



Nombre de alumnos: López Acuña Ángel Tadeo

Nombre del profesor: Nancy Domínguez torres

Nombre del trabajo: manual de procedimiento.

Grado: 5to cuatrimestre

Grupo: “u”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de septiembre de 2019.

Introducción.

En este manual tratare de explicar la definición de cada una de las siguientes técnicas y sus funciones.

INDICE	pag.
Broncoscopia _____	4
gasometría arterial _____	6
toracentesis _____	8
biopsia _____	9
recogida de muestras: secreciones y esputo _____	11
intubación endotraqueal _____	13
aspiración de secreciones con la técnica cerrada y abierta _____	15
traqueotomía _____	16
place de enfisema pulmonar obstructiva crónica (EPOC) _____	18
place de asma bronquial _____	24

Broncoscopia.

Es un examen para visualizar las vías aéreas y diagnosticar enfermedad pulmonar. Este examen se puede utilizar igualmente durante el tratamiento de algunas afecciones pulmonares.

Objetivo:

El broncoscopio es una prueba diagnóstica que se utiliza desde finales del siglo 19. Permite ver la vía respiratoria hasta los bronquios de mayor tamaño. Además, puede incluso utilizarse para tratar ciertas patologías.

Material y equipo:

El material fungible consiste en pinzas de biopsia, cepillos de citología y microbiología, agujas de punción transbronquial, catéteres-sonda y catéteres con balón para taponamiento bronquial. Excepto las pinzas de biopsia que pueden ser reutilizables, el resto del material ha de ser de un solo uso. El personal que participa en la exploración debe utilizar ropa protectora incluyendo bata, guantes, mascarilla y gafas. Debe haber extractor de aire independiente del sistema de aire acondicionado del centro o bien sala con presión negativa para casos de infecciones contagiosas

Procedimiento:

Una vez que está relajado, su médico replaceará el broncoscopio en su nariz. El broncoscopio pasa desde la nariz hasta la garganta hasta llegar a los bronquios. Los bronquios son las vías respiratorias en sus pulmones. Pueden colocarse brochas o agujas en el broncoscopio para recolectar muestras de tejido de los pulmones. Estas muestras pueden ayudar a su médico a diagnosticar cualquier condición pulmonar que pueda tener.

Su médico también puede usar un proceso llamado lavado bronquial para recolectar células. Esto implica rociar una solución salina sobre la superficie de sus vías respiratorias. Las células que se lavan de la superficie se recogen luego y se observan bajo un microscopio.

Dependiendo de su condición específica, su médico puede encontrar uno o más de los siguientes:

- sangre
- moco
- una infección
- hinchazón
- un bloqueo
- un tumor

cuidados de enfermería:

- Controlar las constantes vitales.
- Comprobar tolerancia a líquidos, 2 o 3 horas tras intervención, cuando el paciente recupere el reflejo nauseoso.
- Observar si el paciente presenta signos de disnea o falta de aire, ya que puede ser signo de edema o espasmos laríngeos.
- Anotar cualquier incidencia y registrar las constantes, medicación administrada, etc.
- Avisar al médico ante cualquier complicación.
- Para aliviar las molestias de garganta, recomendar al paciente chupar hielos, chupar pastillas, hacer gárgaras con agua tibia con sal, o tomar fármacos analgésicos prescritos.
- Aconsejar que, si presenta fiebre, dificultad respiratoria acudir al médico

GASOMETRIA ARTERIAL

la gasometría arterial es una prueba que permite analizar, de manera simultánea, el estado de oxigenación, ventilación y acido- base de un individuo. Es útil para evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas. Asimismo, proporciona información sobre la gravedad y evolución de padecimientos previamente conocidos que involucran anomalías en el intercambio gaseoso.

Objetivo:

La gasometría arterial es la recolección de una muestra de sangre arterial que puede hacerse mediante:

- punción directa, conocida como gasometría
- punción indirecta, a través de una arteria canalizada con anterioridad

La finalidad de la punción arterial es valorar el pH, las presiones parciales de los diferentes gases que existen en la sangre arterial (O₂ y CO₂) y el equilibrio ácido-básico

La extracción de sangre para una gasometría puede hacerse desde diferentes arterial, las más usuales son radial, braquial y femoral.

Material y equipo:

- Contenedor para desechar material fungible
- Antiséptico como povidona yodada o clorhexidina
- Guantes no estériles
- Gasas
- Esparadrapo
- Jeringa de gasometría

Pasos del procedimiento:

PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN ARTERIAL

1. Colocar al paciente según la arteria elegida
2. Realizar el lavado de manos
3. Colocarse los guantes
4. Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio
5. Desinfección de la zona de punción con la gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario
6. Realizar la punción con la mano dominante:
 1. 45° en la radial
 2. 60° en la braquial
 3. 90° en la femoral

PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE LA SANGRE

1. Observar la aparición de flujo sanguíneo retrógrado sin necesidad de aspirar
2. Extraer la muestra, evitando la entrada de aire
3. Retirar la aguja y la jeringa
4. Presionar sobre el punto de punción con una gasa firme y constante, entre 5 a 10 minutos
5. Colocar apósito compresivo sobre el lugar de punción y fijarlo con esparadrapo, ejerciendo ligera presión
6. Agitar ligeramente la muestra para evitar a coagulación
7. Desconectar la aguja de la jeringa, desechándola en el contenedor de objetos punzantes.
8. Eliminar las burbujas de aire, colocar el tapón de jeringa y etiquetar
9. Retirar el material utilizado
10. Quitarse los guantes y realizar lavado de manos higiénico
11. Procesar la muestra, teniendo en cuenta si el paciente tiene oxigenoterapia el flujo de O₂

Cuidados de enfermería:

- Tras la punción, controlar el pulso cada 10 minutos durante media hora para asegurarnos que no hay lesión en la arteria o nervio.
- Si la punción se realiza en la arteria femoral, el riesgo de hemorragia y hematoma es mayor, por lo que el tiempo de compresión será de 10 a 20 minutos. 3
- En pacientes anticoagulados, aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia

TORACOCENTESIS.

esta técnica se realiza cuando se sospecha de neumotórax simple, hemotórax o neumotórax a tensión

Objetivo:

La toracocentesis es una técnica quirúrgica mediante la cual se realiza una punción a través de la pared torácica para evacuar por aspiración el contenido no deseado en la cavidad pleural.

Material y equipo:

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Bata, gorro y mascarilla.
- Campo estéril.
- Solución para la antisepsia de la piel (povidona yodada o clorhexidina).
- Anestésico local (normalmente lidocaína al 1%).
- Jeringas de 10cc, 20cc, 50cc.
- Agujas de 25G y 22G.
- Vaselina para sellado.
- Catéter de 18 y 20G.
- Hojas de bisturí nº11.
- Llaves de tres vías.
- Vías de drenaje.

- Apósitos, preferentemente con ventana transparente.
- Pinzas hemostáticas.
- Tubos estériles para envío de muestras, tubos de cultivo anaeróbico y aeróbico., tubos para estudio bioquímico y microbiológico, jeringa de gases.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Valorar el estado del paciente durante todo el proceso.
- Controlar y vigilar la permeabilidad del drenaje.
- Velar por la asepsia de todo el procedimiento.
- Vigilar y prevenir complicaciones.
- Administrar sueroterapia si existe una perdida elevada de líquido o sangre.
- Cuidados diarios:
 - Especial cuidado durante el aseo con los sistemas de drenaje, vigilando que no se acoden y una posible desconexión accidental.
 - Curar y cambiar el apósito diariamente
 - Comprobar continuamente el estado del equipo de drenaje
 - Mediciones horarias del estado y cantidad de drenaje.
 - Cambiar al paciente de posición frecuentemente para facilitar el drenaje

BIOPSIA.

La biopsia renal percutánea ecodirigida es un procedimiento frecuente, con escasas complicaciones y fundamental en muchos procesos diagnóstico. La biopsia renal percutánea ecodirigida es un procedimiento frecuente, con escasas complicaciones y fundamental en muchos procesos diagnósticos.

Objetivo:

la biopsia renal percutánea mediante guía ecográfica es un procedimiento habitual dentro del ámbito de la Radiología Intervencionista de la mayoría de los centros hospitalarios. Se trata de una técnica que, realizada por profesional experimentado, apenas presenta complicaciones y supone una gran ayuda para el diagnóstico de gran variedad de patologías renales.

Material:

1. Campo estéril.
2. Guantes estériles.
3. Gasas estériles.
4. Guía ecográfica.
5. Funda estéril para la sonda ecográfica.
6. Suero fisiológico.
7. Povidona yodada.
8. Anestésico local lidocaína/mepivacaína al 2%.
9. Bisturí.
10. Pistola biopsia automatizada (Tru-cut) del calibre 16G
11. Aguja subcutánea (25G) e intramuscular (21G).
12. Jeringa 5 cc.
13. Bote muestras.

Procedimiento:

Se recibe al paciente en la sala de biopsias donde se le explica brevemente la técnica, se verifica que ha firmado el consentimiento informado del procedimiento, que está en ayunas y que no hay ninguna alteración analítica importante.

El personal de enfermería y/o auxiliar prepara todo el material necesario, previamente detallado, para la intervención sobre una mesa cercana a la camilla de exploración.

Todo el personal sanitario que intervenga en el proceso, informa y tranquiliza al paciente para paliar en la medida de lo posible la ansiedad habitual que presentan. En algunos casos puntuales, cuando se trate de pacientes muy ansiosos, se puede administrar lorazepam 1mg vía sublingual antes de iniciar la técnica.

El personal de enfermería monitoriza la tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno del paciente para comprobar que se encuentra dentro de los valores adecuados.

Cuidados de enfermería:

El paciente debe estar 24 horas en reposo absoluto y apoyado sobre la zona de la biopsia.

El paciente puede beber agua y empezar progresivamente con la tolerancia oral tras 4 horas de la biopsia.

Monitorizar tensión arterial y frecuencia cardiaca periódicamente. Control de diuresis.

Si dolor se puede administrar analgesia pautada.

Si la evolución es buena comenzará a incorporarse.

Se deja al paciente ingresado durante 24 horas y si no hay ninguna complicación se procederá al alta.

RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y ESPUTO.

El análisis del esputo consiste en la obtención de una muestra de esputo (secreciones procedentes de los bronquios del paciente) que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar a un laboratorio especializado en este tipo de estudios.

Objetivo:

El esputo es la secreción o flema que se produce en los pulmones, bronquios, tráquea, laringe, faringe y aún en la cámara posterior de la boca, y que se arroja de una vez en cada expectoración y junto con la tos.

El análisis del esputo consiste en la obtención de una muestra de esputo que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado en este tipo de estudios.

Material y equipo:

1. 3 envases estériles para muestra de esputo.
2. Marcador de tinta permanente.
3. Solicitud para el examen bacteriológico.
4. Guantes desechables estériles.
5. Libro de registro de sintomático respiratorio.
6. Maletín porta muestras.
7. Biombo.

Pasos del procedimiento:

1. Recomendar al paciente ingerir bastantes líquidos las horas antes de la producción de esputo.
2. Realizar la maniobra en un lugar adecuado y cómodo para el paciente, y siempre bajo la supervisión de un médico.
3. El paciente deberá sonarse y realizar un lavado de la boca y garganta.
4. Solicitar al paciente que tosa produciendo esputo, soplando intensamente, y depositándolo en un recipiente estéril de plástico o directamente en una placa de Petri.
En el caso de no ser posible la obtención de esputo espontáneo, en pacientes con FEV1 $\leq 30\%$ respecto al normal teórico, proceder al protocolo de esputo inducido:
5. Preparar el nebulizador con cantidad suficiente de solución salina al 0,9%.
6. Calibrar espirómetro. Medir FEV1 pre-BD basal.
7. El paciente deberá inhalar 200 μ g de salbutamol. Esperar 10 minutos y volver a realizar espirometría para medir FEV1 post-BD basal

Cuidados de enfermería:

Hay veces que durante la emisión del esputo puede notarse mareo náuseas con el esfuerzo. Si aparece sangrado en la vía aérea se aconseja actuar con moderación y, si es posible, intentar fluidificar el esputo con aerosoles.

INTUBACION ENDOTRAQUEAL.

La intubación endotraqueal es un procedimiento que se basa en la introducción de un tubo a través la nariz o la boca del paciente hasta alcanzar la tráquea. Se realiza en situaciones donde existe compromiso del sistema respiratorio y se requiere de manera artificial mantener la vía aérea.

Objetivos:

- Proporcionar al usuario vía aérea artificial para alcanzar los niveles de oxígeno deseados y mantenerla permeable.
- Realizar aspiración endotraqueal.
- Administrar algunos fármacos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP).

Material y equipo:

1. Laringoscopio, comprobaremos su funcionamiento, verificando la luz de las palas, el médico indicará el tamaño que vamos a utilizar.
2. Tubo endotraqueal, se elegirá según el tamaño del paciente, debemos inflar el balón del neumotaponamiento para comprobar que no existen fugas, que está roto o deformado.
3. Guía endotraqueal.
4. Pinzas de Maguill.
5. Jeringa de 10 cc, para inflar el balón.
6. Lubricante hidrosoluble.
7. Fonendoscopio.
8. Guantes.
9. Equipo de aspiración de secreciones.
10. Sondas de aspiración, diferentes tamaños.
11. Medicación necesaria (Sedación, relajación y/o analgesia).
12. Aspirador subglótico.
13. Detector de Co₂.
14. Neumomanómetro.
15. Cánulas de Guedel.
16. Ventilador equipado con valores preestablecidos.
17. Tubuladura, sensor de flujo, válvula espiratoria, conector giratorio, controlador del neumo.
18. Fijador del tubo.
19. Equipo de vent

Procedimiento:

Antes de comenzar debemos informar al paciente si está se encuentra en un estado de conciencia. Comenzaremos colocando al paciente en decúbito supino para alinear el eje de la boca, faringe, laringe y tráquea, realizaremos un hiperextensión cervical salvo contraindicación.

Una vez realizado el lavado de manos y colocados los guantes estériles, abriremos la boca del paciente de forma manual y aspiraremos por si encontramos secreciones en la boca o faringe, ventilaremos y pre oxigenaremos.

Entregaremos al médico el laringoscopio, que lo introducirá en el paciente, dándole previamente el tubo endotraqueal elegido.

Cuidados de enfermería:

- Comprobar por turnos la posición del tubo auscultando ambos pulmones.
- Cambiar la fijación y puntos de apoyo del tubo periódicamente para evitar heridas por fricción.
- Marcar con un rotulador el tubo a nivel de la comisura labial, para controlar su posición y evitar desplazamientos.
- Aspiraremos secreciones cuando sea necesario.
- Realizaremos higiene bucal con colutorio y de la nariz con suero, además de hidratar los labios con vaselina.
- Siempre manipularemos el tubo con estricta asepsia, evitando la obstrucción del TET.
- Finalmente dejaremos al paciente de la forma más cómoda y limpia.

Aspiración de secreciones con la técnica cerrada y abierta

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

Objetivos:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

Material y equipo:

1. Aspirador portátil
2. Tubo de aspiración
3. Sonda de aspiración N° 14 o sonda de aspiración de circuito cerrado.
4. Gasas estériles de 7.5 x 7.5 o 10x10 cm
5. Guantes estériles
6. Agua estéril
7. Máscara de protección
8. Jeringa de 20 cc

Pasos del procedimiento:

- Encender el aspirador, y regular la presión negativa de 80 a 120 mmHg. Luego conectar el tubo de aspiración a la sonda de aspiración.
- Lavarse las manos, colocarse la mascarilla, los lentes y los guantes estériles.
- Humidificar la sonda de aspiración con el agua estéril.
- En primer lugar, se debe aspirar la boca del paciente, ya que, si no se hace, parte de las secreciones podrían pasar al pulmón del paciente.
- Después de esto se procede a introducir una nueva sonda estéril por la traqueotomía; una vez que se encuentra resistencia, se retira un centímetro y se procede a aspirar ocluyendo el orificio proximal que tiene la sonda.
- Luego se retira rotando de un lado a otra la sonda para atrapar todo tipo de secreciones.
- Después se limpia la sonda con una gasa estéril, y se vuelve a aspirar junto con el agua estéril, para limpiar el interior de la sonda de aspiración.

- El tiempo de aspiración (desde que se introduce hasta que se saca la sonda) no debe superar los 15 segundos porque se puede provocar hipoxemia en el paciente, a veces es necesario aumentar momentáneamente el oxígeno antes de aspirar.

Traqueotomía.

Podemos diferenciar dos grandes grupos que definimos a continuación:

Traqueotomía: Se refiere a la incisión que abre la tráquea, sin ser definitiva, ya que se cerrará al retirar la cánula. Puede ser:

Percutánea: se realiza la inserción de una cánula guiada por alambre. Es la menos invasiva. No es preciso realizarse en quirófano

OBJETIVOS:

Analizar los Cuidados de la traqueotomía y traqueotomía para mejorar su calidad de vida.

Material y equipo:

- Equipo para aspiración de secreciones.
- Gasas de 5 x 5 y de 10 x 10.
- Hisopos estériles.
- Solución estéril para irrigación o solución fisiológica.
- Solución antiséptica.
- Cintas para sujeción de la cánula de traqueotomía.
- Guantes desechables no estériles.
- Guantes quirúrgicos estériles (dos pares).
- Cubre bocas (desechable).
- Bolsa para desechos.

Procedimiento:

1. Lavarse las manos.
2. Valorar el estado de la estoma, enrojecimiento, edema, datos de infección y hemorragia.
3. Realizar la aspiración de secreciones de tráquea y faringe (con la técnica adecuada).
4. Explicar el procedimiento al paciente y así lograr mayor cooperación.
5. Colocarlo en posición de Fowler, si no está contraindicado para el paciente.
6. Utilizar la técnica estéril para colocar y preparar el material de curación, solución para irrigación y antiséptica.
7. Colocar una compresa estéril bajo la traqueotomía (sobre el pecho del paciente).
8. Colocarse las lentes de protección, cubre bocas y guantes (guantes desechables).
9. Retirar el apósito de la cánula de traqueotomía y desecharlo de acuerdo a lo establecido en la NOM 087-ECOL-1995.
10. Quitarse los guantes (desechables) y eliminarlos conforme a la NOM 087 ECOL-1995.
11. Colocarse los guantes estériles.
12. Realizar la asepsia del extremo de la cánula con gasas estériles impregnadas con solución antiséptica (utilizando las reglas básicas de asepsia y repitiendo el procedimiento).

Cuidados de enfermería:

- 2 riñones o palanganas estériles.
- Solución antiséptica.
- Solución para irrigación o fisiológica.
- Cepillo o escobilla de limpieza estériles.
- Gasas estériles.
- Hisopos estériles.
- Guantes desechables.
- Guantes estériles.

ENFISEMA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC).

Introducción.

enfisema es un tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC es un grupo de enfermedades pulmonares que dificultan la respiración y empeoran con el tiempo. El otro tipo principal de EPOC es la bronquitis crónica. La mayoría de las personas con EPOC tienen enfisema y bronquitis crónica, pero su gravedad puede ser diferente dependiendo de la persona. El enfisema afecta los alvéolos pulmonares. Normalmente, estos saquitos son elásticos o se estiran.

La (EPOC) es una enfermedad pulmonar común. La EPOC causa dificultad para respirar.

Hay dos formas principales de EPOC:

- Bronquitis crónica, la cual implica una tos prolongada con moco
- Enfisema, el cual implica un daño a los pulmones con el tiempo

La mayoría de las personas con EPOC tienen una combinación de ambas afecciones.

Nombre de la patología:

Enfisema pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Etiología:

El tabaquismo es, de lejos, el factor de riesgo principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Es responsable del 40% al 70% de los casos de EPOC y produce su efecto al causar una respuesta inflamatoria, disfunción ciliar y lesión oxidativa. La contaminación del aire, la quema de combustibles de biomasa en interiores y la exposición ocupacional a polvos, agentes químicos y humos son otras etiologías. El estrés oxidativo y el desequilibrio de las proteinasas y las antiproteiniasas son también factores importantes en la patogénesis de la EPOC, especialmente en los pacientes con deficiencia de alfa-1 anti tripsina.

Signos y síntomas:

Varón, de 70 años que ingresa en urgencias, procedente del 112, por caída en la calle mientras daba un paseo. El paciente refiere pérdida súbita del nivel de consciencia. El paciente es ingresado en planta de Medicina Interna para su valoración y posterior tratamiento.

Antecedentes e historia clínica

- RAM: No se conocen hasta la fecha.
- Bronquitis crónica.
- No se conoce hipertensión, ni diabetes, ni colesterol.
- No realiza tratamiento farmacológico crónico en domicilio.

Exploración física a su llegada:

- Tensión arterial: 132 / 94 mm.Hg.
- Frecuencia cardíaca: 92 latidos por minuto (lpm).
- Saturación de oxígeno: 70%. Se observa palidez cutánea con ligera cianosis en labios.
- Auscultación pulmonar: murmullo alveolar disminuido y sibilancias.
- Febrícula (37, 4°).
- Refiere que en las últimas semanas presenta tos matutina con expectoración purulenta y aumento de disnea al realizar esfuerzos moderados.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

- Analítica que presenta leucocitosis y elevación de troponina T.
- Gasometría arterial que evidencia insuficiencia respiratoria global y acidosis respiratoria.
- Radiografía de tórax: hiperinsuflación y horizontalización de las costillas.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal de 100 lpm con extrasístoles supra ventriculares.
- Angio TAC arterias pulmonares: se observa enfisema pulmonar

REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D4. Actividad/reposo. C4. Respuesta cardiovascular/pulmonares.	1. Patrón respiratorio ineficaz. R/C disnea.	Real
D4. Actividad/reposo C4. Riesgo de disminución del gasto cardiaco.	2. Alteración de la frecuencia cardiaca. R/C alteración del ritmo cardiaco	Riesgo

PLAN DE RESULTADOS (NOC)

DEFINICION DE DOLOR DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA: inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

1. Patrón respiratorio ineficaz. R/C disnea.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. Salud fisiológica. CLASE E. Cardiopulmonar.	0415 Estado respiratorio	041501 Frecuencia respiratoria 041502 Ritmo respiratorio 041508 Saturación de oxígeno 041528 Aleteo nasal 041515 Disnea de pequeños esfuerzos 041511 Retracción torácica	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION MINIMA: 15 CALIFICACION MAXIMA: 16	MANTENER A: 16 AUMENTAR A: 20

PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. fisiológico: complejo</p> <p>NIVEL k. Control respiratorio</p>	<p>3140 Manejo de la vía aérea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la • intubación de vías aéreas. • Enseñar a toser de manera efectiva. • Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de • disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos • adventicios. • Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda. 	<p>Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.</p>

Asma bronquial.

Introducción.

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por la existencia de hiperreactividad bronquial con obstrucción reversible al flujo aéreo y que se manifiesta por síntomas intermitentes que incluyen tos, disnea, y sibilancias. Las tres características que definen el asma bronquial son la inflamación de la vía aérea, la hiperreactividad bronquial y la obstrucción al flujo aéreo. Esta enfermedad ocurre a todas las edades, pero es más frecuente en personas jóvenes.

Nombre de la patología:

Asma bronquial.

Etiología:

El asma bronquial es común en personas jóvenes con una historia clínica de catarros recurrentes, o con antecedentes familiares asmáticos. Las crisis de asma se relacionan con el consumo de ciertos alimentos o la presencia de determinados agentes alérgenos.

Las causas que provocan el asma bronquial y motivan la respuesta de los mecanismos principalmente inmunológicos se clasifican en:

- **Extrínsecas.** Iniciada en la infancia con antecedentes familiares positivos para alergias y se asocia con una hipersensibilidad tipo 1 y otras manifestaciones alérgicas (IgE), inducidas por agentes alérgenos como el polen, lana, polvo, etc., o contaminación atmosférica, materias irritantes, variaciones meteorológicas, aspergilosis y otros. En aproximadamente 50 % de los niños con asma y un porcentaje menor de adultos, la exposición a alérgenos es responsable parcial o sustancialmente de la inflamación asmática por medio de reacciones de hipersensibilidad.¹³ Las crisis son súbitas, autolimitadas y breves en duración. Cursan con buen pronóstico, responden a la inmunoterapia y a esteroides a largo plazo por vía inhalada con absorción sistémica minúscula, de modo que los efectos sobre el resto del cuerpo son virtualmente inexistentes.

Signos y síntomas:

Paciente que acude a la consulta de neumología tras varios episodios de sensación de ahogo durante el ejercicio físico. Refiere haberle ocurrido desde hace relativamente poco, realiza triatlones desde hace 10 años y no le había ocurrido hasta hace 3 meses.

Alergias: no conocidas.

– Antecedentes personales: miopía.

– Hábitos tóxicos: No fumador. Bebedor ocasional.

– Medicación actual: Ninguna.

– Signos vitales:

- Tensión arterial: 130/60
- Frecuencia cardíaca: 52 ppm
- Temperatura: 36,6°C
- Saturación oxígeno: 94%

Exploración física:

- Buen estado general, eupneico.
- No ronus, no sibilancias, no crepitantes.

REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DOMINIO / CLASE	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX
D11. Seguridad protección. C2. Gestión de la salud.	3. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. R/C alergia en la vía aérea.	Real
D4. Actividad/reposo C4. riesgo de intolerancia a la actividad.	4. Enfermedad respiratoria R/C condición respiratoria.	Riesgo

PLAN DE RESULTADOS (NOC)

DEFINICION DE DOLOR DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. R/C alergia en la vía aérea.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO II. Salud fisiológica. CLASE E. Cardiopulmonar.	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	041003 Asfixia 041016 Disnea de esfuerzo leve 041020 Acumulación de esputos 041015 Disnea en reposo	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado CALIFICACION MINIMA: 10 CALIFICACION MAXIMA: 15	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 20

PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p>CAMPO II. fisiológico: complejo</p> <p>NIVEL k. Control respiratorio</p>	<p>3350 Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las res - • Piraciones • Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, • hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de • Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos • Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Realizar una monitorización intermitente frecuente del estado • respiratorio en pacientes de riesgo (p. ej., tratamiento con opiáceos, • recién nacidos, ventilación mecánica, quemaduras faciales • torácicas, trastornos neuromusculares) 	<p>Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.</p>

