

CASO ASMA BRONQUIAL

Andrea de 3 años, se encuentra ingresado en la sala de pediatría por presentar disnea, con un score de silverman de 6, FR de 60 por minuto, tos esporádica que moviliza secreciones blanquecinas en moderada cantidad, a nivel pulmonar se ausculta sibilancias y estertores en ambos campos pulmonares, Con SO₂ de 85%, se mantienen en NPO, recibiendo O₂ por bigotera a 3 litros por minuto. Con vía periférica administrándose dextrosa al 5%, y dexametazona IV.

Dominio	Diagnóstico	Características
4. Actividad/Reposo	<p>-Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de los músculos de la respiración m/p disnea, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂).</p> <p>-Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos de la respiración m/p disnea</p>	<p>El paciente al momento de ser ingresado a la sala de pediatría presenta disnea y un score de Silverman de 6 puntos lo cual desencadena un aumento en la presión parcial de oxígeno en los alvéolos que generalmente determinan la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos y a la corriente sanguínea</p>
2.Nutricion	<p>Riesgo del déficit del volumen de líquidos r/c alteraciones que afecta la ingesta de líquidos</p>	<p>El niño se encuentra en NPO con dextrosa al 5%</p>
3. Eliminación e intercambio	<p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión m/p patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad).</p>	<p>La niña se encuentra recibiendo oxígeno por bigotera 3L por min, presenta taquipnea de 60 resp/min y saturando 85%. La hiperventilación puede ser un síntoma de un ataque de asma. El asma es con frecuencia la causa de la respiración rápida y superficial en los niños, que puede empeorar por la noche,</p>

		después del ejercicio o durante el contacto con desencadenantes como los alérgenos y el aire frío.
11. Seguridad/Protección	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c Asma m/p Alteración en la frecuencia respiratoria, disnea, sonidos respiratorios adventicios (Sibilancias, estertores)	Presenta tos esporádica lo cual moviliza secreciones blanquecinas en moderada cantidad. Tras la auscultación existe la presencia de sibilancias y estertores en ambos campos pulmonares.
11. Seguridad/Protección	Riesgo de traumatismo vascular r/c tiempo que el catéter estará insertado	La niña al momento se encuentra con vía periférica administrándose dextrosa al 5%, y dexametazona IV.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIATRICO CON ASMA BRONQUIAL					
Secundaria	PEDIATRÍA	PEDIATRÍA	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO Deterioro del intercambio de gases relacionado con disnea, patrón respiratorio anormal como lo demuestra cambios en la membrana alveolo capilar CÓDIGO: 000030 DOMINIO: 03 Eliminación e intercambio CLASE: 04 Función respiratoria DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/ o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolar-capilar			RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
			RESULTADO: Estado espiratorio Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar	Frecuencia respiratoria 41501 Ruidos respiratorios auscultados 41504 Saturación de oxígeno 41508	Desviación grave del rango normal Desviación sustancial del rango normal Desviación moderada del rango normal Desviación leve del rango normal Sin desviación del	Seguimiento 1	Mantener 2	Aumentar 3

				Disnea en reposo 41514 Tos 41513	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	K control respiratorio	Campo: 02	Fisiológico: complejo	Clase:	K Control respiratorio	Campo: 02	Fisiológico: Complejo	
INTERVENCIÓN: MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA					INTERVENCIÓN: OXIGENOTERAPIA			
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTO CIENTÍFICO:			ACTIVIDADES:		FUNDAMENTO CIENTÍFICO:	
Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones		Debido a la presencia de edema de la mucosa y submucosa a nivel de la subglotis se, reduce la luz traqueal y origina alteraciones en la respiración. (1)			Eliminar las secreciones bucales, nasales según corresponda		Estas secreciones están obstruyendo la vías respiratoria ocasionando problemas respiratorios en el paciente su eliminación favorece a una mejor ventilación. Estas secreciones se pueden recoger para realizar exámenes y ver el origen de la infección	

Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno	La medición de la saturación de oxígeno proporciona un dato objetivo, teniendo en cuenta que su descenso se produce puede producir complicaciones como la hipoxia	Mantener la permeabilidad de la vías aéreas	Para reducir la agitación ,y va a facilitar una mejor ventilación
Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados	Para evaluar la disminución o ausencia de ruidos respiratorios que puede significar Aire o líquido alrededor de los pulmones, Incremento del grosor de la pared torácica, Disminución del flujo de aire a una parte de los pulmones que se va a manifestar atreves de sibilancias, estertores, roncus, estridor (2)	Vigilar el flujo de litros de oxigeno	Para comprobar que se está administrando la concentración de oxigeno prescrita con la finalidad que el paciente pueda compensar la cantidad de oxigeno que requiera para su cuerpo.
Vigilar las secreciones respiratorias del paciente	El exceso y retención de secreciones altera la función respiratoria y facilita la aparición de infecciones. La eliminación de secreciones favorecer la ventilación pulmonar y previene las infecciones respiratorias	Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.	Se presentarse en forma de miedo o preocupación, pero también puede hacer que los niños estén irritables y enfadados. También incluyen problemas para dormir, además de síntomas físicos como fatiga
INTERVENCIÓN: Mejora de la tos			
Clase:	K Control respiratorio	Campo:	02 Fisiológico: Complejo
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTO CIENTÍFICO:		
Fomentar la hidratación a través de la administración de líquidos por vía sistémica	Siempre es preciso la administración de líquidos y la valoración del estado de hidratación, ya que la taquipnea y la dificultad en la ingesta pueden provocar con facilidad cierto grado de deshidratación. (1)		

Responsables:	Paola Mata Silvia Moreta Karen Loaiza Viviana Tene	Docente:	MSC. Cielito Betancourt	Fecha de Elaboración:	15/07/2020
----------------------	---	-----------------	----------------------------	----------------------------------	------------

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO-ASMA BRONQUIAL					
SEGUNDO	Pediatría	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías permeables. CÓDIGO: 00031 DOMINIO: 11 Seguridad/Protección. CLASE: 02 Lesión física DEFINICIÓN: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c Asma m/p Alteración en la frecuencia respiratoria, disnea, sonidos respiratorios adventicios (Sibilancias, estertores).			RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
			Resultado: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar	41004 Frecuencia respiratoria. 41007 Ruidos respiratorios patológicos. 41015 Disnea.	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.	Seguimiento 1	Mantener 2	Aumento 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	K Control respiratorio	Campo:	02 Fisiológico Complejo	Clase:	K Control respiratorio	Campo:	02 Fisiológico Complejo	
INTERVENCIÓN: (3160) Aspiración de las vías aéreas.				INTERVENCIÓN: (3140) Manejo de la vía aérea.				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		

- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

La aspiración se usa para extraer por vía orofaríngea y nasofaríngea las secreciones de los pacientes que son incapaces de limpiar su vía aérea y evitar la broncoaspiración.

- Administrar broncodilatadores

Los broncodilatadores tienen como efecto principal el rápido alivio del broncoespasmo agudo, por relajación de la musculatura lisa y aumento de la depuración mucociliar.

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (Sa O2). 	<p>Cuando el transporte de oxígeno, en el paciente se encuentra alterado, ya que los mecanismos adaptativos para mantener un aporte adecuado a los tejidos pueden tornarse insuficientes, por lo que resulta primordial evaluarlos y corregirlos periódicamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. 	<p>Es importante colocar al paciente en una posición de cubito dorsal tomando en cuenta la maniobra frente-mentón, siempre y cuando no exista sospecha de lesión medular a nivel cervical, esto permitirá que el paciente tenga una mejor la respiración.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de secreciones. 	<p>Las secreciones o mucosidad generalmente es incoloro y translucido, la cantidad nos permite evaluar la respuesta al tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios. 	<p>La auscultación pulmonar de ruidos respiratorios permite evaluar el flujo de aire por el árbol traqueobronquial, el estado de los pulmones y del espacio pleural, en caso existir alguna anomalía de ruidos que se transmiten hasta la pared torácica.</p>

Clase:	K : Control respiratorio	Campo:	02 Fisiológico: complejo
---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

INTERVENCIÓN: (3210) Manejo del Asma.

<ul style="list-style-type: none"> • Obtener mediciones de espirometría (FEV1, FVC, relación FEV1/FVC) antes y después del uso de un broncodilatador de corta duración. 	<p>La medición de los valores de la espirometría (FEV1, FVC, relación FEV1/FVC) antes y después de un broncodilatador permite saber si el tratamiento a funcionado adecuadamente o no, ya que un broncodilatador causa que los bronquios y bronquiolos de los pulmones se dilaten, provocando una disminución en la resistencia aérea y permitiendo así el flujo de aire.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración. 	<p>La constante vigilancia de patrón respiratorio en un paciente intrahospitalario permite verificar si existen dificultades respiratorias tanto al inhalar como la exhalar. Debido a que permite descartar de alguna obstrucción o anomalía a nivel respiratorio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar los sonidos pulmonares después del tratamiento para determinar los resultados. 	<p>Es indispensable la auscultación de los sonidos pulmonares como son las sibilancias o ruidos anormales en el paciente, aunque algunas veces se pueden escuchar sin necesidad de un estetoscopio, esto nos permitirá valorar si el paciente ha mejorado o no.</p>

Responsable (s)	Paola Mata Silvia Moreta Karen Loaiza Viviana Tene	Docente (s)	MSC. Cielito Betancourt	Fecha de Elaboración:	15-07-2020

BIBLIOGRAFIA

1. Donoso EM. ANALISIS DE LOS PARAMETROS FISIOLÓGICOS CARDIORRESPIRATORIOS SEGUIOS A LA ADMINISTRACION DE ADRENALINA RACÉMICA NEBULIZADA CON HELIOX, EN MENORES DE 5 MESES A 3 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN CRUP. [Online].; 2017. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8187/1/UDLA-EC-TLFI-2017-22.pdf>.
2. RECALDE ME. “USO DE CORTICÓIDE INTRAVENOSO COMPARADO CON OTRAS VIAS DE ADMINISTRACION EN PACIENTES CON LARINGOTRAQUEITIS (CRUP) Y LA EVALUACION DE LAS COMPLICACIONES HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS. [Online].; 2016. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12838/TESIS%2003-01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Asma, control difícil. Asma, grave problemática. Dr. Javier Torres Borrego. [Internet]. Agosto 2014. [Citado 10 de julio de 2015]. Disponible en <http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2013/12/2014-2-3.a.pdf>
4. Croup tratamiento actual. Dra. Claudia Fuentes, Dr. Rubén Peña. [Internet]. 2014. [Citado 12 de julio de 2015]. Disponible en <http://www.neumologia-pediatrica.cl/PDF/201492/Croup-tratamiento-actual.pdf>