de pintura, gasolina, perfumes, insecticidas y cualquier sustancia de aerosol.

No fumar o exponer a la niña al humo de cigarro o leña.

Mantenga ventilada la casa o habitación de la paciente libre de humedad.

3.- Explicar las medidas de prevención de infecciones o posibles complicaciones de la crisis asmática.

Evitar cambios bruscos de temperatura y de no ser posible colocar una bufanda para evitar que respire aire frío sobre todo en temporada de lluvias o en invierno.

Evitar el contacto con personas resfriadas.

4.- Explicar sobre el manejo y control de la enfermedad.

Ir al médico continuamente para llevar un control de la enfermedad, aunque la paciente se sienta bien.

Tomar los medicamentos para el asma según la prescripción médica.

Explicar los datos de dificultad respiratoria (alateo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco abdominal, etc) y permitir que los familiares y la paciente de ser posible los identifiquen posteriormente.

## VIII CONCLUSIONES

El asma es un padecimiento crónico, multifactorial de presentación universal muy frecuente en pediatría, en algunos países su prevalencia ha incrementado en los últimos años, pero lamentablemente en muchos casos no se realiza el diagnóstico oportuno y no se proporciona el tratamiento adecuado.

Por ello una de nuestras funciones como enfermeras especialistas es educar a la población sobre este tipo de enfermedades. Y en cuanto a la atención en un tercer nivel demanda conocimientos basados en principios científicos fundamentales encaminados a evitar las complicaciones de una crisis asmática la cual aumenta la morbi-mortalidad en niños con afecciones del sistema respiratorio.

Puedo decir que la aplicación del método enfermero facilita la sistematización de los cuidados a la persona, ya que permite jerarquizar nuestras intervenciones para el cuidado del paciente permitiéndonos fijar prioridades y establecer objetivos con la finalidad de mantener o lograr la independencia del niño aunado a esto el trabajar bajo una propuesta teórica también nos sirve de guía.

La aplicación del modelo de Henderson con los pacientes pediátricos nos permite precisar la naturaleza del cuidado integral en el niño ya que nos permite observar y valorar sus 14 necesidades, las cuales como se pudo apreciar están interrelacionadas unas con otras, y no podemos dar solución solamente a una sin dejar de ver las demás.

El trabajo independiente, dependiente e interdependiente nos muestra que todos somos un equipo y que no podemos trabajar por separado y que finalmente el trabajo conjunto solo nos lleva a un camino, que es el bienestar del paciente y su integración al medio ambiente.

El hecho de elaborar este plan de cuidados me dio la oportunidad de conocer un panorama más amplio del quehacer de la enfermera especialista mediante la unificación de criterios del cuidado para favorecer el cuidado integral del niño, mediante un enfoque metodológico de la disciplina, lo que facilita la comprensión de las acciones de la enfermera especialista para el beneficio del niño y de su familia.

Finalmente concluiré haciendo mención de que nuestro trabajo como profesionales de la salud es muy importante ya que trabajamos directamente con las personas con los sentimientos y nos involucramos en la dinámica familiar y esto mismo nos permite trabajar mejor además de que el trabajar con niños nos deja ver más de nuestro lado humano, por que a mi parecer no hay nada más lamentable que el dolor de un niño.

**ANEXOS**

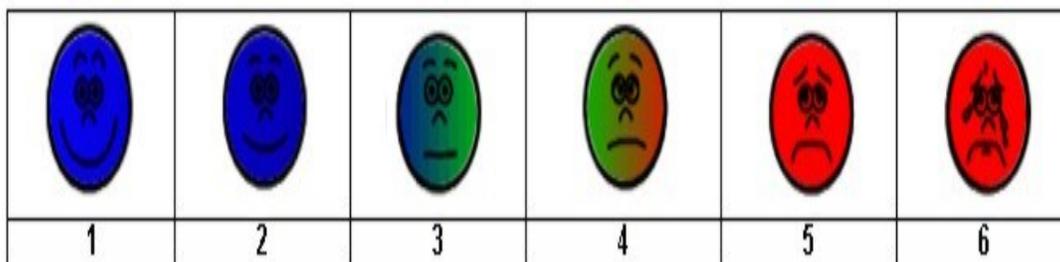
## ESCALA DEL DOLOR

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) distingue el dolor agudo y el dolor crónico, definiendo el dolor agudo como: Una experiencia sensitiva y emocional desagradable de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

Esta definición involucra un *componente emocional* que no puede ser expresado por niños preverbales. El componente emocional, subjetivo del dolor ha sido durante mucho tiempo negado en el RN.

Los profesionales de enfermería que manejan niños deben estar familiarizados con las herramientas que se disponen para la identificación y evaluación del dolor en cuidados Intensivos neonatales, poniendo en conocimiento del médico la situación de su paciente, para que ponga los medios adecuados para que el pacientes se mantenga lo más confortable posible.

### Escala de Caras



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

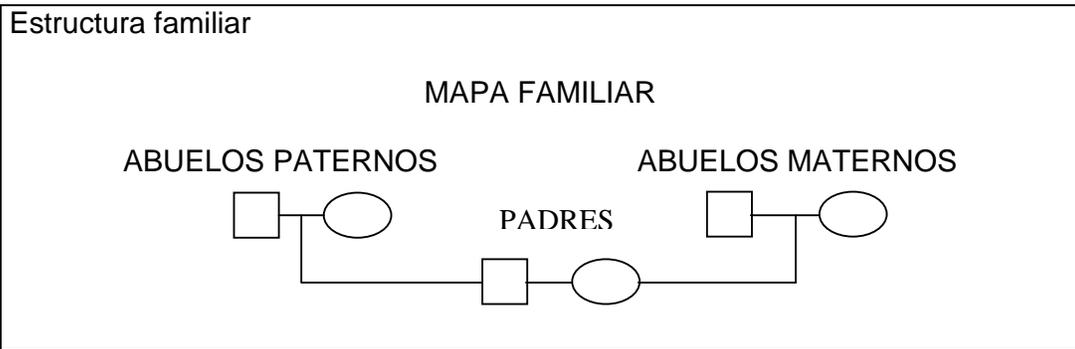
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA INFANTIL

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS  
 DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

I.- IDENTIFICACIÓN

Nombre.-----	Edad.-----	Sexo.-----	Fecha de ingreso al hospital.-----
Ingreso a la unidad.-----	Dias de estancia.-----	Nombre de la madre.-----	
Edad.-----	Nombre del padre.-----	Edad.-----	Domicilio.-----
-----	Diagnostico medico.-----	Motivo de ingreso a la unidad.-----	Procedencia.---

II.- ANTECEDENTES FAMILIARES.



Descripción de la familia incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado de salud

Características de la vivienda.-----

III.- ORIENTACIÓN A LA FAMILIA DURANTE LA HOSPITALIZACION.

Horario de visita.-----	Sala de espera.-----	Normas sobre la permanencia en el servicio.-----	Informe sobre el estado de salud.-----	Horario de cafetería.-----
-----	Restricciones en la visita.-----	Servicios religiosos.-----		

IV. FACTORES DE RIESGO.

Antecedentes del problema de salud actual: posibles factores de riesgo que influyeron en el inicio del problema actual.-----

V.- SÍNTESIS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

--

VI. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS

1.- OXIGENACION  
 Frecuencia.----- Eupnea.----- Taquipnea.----- Apnea.-----  
 Cheynestokes.----- Resp. biot. Kussmaul.----- Ruidos respiratorios  
 anormales.-----

TIPO DE RUIDO RESPIRATORIO	LOCALIZACIÓN	DURACIÓN INSPIRACIÓN/ESPIRACION	TONO E INTENSIDAD
MATIDEZ			
HIPERSENSIBILIDAD AUMENTADOS			
DISMINUIDOS			
ANFORICA			
PECTORILOQUIA			
RONCUS			
SIBILANCIAS			
OTROS			

SECRECIONES DE VIAS RESPIRATORIAS

TIPO	CANTIDAD	CONSISTENCIA	COLOR Y OLOR
ORALES			
NASALES			
TUBO ENDOTRAQUEAL			

SÍNTOMAS ANORMALES QUE SE RELACIONAN CON LA FUNCION CARDIORRESPIRATORIA

FECHA/HORA	SÍNTOMAS Y SIGNOS	COMENTARIOS
	HIPOCRATISMO DIGITAL	
	HEPATOMEGALIA	
	DISNEA	
	ANOREXIA	
	DIAFORESIS	
	HIPOXIA	

ESTUDIOS REALIZADOS.-----

2.- NUTRICION  
 MANIFESTACIONES DE DEFICIENCIA: Peso.----- Perímetro abdominal.----  
 ----- Exploración del abdomen.-----

FECHA/HORA	EXPLORACIÓN	LOCALIZACIÓN	COMENTARIO
	AUSCULTACIÓN		
	PERISTALTISMO Presente Ausente Débil		
	PERCUSIÓN Matidez Timpanismo		
	PALPACIÓN Blando Duro		
	TONO MUSCULAR		
	SENSIBILIDAD AL TACTO		
	MASAS, HERNIAS, REFLEJOS, DOLOR		

TIPO DE ALIMENTACIÓN: Oral.----- Forzada.----- NPT.-----

3.- ELIMINACIÓN  
 DESCRIPCIÓN DE GENITALES Y ESFÍNTERES:  
 - FEMENINOS:-----  
 - MASCULINOS:-----

CARACTERÍSTICAS DE LA URINA

FECHA/HORA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	DENSIDAD	LABSTIX

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.-----

ELIMINACIÓN DE HECES ( EXAMEN DE LA REGION ANAL)  
 EXPLORACIÓN: Inflamación.----- Rubor.----- Ardor.----- Marcas de rascado.----- Erupciones.----- Anomalías.----- Protuberancias.-----  
 -- Parásitos.----- Prurito.----- Tono rectal.----- Tumores.-----

FECHA/HORA/CANTIDAD	CONSISTENCIA	COLOR	OLOR	ESTOMAS DIGESTIVOS

ESTUDIOS DE LABORATORIO.....

4.- TERMORREGULACIÓN Y TEGUMENTOS  
 TEMPERATURA: Bucal..... Rectal..... Axilar..... Control de hipotermia....  
 Control de hipertermia.....Temperatura de la cuna o incubadora.....  
 TEGUMENTOS: Mucosa oral: Color.....Limpia....Húmeda.....Dientes..  
 Nariz.....UÑAS: Forma..... Limpieza....Coloración.....  
 PIEL: Heridas.-Cicatrices..... Petequias..... Rash..... Otros.....

5.- MOVIMIENTO Y POSTURA  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Hipertrofia..... Atrofia.....  
 Flacidez..... Distrofia..... Anquilosis..... Escaras..... Tono  
 muscular espasticidad..... Arcos de movimiento.....  
 MOVIMIENTOS. Fasciculaciones..... Temblores..... Ataxia.....  
 Atetosis..... Espasmos..... Espasticidad..... Rigidez.....  
 POSTURA:.....

REFLEJOS

FECHA/HORA	TIPO DE REFLEJO	NORMAL	ANORMAL
	BICIPITAL		
	TRICIPITAL		
	ROTULIANO		
	AQUILIANO		
	BRUDINSKI		
	BABINSKI (PLANTAR)		
	GLUTEO		
	ABDOMINAL		
	OTROS		

REACTIVIDAD DE LA PUPILA. Derecha..... Izquierda.....

ESTUDIOS REALIZADOS.....

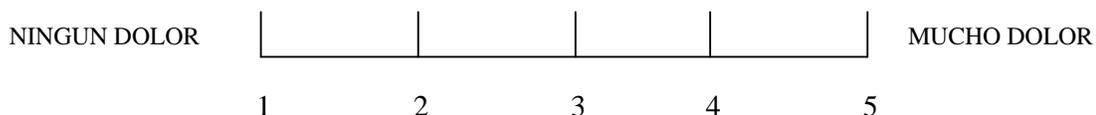
Código para la reactividad de la pupila: +, ++, +++

EVALUACIÓN DEL DOLOR

ESCALA DE CARAS



ESCALA NUMERICA



<b>6.- EVITAR PELIGROS</b> Factores de riesgos físicos.----- Factores de riesgos psicosociales.-----
--

VII.- CONTROL DE LIQUIDOS.

FECHA/HORA	INGRESOS		EGRESOS	E	V	D	CAL/KG/D	LIQ.TOTALES	BALANCE
	IV	VO							

VIII.- MEDICAMENTOS.

FECHA/HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA ADMINISTRACION	DE	HORARIO	DILUCION

IX.- COMUNICACIÓN CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD.

FECHA/HORA	COMENTARIOS

NOMBRE DE LA ENFERMERA:

## IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Mosby/Doyma Libros. 2ª edición. Barcelona España, 1992

Antología Teorías y Modelos de Enfermería. División de estudios de Posgrado. ENEO-UNAM. México, 2006

BEHRMAN, E.R. Nelson. Tratado de Pediatría. Ed. Interamericana McGraw-Hill, México 1996

CARPENITO. J. Lynda. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1ª ed. México, D.F. 1994

CRUZ. H. M. Tratado de Pediatría. Ed. Expox, Barcelona, España, 1997

DR. LAPISCO C, Luís M. Et. Al. Asma: Definición y Fisiopatología. Alergia Pediátrica Vol. 2 Numero 3 Mayo-Junio 1993

DRA. MAULEN R, Irene. Et. Al. Falla respiratoria por crisis de asma bronquial en niños. Alergia Pediátrica Vol. 1 Numero 3 Julio-Agosto 1992

DRA. ORTIZ Eleonora. Et. Al. Efectos de los ejercicios respiratorios y del drenaje postural en el funcionamiento pulmonar en niños asmáticos. Alergia Pediátrica Vol 1 Número 4 Septiembre-October 1992

DR. VAZQUEZ, G, Rubén. Et. Al. Tratamiento de crisis asmáticas en niños. Alergia e Inmunología Pediátrica Vol. 13 Numero 3 Septiembre-Diciembre 2004

Enciclopedia de la Enfermería. (2002). Fundamentos-Técnicas. Vol 1. Ed. Océano/Centrum

ESCOBAR. V. Gustavo. Ética. Introducción a su problemática y a su historia. Ed. Océano/Centrum. Barcelona

FERNANDEZ, Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson Salud Enfermería. México, 1993

HERNANDEZ, A. Elizabeth. Et. Al. Enfermedades Respiratorias. Ed. Manual Moderno, México, D.F. 2002

HOLLOWAY. M. Nancy. Planes de cuidados en Enfermería Medico-Quirúrgicos. Ed. Doyma. Barcelona España. 1990.

Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pág. 15, 16. 17.

Internet. [www.cuidaseek.com/protocolos/linfopae/linfopae/ 1.htm](http://www.cuidaseek.com/protocolos/linfopae/linfopae/1.htm).

Internet. [www.o-cent.org/jaen/teorias2. htm](http://www.o-cent.org/jaen/teorias2.htm)-13k.

Internet. [www. Efnavaria.as/salud/anuales/textos/vol22/n3/enfera.html](http://www.Efnavaria.as/salud/anuales/textos/vol22/n3/enfera.html).

Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www. Teleline.terra.es/Abril](http://www.Teleline.terra.es/Abril)

KOZIER, Bárbara. Et. Al. Fundamentos de Enfermería. Vol.1. Ed. McGraw-Hill, Interamericana. España, 1995 5ª edición.

MARTINEZ Y MARTINEZ. La salud del niño y del adolescente. Ed. Manual Moderno, México 2005, 5ª edición.

PHANEUF, Margot inf. M.A. El Proceso de Atención de Enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1993

PHANEUF, Margot D. Planificación de los cuidados enfermeros. Mc Graw-Hill. México, 1996

POTTER. A. Patricia. Et Al. Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos. Ed. Harcourt Brace de España S.A, Madrid España 1990 4ª ed.

POTTER. A. Patricia. Et Al. Fundamentos de Enfermería. Madrid, España. Ediciones Harcourt S.A . 5ª edición

ROSALES. Barrera Susana. Et. Al. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. 2ª ed. México, D.F. 1999

SALAS, Máx. Síndromes Pediátricos. Fisiopatología Clínica y Terapéutica. Ed. Mc Graw-Hill México, D.F. 1991 2ª edición.

SCHERER, Jeanne. Introducción a la Enfermería Medico Quirúrgica. Ed. Harla, México D.F. 1993 4ª EDICION.

SPARKS, Sheila. Et. Al. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Ed. Elsevier/Mosby, Madrid España

WHALEY & WONG. Enfermería Pediátrica. Ed. Mosby/Doyma Madrid España 1993