



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN,
BASADO EN LA TEORÍA DE
VIRGINIA HENDERSON**

**Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

PADILLA JARAMILLO LINDA CRISTAL

No. DE CUENTA 097408084

DIRECTORA DE TRABAJO

MTRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

México, Junio 2008





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.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

***A Dios y a la Virgen de Guadalupe
Por permitirme terminar mis estudios
y tener salud para hacerlo.***

***A la Escuela Nacional de Enfermería y
Obstetricia por darme la oportunidad de
formarme como profesionalista***

A mis Padres y Hermanos

***(Francisco Padilla G., Virginia Jaramillo T.,
María Guadalupe, Carmen y Jesús Padilla Jaramillo)***

***Quienes con su confianza, cariño
y apoyo, sin escatimar esfuerzo alguno,
me han convertido en persona de provecho,
ayudándome al logro de una meta más:***

Mi Carrera Profesional.

***Por compartir tristezas y alegrías,
éxitos y fracasos, por todos los detalles
que me han brindado durante mi vida
como estudiante y por hacer
de mi lo que soy.***

¡GRACIAS!

A mi Abuelito

† José Sánchez Vite

***Por cuidarme desde el cielo y estar en
mis pensamientos y corazón siempre.***

A mis Abuelitas

***Rosa María Padilla Gutiérrez
Por tu compañía, confianza, cariño y
cuidados que siempre me das,
gracias por estar conmigo siempre.***

***Natividad Jaramillo Torres
Gracias por su apoyo.***

•A mis Sobrinos

***Nicole, César y Michelle Monroy Padilla,
Gracias por ser parte de mi vida.***

•A mi tío

***† Gonzalo Jiménez Galván
Aunque ya no este conmigo se que
Siempre contare con su apoyo y bendición.
¡Gracias!***

•A mi tía

***Guadalupe Jaramillo Torres
Quien me ha brindado su apoyo
incondicional en las decisiones más
importantes de mi vida.***

•A mi Madrina

***Yolanda Cervantes Gómez
Gracias por su apoyo y confianza
que me brindo, espero siempre tenerla
presente en mi vida.***

•A mi Asesora de Proceso

***Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril
Por su tiempo, paciencia e interés que
me dio durante mi .***

***Y a todos las demás personas que no
menciono gracias por todo lo que me
han enseñado durante toda mi vida y
por ser parte de ella.***

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN	I
- JUSTIFICACIÓN	II
- OBJETIVOS	III
- METODOLOGÍA	IV
I MARCO TEÓRICO	1
1.- Proceso Atención de Enfermería	2
1.1 Historia	2
1.2 Definición	3
1.3 Etapas	4
1.3.1 Valoración	4
1.3.2 Diagnóstico	6
1.3.3 Planeación	7
1.3.4 Ejecución	8
1.3.5 Evaluación	8
2.- Etapa de la Enfermería Profesional	9
2.1 Campo de Actuación de la Enfermera Profesional	12
2.2 La Disciplina Enfermera en el Momento Actual	14
2.3 Aspecto Teórico-Filosófico	15
3.- Paradigma de Enfermería	16
4.- Teoría de Virginia Henderson	17
5.- Anatomía y Fisiología del Aparato Respiratorio	23
6.- Asma Bronquial	27
II VALORACIÓN	31
III DIAGNÓSTICO	38
IV PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	40
V PLAN DE ALTA	56

VI	CONCLUSIONES	58
VII	GLOSARIO	59
VIII	BIBLIOGRAFÍA	60
IX	ANEXOS	63
	Anexo 1 Drenaje Postural	64
	Anexo 2 Medicamentos	65
	Anexo 3 Instrumento de Valoración de Fundamentos de Enfermería	67

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistematizado basado en reglas y principios científicos que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática a necesidades y problemas de salud de un individuo, familia o comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos.

Para llevar a cabo un proceso atención de enfermería, es necesario apoyarse en un modelo o teoría para establecer un marco de referencia y comprender al paciente, familia o comunidad ya que un modelo prevé una estructura para el quehacer de la enfermera y cómo hacerlo. Es por ello que este trabajo tiene como sostén a Virginia Henderson y su modelo de las 14 necesidades básicas.

La enfermera no debe ver al individuo como una enfermedad, sino como un ser que tiene necesidades, ya que somos los encargados de verificar que estas sean cubiertas. Para que recobre su independencia, sepa cuidar su salud o mejore su calidad de vida.

Es importante para enfermería establecer las necesidades. Aprender, escribir, investigar, hacer; son algunas de las cosas que harán crecer aún más nuestra profesión. Es importante destacar que la prevención sigue siendo la mejor herramienta, para combatir los problemas de salud y el papel de la enfermera es básico en este proceso de educación para la comunidad.

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas son flexibles y aplicables en todas las situaciones, para contribuir a mejorar la calidad de vida en la profesionalización de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es una estrategia para incrementar la investigación y sistematizar los cuidados de enfermería, también nos permite desarrollar un pensamiento reflexivo para solucionar problemas de salud del individuo, familia o comunidad, a través de una atención metódica y científica.

La ventaja que esta metodología ofrece es proporcionar una atención planeada e individualizada con base en las necesidades del individuo y fomentar la investigación en el personal de enfermería en formación.

Por lo que el personal de la Licenciatura en Enfermería implementó medidas universales de educación en un Proceso de Enfermería acerca de la enfermedad que permita brindar una adecuada cobertura, no sólo del mismo gremio sino también a los autores principales: el paciente de asma bronquial, sus necesidades y a su familia.

El asma es una enfermedad muy frecuente que afecta por igual a ambos sexos. Aunque casi todos los casos se inician antes de los 25 años, puede comenzar en cualquier época de la vida. Este trastorno es también un motivo frecuente de consulta médica.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Aplicar el proceso atención de enfermería, tomando como base el Modelo de la Teórica Virginia Henderson para así proporcionar un cuidado integral, holístico e individualizado al paciente que cursa con un problema de salud.

ESPECÍFICOS:

- Destacar la importancia del Proceso Atención de Enfermería como herramienta indispensable para proporcionar una atención de calidad al individuo, familia o comunidad.
- Promover el bienestar, contribuir a mejorar la calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades del paciente.
- Enriquecer y actualizar los conocimientos que permitan el desarrollo de habilidades y destrezas para brindar atención de enfermería profesional de alta calidad.
- Brindar una atención específica de enfermería al paciente con asma bronquial.
- Mejorar la calidad y comunicación del equipo multidisciplinario de salud, para llevar a cabo una mejor atención al problema de salud del paciente.

METODOLOGIA

Lugar: El Proceso Atención de Enfermería se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), pabellón 4.

Tiempo: La elaboración de este Proceso Atención de Enfermería se llevó a cabo del 15 al 30 de enero del 2006, en este lapso de tiempo se interactuó con la paciente de manera significativa.

Universo: Este Proceso Atención de Enfermería lo aplique en una paciente de sexo femenino, de 40 años de edad, la cual tiene el siguiente diagnóstico médico: Asma bronquial y su principal necesidad alterada es la oxigenación.

Valoración: Considerando las etapas del Proceso Atención de Enfermería comencé con la valoración de enfermería a través de la observación, interrogación directa e indirecta y exploración física para reunir una serie de datos que me ayudaron a identificar los problemas de salud de la paciente. Dichos datos fueron obtenidos a través de la paciente con la cual me presenté y se le pidió su autorización y así contar con su colaboración y disponibilidad para exponer su caso.

También obtuve datos a través de sus familiares, amigos, profesionales de la salud y de su expediente clínico. Me apoyé con las diferentes fuentes bibliográficas como son: libros, internet, revistas, etc., para profundizar y adquirir un mejor conocimiento sobre la patología con la que cursa la paciente y los cuidados específicos de enfermería que hay que brindarle para el manejo de su salud.

Para realizar el Proceso Atención de Enfermería me apoyé en la teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

Diagnóstico: A través del análisis de cada uno de los datos obtenidos se establecieron los diagnósticos de enfermería para poder planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades afectadas y así reducir o eliminar los problemas de salud existentes, promover la salud y mejorar la calidad de vida. Los diagnósticos de enfermería se elaboraron con base a los criterios de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y el formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas (PES).

Planeación: Se priorizaron los diagnósticos de enfermería con base a criterios de vida y funcionalidad. Se plantearon las intervenciones que se llevaron a cabo en la paciente y se fundamentó cada una de estas con el fin de obtener un buen resultado.

Ejecución: Se implementó en la práctica el plan de cuidados establecido, el cual se aplicó tanto a la paciente como a los familiares; llevando a cabo cada una de las actividades para ofrecerle una mejor calidad de vida.

Evaluación: La evaluación se realizó en cada una de las etapas del Proceso, aquí se pudo observar que tan efectivas y eficaces fueron las intervenciones de enfermería realizadas tomando como base el plan de cuidados que se le aplicó a la paciente, esperando que los resultados sean favorables, en función de los objetivos, pero sobre todo de beneficio para su recuperación.

Plan de alta: Especificando las actividades que la paciente y su familia deberán llevar a cabo en su domicilio para tener una mejor atención en el cuidado de su enfermedad y así una mejor calidad de vida.

I MARCO TEÓRICO

1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.1 HISTORIA

El quehacer de enfermería va adquiriendo, paulatinamente, un mayor reconocimiento en nuestro país, a pesar de ser un método de intervención enfermera bastante consolidado en Norteamérica.

En 1955 Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. La afirmación central de su conferencia: La asistencia sanitaria es un proceso.

La obra de I. J. Orlando, publicada a comienzos de la década de los sesenta, ha sido citada con frecuencia por su presentación del Proceso de Enfermería, siendo el componente central de su obra, titulado “La relación dinámica enfermera-paciente”, lo constituye la relación interpersonal. Al proponer la realización de acciones deliberadas, Orlando establece las distinciones entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería; fue una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de la Asistencia Sanitaria, hoy conocido como Proceso de Enfermería. (HERNÁNDEZ, 1999)

Hall definía el objetivo de la asistencia sanitaria, mientras Orlando diferenciaba las fases de dicho proceso en términos de relaciones interpersonales, y otras teóricas se dedicaban a explorar formas de analizar su filosofía y sus valores. Así, en 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de la enfermería. Sugiere esta autora que el éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

- 1) Descubrir: el profesional de enfermería adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- 2) Investigar: el profesional de enfermería utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- 3) Decidir: el profesional de enfermería planea el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- 4) Actuar: el profesional de enfermería desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- 5) Discriminar: el profesional de enfermería establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

Estas cinco fases no son idénticas a las del Proceso de Enfermería tal y como se identifican en la actualidad, pero suponen en gran medida un paso determinante para su conformación usual hoy en día.

En 1967 un comité norteamericano definió el Proceso de Enfermería como “la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación”. En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del Proceso de Enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

1.2 DEFINICIÓN

El Proceso de Enfermería es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente, los problemas reales o posibles de su salud, establecer unos planes para atender a las necesidades que puedan identificar, y determinar las intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades. (KOZIER, 1999)

Para García (1997) el Proceso de Enfermería es un método sistematizado basado en reglas y principios científicos que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática a necesidades y problemas de salud de un individuo, familia o comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos.

Se ha de considerar un hecho de vital importancia para la correcta aplicación del Proceso de Enfermería, nos estamos refiriendo al Modelo Teórico elegido como marco conceptual, en torno al cual se fundamentará el análisis que se haga de toda la situación que rodea a la intervención enfermera. El modelo elegido determinará los fenómenos que debemos valorar y el modo en que debemos entender sus relaciones, de manera que podamos extraer un juicio consistente con los postulados propuestos por dicho marco o esquema conceptual.

La finalidad del Proceso de Enfermería es, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

Para facilitar la realización de la intervención enfermera, el proceso se divide en las siguientes fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1.3 ETAPAS

1.3.1 VALORACIÓN

Consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. (KOZIER, 1999) En esta etapa se debe revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.

Una valoración de enfermería completa puede identificar respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera.

Independientemente del modelo empleado se utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

- a) Observación: es reunir datos utilizando los cinco sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), lo que permite describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea, inicia desde el primer encuentro con el paciente y deberá continuar a través de la relación enfermera-paciente.
- b) Entrevista: es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ejemplo, de dar información, de identificar problemas como preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Puede ser formal e informal. Un interrogatorio formal consiste en la comunicación con un propósito específico, en el cual se realiza la historia clínica del paciente desde un punto de vista enfermero. El interrogatorio informal es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente, que se lleva a cabo mientras se brinda atención física al paciente, y es con frecuencia donde expresa sus sentimientos y problemas.
- c) Exploración física: Se lleva a cabo mediante la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, auscultación, palpación y percusión. El desarrollo de las capacidades necesarias para una valoración física requiere conocimientos, práctica y tiempo. Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas. (KOZIER, 1999)

El proceso de valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

1. Recogida de datos

Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un cliente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un cliente. Una base de datos es toda la información que se dispone de un cliente, comprende la

historia y la exploración física de enfermería, la historia clínica y exploración física realizadas por el médico, los resultados de laboratorio y las pruebas diagnósticas complementarias, así como los datos aportados por otros miembros del personal sanitario.

Clases de datos. Los datos pueden ser subjetivos, también conocidos como síntomas o datos no visibles, son evidentes sólo para la persona afectada y solo ella puede describirlos. Los datos objetivos, también llamados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada.

Fuentes de los datos. Son primarias o secundarias, el cliente es la primera fuente de información. Los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.

2. Organización de los datos

Para la obtención sistemática de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como historia de enfermería o valoración de enfermería.

3. Validación de los datos

Consiste en un doble examen o inspección de los datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos, esta permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.

Los indicios son datos subjetivos u objetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera; o sea, lo que el cliente dice o lo que la enfermera puede ver, oír, sentir, oler o medir. Las deducciones son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios. Para recoger los datos de forma precisa, las enfermeras deben tener en cuenta sus propios prejuicios, valores y creencias, y separar los hechos de las deducciones, interpretaciones y suposiciones.

Se habla de conclusión anticipada cuando las suposiciones se aceptan como hechos. Para elaborar una base de datos exacta y evitar las conclusiones prematuras, se debe verificar las suposiciones relativas al comportamiento físico o emocional del cliente.

4. Registro de los datos

Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente.

1.3.2 DIAGNÓSTICO

Es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase, la enfermera ordena, reúne y analiza los datos. (KOZIER, 1999)

Se ha de considerar este segundo paso 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. El diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones.

El diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. El sistema más utilizado para diagnosticar fue desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Asimismo, la NANDA ha identificado tres tipos de diagnóstico de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- I. 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 procesos de la vida, p. ej.: desesperanza, conflicto del rol, parenteral, fatiga.
- II. 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 de guiar las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema, p. ej.: alto riesgo de infección.
- III. Diagnóstico 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, p. ej.: conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON EL FORMATO PES

Consta de tres componentes:

1. Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica), describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se está administrando el tratamiento de enfermería, describe su estado de salud con claridad y concisión.

2. Etiología (factores relacionados y factores de riesgo). Identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente, se pueden incluir los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos. Es fundamental distinguir entre las distintas causas en el diagnóstico de enfermería, porque cada una de ellas puede necesitar intervenciones diferentes.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería reales. El término factor de riesgo se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo (potenciales), porque no hay signos subjetivos ni objetivos.

3. Características definitorias (signos y síntomas). Es un conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo normal al problema.

1.3.3 PLANEACIÓN

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante esta fase se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería, y las intervenciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional de la enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.

La planeación comprende una serie de pasos con lo que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. El resultado final de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros de equipo. (KOZIER, 1999)

Se considera, que la planificación consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que éstos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución, por lo general los objetivos a medio y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Quizá éste sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y eficacia del mismo.
4. Documentación del plan. Finalmente, todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

1.3.4 EJECUCIÓN

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. La enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por tanto, podemos señalar que se trata de la fase del Proceso de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente. (KOZIER, 1999)

La ejecución incluye el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados, esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

1.3.5 EVALUACIÓN

Es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras y la comparación de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación. La enfermera señala en qué medida se han alcanzado los fines/resultados de los cuidados. (KOZIER, 1999)

La evaluación se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. Puesto que las actuaciones enfermeras específicas se planearon para resolver problemas del paciente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente de aquél. En esta fase, el diagnóstico y los objetivos propuestos para resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación.

Se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctos. (HERNÁNDEZ, 1999)

2. ETAPA DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL

La Consolidación de la enfermería como disciplina se enmarca a mediados del siglo XX coincidiendo con el nuevo concepto de salud y las nuevas pautas de atención sanitaria a individuos y grupos.

La enfermería se considera como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar.

Así mismo, el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

Es necesario destacar el impulso de las asociaciones profesionales, por su contribución al cambio que se está experimentando. El trabajo más significativo por su influencia ha sido el de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA). Que ya en 1965 definía la profesión en un informe sobre formación que textualmente dice: "Una escuela de enfermería independientemente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación, con enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas, el desarrollo de la estudiante como persona, la dignidad del paciente como ser humano. La provisión de la enfermería como servicio comunitario al mismo tiempo que como cuidado institucional. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente".

Desde que Florencia Nightingale estableciera la necesidad de la preparación específica de las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional.

En definitiva la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PROFESIONALIZACIÓN

En la profesionalización de una actividad siempre intervienen una serie de factores, que en el caso de la profesión enfermera se pueden considerar de dos ordenes formal y sociológico, siendo ambos decisivos para el conocimiento de la enfermera como profesión. Entre los cuales se encuentran:

FACTORES FORMALES

La creación de organizaciones profesionales para elevar la calidad de la profesión. El cambio de los programas formativos las normas legales que regulan la educación y el ejercicio profesional.

Las asociaciones profesionales tienen como objetivo cooperar para mantener la calidad de la educación y del servicio en su más alto nivel. Trabajan para conseguir la regularización de la profesión.

La asociación profesional más importante es el consejo internacional de enfermeras (CIE), fundado al finalizar el siglo XIX fue la primera asociación que se interesó por los aspectos éticos y jurídicos de la profesión culminando con el establecimiento del primer código de ética para enfermeras, aprobado en el congreso de 1953 celebrado en Brasil.

Otras asociaciones que se destacan por la calidad de su organización y sus trabajos son:

- Asociación Americana de Enfermeras (ANA), fundada en 1890 La ANA publicó en 1973 los criterios de la práctica profesional y en 1980 definió la enfermería en una declaración política social.
- En el Reino Unido, el Real Colegio de enfermería (RCN) se creó en 1916. Este organismo formula y controla las normas que regulan la profesión en este país.
- En España, la asociación profesional es el Consejo General de Enfermería, que aglutina a los diferentes colegios Oficiales.

La educación

Se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los miembros de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión.

Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propios que ha de aumentar de forma constante. Los centros universitarios permiten a los futuros profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de

ideas, capacidad de análisis y el estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermería.

Los Estados Unidos de América fueron los primeros en integrar los programas de enfermería en la universidad a finales del siglo XIX (1889-1900) Gran Bretaña lo hizo en 1955 en España , los estudios de enfermería se integraron en la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 1966.

La legislación

El reconocimiento de la formación y de la función social de una profesión debe ser establecido a nivel legislativo para garantizar su cumplimiento.

En la medida que una profesión se contemple a nivel legislativo, en los aspectos educacional, organizativo y asistencial, su reconocimiento social será más sólido.

FACTORES SOCIOLOGICOS

Han contribuido al paso de la enfermería como actividad técnica-vocacional a una profesión basada en el conocimiento científico.

En este aspecto, son factores del cambio:

1.- CONCEPCIÓN DEL SER HUMANO

El ser humano es una unidad compuesta por cuerpo y espíritu, no se manifiestan por separado sino conjuntamente. Es eminentemente social, de manera que se le considera bajo estos tres aspectos: fisiológico, psicológico y social. Contemplantarlo desde estas tres vertientes es lo que se denomina punto de vista integral. Ahora se entiende como holístico. El termino se deriva del griego y significa "todo" el cuidado holístico se desarrolló en la década de los sesenta del siglo XX motivado por la insatisfacción de la sociedad de la atención sanitaria recibida. Esta teoría describe a los seres humanos como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes de tal manera que el desequilibrio en una de las partes origina un desequilibrio en todo el sistema hombre.

El sujeto del cuidado enfermero, es el ser humano. Las enfermeras, como profesionales de la disciplina igualmente presentan sus servicios a grupos humanos (familia y comunidad).

2. CAMBIOS EN EL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

El nuevo concepto de salud es un buen ejemplo de cambio de valor sociológico que promueve el desarrollo de la enfermería. Las naciones reconocen que la salud es una de las mayores riquezas de un país. La población entiende que la salud es un derecho primordial de la humanidad y ya no exige solamente la atención de la

enfermedad, sino que manifiesta la demanda cada vez más creciente, en el mantenimiento y promoción de la salud y en la rehabilitación de las enfermedades.

2.1 CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA PROFESIONAL

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermería como profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades.

Se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional. Se han incrementado notablemente los campos donde la enfermera puede desarrollarse anulando así la idea de que solo podía hacerlo dentro de un hospital por lo cual sus conocimientos han tenido que incrementarse para poder dar respuesta a estos nuevos campos de actuación.

FUNCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERA

La función de una profesión es la responsabilidad que tiene en la sociedad. En definitiva, lo que hace y que ninguna otra profesión puede hacer. En el caso de la enfermería, la responsabilidad, la razón de ser, el fin último, lo que hace en la sociedad es cuidar. Esta función amplia se hace operativa a través de las actividades que desarrollan las enfermeras.

ACTIVIDAD PROFESIONAL:

Está relacionada con el contexto donde se desarrolla el trabajo profesional. Las actividades que las enfermeras pueden llevar son de tipo: asistencial, docente, de administración y de investigación.

ASISTENCIAL

Generalmente, es la mas conocida y con la que más se identifica a las enfermeras.

- a) Tiene como objetivos en las personas sanas:
 - Conservar la vida, la salud y el bienestar.
 - Fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

- b) En las personas enfermas, la asistencia va dirigida a:
 - Atender las necesidades básicas en el proceso patológico.
 - Proporcionar medidas destinadas a reducir las molestias y alcanzar el mayor grado de bienestar.
 - Apoyar el proceso de adaptación mientras dura la enfermedad.

- Ayudar a mantener la motivación mientras se llevan a cabo los procedimientos necesarios para la reputación de la salud.
 - Ayudar a una muerte digna.
- c) La función asistencial la desarrollan las enfermeras a través del proceso de cuidar, que comprende:
- Recogida de datos sobre las personas y su entorno.
 - Valoración de situaciones que están dentro del campo de enfermería.
 - Formulación de objetivos para el cuidado.
 - Toma de decisiones sobre las acciones a realizar.
 - Organización de los recursos disponibles.
 - Evaluación de los resultados.

DOCENTE

La actividad docente de la enfermera comprende una serie de acciones encaminadas a formar a todo el personal de enfermería en los aspectos de cuidados. Por tanto, la formación incluye:

- Formación de profesionales de enfermería en todos los niveles (básico, superior y especializado)
- Formación continuada para favorecer el aumento de conocimientos, a través de cursos, conferencias, congresos, etc. que promuevan la permanente puesta al día y reciclaje del personal de enfermería.
- Formación de otros miembros del equipo para favorecer la calidad de sus prestaciones, en lo referente a los cuidados enfermeros y para el desarrollo de sus componentes.

ADMINISTRACIÓN

La administración de los servicios de enfermería comprende un conjunto de actividades que tratan de garantizar la coordinación de los esfuerzos de las personas que prestan cuidados de enfermería con el fin de que se consigan los objetivos.

Las actividades que forman el proceso de administración son:

- a) Planeación: prever por adelantado lo que se va hacer.
- b) Organización: establecer las relaciones del grupo humano en su trabajo para alcanzar los objetivos.
- c) Dirección: guiar a los miembros del equipo para llegar al logro de los objetivos.
- d) Control: observar y registrar el desarrollo del trabajo para poder establecer una comparación entre lo planificado y lo conseguido.

INVESTIGACIÓN

La enfermería, como disciplina, tiene la obligación de profundizar en sus conocimientos de forma constante, como lo hace cualquier rama del saber humano.

Investigar con el fin de incrementar el cuerpo del conocimiento enfermero, relacionado tanto con los principios teóricos como la práctica profesional. Es un proceso sistemático, formal y riguroso que trata de obtener soluciones a los problemas y/o descubrir e interpretar nuevos hechos y sus relaciones, tiene como meta el aumentar el saber y los conocimientos.

Los motivos para investigar son:

- a) Buscar soluciones a problemas planteados. Esto aporta un campo de conocimientos científicos y permite que se desarrollen teorías.
- b) Aportar nuevos datos para decidir qué hay que enseñar.
- c) Profesionalizar la actividad enfermera con el desarrollo de sus conocimientos.
- d) Mejorar el servicio que se presta a la sociedad.

2.2 LA DISCIPLINA ENFERMERA EN EL MOMENTO ACTUAL

La enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia. Para explicar los conceptos enfermería y cuidado es necesario describir los significados de disciplina y profesión.

Disciplina: es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica una disciplina. Explica, porque describe, analiza y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. Implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas.

Tienen tres características:

- 1.- Poseen un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
- 2.- Utilizan en su actividad el método de la ciencia.
- 3.- Organizan los conocimientos con lenguaje científico.

Profesión: es una ocupación con componentes éticos encaminada a incrementar el bienestar humano y social, posee un conjunto de conocimientos propios, basado en los principios de la ciencia, que ha de ser desarrollado y sometido a la experimentación.

2.3 ASPECTO TEÓRICO-FILOSÓFICO

Desde este aspecto, los modelos conceptuales son el punto de referencia obligado. La primera que definió la enfermería en 1860 fue Florencia Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarle en su recuperación.

Nightingale escribe que enfermería es “el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”.

Cien años después Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la disciplina, describe que la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

En definitiva el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, constituye la función propia de la profesión.

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. No por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería.

Seguendo a Colliere cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción. Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello.

La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas, sociológicas, etc.

Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requieren conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería.

Para que los cuidados se presenten con esta profesionalidad, las enfermeras deben:

- Entender al hombre de forma integral
- Tener bien clarificadas las acciones y metas
- Utilizar una metodología de trabajo
- Basar las acciones en principios científicos
- Poseer capacidad para responder a la obligación ética y legal que han contraído. (GARCIA,2001)

3. PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Persona

Se define de dos maneras. Primero holísticamente, segundo, teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas, espirituales y sociales) y según su rol como receptor real o potencial del cuidado de enfermería.

Salud

Se interpreta como un estado o proceso que puede existir independientemente de la enfermedad ya que una persona puede lograr un estado de bienestar a pesar de mantener una condición patológica que en circunstancias comunes se define como enfermedad.

Cuidado de Enfermería

Son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente.

Contexto

Se conceptualiza como el entorno de la persona y forma parte integral de ella, con el que interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente. (DURAN, 1998)

4. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

4.1 REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES:

- Virginia Henderson nació en 1897 Originaria de Kansas City Missouri.
- La primera guerra mundial despertó su interés por la enfermería en 1918 ingresó en la escuela de enfermería del ejército en Washington.
- En 1921 se graduó, en 1922 inicio su carrera docente en enfermería, vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.
- En la convención de 1988 de la América Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida. Publico por primera vez su definición de enfermería en 1995
- Falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.(MARRINER, 1999)

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow, Henderson describió su teoría de la motivación humana en 1978.

4.2 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al individuo sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayudar al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Ella parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las actividades que las enfermeras realizan

para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

4.2.1 Definición de Enfermería

La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible.

4.2.2 Salud

Henderson no dio una definición de salud pero la comparó con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

4.2.3 Entorno

Se define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo

4.2.4 Persona (paciente)

Pensaba en el paciente como en un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. A sí contempla al paciente y a su familia como una unidad.

4.2.5 Necesidades

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

14 NECESIDADES BÁSICAS

1.- Necesidad de Respirar: Es la captación de oxígeno indispensable para la vida celular, eliminando gas carbónico a través de las vías respiratorias permeables y al alveolo pulmonar, dividiéndose en tres partes: la ventilación pulmonar, la difusión de los gases y el transporte de oxígeno y gas carbónico.

Frecuencia respiratoria:

Adulto 18-20 x' (frecuencia por minuto)

2.- Necesidad de Beber y Comer: Es una actividad del organismo que consiste en ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos esenciales: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y sales minerales, el agua desempeña el rol de mantener el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal conserva la humedad de la piel y mucosas, favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular.

3.- Necesidad de Eliminación: Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles. Se producen principalmente por orina, heces, transpiración y la espiración pulmonar. Los riñones son los órganos principales de la homeostasis, puesto que mantienen el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido básico del medio interno y dejar libre a la sangre de desechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo. Por su rol de excreción La piel completa la eliminación renal eliminando desechos (urea) y agua, por su parte los pulmones mantienen la composición química de los líquidos de CO₂ y el O₂.

4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Postura Adecuada: Implica estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimiento coordinados, y mantenerlas bien alineadas lo que permite la eficiencia de las diferentes funciones del organismo. La actividad motriz es un medio que permite eliminar sus emociones.

5.- Necesidad de Dormir y Descansar: Deben llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo, en los primeros meses de vida el niño duerme la mayor parte del tiempo; los periodos de tiempo disminuyen a lo largo de su crecimiento y desarrollo para llegar a ocupar la tercera parte de su tiempo en su etapa adulta. Durante el sueño existe disminución del metabolismo basal, del tono muscular, de la respiración, del pulso y la T/A permitiendo encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas.

6.- Necesidad de Vestirse: Consiste en llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades,) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento, proteger la intimidad sexual, la ideología y status social.

7.- Necesidad de Temperatura Corporal: En condiciones normales es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo, esto esta asegurado gracias al funcionamiento de los centros termorreguladores situados en el hipotálamo, que actúan regulando la temperatura corporal. Las vías mas utilizadas son la rectal, oral y axilar

Manifestaciones normales en un adulto:

- Piel rosada
- Temperatura tibia
- Transpiración mínima
- Sensación presente de calor y frío
- Temperatura ambiental 18-25 °C
- Adulto 37 °C

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: El individuo debe mantener un cuerpo aseado y mantener una piel sana, para que ésta actúe como barrera protectora contra la penetración en el organismo de agentes patógenos. La función de la piel en el organismo es, regular la temperatura corporal, participando en la eliminación de residuos, refleja el equilibrio hidroelectrolítico y transmite sensaciones térmicas, de tacto, presión y de dolor; para cumplir con esto debe estar limpia, aseada y cuidada.

9.- Necesidad de Evitar Peligros: Consiste en protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica. Para defenderse, el ser humano posee numerosos medios naturales como la piel, los vellos (a nivel de orificios) y las secreciones, que impiden la penetración de agentes externos en el organismo.

10.- Necesidad de Comunicarse: Es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas crear un acceso entre unas y otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11.- Necesidad de Creencias y Valores: Todo individuo tiene la necesidad de hacer gestos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal, de la justicia y la persecución de una ideología. El ser humano aislado no existe, siempre está en interacción con otros individuos, la vida cómica o el ser supremo.

12.- Necesidad de Realización: Todo individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás, permitiendo un desarrollo de sentido creador, utilizando su potencial al máximo la gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13.- Necesidad de Recrearse: El ser humano se divierte en una ocupación agradable, obtener un descanso físico y psicológico. Ocupar tiempo en actividades recreativas es un alivio para la liberación de tensión engendrada por su trabajo diario.

14.- Necesidad de Aprendizaje: Es la necesidad del ser humano en adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos con el objetivo de analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para mantener su salud; cuando se adquieran estos conocimientos, actitudes y habilidades, el individuo experimenta un sentimiento de

seguridad, siendo capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de la vida cotidiana.

4.3 SUPUESTOS PRINCIPALES

ENFERMERÍA:

Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede valorar las necesidades humanas básicas.

PERSONA (PACIENTE)

Debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia, el paciente y su familia constituyen una unidad.

SALUD

Es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo, toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento.

ENTORNO

Las personas sanas pueden controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas, accidentes y deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

4.4 AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera-paciente

Se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente:

- 1) La enfermera como sustituta del paciente: Este 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.
- 2) La enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- 3) La enfermera como compañera del paciente: Supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. Señalaba que se puede sacar mayor partido al ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud.

Relación enfermera-médico

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico, remarcaba que las enfermeras no están a las ordenes del médico, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud.

Relación enfermera-equipo sanitario

Trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas.

Según sus palabras, la enfermería no existe en un vacío debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando. (MARRINER, 1999)

5. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO RESPIRATORIO

El Aparato Respiratorio es el encargado de realizar el intercambio de gases entre el aire y la sangre. Está constituido por: las fosas nasales, faringe, laringe, la tráquea, pulmones, alvéolos y el árbol bronquio-bronquiolar, calientan, humedecen y filtran el aire inspirado antes de su llegada a la porción respiratoria pulmonar.

NARIZ

La cavidad nasal, que comienza a partir de las ventanas de la nariz, está situada encima de la boca y debajo de la caja craneal. Al circular por la misma, el aire se purifica, humedece y calienta.

FARINGE

Se entrecruzan los conductos de los aparatos digestivo y respiratorio. Los alimentos pasan de la faringe al esófago y de ahí al estómago; el aire pasa por la laringe y tráquea a los pulmones. Para evitar que los alimentos penetren en los conductos de la respiración, siempre que se deglute se aplica al orificio superior de la laringe, la nasofaringe, una especie de válvula llamada epiglotis (movimiento reflejo).

LARINGE

Es una estructura alargada de forma irregular que conecta la faringe con la tráquea. Tiene un esqueleto formado por diversas piezas cartilagosas y elásticas, unidas por tejido conectivo fibroelástico. Su contorno se percibe desde fuera por lo que se llama la “nuez” o “bocado de Adán”; contiene las cuerdas vocales, repliegues de epitelio que vibran al pasar el aire entre ellas, produciendo el sonido.

TRÁQUEA

Es un tubo hueco que se origina en la base de la laringe y termina dividiéndose en los dos bronquios principales. Su pared consta de una capa interna epitelial, una capa externa de tejido conectivo y una capa media donde se encuentran los anillos cartilagosos que le sirve de sostén a fin de que la luz traqueal esté siempre abierta.

BRONQUIOS

Comienzan en la tráquea, penetran en el pulmón después de un corto trayecto y allí se dividen originando 3 bronquios secundarios en el pulmón derecho y 2 en el izquierdo. A partir de éstos, el árbol bronquial se ramifica dicotómicamente en forma desigual. Las primeras 9 a 12 divisiones constituyen los bronquios; las ramificaciones siguientes constituyen los bronquiolos, dentro de los cuales se distinguen sucesivamente los bronquiolos propiamente dichos, los bronquiolos terminales y los respiratorios. Estos se ramifican dando lugar a los conductos alveolares que a su vez originan los sacos alveolares o alvéolos donde se produce el intercambio gaseoso. En los bronquios intrapulmonares, los anillos son

reemplazados por placas irregulares distribuidas en toda la circunferencia del conducto y cuya importancia decrece gradualmente hasta que desaparecen en los bronquiolos. Los bronquios carecen de cartílago y poseen un almacén de fibras elásticas y reticulares que se prolongan hasta la pared alveolar.

Función: brindar una vía de paso para que el aire llegue al interior de los pulmones.

ALVÉOLOS

Son cavidades diminutas que se encuentran formando los pulmones, en las paredes de los vasos más pequeños y de los sacos aéreos. Por fuera de los alvéolos hay redes de capilares sanguíneos. Sus paredes son muy tenues y están compuestas únicamente por una capa de células epiteliales planas, por lo que las moléculas de oxígeno y de dióxido de carbono pasan con facilidad a través de ellas.

Función: brindan espacio donde los gases pueden difundir entre el aire y la sangre.

PULMONES

Son dos órganos de estructura esponjosa y tienen forma de pirámide con la base descansando sobre el diafragma. El derecho es mayor que el izquierdo, pues consta de tres partes o lóbulos, mientras que el otro sólo tiene dos. Cada pulmón se compone de numerosos lobulillos, los cuales a su vez contienen dos alvéolos, que son dilataciones terminales de los bronquios.. las pleuras son membranas que recubren los pulmones y los fijan en la cavidad torácica.

Función: es la hematosis, en la que tanto el oxígeno como el dióxido de carbono atraviesan la barrera sangre-aire en forma pasiva, por diferencias de concentración (difusión) entre las dos fases. También participa en la regulación de la temperatura corporal. (TORTORA, 1989)

5.1 FUNCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

Oxigenación es tomar el primer aliento, tiene importancia crucial en el nacimiento de todos los individuos y determina si el lactante tendrá o no una existencia viable como ser humano. (ROPER, 1993)

La respiración es el proceso de intercambio gaseoso entre el individuo y el medio ambiente. (KOZIER, 1999)

La respiración se lleva a cabo mediante tres mecanismos: ventilación, difusión y perfusión.

VENTILACIÓN

Es el movimiento de gases dentro y fuera de los pulmones, puede valorarse mediante la velocidad, profundidad y ritmo de los movimientos que indicarán la calidad y eficiencia de la ventilación. Consta de dos movimientos respiratorios: inspiración y espiración.

Inspiración: se produce por contracción del diafragma (desciende) y de los músculos que elevan las costillas. Esto provoca un aumento de la cavidad torácica que permite la entrada de aire en los pulmones. Dura de 1 a 1.5 segundos.

Espiración: ocurre lo contrario que en la inspiración; el diafragma y los músculos de las costillas se relajan, disminuyendo la capacidad torácica. Esto provoca la salida pasiva del aire. Dura de 2 a 3 segundos.

Las pruebas diagnósticas miden los valores de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre arterial, proporcionando así información útil sobre la difusión y la perfusión.

Gases de la sangre arterial:

pH 7.35-7.45

PaCO₂ 35-45 mmHg

PaO₂ 80-100 mmHg

Sat O₂ 94-98%

Oximetría de pulso (SO₂) 90-100%

Recuento sanguíneo completo (RSC)

Hemoglobina: 14 a 18 g/100 ml hombres

12 a 16 g/100 ml mujeres

Hematocrito: 40-50% hombres

35-45% mujeres

Recuento de glóbulos rojos: 4.6 a 6.2 millones/ml hombres

4.2 a 5.4 millones/ml mujeres

Existen varios factores para que pueda darse una ventilación adecuada: oxigenación atmosférica adecuada, vía aérea permeable, flexibilidad pulmonar.

- a) Oxígeno atmosférico adecuado. Las concentraciones de oxígeno son más bajas en altitudes altas, que al nivel del mar.
- b) Vía aérea permeable. Durante la inspiración el aire pasa a través de la nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y bronquiólos hasta los alvéolos. La espiración es la inversa. La nariz realiza tres funciones importantes: calienta, humedece y filtra el aire.
- c) Flexibilidad y retracción pulmonar adecuadas. Es la expansión y dilatación de los pulmones. Una flexibilidad inadecuada puede producirse debido a un edema o a tumores, pero también a cualquier circunstancia que impida la expansión de la caja torácica, como la parálisis o la cifosis. La retracción pulmonar en cambio, es el momento en que se colapsan las paredes torácicas siendo dos factores los responsables. El primero es la presencia de fibras elásticas en el tejido pulmonar y el segundo es la tensión superficial de los líquidos que revisten los alvéolos.
- d) Regulación de las respiraciones. El regulador principal es el centro respiratorio de la médula oblonga (el bulbo). Esta zona mantiene el ritmo normal uniforme de la respiración. El centro respiratorio recibe impulsos a

través de otros receptores especializados que están por todo el cuerpo, con la finalidad de que el bulbo realice los cambios necesarios en la respiración.

DIFUSIÓN

La difusión es el movimiento de gases y de dióxido de carbono entre los alvéolos y los glóbulos rojos, es la segunda fase del proceso respiratorio.

Los factores que influyen en la difusión de gases a través de la membrana respiratoria son:

- a) grosor de la membrana.
- b) área de la superficie.
- c) difusión de coeficiente de gas.
- d) diferencia de presión a cada lado de la membrana.

PERFUSIÓN

Es la tercera etapa del proceso respiratorio. En esta etapa el oxígeno es transportado a los tejidos y el dióxido de carbono de los tejidos a los pulmones.

Los factores que pueden afectar el transporte de oxígeno de los pulmones a los tejidos son principalmente:

- a) el gasto cardíaco.
- b) el número de eritrocitos.
- c) el ejercicio.
- d) el hematocrito de la sangre. (KOZIER, 1999)

6. ASMA BRONQUIAL

Es un trastorno que se manifiesta clínicamente por episodios intermitentes de jadeo y disnea; suele acompañarse de un estado de reacción excesiva de los bronquios, tal vez mediado por antígeno (alérgico).

La característica principal a diferencia de otros trastornos pulmonares es que el asma es reversible.

Factores predisponentes

Aunque no se conocen cuáles son las causas exactas que determinan la aparición de la enfermedad, podemos mencionar las siguientes:

- **Alergias:** en personas con antecedentes de alergia, la exposición con los elementos para los que son muy sensibles, pueden desencadenar una crisis asmática.
- **Alergenos:** son sustancias que desencadenan una reacción alérgica al estimular la secreción de ciertas sustancias, entre las que se encuentra la histamina, que son los responsables de la inflamación de los bronquios. Entre los principales alergenos tendríamos elementos externos, como el polen de ciertas plantas, como la hierba del muro, elementos químicos, el polvo, los ácaros, que pueden desencadenar la enfermedad. La ingestión de tóxicos, como el consumo de tabaco o ciertos medicamentos, especialmente los que contiene salicilina, o aquellos destinados a tratar la tensión arterial elevada.
- **Herencia:** los descendientes de personas que sufren esta enfermedad tienen más probabilidades de desarrollarla.
- **Enfermedades del aparato respiratorio:** mal tratadas pueden desencadenar crisis asmáticas. Es importante realizar un tratamiento adecuado y con la mayor prontitud posible.
- **Factores ambientales:** pueden desencadenar una crisis los lugares cerrados, espacios pequeños, especialmente si hay polvo, o el contacto con ciertos animales domésticos.
- **Estrés:** las situaciones de estrés, supone una disminución de las defensas del organismo y pueden favorecer la aparición de ataques asmáticos.
- **Temperatura ambiental:** un ambiente frío puede proporcionar los mismos resultados.
- **Ejercicio físico:** en ciertas situaciones, después de un ejercicio físico puede aparecer un ataque asmático.
- **Alimentación:** ciertos alimentos ricos en conservantes y colorantes pueden favorecer, incluso producir la aparición de la enfermedad.
- **Factores hormonales:** muchas mujeres presentan asma durante la fase premenstrual, sin que se conozca el mecanismo desencadenante.
- **Alcohol:** un número pequeño de asmáticos puede presentar obstrucción bronquial luego de los 30 minutos de la ingestión de bebidas alcohólicas.

Fisiopatología

Los nervios autónomos son estimulados por irritantes; ello despierta la secreción de moco y dilatación capilar. Al parecer hay un defecto en los nervios simpáticos (placas terminales beta-adrenérgicas) de los bronquios. Cuando se exponen a estimulantes a los que son particularmente hipersensibles, estos nervios no relajan el músculo liso sino que, por lo contrario, causan contracción; tampoco no disminuyen la secreción de moco y producen edema de la mucosa bronquial.

Reacción antígeno-anticuerpo.

Los individuos sensibles forman cantidades anormalmente grandes de IgE cuando se exponen a ciertos alergenos. Esta inmunoglobulina (IgE) se fija a las células cebadas de la mucosa bronquial.

Cuando el individuo se expone a ciertos alergenos, el antígeno resultante se combina con las moléculas de IgE unidas a las células cebadas, haciendo que se desgranulen y liberen mediadores químicos.

Estos mediadores químicos, principalmente histamina y sustancias de reacción lenta de la anafilaxia (SRS-A), producen broncos pasmo.

Otros factores pueden precipitar un ataque asmático como: infecciones de vías respiratorias, intolerancia a

Algunos fármacos como aspirina e indometacina, frío y cambios barométricos repentinos ejercicio, trastornos emocionales, contaminantes del aire; productos químicos industriales.

Manifestaciones clínicas

- a) Hay intervalos sin síntomas.
- b) Durante un ataque de asma, el grado de obstrucción de las vías respiratorias determina la gravedad de los síntomas.
 - En los episodios iniciales o leves: tos u opresión torácica leve.
 - A medida que el episodio asmático es más grave: jadeo, tos, diarrea, la espiración es más prolongada y difícil que la inspiración.
 - La disnea puede hacerse aparente; jadeo inspiratorio y uso de los músculos respiratorios accesorios (broncos pasmo).
 - Pulso débil, sudación; la tos se hace productiva.
 - A medida que aumenta la gravedad de los ataques, el paciente se torna más ansioso, inquieto y aprensivo.
 - Puede seguir un estado de fatiga; las respiraciones son menos laboriosas y el jadeo menos audible.
 - Ello puede causar insuficiencia respiratoria con hipercapnia, acidosis respiratoria e hipoxemia.
- c) Rinitis (mucosa nasal tumefacción) si hay asma extrínseca.

Clasificación

1. Asma bronquial extrínseca.

Inicia en la infancia, con frecuencia desaparece en la edad adulta; historia familiar positiva, habitualmente estacional, alergias múltiples bien definidas, respuesta positiva a la prueba cutánea de alérgenos (indicadora de una respuesta antígeno-anticuerpo). Los principales alérgenos inhalados que causan alergia son: polvo de casa, esporas de hongos, pólenes, plumas, caspa de animales.

Para estos casos el pronóstico es favorable si se evitan los alérgenos agresores; buena reacción a broncodilatadores y tratamiento específico.

2. Asma bronquial intrínseca.

Se ve en adultos pasados los 30 años, puede ser de naturaleza más grave y continua asociada a una historia de infecciones recurrentes del aparato respiratorio, múltiples condiciones inespecíficas pueden provocar un ataque y respuesta negativa a la prueba cutánea de alérgenos.

Su ocurrencia puede ser de principio primario antes de los cinco años o después de los 35.

El pronóstico es que la remisión del asma intrínseca es variable y puede ser difícil controlarla.

3. Asma combinada: el tipo inmediato al parecer combina una reacción alérgica e infección.

4. Asma por aspirina (ASA sensible).

(Tipo de asma intrínseca por ingestión de aspirina y compuestos relacionados.)

Las manifestaciones clínicas que se presentan durante un tiempo se han descrito como una "tríada":

Asma bronquial, poliposis nasal y reacciones graves a la aspirina.

Comienzo de los síntomas después de la ingestión de aspirina (20 minutos a dos horas) presenta: rinorrea líquida, seguida de rubor notable de la parte superior del cuerpo, náuseas, vómitos, jadeo, disnea y cianosis. (LÓPEZ, 1999)

Complicaciones

- Fracturas de costillas (por tos violenta).
- Neumonía.
- Atelectasia.
- Bronquitis.
- Neumotórax.
- Enfisema subcutáneo, mediastinal e intersticial.
- Cor pulmonale crónico.
- Paro cardiopulmonar.
- Sobredosis medicamentosa relacionada con el no seguimiento del tratamiento o déficit de conocimientos. (HOLLOWAY, 1990)

Factores precipitantes

Cualquiera de las siguientes causas puede despertar un ataque asmático en personas que padecen asma bronquial intrínseca:

Olores intensos (humos): turpentina, pinturas, sustancias químicas, flores de aroma intenso, perfumes, humo de tabaco, aire frío; cambios barométricos repentinos, contaminantes de aire, situaciones que despiertan emociones.

Métodos de diagnóstico

- a) La observación de un ataque.
- b) Los estudios de función pulmonar suelen mostrar mejoría notable después de administrar el broncodilatador.
- c) Pueden utilizarse técnicas de bronco provocación en un laboratorio de función pulmonar.
- d) Pruebas del esputo.
 - Asma leve: espumoso, claro blanco.
 - Asma más grave: viscoso y más adherente.
 - Asma con infección: verdoso purulento, amarillo.
- e) Para establecer los datos basales, quizá se necesite valoración de gases en sangre y espirometría simple.
- f) Aumento del número de eosinófilos en el asma alérgica extrínseca.

Tratamiento

Requiere la investigación previa de la frecuencia de las crisis, del grado de disnea de esfuerzo y de la obstrucción existente en la espirometría forzada. Una vez realizada la clasificación de la severidad del asma de acuerdo con estos parámetros, se aplicarán los recursos terapéuticos que tendrán por finalidad:

- 1) Revertir la obstrucción;
- 2) Evitar el desarrollo de una obstrucción severa;
- 3) La aparición de un episodio agudo;
- 4) Las complicaciones de la enfermedad.

Medicaciones disponibles. Teofilina (oral), salbutamol (inhalado, oral), fenoterol (inhalado, oral), perdnisona (oral), metilprednisona (oral), beclometasona (inhalado), cromoglicato disódico (inhalado).

Modalidad del tratamiento. En la forma crónica el tratamiento se realizará utilizando las vías inhalatoria y oral. La vía inhalatoria es aquella que emplea principios activos liberados por aerosoles presurizados o nebulizadores impulsados por aire u oxígeno comprimido. (BRUNNER, 1991)

Evitar contacto con alérgenos. Evitar todo tipo de sustancias y alimentos que provoquen algún tipo de alergia y así evitar un ataque de asma.

II VALORACIÓN

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina, de 40 años de edad, divorciada, originaria del D.F., trabaja de recepcionista en el ayuntamiento de Ecatepec, profesa la religión católica, terminó el bachillerato.

Habita en medio urbano, vive en departamento propio con sus 2 hijos, cuenta con todos los servicios públicos, no tiene ningún tipo de contacto con animales.

Nutrición regular en cantidad y calidad, ingiere 2 litros de agua diario, tabaquismo positivo desde los 13 años a los 27 años una cajetilla al día, alcoholismo ocasional.

AHF: Padre finado a los 68 años por cáncer ignora sitio, madre de 80 años con hipertensión arterial, 2 tías maternas con cáncer de mama una fallecida a los 54 años y la otra viva de 60 años a la cual se le realizó extirpación quirúrgica.

APP: Desde hace 1 año sufre de cuadros repetitivos de tos con expectoración, que es desencadenada por estrés y polvos caseros que se presenta cada 2 meses con duración de 10 días. Quirúrgicos positivos, amigdalectomía a los 8 años, luxación y fractura de codo izquierdo a los 9 años al caerse de la cama, 2 cesáreas la primera a los 21 años por embarazo postmaduro y la segunda a los 23 años electiva para realizar salpingoclasia.

Inicia su vida sexual a los 18 años de edad, ha tenido un compañero sexual del cual se encuentra separada desde hace 5 años.

PA: Consulta por cuadro de 5 días de evolución con tos productiva, disnea, broncoespasmo, sibilancias audibles a distancia y polipnea que son desencadenadas por estrés y polvos caseros que se presentan cada 2 meses con duración de 10 días.

E.F.: F.C: 109x', F.R: 40x', T/A: 100/60 mmHg, T. Ax.: 36.5 °C, SO₂: 76 %.

Paciente consciente, orientada y cooperadora, normocefalica, pupilas simétricas reactivas, narinas permeables sin aleteo, patrón respiratorio: polipnea y disnea, mucosa oral hidratada.

Ruidos cardiacos con ritmo regular, buena frecuencia y fuerza, tórax con sibilancias audibles, broncoespasmo, tos productiva con presencia de secreciones en ambos pulmones.

Abdomen con cicatrices quirúrgicas por cesáreas, plano, blando, depresible no doloroso al palparse, extremidades inferiores íntegras y sin edemas.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

I NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos de independencia:

Llenado capilar de 3 “.

Datos de dependencia:

Su frecuencia respiratoria es de 40x', FC. 109 x', T/A 100/60 mmHg, SO₂ 76% con oxímetro. Administración de O₂ a 3lt. x' y MNB con combivent debido a la dificultad respiratoria cada 4 horas, disnea, broncoespasmo, sibilancias audibles a distancia, tos productiva y polipnea. Fumaba 1 cajetilla al día desde los 13 a los 27 años.

II NECESIDAD DE NUTRICIÓN

Datos de independencia:

Consume normalmente verduras, carne, pan cada tercer día. Leche, fruta y tortilla diario, toma dos litros de agua al día. Su cabello es normal y brillante, piel y mucosas hidratadas. Con una Hb. de 14 g/dL. Hto. 39.9%, plaquetas 338 mm³, glucosa de 90 mg/dL.

Datos de dependencia:

Tiene indicada una dieta normal la cual es servida a las 10:00, 14:00 y 19:00. Desconocimiento sobre los alimentos que no puede consumir por que pueden ser alérgicos para ella. Peso de 62 kg, talla 1.56 cm y un índice de masa corporal (IMC) de: 25.47.

III NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos de independencia:

Controla esfínteres, evacua 2 veces al día, sus heces son de consistencia formada de aspecto normal, micciona 5 veces al día dependiendo del consumo de agua, su orina es de color transparente. Se presenta su menstruación cada 28 días, con duración de 5 días, con sangrado moderado, presentando cólicos el primer día que son tolerables.

Datos de dependencia:

Se escuchan ruidos intestinales normales 5 veces por minuto.

IV NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

Datos de independencia:

Se moviliza por sí misma y se cambiaba de posición en la cama.

Datos de dependencia:

No se observan.

V NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos de independencia:

Por lo regular ella duerme en su casa 8 horas diarias por la noche y descansa 1 hora durante el día. El lugar donde vive es tranquilo por lo que no interfiere en su sueño y descanso.

Datos de dependencia:

Desde que ingresó al hospital no duerme bien por la noche, porque el personal de enfermería la despierta para darle sus medicamentos y por eso ella refiere cansancio, bostezos, somnolencia diurna, apatía y ojeras.

VI NECESIDAD DEL USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos de independencia:

Le gusta vestirse de acuerdo a su edad, en su trabajo se viste con traje sastre.

Datos de dependencia:

Se siente incomoda con las batas del hospital, ya que necesita ayuda para ponérsela.

VII NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos de independencia:

Usa ropa de acuerdo al clima, acostumbra a usar ventilador si hace mucho calor y ropa delgada. No hay presencia de signos de hipertermia e hipotermia, tiene una temperatura de 36.5° C.

Datos de dependencia:

No se observan.

VIII NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos de independencia:

Se baña diario, se lava los dientes 3 veces al día, se lava las manos después de ir al baño y antes de comer.

Utiliza crema para la piel, se observa cabello, uñas, cara y dientes limpios sin ninguna alteración.

Datos de dependencia:

Depende de su oxígeno porque presenta disnea al realizar cualquier esfuerzo.

IX NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos de independencia:

No tiene ningún problema con los órganos de los sentidos.

Datos de dependencia:

Inquietud al no saber que medidas debe tomar en su trabajo en caso de que tenga una crisis asmática.

X NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Datos de independencia:

Es divorciada, tiene dos hijos. La relación con su familia es buena ya que hay buena comunicación entre ellos. Su comunicación oral es fluida y clara.

Salpingoclasia a los 23 años de edad, su papanicolaou se lo realiza cada año y el resultado es negativo, se explora las mamas cada mes después de su menstruación.

Datos de dependencia:

Inquietud verbal, sobre su enfermedad y las medidas que debe llevar a cabo por su enfermedad.

XI NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Datos de independencia:

Profesa la religión católica aunque va a misa muy poco, su religión no interfiere en su salud y su familia, considera la vida como un todo, la muerte le da miedo pero la respeta, lo más importante son sus hijos y les inculca valores. Tiene una imagen de la Virgen de Guadalupe en la cabecera de su cama.

Datos de dependencia:

No se observan.

XII NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

Datos de independencia:

Está contenta con su trabajo en el ayuntamiento, el rol que desempeña en su familia es como madre de familia, amiga y se siente satisfecha con esto, sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas.

Datos de dependencia:

Le preocupa que no pueda desempeñar bien su trabajo por su estado de salud.

XIII NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos de independencia:

Le gusta ir al cine por lo menos 2 o 3 veces cada mes y a fiestas cuando la invitan, practica natación cada 3er día por la mañana y en su tiempo libre le gusta leer y escuchar música.

Datos de dependencia:

No sabe que tipo de ejercicios puede realizar, para no afectar su salud.

XIV NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia:

Terminó el bachillerato, no tiene problemas para el aprendizaje.

Datos de dependencia:

No ha recibido mucha información sobre su padecimiento actual, medicamentos y métodos para evitar complicaciones, si se ha automedicado, tomando medicamento para la gripa sin prescripción médica.

III DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICOS

Necesidades	Diagnósticos de Enfermería
I Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio ineficaz relacionado con broncoespasmo y fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea, tos productiva, polipnea y Saturación de Oxígeno de 76%. • Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con secreciones bronquiales manifestada por sibilancias. • Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre las demandas y el aporte de oxígeno manifestada por disnea al efectuar esfuerzo y Frecuencia Respiratoria de 40 x´.
V Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación del sueño relacionada con persistencia de entorno para el sueño incomodo así como estímulos ambientales sostenidos, manifestada por somnolencia diurna, cansancio, ojeras, bostezos y apatía.
XIV Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento, los ejercicios respiratorios, los factores de riesgo, la dieta y de los signos y síntomas de alarma.

IV PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de Oxigenación

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ RELACIONADO CON BRONCOESPASMO Y FATIGA DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS MANIFESTADO POR DISNEA, TOS PRODUCTIVA, POLIPNEA Y SATURACIÓN DE OXÍGENO DE 76%.

Fundamentación: Alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una ventilación adecuada. El broncoespasmo es un episodio de aparición súbita, o de rápida instauración, de obstrucción de las vías aéreas grandes. (OCEANO/CENTRUM, 2002)

Objetivo:

- Mantener una oxigenación adecuada para que la paciente fortalezca los músculos respiratorios.

Relación Enfermera-Paciente: Auxiliar

Intervenciones	Fundamentación científica
1. Toma y registro de los patrones respiratorios de la paciente cada 8 horas.	La valoración del patrón respiratorio proporciona datos basales para calibrar la eficacia de las intervenciones de enfermería. (KOZIER, 1999)
2. Mantener el oxígeno a 3 lt. x' y nebulizaciones continuas cada 4 horas con combivent.	La vía aérea superior tiene tres funciones principales: calentar, filtrar y humidificar el aire inspirado. Suministrar oxígeno no humidificado puede secar e irritar la mucosa de la vía aérea. Las nebulizaciones ayudan a fluidificar las secreciones para facilitar su expectoración. (KOZIER, 1999)

<p>3. Administrar medicamentos según prescripción: salbutamol 2 inhalaciones cada 6 horas, la teofilina 100 mg VO cada 8 horas, metilprednisolona 60 mg IV cada 6 horas y perdnisona 5 mg cada 12 horas.</p>	<p>Los medicamentos pueden aumentar la ventilación y el flujo de aire. Salbutamol: (Broncodilatador) Es un agonista de los receptores adrenérgicos, produce relajación de los músculos liso bronquial, vascular y gastrointestinal. Teofilina: Derivado de la xantina que inhibe la fosfodiesterasa y antagoniza los receptores bronquiales a la adenosina, acciones que causan relajación del músculo liso bronquial. Metilprednisolona: (Corticosteroide) Esteroide sintético de acción intermedia más potente que la hidrocortisona, disminuye la permeabilidad capilar, bloquea la síntesis de anticuerpos, aumenta la glucemia y la movilización de ácidos grasos al tejido adiposo. Perdnisona: glucocorticoide sintético, de acción intermedia con actividad antiinflamatoria. (RODRIGUEZ, 1995) (Anexo 2)</p>
<p>4. Colocar un oxímetro de pulso.</p>	<p>El oxímetro de pulso es un instrumento no invasivo que nos permite vigilar la Saturación de Oxígeno, el cual tiene un parámetro para reconocer las condiciones de oxigenación de las células. (CARPENITO, 2005)</p>
<p>5. Posición semi-Fowler o Fowler alta.</p>	<p>Estas posiciones, ayudan a descomprimir el diafragma permitiendo una mayor expansión pulmonar en pacientes encamados sobre todo en presencia de disnea. (KOZIER, 1999)</p>

EJECUCIÓN:

Se llevaron acabo las intervenciones de enfermería.

EVALUACIÓN:

La paciente al paso de los días pudo estar desconectada del oxígeno por periodos de tiempo más largos. Su Frecuencia Respiratoria se normalizo estando entre 19 y 20 respiraciones por minuto. Colocándole el oxímetro la Saturación de Oxígeno oscilaba por lo regular entre 92 y 96%. Con esto se logró establecer su patrón respiratorio.

Necesidad de Oxigenación

LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS RELACIONADA CON SECRECIONES BRONQUIALES MANIFESTADA POR SIBILANCIAS.

Fundamentación: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucción del tracto respiratorio para mantener permeables las vías aéreas. El acumulo de secreciones provoca que el organismo no oxigene adecuadamente, ya que la entrada y salida de aire se encuentra bloqueada, generando estados de angustia en el paciente. (OCEANO/CENTRUM, 2002)

Objetivo:

- Mantener una limpieza efectiva de las vías aéreas.
- La paciente será capaz de eliminar eficazmente las secreciones.

Relación Enfermera-Paciente: Auxiliar

Intervenciones	Fundamentación científica
1. Realizar fisioterapia pulmonar.	La fisioterapia pulmonar se emplea para tratar estados pulmonares agudos o crónicos con obstrucción o restricción, a fin de retirar secreciones de zonas pulmonares y evitar atelectasia mediante posiciones convenientes. La palmopercusión y la vibración favorecen el arrastre de secreciones hacia las vías respiratorias altas y de ahí pueden ser expectoradas o aspiradas con mayor facilidad. (KOZIER, 1999) El drenaje postural permite la salida por gravedad de las secreciones retenidas en los segmentos pulmonares hacia los bronquios y la tráquea, de tal forma que puedan ser expectoradas o aspiradas. Cada posición es específica para el drenaje de un segmento broncopulmonar determinado. (OCEANO/CENTRUM, 2002) (Anexo 1)
2. Ayudar al paciente a adoptar una postura y posición adecuada para respirar (p. ej., Semi-Fowler o Fowler alta).	La posición semi-Fowler o Fowler alta permite la máxima expansión del tórax para la ventilación, sobre todo en presencia de disnea. (KOZIER, 1999)
3. Animar a la paciente a que beba al menos 2000 ml. de líquidos diarios (agua y jugos).	La ingestión de cantidades suficientes de líquido hidrata las mucosas pulmonares y reduce la viscosidad de las secreciones, facilitando así la expectoración o la eliminación por aspiración. (KOZIER, 1999)
4. Proporcionar nebulizaciones cada 4 hrs. con combivent.	Las nebulizaciones ayudan a fluidificar las secreciones para facilitar su expectoración. (KOZIER, 1999)

<p>5. Aspirar secreciones.</p>	<p>Es la aspiración de la tráquea a través de la orofaringe o la nasofaringe se utiliza para mantener despejar las vías aéreas. La sonda de aspiración se introduce por la boca o la nariz o bien a través de una vía artificial (traqueostomía). La técnica debe ser estéril para evitar arrastrar microorganismos patógenos al tracto respiratorio. (OCEANO/CENTRUM, 2002)</p>
<p>6. Enseñarle a toser de forma efectiva mediante ejercicios: Tos en cascada. Se le pide al paciente que haga respiraciones profundas y tosa varias veces hasta que sienta como si no tuviera aire en los pulmones. Tos de rabieta. Se hace una respiración profunda, después se lleva a cabo una serie de “bufidos” espiratorios con la boca abierta.</p>	<p>La tos mueve las secreciones desde las vías aéreas más pequeñas hacia las más grandes, facilitando su eliminación. La expectoración es la salida de secreciones dejando libre la vía aérea. (CARPENITO, 2005)</p>
<p>7. Respirar con el diafragma.</p>	<p>Reduce el ritmo respiratorio y aumenta la ventilación alveolar. (CARPENITO, 2005)</p>
<p>8. Respirar con los labios fruncidos.</p>	<p>La respiración con el labio fruncido prolonga la espiración para disminuir el volumen de aire que se inspira. (CARPENITO, 2005)</p>
<p>9. Aguantar la respiración de 3 a 5 segundos, a continuación exhalar la máxima cantidad posible por la boca. (La parte inferior de la caja torácica y el abdomen deberían hundirse).</p>	<p>El incremento de volumen de aire en los pulmones favorece la expulsión de secreciones. (CARPENITO, 2005)</p>
<p>10. Mantener una humedad adecuada del aire inspirado. Utilizar un humidificador ambiental o de oxígeno.</p>	<p>Una humedad adecuada impide que se sequen las vías aéreas y que se agrave el paciente. (KOZIER, 1999)</p>

EJECUCIÓN:

Se llevaron acabo las intervenciones de enfermería.

EVALUACIÓN:

Al paso de los días se pudo observar que la paciente expectoraba con mayor facilidad las secreciones con la ayuda de las nebulizaciones que se le dieron, esto ayudo a que su respiración se normalizara.

Necesidad de Oxigenación

INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD RELACIONADA CON DESEQUILIBRIO ENTRE LAS DEMANDAS Y EL APORTE DE OXÍGENO MANIFESTADA POR DISNEA AL EFECTUAR ESFUERZO Y FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 40x´.

Fundamentación: Estado en el que un individuo no tiene suficiente energía fisiológica o psicológica para realizar o completar las actividades cotidianas requeridas o deseadas. (KOZIER, 1999)

Objetivo:

- Mantener una oxigenación adecuada para que la paciente pueda realizar sus actividades sin ningún problema.

Relación Enfermera-Paciente: Auxiliar

Intervenciones	Fundamentación científica
1. Explorar con el paciente actividades conocidas que produzcan intolerancia a la actividad (p. ej., autocuidado, ejercicio y actividades de ocio), y los signos que indican la Intolerancia.	Esto ayuda a la enfermera y al paciente a establecer datos basales y permite a la enfermera especificar el nivel de intolerancia a la actividad. (KOZIER, 1999)
2. Mantener una valoración permanente de signos de disnea y eliminar o atenuar causantes.	La identificación de los factores contribuyentes permite a la enfermera y al paciente centrarse adecuadamente en las intervenciones. (KOZIER, 1999)
3. Proporcionar períodos amplios de reposo: establecer ritmo y prioridades para actividades.	La escasa tolerancia a la actividad puede guardar relación con la disminución del suministro de oxígeno a los tejidos, aumento del trabajo de la respiración. (CARPENITO, 2005)
4. Vigilar la respuesta del paciente a las actividades mientras las realiza.	La vigilancia permite a la enfermera y al paciente determinar la tolerancia actual y aumentar o disminuir esas actividades. (KOZIER, 1999)

EJECUCIÓN:

Se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería.

EVALUACIÓN:

La paciente ya no dependió tanto del oxígeno para realizar sus actividades, ya podía caminar más tiempo sin fatigarse, bañarse sin tener puesto su oxígeno, entre otras cosas. Esto se fue dando poco a poco.

Necesidad de Sueño y Descanso

DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO RELACIONADA CON PERSISTENCIA DE UN ENTORNO PARA EL SUEÑO ÍNCOMODO ASÍ COMO ESTÍMULOS AMBIENTALES SOSTENIDOS MANIFESTADA POR SOMNOLENCIA DIURNA, CANSANCIO, OJERAS, BOSTEZOS Y APATÍA.

Fundamentación: Situación en que el individuo pasa períodos prolongados sin dormir adecuadamente. El descanso físico y mental es importante para tener un funcionamiento óptimo del organismo. La cantidad de sueño necesaria para recuperar la energía varía con la edad, en adolescentes y adultos es de 7 a 9 horas diarias. (GARCÍA, 1997)

Objetivo:

- Reducir los trastornos del sueño durante la hospitalización.

Relación Enfermera-Paciente: Auxiliar

Intervenciones	Fundamentación científica
1. Valorar y documentar los patrones de sueño diurnos y nocturnos del paciente, y comparar el patrón actual con los hábitos usuales de sueño antes de este episodio de alteración del sueño.	Una valoración precisa permite a la enfermera y al paciente determinar la naturaleza exacta de la alteración. (KOZIER, 1999)
2. Discutir posibles causas que contribuyan a la alteración del patrón de sueño (p. ej., preocupaciones, medicamentos).	La identificación de las posibles causas ayuda a la enfermera y al paciente a planear intervenciones apropiadas para favorecer el sueño. El sueño es parte esencial de la vida del hombre y constituye un tercio de su tiempo. Las personas enfermas deben dormir más porque necesitan secretar más hormona del crecimiento para promover la reparación tisular. (DUGAS, 2000)

<p>3. Proporcionar las medidas de confort deseadas por el paciente, o ayudas para dormir al irse a la cama o antes, como colocación y apoyos adecuados, masaje de espalda, ropa de cama caliente.</p>	<p>Las medidas de relajación ayudan a conciliar el sueño y a tener un mejor descanso. (KOZIER, 1999)</p>
<p>4. Proporcionar un ambiente tranquilo y silencioso durante los períodos de sueño. Evitar los ruidos altos, la utilización de la luz de la cabecera de la cama, y cualquier otra interrupción durante los períodos de sueño.</p>	<p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado. (KOZIER, 1999)</p>
<p>5. Informar al paciente de antemano sobre las interrupciones asistenciales necesarias. Organizar los cuidados para permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos; por ejemplo, cuando se despierta al paciente para la medicación, toma de signos vitales y administrar los tratamientos en ese momento.</p>	<p>La preparación del paciente para despertarse y la planificación para minimizar los despertares disminuye el estrés y la ansiedad innecesarios, que pueden impedir el sueño posterior. Un tiempo de sueño de al menos 90 minutos ayuda al paciente a mantener un tiempo de sueño normal. (KOZIER,1999)</p>
<p>6. Planificar actividades satisfactorias para el paciente durante el día.</p>	<p>Las actividades diurnas satisfactorias estimulan la atención dificultando las siestas diurnas, que pueden alterar los ritmos circadianos y el sueño nocturno. (KOZIER, 1999)</p>

<p>7. Animar al paciente a expresar sus preocupaciones cuando no sea capaz de dormir.</p>	<p>Expresar verbalmente las preocupaciones puede ayudar a aliviar la ansiedad y favorecer la relajación. (KOZIER, 1999)</p>
<p>8. Si es posible proporcionar un compañero (a) de habitación compatible.</p>	<p>Las incompatibilidades crean estrés y conflictos que alteran los períodos de reposo. (KOZIER,1999)</p>

EJECUCIÓN:

Se llevaron acabo las intervenciones de enfermería.

EVALUACIÓN:

La paciente informa que ya conciliaba el sueño a los 30-45 minutos de irse a la cama, dormía períodos más prolongados entre la asistencia de enfermería y con eso se sentía más descansada y fresca tras despertar por la mañana. Refería haber dormido bien.

Necesidad de Aprendizaje

RIESGO DE MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO RELACIONADO CON LA FALTA DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD, EL TRATAMIENTO, LOS EJERCICIOS RESPIRATORIOS, LOS FACTORES DE RIESGO, LA DIETA Y DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

Fundamentación: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa terapéutico para la enfermedad o sus secuelas que resulta insatisfactorio para la consecución de los objetivos de salud específicos. (OCEANO/CENTRUM, 2002)

Objetivo:

- Realizar un plan de educación sanitaria individualizado que potencie el aprendizaje, la retención y su cumplimiento.
- Proporcionar la información necesaria a la paciente para garantizar el cumplimiento del tratamiento tanto en el hospital como en su domicilio.
- Disminuir su ansiedad y temor ante su enfermedad.

Relación Enfermera-Paciente: Auxiliar

Intervenciones	Fundamentación científica
1. Ayudar al paciente a formular y aceptar objetivos realistas a corto y largo plazo.	Esto puede ayudar a los pacientes a ser conscientes de su control sobre la vida y adoptar opciones que mejoren su calidad de vida. (CARPENITO, 2005)
2. Instruir al paciente sobre el diagnóstico y el régimen de tratamiento.	El entendimiento puede animar al paciente a tratar de alcanzar los objetivos y cuidarse. (CARPENITO, 2005)
3. Instruir sobre las medidas para tratar el asma y evitar la hospitalización. a) Seguir una dieta equilibrada. b) Descansar lo suficiente. c) Incrementar la actividad gradualmente. d) Evitar la exposición a	a,b,c. Estas prácticas favorecen la buena salud en general y aumentan la resistencia a la infección.

<p>lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humo, polvo, grave contaminación del aire y temperaturas Extremas. <p>4. Instruir al paciente sobre los ejercicios respiratorios y hacer que los practique para comprobar que los ha aprendido correctamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Usar un espirómetro incentivo. b) Adoptar una posición inclinada hacia delante. c) Respirar con los labios fruncidos. <p>5. Explicar el peligro de contagio y formas de reducir el riesgo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Evitar el contacto con personas contagiadas. b) Vacunarse contra la gripe y la neumonía bacteriana. c) Tomar antibióticos prescritos por el facultativo si el esputo adopta una tonalidad amarilla o verde. 	<p>d. La exposición a estos irritantes respiratorios puede provocar broncoespasmo e incrementar la producción de moco. Fumar destruye el mecanismo de limpieza ciliar de las vías respiratorias. El calor incrementa la temperatura corporal y aumenta la cantidad de oxígeno que el cuerpo necesita, lo que posiblemente agudice los síntomas. (CARPENITO, 2005)</p> <p>Los pacientes que sufren de asma con frecuencia se vuelven ansiosos y adoptan un patrón de respiración ineficaz. Disminuir el esfuerzo para la respiración mediante una postura adecuada y patrones de respiración eficaces puede restar gravedad a los episodios y evitar la hospitalización.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La espirometría incentiva anima al paciente a que haga esfuerzos de inspiración sostenidos y profundos. b. El inclinarse hacia delante mejora las excursiones diafragmáticas y disminuye el uso de músculos accesorios. c. La respiración con el labio fruncido prolonga la espiración, lo que evita la retención del aire y las bocanadas. (CARPENITO, 2005) <p>Las rinofaringitis están relacionadas con el asma. Las virosis son la causa más frecuente. Se cree que la rinofaringitis provoca la inflamación del árbol bronquial, lo que causa broncoconstricción y retención de aire. (CARPENITO, 2005)</p>
---	---

<p>d) Cumplir con el régimen de medicación e hidratación.</p> <p>e) Eliminar tabaquismo.</p> <p>6. Indicar al paciente que informe sobre:</p> <p>a) Cambios en las características de los esputos o si los esputos no vuelven a su color habitual transcurridos tres días desde el inicio del tratamiento con antibióticos.</p> <p>b) Temperatura elevada.</p> <p>c) Aumento de la tos, la debilidad o la disnea.</p> <p>d) Engorde o hinchazón de los tobillos y pies.</p> <p>7. Buscar asistencia médica si no se alivia el asma con el método que se indica en el régimen de tratamiento del paciente.</p> <p>8. Instruir a los pacientes y observar si utilizan bien los</p>	<p>Fumar destruye el mecanismo de limpieza ciliar de las vías respiratorias. (CARPENITO, 2005)</p> <p>a. Los cambios en el esputo pueden indicar que existe una infección o un rechazo del organismo infectado contra el antibiótico prescrito.</p> <p>b. Los patógenos circulantes estimulan el hipotálamo y elevan la temperatura corporal.</p> <p>c. La hipoxia es crónica; se han de detectar las reagudizaciones en una fase temprana para evitar complicaciones.</p> <p>d. Estos signos pueden indicar que existe una retención de fluidos secundaria a una hipertensión arterial pulmonar y un gasto cardíaco disminuido. (CARPENITO, 2005)</p> <p>Los síntomas del asma que no remiten pueden desembocar en estado asmático. Existen pruebas de que los pacientes hacen reiteradamente caso omiso de los signos de advertencia y sólo acuden al facultativo cuando su vida corre peligro. (CARPENITO, 2005)</p>
--	---

<p>nebulizadores manuales y los inhaladores.</p> <p>9. Desarrollar una rutina de ejercicio.</p> <p>10. Instruir sobre el uso de los inhaladores:</p> <p>a) Usar medicamentos de control (orales, inhaladores) cada día.</p> <p>b) Usar un inhalador de rescate o alivio inmediato si se necesita. Llamar al médico de cabecera, si se usa el inhalador de rescate más de dos veces a la semana o si el paciente se despierta con síntomas de asma más de dos veces al mes.</p>	<p>La precisión de las indicaciones puede evitar las sobredosis de medicación. El uso inadecuado de los inhaladores ha sido apuntado como antecedente del asma. Los pacientes tienden a utilizar los inhaladores más de la cuenta, lo que a la larga hace que pierdan su eficacia. (CARPENITO, 2005).</p> <p>El ejercicio aumenta la estamina del paciente. Ha de advertirse al paciente que el ejercicio inadecuado puede desencadenar un episodio de asma. Se ha de indicar al paciente que no es conveniente que haga ejercicio en temperaturas extremas. Para reducir la sensibilidad a los estimulantes se aconseja llevar una máscara de papel. Se ha de hacer énfasis en la importancia de un período de restitución del ritmo cardíaco tras el ejercicio. Es conveniente recomendar el ejercicio en el interior para evitar la exposición a estimulantes. (CARPENITO, 2005)</p> <p>a, b. El uso adecuado de los inhaladores facilitará el control.</p> <p>c. El asma no está controlado; se necesita una reevaluación. (CARPENITO, 2005).</p>
--	---

EJECUCIÓN:

Se llevaron acabo las intervenciones de enfermería.

EVALUACIÓN:

La paciente quedo satisfecha con la explicación que se le dio sobre su enfermedad, dándole a conocer el tratamiento que debe llevar a cabo para tener un mejor manejo de su enfermedad. Se le informo que dieta debe tener y que tipos de alimentos no debe consumir ya que son alérgicos para ella, y los signos síntomas que debe detectar para saber que hacer en caso que se presente alguno de estos.

V PLAN DE ALTA

La paciente debe llevar a cabo el siguiente plan de alta para tener un buen control de su enfermedad y así evitar una tener una recaída.

ALIMENTOS (que no puede consumir por que le pueden causar alguna alergia):

- Leche de vaca
- Huevo
- Pescados y mariscos (ej. Gambas u ostras)
- Frutos secos, en especial los cacahuates
- Moho en frutas y vegetales (fresa)
- Trigo
- Chocolate
- Cerveza y vino
- Carnes delicadas (rojas)

Cada uno de estos alimentos contienen un gran número de alergenicos capaces de originar manifestaciones de hipersensibilidad, entre ellos, los alimentos que contienen proteínas son la causa más común de este padecimiento. Es por eso que la paciente debe evitar consumirlos.

MEDICAMENTOS:

Los medicamentos con los cuales fue dada de alta la paciente, se le sugiere tomarlos en el siguiente orden con intervalos de 20 minutos entre uno y otro.

- a) **Metilprednisolona** 60mg IV c/6 hrs. Corticosteroides.
- b) **Perdnisona** 5mg VO c/12 hrs. Corticosteroides.
- c) **Salbutamol** 2 inh VO c/6 hrs. Broncodilatador.
- d) **Teofilina** 100mg VO c/8 hrs. Broncodilatador.
- e) **Combivent** 2 inh VO c/6 hrs. Broncodilatador. (ANEXO 2)

Nota: Para las dosis de 3 veces al día se recomienda el horario de 8:00, 16:00 y 24:00.

Para las dosis de cada 12 horas se recomienda: 9:00 y 21:00 y para las dosis de cada 6 horas: 6:00, 12:00, 18:00 y 24:00.

CUIDADOS EN EL HOGAR:

- Evitar o reducir al mínimo la exposición a los factores desencadenantes mencionados previamente.
- Seguir estrictamente las indicaciones de su médico en el uso de los medicamentos ya sea ingeridos o inhalados.
- La paciente puede hacer su vida normal siempre y cuando siga al pie de la letra su tratamiento.
- Mantener siempre una provisión adecuada de los medicamentos tanto en el hogar como en el trabajo. Si se realiza algún viaje asegurarse de tener durante el mismo todos los medicamentos que esta utilizando y aquellos que pudiera necesitar en una situación de emergencia.

EJERCICIO Y DESCANSO:

El ejercicio inadecuado puede desencadenar un episodio de asma. Se ha de indicar a la paciente que no es conveniente que haga ejercicio en temperaturas extremas. Para reducir la sensibilidad a los estimulantes se aconseja llevar una máscara de papel. Se hace énfasis en la importancia de un período de restitución del ritmo cardíaco tras el ejercicio. Es conveniente recomendar el ejercicio en el interior para evitar la exposición a estimulantes. Debe tomar un descanso, para que este le ayude a desestresarse para no tener una complicación.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:

- a) Tos persistente que no cede con la administración de los medicamentos broncodilatadores.
- b) Sibilancias audibles y de intensificación progresiva.
- c) Dificultad para respirar.
- d) Labios o uñas que comienzan a tener una coloración azulada o morada (cianosis).
- e) Dificultad para hablar.
- f) Dolor en el pecho o en el cuello.
- g) Si no puede ingerir líquidos y los medicamentos o éstos son vomitados.

Si presenta algunos de estos signos y síntomas debe acudir al médico ya que se puede presentar una crisis asmática.

VI CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería que elaboré fue con la finalidad de que los pacientes con asma lleven un mejor control de su enfermedad para así evitar complicaciones y recaídas. Con el plan de cuidados que apliqué a la paciente fue favorable ya que se logró que tomara conciencia de la importancia que tiene seguir las indicaciones al pie de la letra.

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería me ha permitido ver la importancia que tiene la enfermería en el cuidado que se le aplica a un paciente, ya que es totalmente independiente en cuanto al cuidado, aunque trabaja en forma interdisciplinaria con otras profesiones para poder tener un resultado favorable en los pacientes.

El aplicar como base el modelo de Virginia Henderson, me permitió establecer un vínculo entre enfermera-paciente, y saber la importancia de valorar las 14 necesidades básicas en mi paciente para poder obtener mejores resultados del plan de cuidados que se aplicó. Mi función como enfermera fue de auxiliar porque sólo apoyé a la paciente cuando ella dependía de mí, hasta que logro ser independiente.

VII GLOSARIO

Asma: Es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por una dificultad en la respiración, causada por un estrechamiento de los bronquios que se muestran inflamados e irritados.

Broncospasmo: Episodio de aparición súbita, o de rápida instauración, de obstrucción de las vías aéreas grandes.

Disnea: Es una sensación desagradable de dificultad respiratoria.

Drenaje postural: Permite la salida por gravedad de las secreciones retenidas en los segmentos pulmonares hacia los bronquios y la tráquea, de tal forma que puedan ser expectoradas o aspiradas.

Espasmo: Contracción involuntaria de uno o más músculos o fibras musculares.

Fisioterapia pulmonar: Se emplea para tratar estados pulmonares agudos o crónicos con obstrucción o restricción, a fin de retirar secreciones de zonas pulmonares y evitar atelectasia mediante posiciones convenientes.

Índice de masa corporal (IMC): Índice que se correlaciona con el contenido de grasa corporal total o porcentaje de grasa corporal. Se trata de una medida aceptable de adiposidad o grasa del cuerpo en niños y adultos. Se calcula al dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros (kg/m^2).

Nebulización: Conversión de un líquido en una nube de vapor por una corriente de aire.

Nebulizador: Aparato que convierte un líquido o solución en partículas finísimas que forman una especie de niebla.

Percusión: Consiste en efectuar una percusión sobre el tórax para desalojar mecánicamente las secreciones adheridas a las paredes bronquiales, movilizándolas desde los bronquios periféricos y hacia los de mayor calibre y la tráquea.

Saturación de oxígeno: Es la medida de la cantidad de oxígeno unida a la hemoglobina. Se expresa en porcentaje, siendo lo normal una saturación superior al 95% al respirar aire ambiente.

Sibilancias: Signo físico inespecífico asociado a vías aéreas estrechadas que limitan el flujo a su nivel; debe estar producido por la vibración de las paredes bronquiales de las grandes vías, generadas por un flujo suficientemente turbulento, y asociado a la compresión dinámica de las vías aéreas.

VIII BIBLIOGRAFÍA

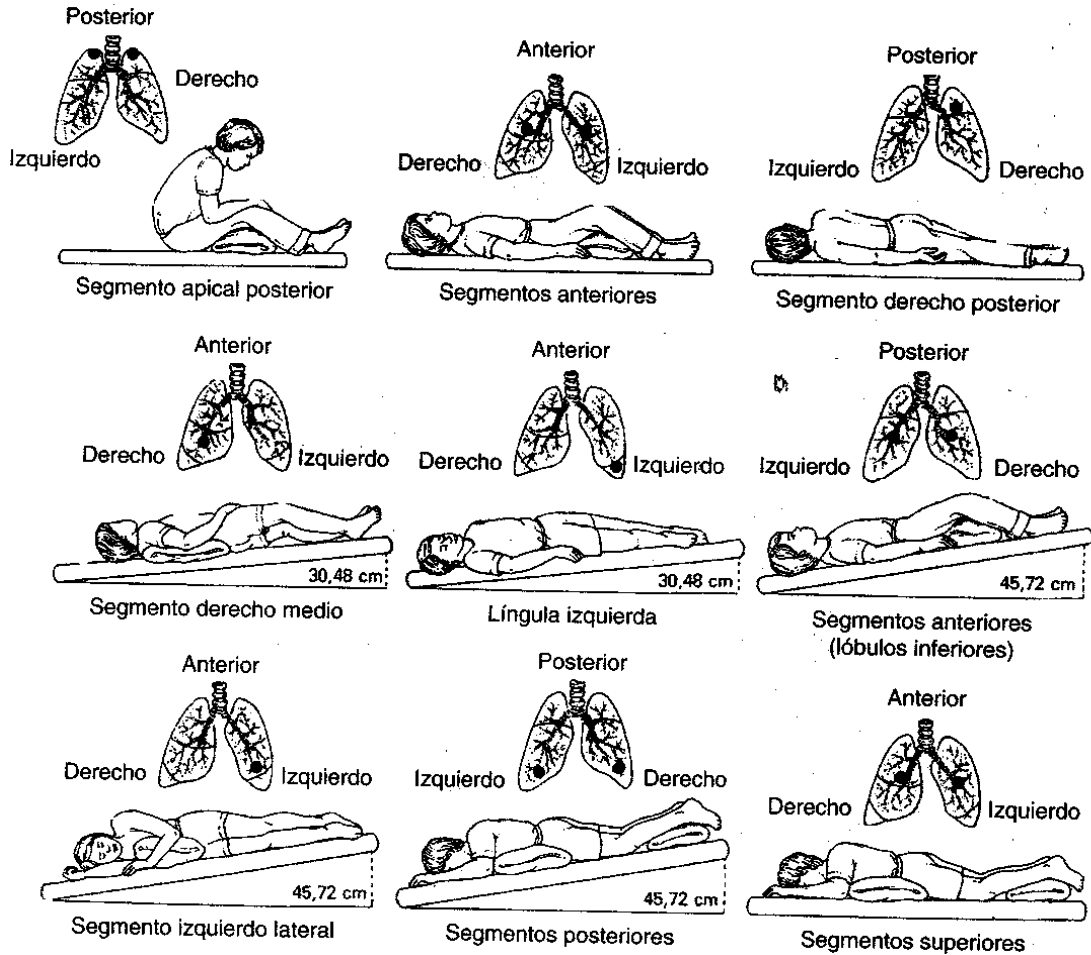
- BERAÉ, M., Enfermería Medico-Quirúrgica, 2ª ed., Ed. Mosby Doyma, México, 1996.
- BENNETT, J. C., Tratado de Medicina Interna, 20ª ed., Ed. Interamericana, México, 1997.
- BRUNNER, S. L., Manual de la Enfermera, 4ª ed., Ed. Interamericana, México, 1991.
- CARPENITO, L., Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería, 4ª ed., Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 2005.
- DURAN, de V. M., Ciencia de Enfermería, en Enfermería Universidad Nacional de Colombia, 1ª ed., Antologías del SUA ENEO teorías y modelos, 1998.
- DES, J. F., Enfermedades Respiratorias, 2ª ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1993.
- DuGas, Tratado de Enfermería Práctica, 4ª ed., Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 2000.
- ENCUENTRAL, A., Neumología en Atención Primaria, 1ª ed., Ed. Libros Princeps, España, 1999.
- ESPER, R., Biblioteca de Medicina, 1ª ed., Ed. El ateneo, Argentina, 1992.
- GARCÍA, G. Ma. De J., El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 1ª ed., Ed. Progreso, México, 1997.
- GARCÍA, M. C., Historia de la Enfermería, 1ª ed., Ed. Harcourt, Madrid España, 2001.

- HANLEY, M., Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Respiratorias, 1ª ed., Ed. El Manual Moderno, México, 2004.
- HERNÁNDEZ, C. J., Fundamentos de Enfermería: Teoría y Método, Ed. Interamericana McGraw-Hill, España, 1999.
- HERNÁNDEZ, C. J., Historia de la Enfermería, Ed. Interamericana McGraw-Hill, España, 1995.
- HOLLOWAY, M. N., Planes de Cuidados en Enfermería Medico-Quirúrgica, 1ª ed., Ed. Doyma, México, 1990.
- JAMIESON, E., Historia de la Enfermería, 6ª ed., Ed. Interamericana, México, 1968.
- JARIWALLA, G., Enfermedades Respiratorias, 1ª ed., Ed. Científica, México, 1988.
- KOZIER, B., Fundamentos de Enfermería, 5ª ed., Ed. Interamericana, México, 1999.
- MARRINER, T. A., Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª ed., Ed. Harcourt, Madrid España, 1999.
- MYERS, Enfermería Medico-Quirúrgica, 3ª ed., Ed. Harcourt, Madrid, 1996.
- NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004, NANDA Internacional, Ed. Elsevier, España, 2003.
- OCEANO/CENTRUM, Manual de la Enfermería, Ed. Grupo Océano, España, 2002.
- POTER, Fundamentos de Enfermería, 5ª ed., Ed. Harcourt, España, 2002.

- RIVERO, S. O., Neumología, 2ª ed., Ed. Trillas, México, 1998.
- RODRÍGUEZ, C. R., Vademécum Académico de Medicamentos, 2ª ed., Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 1995.
- ROPER, L. T., Modelo de Enfermería, 3ª ed., Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 1993.
- ROSALES, B. S., Fundamentos de Enfermería, 2ª ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1999.
- SAUNDERS, Cuidados de Enfermería, 1ª ed., Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 1997.
- SWEARINGEN, P., Manual de Enfermería Medico-Quirúrgica, 4ª ed., Ed. Harcourt, Madrid, 2000.
- TORTORA, J. G., Principios de Anatomía y Fisiología, 5ª ed., Ed. Harla, México, 1989.

IX ANEXOS

(ANEXO 1) DRENAJE POSTURAL



Drenaje postural. Las diferentes posiciones en las que se coloca el paciente permiten que la mayoría de las secreciones que obstruyen los bronquios puedan ser llevadas hacia la tráquea, donde son fácilmente expulsadas mediante la tos. Cada una de las posturas mostradas en el dibujo es específica para drenar las secreciones provenientes de cada lóbulo pulmonar. En muchos casos, la percusión suave y repetida en el lugar adecuado complementa el efecto de la postura. (OCEANO/CENTRUM, 2002)

(ANEXO 2) MEDICAMENTOS

Producto	Generalidades	Indicaciones	Contraindicaciones	Reacción adversa	Vía de administración y dosis
Metilprednisolona (corticosteroides)	Esteroide sintético de acción intermedia más potente que la hidrocortisona. Disminuye la permeabilidad capilar, el edema y bloquea la síntesis de anticuerpos, aumenta la glucemia, etc. El succinato sódico de metilprednisolona es muy soluble y ejerce sus efectos inmediatamente después de la administración IM o IV.	Procesos inflamatorios graves, estados en que se requiera inmunosupresores choque, lesiones agudas de la médula espinal.	En casos de hipersensibilidad al medicamento, infecciones sistémicas micóticas, virales o bacterianas, tuberculosis activa, úlcera péptica, durante la lactancia.	Nerviosismo, dificultad para dormir, intranquilidad. Con la administración crónica: dolor muscular, cansancio, sangrado gastrointestinal, reactivación de la tuberculosis, etc.	Adultos: I.M ó I.V. Succionato sódico de metilprednisolona de 10 a 250 mg cada 4 horas. O acetato de metilprednisolona por vía IM de 4 a 48 mg/día a intervalos de 7 a 14 días. Ajustar la dosis a la cantidad mínima necesaria.
Perdnisona (corticosteroides)	Glucocorticoide sintético, de acción intermedia, con actividad antiinflamatoria cinco veces mayor que la de la cortisona. Se absorbe rápido y casi por completo después de administración oral.	En casos de síndrome suprarrenal, procesos inflamatorios intensos.	En casos de hipersensibilidad al medicamento, diabetes mellitus, herpes ocular, tuberculosis sin tratamiento, infecciones, úlcera péptica, psicosis e insuficiencia hepática y renal.	Bulimia, insomnio, intranquilidad, alteración de la cicatrización, arritmias cardíacas, erupciones cutáneas, hiperglucemia, psicosis.	Adultos: Oral. 5 a 50 mg/día como dosis única o en dosis divididas. En todos los casos se ajusta la dosis a la cantidad mínima necesaria, la dosis máxima es de 250 mg/día.
Salbutamol (broncodilatador)	Agonista de los receptores adrenérgicos con cierta selectividad por los beta ₂ . Produce relajación de los músculos liso bronquial, gastrointestinal y vascular. Se absorbe rápido por vía digestiva y sus efectos se inician en 15 a 30 min. después de su administración.	Profilaxis y tratamiento del asma bronquial. Broncoespasmo asociado a bronquitis y enfisema.	En presencia de arritmias cardíacas y en casos de insuficiencia coronaria.	Náuseas, temblor, taquicardia, nerviosismo, intranquilidad, palpitaciones, insomnio, resequedad o irritación de boca y garganta, cefalea y vasodilatación periférica.	Adultos: Oral. Inicial, 2 a 4 mg tres o cuatro veces al día; se ajusta la dosis según la tolerancia hasta un máximo de 8 mg tres o cuatro veces al día. Nebulizado: mismas dosis. Inhalación: dos inhalaciones (100 microgramos) tres o cuatro veces al día.
Teofilina (Broncodilatador)	Derivado de la xantina que inhibe la fosfodiesterasa y antagoniza los receptores bronquiales a la adenosina, acciones que causan relajación del músculo bronquial. También	En casos de asma bronquial, bronquitis crónica y enfisema (tratamiento crónico).	En casos de hipersensibilidad a las xantinas y durante la lactancia. Usar con precaución en pacientes con compromiso vascular o cardíaco, diabetes mellitus,	Náuseas, vómito, dolor epigástrico, anorexia, diarrea, irritabilidad, inquietud, cefalea, insomnio, depresión, hipotensión,	Adultos: Oral. Inicial 300 mg/día en dosis divididas cada 6 a 8 horas. La dosis máxima es de 900 mg/día.

	aumenta la sensibilidad del centro medular al CO2 y previene la fatiga muscular, en especial la diafragmática. Se absorbe bien en el tubo digestivo.		hipertensión.	etc.	
Combivent (Broncodilatador) "Ipratropio/ Salbutamol"	El bromuro de ipratropio, es una amina cuaternaria con propiedades anticolinérgicas, tras ser inhalado VO se distribuye rápidamente a las vías respiratorias y sufre una mínima absorción hacia la circulación sistémica. El sulfato de salbutamol es un agente, B2-adrenérgico, el cual actúa sobre el músculo liso bronquial dando como resultado una relajación del mismo. El salbutamol relaja todo el músculo liso a partir de la traquea hasta los bronquios terminales y protege contra todos los agentes broncoconstrictores.	Esta indicado para el tratamiento y profilaxis del broncoespasmo reversible, de moderado a severo que acompaña al EPOC con o sin enfisema pulmonar y al asma bronquial, en pacientes que requieran de la administración de más de un broncodilatador.	En casos de hipersensibilidad al medicamento, en presencia de taquiarritmias.	Cefalea, ligero temblor de las extremidades y nerviosismo, taquicardia, mareos, palpitaciones, tos, irritación faríngea, náuseas, vómito, sudoración y debilidad muscular.	Adultos: una ampolleta 3 o 4 veces al día con nebulizador. Cada ampolleta contiene 2500mcg de salbutamol base y cada gota 50mcg.

**(ANEXO 3) UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBTETRICIA
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN**

Marzo 2006

ALUMNO: _____ FECHA: _____

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: _____
Ocupación: _____ Estado Civil: _____
Religión: _____ Escolaridad: _____ Domicilio:

Teléfono: _____ Institución de Salud: _____

SIGNOS VITALES:

Respiración: Frecuencia: _____ Amplitud: Buena: _____ Mediana: _____ Reducida: _____
Pulso: Frecuencia: _____ Ritmo: Regular: _____ Irregular: _____ Amplitud: Fuerte:
_____ Débil: _____
Temperatura Corporal: _____ Tensión Arterial: _____

SOMATOMETRIA:

Peso: _____ Talla: _____

NECESIDADES:

1.- Respiración:

¿Tiene algún problema para respirar? No ___ Si ___ Describa

¿Fuma usted? No ___ Si ___ ¿Cuántos cigarrillos diarios?

¿Convive usted con fumadores? No ___ Si ___ ¿Dónde?

¿Tiene usted animales en casa? No ___ Si ___ ¿de qué tipo?

¿Su casa esta bien ventilada? Si ___ No ___

¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? No ___ Si ___ ¿Cuál?

Explore (Ruidos y movimientos respiratorios, coloración ungueal)

2.- Alimentación:

¿Tiene algún problema con su apetito? No ___ Si ___ Describa

¿Sigue usted alguna dieta especial? No ___ Si ___ ¿Cuál?

¿Toma algún complemento alimenticio? No ___ Si ___ ¿Cuál?

¿Su horario de alimentos es? Desayuno _____ Comida _____ Cena _____

¿Tiene problemas para masticar? No ___ Si ___ ¿Cuál?

¿Sabe usted de alguna alergia alimentaría? No ___ Si ___ ¿Cuál?

¿Tiene dificultades para controlar su peso? No ___ Si ___

¿Cuántos vasos de agua toma al día? ___ ¿Come entre comidas? Si ___ No ___

¿Qué tipos de alimentos?

¿Tiene problemas digestivos? No ___ Si ___ ¿Cuáles?

Explore (mucosas, dientes, estado de la piel, cuadrantes abdominales)

3.- Eliminación:

¿Cuántas veces defeca al día? _____ ¿Tiene problemas de hemorroides? _____ Diarrea _____

Estreñimiento _____ Sangrado _____ Heces negras _____ Heces con alimentos _____

Incontinencia fecal _____ Dolor al evacuar _____ Otros _____

¿Cómo los soluciona? _____

¿Cuántas veces orina al día? _____ ¿De qué color es su orina?

¿Experimenta algún problema para orinar? No ___ Si ___

Describa: Ganas frecuentes de orinar _____ Dolor al orinar _____ Incontinencia: Urinaria _____

Esfuerzo al orinar _____ Otros _____

¿Cómo lo remedia? _____

Explore (Globo vesical, cuadrantes abdominales, características de la orina)

4.- Movilidad y Postura:

Presenta dificultad para: Levantarse _____ Sentarse _____ Caminar _____

¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulte su movilidad? No ___ Si ___ Describa

Explore (Postura, marcha, simetría)

5.- Dormir y Descansar:

¿Duerme usted bien? Si ___ No ___ Describa _____

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Duerme por la tarde? No ___ Si ___ ¿Cuántas horas? _____
¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si ___ No ___ ¿Porqué? _____

Explore (Ojeras, bostezo, cansancio, hipodinámia)

6.- Vestido y 7.- Higiene y Protección de la piel:

¿Cada cuando se baña? _____ ¿Su cambio de ropa es? Completo ___ Parcial _____
¿Se lava los dientes? Si ___ No ___ Frecuencia _____ ¿Utiliza cepillo de dientes? Si ___
No ___ ¿Su aseo de manos lo realiza: De vez en cuando? _____ Antes de comer _____
Después de ir al baño _____ Antes de ir al baño _____

¿Utiliza artículos personales? Si ___ No ___ ¿Porqué? _____

Crema ___ Jabón ___ Desodorante ___ Cosméticos _____ Otros _____

¿Cada cuando cambia su ropa de cama? (Frecuencia) _____ ¿Porqué? _____

_____ ¿El uso de toalla de baño es personal? Si ___ No ___
¿Porqué? _____

_____ ¿La actividad que realiza le impide mantener su higiene personal? Si ___ No ___

¿Es usted capaz en este momento de cuidar la limpieza y el orden de su casa? Si ___ No ___
¿Porqué? _____

Explore:

Aspecto personal _____

Cabello _____

Mucosas _____

Dientes _____

Manos _____

Uñas _____

Pies _____

Técnicas de apoyo: Curación _____ Masaje _____ Antisépticos _____

8.- Temperatura:

¿Tiene algún problema con el control de su temperatura? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____

¿Qué medidas toma cuando tiene frío? _____

¿Qué medidas toma cuando tiene calor? _____

MIDA Y OBSERVE

Temperatura corporal _____ Fármacos _____
Tratamientos de apoyo _____

Otros
(Especifique) _____

9.- Evitar peligros:

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? No ___ Si ___ ¿Cuál?

¿En su casa existe algún problema que lo ponga en riesgo? No ___ Si ___ ¿Cuál?

¿En su trabajo existe algún problema o condición física que lo ponga en peligro? No ___ Si ___
¿Cuál? _____

¿Conoce las medidas de protección en caso de incendio, temblores, erupciones, etc.?

Algunas _____ Todas _____ Ninguna _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No ___ No sabe ___ Si ___ ¿Cuál?

¿Desde cuando? _____

¿Qué medidas lleva a cabo para controlarla?

Explore (Capacidad auditiva y visual, condiciones de peligro en la vivienda)

10.- Comunicación:

¿Escucha bien? Si ___ No ___

¿Porqué? _____

¿Con quién vive? _____

¿Describa su relación?

Observe (características del lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos, estado de conciencia)

REPRODUCCIÓN Y SEXUALIDAD:

¿Utiliza algún método de control natal? No ___ Si ___ ¿Cuál?

En caso de ser mujer:

¿Sabe como explorar sus mamas? Explique

¿Cada cuando se realiza su citología vaginal? (Papanicolaou)

En caso de ser hombre:

¿Le practicaron a usted la circuncisión? Si ____ No ____ ¿Utiliza el condón? Si ____ No ____
Explore (Características del vestido y conducta con respecto a su género)

11.- Creencias y Valores:

¿Qué sentido tiene para usted la vida?

¿Qué opina de la muerte?

¿Usted conserva alguna tradición durante el año? ¿Cuál?

¿Tiene usted un hábito religioso? Si ____ ¿Cuál?

¿En este momento tiene usted algún pendiente? Si ____ ¿Cuál? _____ No _____
¿Qué es lo más importante para usted en la vida?

Observaciones _____

12.- Trabajo y Realización:

¿Esta usted contento con el trabajo que desempeña? Si ____ No ____ ¿Por qué?

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría? Si ____ No ____ ¿Por qué?

¿Qué metas tiene en este momento?

¿Pertenece usted a algún grupo de apoyo? Social ____ Cultural ____ Deportivo ____ Religioso ____
¿Qué rol desempeña en la sociedad?

¿Qué rol desempeña en su familia?

De ese rol, ¿qué es lo que más le gusta?

Observaciones _____

13.- Recreación:

¿Cuenta con tiempo libre? Si ____ No ____ ¿A qué lo dedica?

¿Práctica algún deporte? No ____ Si ____ ¿Cuál? _____ Frecuencia _____

¿Su estado de salud le ha modificado sus actividades anteriores? Si ____ No ____

¿Existen en su comunidad lugares para divertirse o para practicar algún deporte? No ____
Si ____ ¿Cuál? _____

¿Acude usted a esos lugares? Frecuentemente _____ Rara vez _____ Nunca _____

Observe (condiciones de la vivienda que propicien la recreación o el deporte)

14.- Aprendizaje:

¿Ha recibido información acerca de su salud? No ____ Si ____ ¿De qué tipo?

¿Hay algo que usted desearía saber acerca de su salud o la de su familia?

¿Usted se automedica?

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud?

Observaciones _____