



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN LACTANTE MAYOR CON ASFIXIA EN
RELACIÓN A LA INMERSIÓN MANIFESTADO POR CIANOSIS
GENERALIZADA Y PERDIDA DE LA CONCIENCIA.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA MAYRA MÉNDEZ CAMACHO
No DE CUENTA
09454026-0**

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A MI ESPOSO

Por su apoyo y comprensión
que me da día a día, por que,
tiene un corazón
lleno de amor que me da fuerzas
para luchar y sentirme
satisfecha a su lado y en la vida

Gracias por estar conmigo
Y el objetivo también es tuyo

A MIS PADRES

Sabiendo que no existía
una forma de agradecer
una vida de sacrificios
y esfuerzo, quiero que
sientan que el objetivo
logrado también es de
ustedes y que la fuerza que
me ayudo a conseguirlo fueron
ustedes

ÍNDICE

Introducción - - - - -	1
Justificación - - - - -	2
Objetivos - - - - -	3
Metodología del trabajo - - - - -	4

CAPITULO I

Marco Teórico - - - - -	5
1.1 Proceso enfermero - - - - -	6
1.1.1 Valoración - - - - -	6
1.1.2 Diagnostico - - - - -	7
1.1.3 Planeación - - - - -	8
1.1.4 Evaluación - - - - -	8
1.2 Sistema Nervioso Central - - - - -	9
1.3 Asfixia por inmersión o casi ahogamiento - - - - -	15
1.3.1 Clasificaciones- - - - -	15
1.3.2 Etiología - - - - -	16
1.3.3 Tratamiento - - - - -	16
1.4 Asfixia - - - - -	21
1.4.1 Causas - - - - -	21
1.4.2 Factor de riesgo - - - - -	21
1.4.3 Métodos de diagnósticos - - - - -	22
1.4.4 Prevención - - - - -	22
1.4.5 Complicaciones - - - - -	23
1.4.6 Pronostico - - - - -	23
1.5 Intervención de enfermería - - - - -	25

CAPITULO II

Aplicación del proceso enfermero - - - - -	27
2.1 Valoración - - - - -	28
2.1.1 Historia Clínica - - - - -	28
2.2 Planeación - - - - -	37
2.2.1 Plan de cuidados - - - - -	37
3.1 Evaluación - - - - -	42
Conclusiones - - - - -	43
Glosario de términos - - - - -	44
Referencias bibliográficas - - - - -	46

INTRODUCCIÓN

Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación del Proceso Enfermero, como metodología del trabajo consiste en un sistema de pasos relacionados que son; valoración, diagnóstico, planeación y evaluación que permiten identificar y satisfacer necesidades de salud interferidas, y resolver problemas de salud que afectan al ser humano.

Es realizado a un paciente de 1 año un mes aparentemente sana que inicia su patología el 13 de diciembre del 2006 a las 12:15 hrs., la pierden de vista aproximadamente 5 min. al buscarla la encuentran de cabeza en una cubeta de 20 lts. de agua, ya cianótica; la ingresan a un hospital, al cual tardan en llegar alrededor de 30 min. En urgencias le realizan RCP sin respuesta alguna, posteriormente reacciona de forma espontánea.

Los accidentes por inmersión constituyen una causa frecuente de muerte accidental en individuos por lo general sanos y especialmente en niños. En todo el mundo la cifra de muerte al año, por ahogamiento se estima en 140,00 – 150,000.

Las víctimas más frecuentes son sobretodo niños, y casi un 80% son varones, Las incidencias máximas se produce durante los meses calidos, Así mismo, se da en aguas no vigiladas que vigiladas.

Por todo ello, cualquier persona puede ser solicitada para reanimar a una persona ahogada, sin disponer de medios técnicos. De la reanimación precoz en el lugar del accidente y del tratamiento y asistencia de enfermería en identificación de problemas y/o necesidades dependerá la lesión cerebral irreversible por hipoxia.

JUSTIFICACIÓN

El plan de cuidados es el instrumento por excelencia que tiene entre manos la enfermera en su trabajo diario.

La utilización del proceso de enfermería, como eje metodológico favorece la integración teórica y práctica, permite abordar los cuidados de enfermería con un enfoque integral, el cual orienta la selección de contenidos de aprendizaje por lo tanto conducirá a brindar cuidados de excelente calidad, la integración de conocimientos nos ayuda a centrar los cuidados de enfermería.

El plan de intervención relacionado con un lactante mayor permite a la enfermera identificar la urgencia de sus necesidades y la importancia de sus problemas de dependencia. Dado que el plan de cuidados contempla la elaboración de un proceso de atención de enfermería de un lactante mayor con asfixia por casi ahogamiento.

Se realiza este proceso de enfermería como opción de titulación para la licenciatura en enfermería y obstetricia el cual es realizado en el Instituto Nacional de Pediatría.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un proceso de atención de enfermería que funcione como instrumento para realizar el examen profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Reunir la información necesaria por medio de la observación, entrevistas y/o expediente del paciente, afín de poder identificar sus necesidades y problemas.

Planear y satisfacer las necesidades y problemas identificados, para elaborar estrategias que puedan evitar o corregir estos.

Aplicar los conocimientos adquiridos, apoyándonos en el marco teórico para el proceso de atención de enfermería, brindando así una atención profesional de calidad.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El estudio fue realizado en el Instituto Nacional de Pediatría (**INP**), en el servicio de terapia intensiva, a un paciente pediátrico de sexo femenino de 1 1/m de edad que inicio su padecimiento actual el 13-12-06 aproximadamente a las 12:15 hrs.

Para realizar este proceso de atención de enfermería se inicio por la etapa de valoración en la cual se recolectan los datos más importantes que aporten al proceso para identificar sus necesidades y satisfacerlas; se realiza de forma indirecta como es el expediente clínico del paciente y familiares.

Posteriormente con los datos ya recolectados se realiza el diagnostico en el cual vamos a identificar y jerarquizar problemas y necesidades de las cuales se planea cuidados para disminuir o evitar y satisfacer necesidades y problemas llegando así a evaluar nuestra planeación ya efectuada.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 PROCESO ENFERMERO.

“Es un método sistemático que brinda cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas, que en su conjunto, constituye el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Sin embargo tales etapas pueden definirse y analizarse de forma independiente, implica una actuación constante y a todo los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no solo desde una dimensión física o biológica si no también desde la perspectiva psicológica, social, cultural y espiritual.¹

1.1.1 VALORACIÓN:

Es la etapa inicial del proceso de enfermería; mediante la recolección de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales, sobre el paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.²

¹ BAILLO Ellen, “Fundamentos de enfermería”. Ed. Océano/Centrum, Barcelona 1998, pag. 3

² RODRÍGUEZ Bertha, “Proceso enfermero”. Ed. Cuellar, México 1999, pag. 35

COMO SE REALIZA UNA VALORACIÓN

La valoración que realiza la enfermera tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas fisiopatológicas

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son considerados como modelo enfermero y organizar información y como método para obtener el examen físico del usuario en áreas funcionales concretas.

1.1.2 DIAGNOSTICO.

La segunda etapa del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, pues, de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuencia es posible diseñar un plan de atención adaptado a sus necesidades. De este modo puede determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales.

PASOS DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO

- 1.- Aplicar el pensamiento crítico a la solución de problemas.
- 2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- 3.- Validación.
- 4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

1.1.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consisten en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del enfermo.³

PASOS DE LA PLANEACIÓN

- Establecer prioridades
- Elaborar objetivos
- Determinar acciones de enfermería
- Documentar el plan de cuidados.

1.1.4 EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

SE EVALÚA CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?

¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?

¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?

¿Los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas?

¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?⁴

³Ibidem. pag. 73

⁴ KOZIER “Fundamentos de enfermería”.Ed. Interamericana. España 1989.pag. 204

1.2 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central consta del encéfalo y la médula espinal. Ambas estructuras se continúan una a la otra en el agujero occipital, orificio principal del cráneo. El encéfalo se divide en cinco partes: cerebro, cerebelo, cerebro medio o mesencéfalo, protuberancia y médula.

CEREBRO:

Es una estructura más voluminosa del encéfalo, y tiene forma ovoide, Su superficie la constituye la corteza cerebral que se localiza en la parte superior e inferior del encéfalo y está compuesta de sustancia gris. La sustancia blanca localizada en el interior del cerebro está formada por fibras que lo conectan con la medula espinal y otra parte del encéfalo (fibras arriba abajo), fibras que van de adelante hacia atrás (fibras de asociación) y fibras que conectan ambos hemisferios. Cada hemisferio se divide en cinco lóbulos: frontal, parietal, temporal, occipital.

FISIOLOGÍA DEL CEREBRO.

En el cerebro se asientan tres clases de funciones: las sensitivas, las motoras y las intelectuales.

Estas funciones tienen por punto de partida la percepción del estímulo recibido, recorrerán por vía aferente la vía sensitiva que les corresponde para llegar a la corteza cerebral. La corteza cerebral registra todo los estímulos por mínimos que estos sean y para los que en algunas ocasiones no ameritan respuesta por la vía eferente.

Por el contrario, hay otros estímulos muy importantes, sobretodo los llamados sensaciones especiales, como los recibidos por el sentido de la vista, del oído, etc.; que produce en la persona alguna enseñanza concreta de los objetos exteriores, otros estímulos son las sensaciones generales, como el hambre o la sed, que al percibirse le advierten a la corteza cerebral las impresiones que sufren los órganos internos.

Al cerebro se le considera como el órgano de almacén de recuerdos de experiencias previas o sea de la memoria asociativa. Es el centro que gobierna todas nuestras actividades mentales, razón, inteligencia, voluntad y memoria. Es el asiento de la conciencia, el interprete de las sensaciones, el coordinador de nuestros asientos voluntarios y regulador, tanto acelerando como inhibiendo, numerosos actos reflejos de apariencia involuntaria, como el llanto, risa, micción, defecación y otros. Las partes del cerebro que controlan el movimiento muscular se llama áreas motoras; facultades más elevadas, como el razonamiento y la voluntad, área de asociación⁵.

TÁLAMO.

El tálamo es una estructura que se encuentran por arriba del cerebro medio y que mide cerca de tres centímetros de longitud y constituye cuatro quintas partes del di encéfalo. Consta de dos masas ovales que en su mayor parte son de masa gris organizadas dentro de núcleos.

FISIOLOGÍA DEL TÁLAMO

Su fisiología es muy importante, ya que recibe todos los impulsos aferentes sensitivos, como dolor, temperatura, tacto ligero y presión.

Al mismo tiempo, llegan a él fibras de la corteza cerebral, del cerebro y de la medula espinal. Forman una estación de relevo, capaz de seleccionar impulsos sensitivos que le llegan de todos los niveles para enviarlos a la zona de la corteza cerebral que correspondan.

HIPOTÁLAMO

El hipotálamo se localiza, como su nombre indica, debajo del tálamo. Forma el suelo y parte de las paredes del tercer ventrículo, y está protegido por el hueso esfenoidal (de manera indirecta, por la silla turca del hueso señalado) regulan muchas actividades corporales, la mayor parte de ellas vinculadas.

⁵ TORTORA, Grard, "Principios de anatomía y Fisiología".Ed. Harla, México D.F, 1993 pag. 212.

FISIOLOGÍA DEL HIPOTÁLAMO:

- 1.- Regula e integra las funciones del sistema nervioso autónomo, mismo que estimula al músculo liso, y la rapidez de la contracción del músculo cardíaco y las secreciones de muchas glándulas.
- 2.- Recibe impulsos sensoriales de las vísceras.
- 3.- Es intermedio principal entre el sistema nervioso y el endocrino. Según sea el caso, este último liberará o retendrá las hormonas relacionadas con el metabolismo.
- 4.- Es la zona de integración de los fenómenos emocionales.
- 5.- Guarda relación con la ira y la agresividad.
- 6.- Regula la temperatura corporal.
- 7.- Regula la ingestión de alimentos por medio de dos centros: el centro de hambre y el centro de la saciedad.
- 8.- El centro de la sed.
- 9.- Regula los patrones de sueño y vigilia.

MEDULA ESPINAL

Es una masa aplanada de tejido nervioso que extiende en dirección caudal a partir del bulbo raquídeo.

Durante las primeras etapas del desarrollo, la medula espinal ocupa casi la totalidad del conducto raquídeo, pero el crecimiento rápido que experimenta en seguida la columna vertebral de lugar a la disposición que presenta al adulto. La terminación inferior de la medula recibe el nombre de cono Terminal. La medula espinal se divide en 31 segmentos: 8 cervicales, 12 torácicos o dorsales, 5 lumbares, 5 sacros y 1 coccígeo.

La medula presenta dos engrosamientos, el cervical y el lumbar. El engrosamiento cervical corresponde al origen de los nervios que se dirigen al miembro superior, el engrosamiento lumbar al de los nervios que se dirigen al miembro inferior.

FISIOLOGÍA DE LA MÉDULA ESPINAL

La médula espinal es el segmento inferior del eje encéfalo medular, así lo hicimos constar al hacer la descripción anatómica de este segmento. La función vital de transportar la información sensitiva y motora hacia el cerebro se lleva a cabo por medio de las vías ascendentes y descendentes de la medula.

Los nombres de las vías indican la parte de la columna blanca a través de la cual viajan, donde se originan los cuerpos celulares de la vía. La segunda función importante de la medula espinal es servir como centro para algunas acciones reflejas.

FISIOLOGÍA DE SUSTANCIA GRIS DE LA MÉDULA ESPINAL

La sustancia gris constituye un centro nervioso de gran importancia por que toma parte en todos los actos reflejos del tronco y las extremidades, y además, por ellas transitan las principales vías de comunicación para los centros superiores de la medula espinal y el cerebro.

Cada uno de estos centros está conectado por fibras sensitivas (aférentes) y fibras motoras (eferentes) para cada región del cuerpo humano. La médula espinal es un gran centro nervioso capaz de recibir la impresión sensitiva y transformarla en movimiento⁶.

⁶ Ibidem. Pág. 280

FISIOLOGÍA DE LA SUSTANCIA BLANCA DE LA MEDULA ESPINAL.

La sustancia blanca de la medula se encuentra formada por dos mitades y cada mitad consta de tres cordones: el anterior, el lateral y el posterior: cada cordón a su vez, está dividido en segmentos más pequeños llamados fascículos o haces.

Sirve como vía que conducen al cerebro los impulsos que llegan a la medula, a lo largo de las fibras eferentes de los nervios raquídeos.

Vías ascendentes (sensitivas). Recogen los impulsos sensitivos del cuello, el tronco y las extremidades y son transmitidas al centro nervioso superior. Estas fibras o haces, conducen de la sensibilidad tendinosa muscular, articular, equilibrio y sensibilidad estática; reciben.

Vías descendentes. Algunos de estos haces transmiten el impulso nervioso a los músculos estriados, voluntarios para ejecutar maniobras finas; otros llevan impulsos del cerebelo y oído interno a los músculos del tronco y extremidades que ayudan al sostenimiento del equilibrio y la postura.

LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

El cerebro al igual que el resto del sistema nervioso central, está protegido contra lesiones a través del líquido cefalorraquídeo.

Este líquido circula a través del espacio subaracnoideo alrededor del cerebro y de la medula espinal y a través de los ventrículos del cerebro. El líquido cefalorraquídeo es un excelente amortiguador de golpes y por lo tanto ayuda a proteger del trauma las delicadas estructuras del cerebro y la medula espinal, así como también los protege de sustancias dañinas⁷.

⁷ GUTIÉRREZ, Cirlos. “Principios de Anatomía y Fisiología”.Ed. Limusa, México 1996, pag. 88

Es normal que el líquido cefalorraquídeo se absorba tan rápido como se produce. El líquido cefalorraquídeo, se remueve constantemente produciéndose y absorbiéndose de 400 500 mililitros cada 24 horas.

Todo el sistema nervioso central tiene entre 80 y 150 mililitros de líquido claro, incoloro y de consistencia acuosa. Desde el punto de vista químico contiene proteínas: 15 a 45 miligramos, glucosa: 50 a 75 mg%, células: menos de 10 por mm³, cloruros: 120 a 130 mEq/L, su densidad es de 1,004 a 1,008.

FISIOLOGÍA DE EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

El líquido cefalorraquídeo tiene dos funciones:

Protección
Circulación

Con respecto a su función circulatoria, el líquido cefalorraquídeo libera sustancias nutritivas filtradas de la sangre hacia el cerebro y medula espinal y elimina desechos y sustancias tóxicas que se producen en las células del cerebro y médula espinal. El líquido cefalorraquídeo se forma en su mayor parte por filtración y secreción de las redes de capilares y células endoteliales en los ventrículos, lo que se llama plexos coroideos.

Los diversos componentes del plexo coroideo forma una barrera de líquido cefalorraquídeo – sangre, que permite que ciertas sustancias entren al líquido cefalorraquídeo pero también impide que otras sustancias entren. Como barrera, protege al cerebro y a la medula espinal de sustancias dañinas⁸.

El líquido cefalorraquídeo que se forma en los plexos coroideos de los ventrículos laterales circula a través del agujero interventricular hacia el tercer ventrículo, a donde llega más líquido cefalorraquídeo proveniente de los plexos coroideos del tercer ventrículo.

⁸ KIMBER, "Manual de Anatomía y Fisiología" Ed. La prensa mexicana, México D.F, 1989, pag. 342

Posteriormente pasa a través del acueducto cerebral hacia el cuarto ventrículo. Después el líquido cefalorraquídeo circula a través de las aperturas del cuarto ventrículo hacia el espacio subaracnoideo que rodea la parte posterior del cerebro.

1.3 ASFIXIA POR INMERSIÓN O CASI AHOGAMIENTO

Corresponde a la sumersión en un medio líquido con un evento hipoxico de tal magnitud que requiere atención médica, en el cual el paciente sobrevive al menos las primeras 24 horas posteriores al evento, independiente de las secuelas.

1.3.1 CLASIFICACIONES

Para la persona que fallece por asfixia por inmersión en agua.

CASI – AHOGAMIENTO.

Para la persona que sobrevive, al menos temporalmente, después de un accidente por inmersión. que indica claramente el suceso ocurrido y la posibilidad de vida posterior. Este a su vez, podría subdividirse en:

AHOGAMIENTO SECO.

Se produce un espasmo de la glotis por laringoespasmo, por lo que el agua no llega al interior del árbol bronquial, perdiendo la conciencia debido a la hipoxia, secundaria a la apnea.; también se denomina ahogamiento blanco, por el aspecto pálido de la víctima.

AHOGAMIENTO HÚMEDO.

Hay aspiración de líquido a los pulmones tras la fase inicial de laringoespasmo, por estímulos de la hipoxia y la hipercapnia en el centro respiratorio de la inspiración, correspondiendo fisiopatológicamente a un edema agudo de pulmón; se denomina ahogamiento azul y representa el auténtico cuadro de asfixia por inmersión⁹.

⁹ www.monografias.com/trabajos12/romandos/romandos.shtml/#pruebas

1.3.2 ETIOLOGÍA

El ahogamiento se produce por disminución del nivel de conciencia o imposibilidad de la víctima para nadar. En la mayoría de los casos se combinan las dos circunstancias. Inicialmente, tras la inmersión total en el agua, la víctima presa del pánico inhibe su respiración mientras lucha y se agita violentamente. La agitación poco a poco desaparece mientras pequeñas cantidades de aire salen de los pulmones y de la misma forma grandes cantidades de líquido son tragadas y aspiradas. Los vómitos están frecuentemente asociados en relación a la ingestión de gran cantidad de líquido. Finalmente desaparecen todos los reflejos de la vía aérea y el agua penetra pasivamente en la tráquea, sucumbiendo y produciéndose la parada cardiaca. Pero como anteriormente hemos descrito, existe el ahogamiento seco, en el que el laringoespasma no permite la entrada de líquido y la muerte se produce por ausencia de ventilación e hipoxia. Puede producirse por muerte súbita, como en el caso del síndrome por inmersión, pero también puede presentarse un cuadro sincopal y posterior ahogamiento, en especial si existe enfermedad cardíaca previa o un gran cansancio.

1.3.3 TRATAMIENTO, VALORACIÓN Y ESTABILIZACIÓN.

- Saca a la victima del agua.
- Comprobar respiración
- Aislar la vía aérea.
- Iniciar ventilación/oxigenación (Respiración boca a boca)
- Comprobar circulación.
- Maniobras de RCP.
- Traslado a un centro hospitalario.
- Administración de O₂
- Evitar la hipotermia

TRATAMIENTO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE

La consecuencia más importante de la inmersión prolongada bajo el agua, sin respiración, es la hipoxemia. La duración de la hipoxia es el factor crítico para determinar la evolución de la víctima. Lo único que impedirá una recuperación normal del semiahogado es la hipoxia irreversible. Por tanto, el factor determinante del pronóstico neurológico es la rapidez con que se instaure la reanimación cardiopulmonar y se recupere la respiración espontánea y la contracción cardíaca.

Hay que tener en cuenta, si el paciente comienza a toser o a escupir agua por su nariz y boca; póngalo de lado (posición lateral de seguridad.) Esto ayuda a evacuar el agua de los pulmones y si mantiene la cabeza más baja que el resto del cuerpo se reduce el riesgo de que el agua retorne a los pulmones. Se debe reanimar a todas las víctimas, a no ser que se sepa que ha estado sumergido más de dos horas¹⁰.

INDICACIONES

- Nunca intentar rescatar a alguien que está más allá de sus posibilidades físicas a fin de no convertirse también USTED en víctima.
- No todos están habilitados para rescates en el agua.
- Es imprescindible una rápida evacuación del lesionado, ya que en un centro hospitalario es posible recuperar al 90% de los preahogados.

¹⁰ www.medynet.com/usuario/jraguilai/ahoga.htm

LOS ABC DE LA RCP

EVALUACIÓN RÁPIDA

Los pasos de RCP propiamente dicha comienza cuando se encuentra a la víctima inconsciente, y forma una secuencia lógica de evaluación y acción en la que el reanimador brinda solo el apoyo que la víctima necesita.

Para simplificar la enseñanza, las maniobras de RCP se enseñan con una secuencia de pasos bien diferenciados. Pero, en el caso de los lactantes y los niños, la evaluación y el tratamiento a menudo son procesos simultáneos.

ESTIMULE Y VERIFIQUE LA RESPUESTA

Los pasos de la RCP se inician cuando el reanimador determina que el niño está inconsciente. Para verificar la capacidad de respuesta, estimule con suavidad al niño y pregúntele en voz alta: ¿estas bien?

Si el niño esta inconsciente y usted es el único reanimador presente, grite pidiendo ayuda alrededor de 1 minuto antes de dejar al niño para activar el SEM. Si hay un segundo reanimador. Esa persona debe activar el SEM tan pronto como se detecte la emergencia.

VÍA AÉREA

En los niños, la hipoxemia y el paro respiratorio pueden causar deterioro agudo y paro cardiorrespiratorio o contribuir a éstos. Además, cuando la víctima pierde el conocimiento, la lengua a menudo obstruye la vía aérea superior y dificulta la ventilación eficaz. Por ende, establece y mantener una vía aérea permeable.

COLOQUE EN POSICIÓN ALA VÍCTIMA

Si el niño está inconsciente, movílcelo como una unidad y colóquelo en decúbito supino (boca arriba) sobre una superficie plana i rígida, como una mesa sólida, el piso o el suelo. Si hay o se sospecha traumatismo craneoencefálico o cervical, mueva al niño sólo si es necesario.

ABRA LA VÍA AÉREA

En la víctima pediátrica inconsciente, la causa más común de obstrucción de la vía aérea es la lengua. Cuando la víctima pierde el conocimiento, los músculos de la mandíbula y el cuello se relajan, y la lengua cae hacia atrás contra la garganta, bloqueando la vía aérea. Siempre que encuentre a un lactante o niño inconsciente, abra la vía aérea con una maniobra destinada a elevar la lengua y alejarla de la pared posterior de la faringe, para permeabilizar así la vía aérea. Esto se puede lograr mediante la extensión de la cabeza-elevación del mentón o tracción de la mandíbula.

RESPIRACIÓN

VERIFIQUE RESPIRACIÓN

Después de abrir la vía aérea, debe verificar que el niño respire adecuadamente. Mire para determinar si el tórax y el abdomen se expande y contrae, escuche en la nariz y la boca del niño para verificar el sonido del aire aspirado, y sienta en la boca del niño el flujo de aire espirado, durante no más de 10 segundos. Si no la hay se procede con la respiración artificial.

RESPIRACIÓN ARTIFICIAL CON UN DISPOSITIVO DE BARRERA

La respiración boca-boca es una técnica segura y eficaz que ha salvado muchas vidas.

La mayoría de las emergencias extrahospitalarias en niños se produce en el hogar, de manera que la RCP es efectuada por una persona que cuida al niño y conoce su estado infeccioso.; si bien los adultos que trabajan con niños están expuestos a agentes infecciosos pediátricos todos los días, cualquier contacto durante la respiración artificial es breve.

CIRCULACIÓN

VERIFICACIÓN DEL PULSO Y DE LOS SIGNOS DE CIRCULACIÓN

El paro cardíaco determina la ausencia de signos de circulación, incluso de un pulso central. La verificación del pulso sigue siendo el “patrón de referencia” fiable para los miembros del equipo de salud para evaluar la circulación. Hay pocos datos respecto de la especificidad y la sensibilidad de la verificación del pulso en víctimas pediátricas de paro cardíaco.

Se debe verificar el pulso como uno de varios signos de circulación. Los otros signos de circulación son respiración, tos o movimiento en respuesta artificial. Si el reanimador no está seguro de que haya signo de circulación, incluido el pulso, debe iniciar las compresiones torácicas. El riesgo de efectuar compresión torácica innecesaria es bajo. Se deben evaluar los signos de circulación controlando el pulso y verificando simultáneamente si la víctima presenta respiración adecuada, tos o movimiento en respuesta a las 2 respiraciones artificiales iniciales. La apnea y las respiraciones agónicas (boqueo ocasional lento e irregular) no son métodos de ventilación adecuados. Esta evaluación no debe llevar más de 10 segundos.

INDICACIONES DE COMPRESIÓN TORÁCICA

Si no hay signos de circulación o la FC es inferior 1pm en el lactante o el niño con signos de hipoperfusión, inicie una serie de compresiones coordinadas con ventilación. La bradicardia profunda en presencia de hiperperfusión es una indicación de compresiones torácicas, por que una FC inadecuada con hipoperfusión indica que el paro cardíaco es inminente si la víctima tiene 8 años o más y se dispone de un desfibrilador externo se fijan las derivaciones o los parches para electrodos y se evalúa el ritmo.¹¹

¹¹ FRAN, Mary, “Manual para proveedores”, Ed, American Heart, E:U, 2003, pag. 57

1.4 ASFIXIA.

La asfixia se define como la muerte causada por la falta de oxígeno dentro de un lapso de 24 horas debido a un ahogamiento accidental. El término ahogamiento inminente indica una situación cuando alguien vive por 24 horas o más después de un ahogamiento accidental, ya sea que la persona sobreviva o no. Los accidentes de asfixia son emergencias que requieren de cuidado médico inmediato por parte de un doctor.

1.4.1 CAUSAS

- Las lesiones por asfixia y ahogamiento inminente son causadas por una falta de oxígeno debido a una sofocación accidental en el agua.
- El agua en los pulmones, particularmente el agua contaminada por una bacteria, algas, suciedad, químicos o vómito puede causar lesiones pulmonares.
- El agua dulce es más peligrosa que el agua salada debido a que causa lesiones más severas a los pulmones¹².

1.4.2 FACTOR DE RIESGO

- ❖ Los niños son las víctimas más frecuentes de la asfixia. Los siguientes factores incrementan el riesgo de un niño de ahogarse:
 - No saber nadar
 - Tener una alberca o spa en la casa sin protección

Entre los niños de menos de un año de edad, el factor de riesgo más común para la asfixia es ser desatendido en una tina de baño, incluso por unos cuantos minutos.

- ❖ Los siguientes factores de riesgo incrementan su riesgo de ahogarse:
 - Comportamiento riesgoso alrededor de albercas y otros contenedores de agua, especialmente combinado con el uso de drogas y/o alcohol
 - No saber nadar

¹² www.reeme.arizona.edu/materials/asfixia%20por20%/inmersión.pdf

1.4.3 DIAGNOSTICO

Su doctor diagnosticará una lesión por ahogamiento con base en los eventos y en los síntomas de la persona y los resultados de una examinación física. Las pruebas pueden incluir lo siguiente:

- **Oximetría:** Una prueba que mide la cantidad de oxígeno en la sangre.
- **Radiografías torácicas** para detectar si los pulmones están o no dañados y qué tanto.
- **Radiografías adicionales** para buscar fracturas en el cráneo, la espina o en otros huesos.
- **Tomografía computarizada y nuclear Imágenes de resonancia magnética** son pruebas que utilizan imágenes de computadora para detectar lesiones en el interior del cuerpo. Los doctores pueden utilizar estas pruebas para buscar daño en la médula o en el cerebro o en otros órganos.

1.4.4 PREVENCIÓN

Para ayudar a reducir las probabilidades de que usted o algún conocido se ahoguen, tome las siguientes medidas:

- Enseñe a sus hijos a nadar pero mantenga una supervisión constante alrededor del agua.
- Una barda o una barrera debería encerrar completamente su piscina o spa.
- Quite cualquier obstáculo que no le permita una visión completa de la piscina o del spa desde la casa.
- Si usted utiliza una cubierta para piscinas que flota y de peso ligero, esté en alerta extra en caso de potenciales ahogamientos accidentales.
- Asegúrese de supervisar cuidadosamente a todos sus invitados si se están sirviendo bebidas alcohólicas al lado de la alberca o del spa.
- No permita que nadie de cualquier edad nade solo.
- Siempre use chalecos salvavidas cuando navegue en un bote.¹³

¹³Ibidem. pag. 11

1.4.5 COMPLICACIONES

- Lesiones neurológicas
- Edema pulmonar y SIRPA.
- Infección pulmonar sobre agregada.
- Falla orgánica múltiple.
- Necrosis tubular aguda
- Mioglobinuria y hemoglobinuria
- Muerte

1.4.6 PRONOSTICO

Aparte de la posible patología que haya desencadenado el ahogamiento, existen múltiples circunstancias que influyen en el pronóstico y que hace que no haya dos víctimas iguales.

La duración de la inmersión es muy variable. El tipo de agua inhalada puede ser salada, dulce, con residuos o barro (en las inundaciones).

La temperatura del agua, también es un factor muy importante en las alteraciones fisiopatológicas, influyendo en el pronóstico. Las cantidades inhaladas son también variables.

Por otra parte hay un 10% de pacientes que no muestran evidencias de haber aspirado agua tras el accidente.

Por tanto, cada víctima de ahogamiento debe ser valorada individualmente por la multiplicidad de factores que intervienen en el accidente.

La variable más importante de cara al pronóstico y tratamiento, es la duración de la hipoxia, que dependerá del tiempo de inmersión y de la precocidad con que se hayan aplicado las maniobras de reanimación. El tiempo de hipoxia es difícil de establecer en la mayoría de los casos, por lo que serán los signos clínicos los que determinarán el tratamiento y la evolución del paciente.

MEJOR PRONÓSTICO

- RCP efectivo en el lugar del accidente
- Ahogamiento en agua helada
- Pupilas isocóricas y reactivas
- $\text{PH} > 7.2$
- Presión intracraneal normal
- Estabilidad hemodinámica
- No hay signos de Aspiración

MAL PRONÓSTICO

- Sumergimiento prolongado
- Retardo de maniobras de RCP
- Asistolia a la llegada a Urgencias
- Puntuación baja de Glasgow
- Pupilas dilatadas y fijas
- RCP más de 25 minutos
- Convulsiones
- Edad menor de 3 años

PRONOSTICO POR TIEMPO

- Pasados 3 minutos la sobrevida es de 75%.
- A los 4 minutos es de 50%.
- A los 5 minutos es de 25%.
- A los 10 minutos son nulas.

1.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

La finalidad de la atención de enfermería es proporcionar un ambiente físico y emocional que influya de manera positiva. Evitando al máximo situaciones estresantes o desconocidas para el paciente mediante participación conjunta de la paciente en el tratamiento, esto es que el paciente conozca los métodos y fines del tratamiento.

EN LA FASE DE CONFLICTO.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS NO PARTICULARES.

El cerebro muestra síntomas que pueden llegar a ser severos sólo durante la fase de curación. Una Tomografía Computarizada (TC) cerebral tomada durante la fase del conflicto sólo mostrará círculos concéntricos.

Puede no ocurrir mucho, excepto por casos muy aislados y con conflictos de larga duración y gran intensidad. El peligro es un riesgo si el paciente experimenta pánico ó miedo a morir.

EN FASE DE CURACIÓN.

MONITOREANDO EL EDEMA.

El aumento de volumen de un edema cerebral después de un conflicto que duró mucho tiempo puede ser peligroso, especialmente si éste ocurre en el tallo cerebral donde los centros vitales se encuentran.

El riesgo más alto en cada fase de curación está siempre presente en el momento de la crisis epiléptica o epileptoide. El edema aumenta de volumen por un corto tiempo antes de ser exprimido. En la subsiguiente fase urinaria el agua es eliminada del edema y del cuerpo. Administrar una transfusión sanguínea durante esta fase puede amenazar la vida.

MEDIDAS SIMPLES DE EMERGENCIA.

Muy pocos casos requieren la regresión de un edema cerebral por medio de alguno de las siguientes medidas: agua fría o compresas de hielo en la cabeza, café cargado o té, duchas frías. Durante la crisis epileptoide el paciente deberá de estar sentado en vertical sobre la cama, para permitir al agua fluir y eliminarse. La luz directa del sol, el sauna, las duchas o baños calientes deben ser evitados)¹⁴.

¹⁴ www.monografias.com/trabajos/cuentas/cuentas.shtml.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

2.1 VALORACIÓN

2.1.1 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: SRG

Servicio: Terapia Intensiva

Número de cama: 282

Fecha de ingreso: 06-12- 07

Edad: 1 año un mes

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 11 de enero del 2005

Originaria: México, D.F.

Domicilio actual: Roberto barrios #13 santiago Tetlac C.P. 07640

Delegación: Gustavo A. Madero Edo. de México

ANTECEDENTES HEREDÓ FAMILIARES.

PADRE:

Nombre: C.R.P

Edad: 26 años

Escolaridad: secundaria terminada

Ocupación: Comerciante

Sueldo que percibe: \$3500 mensuales

Sueldo que aporta al hogar \$600 Tabaquismo: sí Toxicomanías: negadas

Alcoholismo: solo en ciertas ocasiones

Medicamentos: ninguno

Numero de compañeras sexuales: X

Estado de salud: bueno

Problemas detectados en la dinamica familiar: ninguno

MADRE:

Nombre: N.G.P

Edad: 24

Escolaridad: Enfermera técnica

Ocupación: Hogar

Beneficio económico ninguno

Tabaquismo: Negado

Alcoholismo: negado Toxicomanías: no

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarca: 13 años
No de compañeros sexuales: 1
FUM: 28 noviembre 06
Gesta: 2 Para: 2
Peso del producto: 3,100gr.

IVSA: 18 años
Recibe Tx anticonceptivo: no
Problemas de menstruación: no
Abortos: ninguno Cesárea: 1

Periodo ínter genético:
Complicaciones con los partos: circular de cordón umbilical (cesárea)

HERMANOS:

Nombre: J.R.G Edad: 5 años Escolaridad: Preescolar
Edo. de salud: sana

Otros antecedentes familiares patológicos negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

A) Prenatales

Embarazo deseado: si
Embarazo planeado: si
Problemas en el primer trimestre: ninguno
Problemas en el segundo trimestre: infección de vías urinarias
Problemas en el tercer trimestre: ninguno
Control prenatal: de 4 a 6 revisiones médicas

SOMATOMETRÍA MATERNA:

Peso y talla antes del embarazo: 60 Kg.
Peso y talla durante el embarazo: 67 k.o.
Peso y talla después del embarazo: 65 Kg
Exposición a radiaciones: ninguno
Exposición a medicamentos: ampicilina y paracetamol
Traumatismo
Infecciones: virales no Bacterianas: si parasitarias: no

B) Natales

Parto eutósico:

Distócico

Motivo:

Cesárea

Lloro y respiro al nacer: si

Valoración Apgar: 7-9

Valoración de Silverman: no recuerda

Oxígeno: no

Peso al nacer: 3,100 Kg.

Talla RN: 49 cm

Semanas de gestación al nacimiento: 40 semanas

Lugar de atención del parto: Privado

Presentación del producto: cefálica

Anestesia o analgesia utilizada: si

Tipo: raquea

Vía de administración: epidural

C) Postnatal

Ayuno: no

Incubadora: si

Fototerapia: no

DFR: no

INMUNIZACIONES:

Esquema básico de inmunización

RN: BCG y Sabin

2/12 Sabin/ Pentavalente

4/12 Sabin/Pentavalente

6/12 Sabin /Pentavalente

1 año DPT/Triple viral

ALIMENTACIÓN:

Seno materno: Sí

Destete: a los 6 meses

Aglactación: 3 meses

Se encuentra incluida a la dieta familiar.

HIGIENE PERSONAL

Lavado de dientes: dos veces al día

Baño: diario

Cambios de ropa: 2 a 3 veces al día.

VIVIENDA:

Ubicación: Roberto Barrios # 13 Santiago Tetlac Delegación: Gustavo Amadero.

Casa rentada.

Material de construcción: De concreto con techo de lámina.

Ventanas: si Baño: dentro de la casa

Drenaje: si Refrigerador: si Estufa: si

Numero de personas que habitan la casa: 3

Animales: no Plantas dentro y fuera de la casa se desconoce nombre.

Basura: Se deposita cada tercer día con el camión recolector.

Agua potable: si Luz: si

DINÁMICA FAMILIAR

Matrimonio: en unión libre.

Rol masculino: comerciante

Numero de hijos que es el paciente: 1

Familia integrada: si

Familia funcional: si

Relación: Madre-Padre - Buena Padre-hijo - buena
Madre-hijo - Buena

VALORACIÓN DEL DESARROLLO FUNCIÓN NEUROLÓGICA

EDAD OBSERVACIÓN EDAD NO RECUERDO

R/N Manos flexionadas 1 mes

2/12 Manos abiertas, alza la barbilla, sostiene la cabeza. 2 mese

5/12 Se sienta con ayuda ***

7/12 Se sienta solo 8 meses

8/12 Pasa juguetes en las manos 7 mese

9/12 Acostado se vuelve de Espalda ***

EDAD	OBSERVACIÓN	EDAD	NO RECUERDO
10/12	De pie con apoyo: gatea	9 mese	
12/12	Camina con ayuda se pone de pie.	10 mese	
15/12	Camina solo	12 meses	

COORDINACIÓN OCULOMOTORA

EDAD	OBSERVACIÓN	EDAD	NO RECUERDO
1/1	Fija la vista brevemente	R/N	
4/12	Fija y sigue la vista	2 meses	
5/12	Mirada de mano objeto	4 meses	
7/12	Levanta el objeto	6 meses	
8/12	Toma el objeto por dentro		***
9/12	Toma pastilla con ayuda del pulgar		***
10/12	Toma pastillas con el pulgar e índice		***
12/12	Pone objeto dentro de una taza	10 meses	
15/12	Toma el tercer cubo sin soltar los otros dos	12 meses	

CONDUCTA PERSONA SOCIAL

EDAD	OBSERVACIÓN	EDAD	NO RECUERDO
R/12	Reduce actividad al Hablarle; sonrío a Estimulo	1 mes	
4/12	Sonríe ante efecto; se Anticipa a la comida	3 meses	
6/12	Fija mirada en el rostro Del examinador reconoce biberón	5 meses	
7/12	Distingue caras familiares De extraños	7 meses	
8/12	Puede comer con la Cuchara puré	8 meses	
9/12	Juega golpeando objetos	8 meses	
10/12	Hace monerías (Adiós, bravo, ojitos)	9 mese	
12/12	Bebe en vaso con ayuda	11 meses	
15/12	Da algo cuando se le pide Expresa negatividad	12 meses	

LENGUAJE

EDAD	OBSERVACIÓN	EDAD	NO RECUERDO
R/N	Grito de hambre	al nacer	
4/12	Diferencia gritos de Hambre, dolor, agrado rie.	3 meses	
7/12	Habla o juguetes; vocaliza Silabas	6 meses	
10/12	Dice papá o mamá o lala	10 meses	
12/12	Comprende prohibición	11 meses	
15/12	Dice tres palabras	12 meses	

SENSORIAL

VISUAL, GUSTATIVO Y AUDITIVO

EDAD	OBSERVACIÓN	EDAD	NO RECUERDO
R/N	No discrimina, explora Respuesta franca ruidos Fuertes.		***
4/12	Percibe colores, gusto Afinado, discrimina Sonidos		***
7/12	Localiza dirección del Sonido, diferencia voces Familiares	4 meses	
10/12	Reconoce lenguaje Usado diario	8 meses	

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Lactante mayo

Quirúrgicos: no

Traumáticos: no

Transfusiones: no

Alergias: se desconoce

PADECIMIENTO ACTUAL

Se trata de lactante mayor de sexo femenino de 1 año de edad aparente a la cronológica, previamente sana, inicia su padecimiento actual el 13 – 12 – 06 Aproximada a las 12:00, encontrándose en su casa, la pierden de vista aproximadamente 5 min., al buscarla la encuentran en el baño, de cabeza en una cubeta con cianosis generalizada; e ingresa el día 06 – 12 - 07 al servicio de la terapia intensiva, con una Presión arterial de 84/43 (64), PANIN de 90/45 (66), frecuencia cardiaca: 110, temperatura: 35.3° y una frecuencia respiratoria 20 llevada por ventilación mecánica ya que se encuentra sedada y relajada.

MOTIVO DE INGRESO

Fue un traslado el cual llega al INP por ahogamiento por inmersión (Asfixia)

INTERROGATORIOS POR APARATOS Y SISTEMAS

- Aparato digestivo:

Abdomen blando perístasis no activa sin datos de alarma.

- Aparato respiratorio y circulatorio:

Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, campos pulmonares con estertores, sin datos de dificultad respiratoria, con ventilación mecánica.

TERAPÉUTICA EMPLEADA:

TAC, mantenerla sedada y relajarla, ventilación mecánica, monitorea de signos vitales.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

RX de tórax, gases arteriales, BH, Química sanguínea, TP, E.E.G.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Signos vitales: FC: 110x, F.R: 20x, TEMP: 35.3°, T/A arterial: 84/43 (64) y T/A: 90/45 (66), Peso: 12 Kg., Talla: 88 cm, P:C: 51 cm, P:A: 26 cm.

CABEZA Y CUELLO:

Normo céfalo, pupilas isocóricas hiporreflexicas, mióticas, narinas permeables, orofaríngeas, cuello cilíndrico sin alteraciones.

OJOS: Pupilas isocóricas, mióticas 2 mm, respuesta débil a la luz.

ABDOMEN:

Abdomen blando depresible, no se ausculta peristalsis sin datos de alarma.

PIEL:

Palidez (++), Hidratada (regular)

ESQUELÉTICO Y MUSCULAR:

Eutrofica, íntegra, bien conformada, tono muscular disminuido resto no valorable por sedación y relajación.

GENITALES:

Se encuentran íntegros sin malformaciones

DIAGNÓSTICOS ACTUALES:

Casi ahogamiento

Asfixia

2.2 PLANEACIÓN

2.2.1 PLAN DE CUIDADOS

➤ DIAGNOSTICO

Riesgo de bronco aspiración R/C el estado de sedación, relajación y apoyo ventila torio

OBJETIVO

Mantener limpia y libre la vía aérea (tubo endotraqueal) de secreciones para mantener una oxigenación adecuada en el paciente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dar posición semifowler al paciente.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Cuando la cabecera de la cama esta elevada de 45 60 grados, esta posición es útil para los que sufren de disnea, ya que así, los órganos abdominales se alejan del diafragma y alivia la presión en la cavidad torácico, lo que permite que los pulmones y el corazón se expande adecuadamente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Realizar palmopercusión y aspiración gentil de secreciones.

FUNDAMNETACIÓN CIENTÍFICA

Tiene como objeto desprender las secreciones situadas en los bronquios periféricos y desplazar a otro de más calibre para que pueda ser aspirada, su objetivo es favorecer la permeabilidad de la vía respiratoria.

Si no hay tos o reflejo de deglución con rapidez se acumulan secreciones en la pared posterior de la faringe y región superior de la tráquea, y puede conducir a una broncoaspiración u otro problema respiratorio mortal.

➤ DIAGNOSTICO

Retención urinaria R/C la sedación y relajación del paciente M/P distensión vesical y anuria.

OBJETIVOS

Identificar la retención urinaria y llevar un buen control de líquidos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Colocación de sonda vecinal

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Suele recomendarse que el procedimiento se haga dentro de las condiciones asépticas. La sonda vecinal se instala a fin de vigilar y evaluar con precisión la pérdida de líquidos y remplazárselo a pacientes que sufren enfermedades críticas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cuidado de la sonda vesical

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La enfermera es indispensable de su cuidado y mantenimiento; hay dos razones por las cuales la sonda vesical debe ser retirado por que ya han cumplido con sus propósitos o por que ya es necesario cambiarla.

➤ DIAGNOSTICO

Deterioro de la movilidad física R/C la sedación y relajación y el daño neurológico aparente M/P falta de respuesta a estimulo.

OBJETIVO

Evitar el deterioro de la integridad tisular y deformidad músculo esquelética

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Voltear y mover al paciente constante mente

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El cambio de posiciones en la cama es, la única forma de ejercicio, la posición debe cambiarse por menos cada dos horas, favorece la circulación y previene ulceras por presión.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Tomar medidas para conservar un alineamiento

- a) Evitar permanecer largos periodos sentado o acostado
- b) Hacer uso de almohadillas y rollos para las manos

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La incapacidad prolonga el deterioro de las funciones neurosensoriales que pueden producir contracturas permanentes.

El conservar una postura adecuada significa colocar el cuerpo en una posición que permita su alineación correcta y un equilibrio apropiado. En tal posición que el sistema músculo esquelético puede ser aprovechado de la mejor manera. La postura correcta posibilita a los otros sistemas un funcionamiento más eficaz.

➤ DIAGNOSTICO

Hipotermia R/C el daño neurológico severo M/P temperatura de 35.3°c y llenado capilar lento

OBJETIVO

Mantener al lactante mayor normo térmico y detectar oportunamente alguna anormalidad

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicación de calor con una lámpara a una distancia de 45 0 60cm del paciente

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Este método es útil, para activar la circulación y para proporcionar calor generalizado.

➤ DIAGNOSTICO

Déficit de auto cuidado de baño e higiene R/C daño neurológico severo M/P ausencia de respuesta a estímulos y ausencia de movimiento

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Realizar al paciente baño de esponja

FUNDAMENTACIÓN DE ENFERMERÍA

El lavado de la piel ayuda a eliminar bacterias, grasas u mugre. Estas sustancias son las que ocasionan los olores corporales y posibilidad de contraer infecciones, proporciona una sensación de frescura.

La temperatura calida el agua empleada para bañarse y el masaje inherente al lavado y secado de la piel brindan relajación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aseo y cuidado de dientes y boca

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Una higiene bucal adecuada mejora la imagen, favorece la digestión, previene el contraer infecciones de los dientes.

3.1 EVALUACIÓN

Al elaborar este plan de atención de enfermería se jerarquizaron cada uno de los problemas y /o necesidades de nuestro paciente, elaborando así un objetivo importante para evitar llegar a ser un problema más y de el problema evitar secuelas o complicaciones para así ofrecerle y proporcionarle una calidad de vida mejor día a día con los conocimientos adquiridos durante mi formación en la Escuela Nacional de Enfermería y la practica diaria en el Instituto Nacional de Pediatría, luchando hoy y siempre por ser mejor para nosotros mismos y el paciente.

CONCLUSIONES

Toda enfermera profesional realiza un proceso de atención de enfermería, como método de atención, en el cual nos permitió identificar problemas de salud, capacidades, objetivos e intervenciones por los cuales se dio una atención profesional de calidad.

Las etapas fundamentadas de este proceso enfermero, nos ayudaron a darle un orden lógico y nos fueron guiando paso a paso, para llegar a los objetivos planeados.

El marco teórico nos sirvió para fundamentar la patología y el plan de cuidados de enfermería, para dar una mejor atención y calidad de vida al paciente con diagnóstico de ahogamiento por inmersión

Los accidentes por inmersión constituyen una causa frecuente de muerte, principalmente en niños menores de 5 años; estos accidentes pueden pasar en cuestión de minutos o segundos, sin embargo no se toma en cuenta que con los pequeños detalles como una cubeta de 20 lts. con agua, se pueda perder la vida o tener consecuencias graves de las cuales ese niño no pueda ser el mismo de ayer.

GLOSARIO

ACIDOSIS.- Alteración en la que hay mucho ácido en la sangre y poco álcali, produciendo una caída de PH de la sangre por debajo de lo normal

AFONIA.- Pérdida transitoria del habla.

ANARTRIA.- Dificultad para el lenguaje debido a un trastorno neurológico

ANOXICO.- Ausencia de oxígeno

APNEA.- Ausencia total transitoria de los movimientos respiratorios

ASFIXIA.- Insuficiencia respiratoria sobreaguda que desemboca en una hipoxia rápidamente mortal.

COMATOSA.- Estado patológico que se caracteriza por la pérdida de la conciencia, la sensibilidad y la capacidad motora voluntaria.

CORTICOIDE.- Sustancia hormonal no andrógena de origen corticosuprarenal.

DISFAGIA.- Dificultad en la deglución, dificultad para tragar o deglutir.

DISTRES.- Estrés desagradable, la ocasión un exceso de esfuerzo en relación que la carga.

ESTUPOR.- Pérdida parcial de conciencia.

HEMATEMESIS.- Glóbulos rojos o eritrocitos.

HEMOLISIS.- Es la destrucción de los glóbulos rojos, es la destrucción de los eritrocitos.

HIPERBOLEMIA.- Aumento normal del volumen en la sangre.

HIPERCAPNIA.- Elevación del contenido de dióxido de carbono en la sangre.

HIPERTONIA.- Aumento exagerado del tono muscular.

HIPONATRENÍA.- Escasez de sodio en sangre.

HIPOTONIA.- Es la disminución de tono muscular. Los bebes que padecen esta afección parecen flácidos y que sienten como si fueran muñecos de trapo al cárgalos

HIPOXEMIA.- Poco oxigeno en sangre.

HIPOXIA.- Disminución de la concentración.

INMERCIÓN.- Acción de introducir o introducirse plenamente alguien en un ambiente determinado.

TETANIA.- Enfermedad paratifoidea. Se produce por la hipofunción de las glándulas paratifoidea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BAENA, Guillermina Dra. Manual para la elaboración de trabajos de investigación documental, 8ª ed, Ed. Mexicanos Unidos, México DF 1992.

BROWN Francés, Amy, Enfermería Médica, 3ª ed, Ed Interamericana, México DF, 1993.

BRUNNER Sholtis, Lillian, Manual de enfermería, Vol. III, 4ª ed, Ed. Interamericana, México DF. 1991.

KOZIER, Barbara, Enfermería Fundamental, 2ª ed. Ed Interamericana, España 1989.

LUVERNE Lewis WOLFF, Fundamentos de Enfermería, 4ª ed. Ed. Harla, México DF 1992.

ROCH y Urban, Diccionario Médico, ed. Doyma, España 1993.

ROPER, Nancy. Diccionario de Enfermería, 16ª ed, Ed. Interamericana, México DF. 1991.

TORTORA, Gerard, Principios de Anatomía y Fisiología, 6ª ed, Ed. Harla, México DF 1993.

KIMBER, Manual de Anatomía y fisiología Ed La prensa Mexicana, México 1989.

RODRÍGUEZ, Proceso enfermero, Ed. Cuellar, México, 2002.

www.medynet.com/usario/jraguilar/ahoga.htm

www.reeme.arizona.edu/materials/asfixia%20por%20.inmersion.pdf

www.monografias.com/trabajos12/romandos/romandos.shtml#pruebas

www.monografias.com/trabajo14/cuerpohum.shtml#RESPIR

www.monografias.com/trabajos5/cuentas/cuentas.shtml

FRAN Mary, Manual para proveedores, ED, American Heart, ed, 2^a E:U
2003.