

127
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.**

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

VARGAS GARCIA PORFIRIO

PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Mexico, 1981



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.

I N D I C E

PAGINA

I.- PROLOGO	1
II.- INTRODUCCION.	
1.- Planteamiento del problema de estudio . . .	2
2.- Objetivos generales de la Investigación . .	2
3.- Hipótesis	2
4.- Variables	3
5.- Campo de la Investigación	3
6.- Metodología	3
7.- Glosario	5
III.- MARCO TEORICO.	
1.- Proceso salud-enfermedad	7
1.1.- Acciones Preventivas	10
1.2.- Mecanismos de Aplicación	11
2.- Plan de atención progresiva de los pacientes. 18	
2.1.- Unidades de Cuidados Intensivos	21
3.- Recursos de Enfermería.	27
3.1.- Nivel educacional del personal de enfer-	
mería	30
3.2.- La estructura de la enfermería en México. 36	
4.- Insuficiencia Respiratoria	38
4.1.- Historia Natural de la insuficiencia --	
Respiratoria	42
IV.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION.	
1.- Procedimientos empleados	65
2.- Fuente de los datos	66

PAGINA

3.- Procesamiento estadístico de los datos	66
4.- Descripción de los instrumentos empleados en - la recolección de datos	66
V.- RESULTADOS	68
VI.- RESUMEN Y CONCLUSIONES	109
VII.- SUGERENCIAS	113
VIII.- REFERENCIAS	114
1.- Bibliografía	115
2.- Apéndice. Instrumentos de recolección de datos	118

I.- P R O L O G O,

El concepto de enfermería enfocado como "un servicio con proyección social realizado en diferentes niveles de manera multi e interdisciplinaria, tendiente a mejorar las condiciones de salud CON y PARA la comunidad a través de funciones específicas de investigación, coordinación, instrumentalización, re-integración, investigación, docencia y administración", motiva la realización de este trabajo de investigación para concientizar a las autoridades correspondientes así como al personal de enfermería de la importancia que este último tiene de participar con juicio crítico, iniciativa y toma de decisiones en la atención progresiva del paciente con insuficiencia respiratoria en sus etapas correspondientes de la historia natural de la enfermedad a fin de ayudarle a satisfacer adecuadamente sus necesidades y a solucionar sus problemas biopsicosociales en forma sistematizada.

Por tal razón, se presentan aspectos generales de la insuficiencia respiratoria en el proceso salud-enfermedad para su correspondiente atención con base en la preparación académica del personal de enfermería, así como los resultados obtenidos en relación a los objetivos generales del presente estudio de investigación realizado en la unidad de terapia intensiva del Hospital General de la S.S.A.

S.R.B.

México 1981.

II.- INTRODUCCION.

1.- Planteamiento del problema de estudio.

La mayoría de las instituciones del sector salud, entre ellos el Hospital General de México de la Secretaría de Salud y Asistencia emplea personal de enfermería para la atención, en este caso del paciente con insuficiencia respiratoria, sin tener la preparación necesaria. Lo cual repercute inevitablemente en el tipo de atención que se brinda a los pacientes. Considerando este aspecto se ha decidido realizar este estudio para precisar el grado de conocimientos, la calidad de atención de enfermería que se ofrece al paciente con insuficiencia respiratoria.

Por lo cual el problema que se plantea en esta investigación es en relación a la:

"ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA".

2.- Objetivos Generales de la Investigación.

-Describir la Insuficiencia Respiratoria en el proceso de salud y enfermedad.

-Hacer énfasis sobre los aspectos generales de la asistencia progresiva.

-Identificar el grado de estudios que tiene el personal de enfermería que efectúa la atención de estos pacientes con insuficiencia respiratoria.

3.- Hipótesis.

-La atención de enfermería es de calidad cuando se posee una amplia preparación académica.

- La recuperación del paciente con Insuficiencia Respiratoria depende de una eficaz atención de enfermería en relación con el tratamiento médico previamente establecido.

4.- Variables-.

- Atención de enfermería de calidad.
- Preparación académica del personal de enfermería.
- Insuficiencia Respiratoria.
- Recuperación del paciente con Insuficiencia Respiratoria.
- Tratamiento médico establecido en la Insuficiencia Respiratoria.

5.- Campo de la Investigación.

-Área Geográfica.

Este estudio se realizará en el Hospital General de México de la S.S. A.

En el servicio de Terapia Médica Intensiva sección 202.

-Grupos Humanos.

Personal de enfermería que labora en los turnos; matutino, vespertino y nocturno (Veladas A y B), integrado por un total de 37 personas.

28 pacientes que a su ingreso o durante su estancia en el servicio de Terapia Médica Intensiva 202 presentaron Insuficiencia Respiratoria, durante los meses de mayo-julio de -- 1981.

6.- Metodología.

Una vez seleccionado el problema enunciado se procedió a la revisión bibliográfica a fin de obtener información que permitiera la elaboración de hipótesis y determinación de variables correspondientes. Posteriormente se determinó el universo de trabajo, es decir el personal de enfermería que atiende a pacientes con Insuficiencia Respiratoria, en los siguientes --

turnos matutino, vespertino y nocturno (veladas A y B). Pacientes con Inauficiencia Respiratoria durante los meses de mayo--julio.

Se determinaron y elaboraron los instrumentos para la recolección de datos los cuales consistieron en una lista de --cotejo y un cuestionario de los cuales se aplicaron a 23 y 21-- personas de enfermería respectivamente, correspondiendo estos-- a 62% y 57%, del total del universo de personal de enfermería-- que labora en los diferentes turnos del servicio antes mencio--nado.

Se consultaron 10 expedientes clínicos al azar para ob--tener datos sobre el diagnóstico y tratamiento empleados, muestro aleatorio que corresponde al 36% de el grupo total estudiado.

G L O S A R I O

- 1.- **ATEROESCLEROSIS.**- "Depósito de colesterol en la íntima -- de las arterias. Esclerosis de las arterias".
- 2.- **ANAEROBIO.**- "Ser viviente que vive sin aire y, por consiguiente sin oxígeno".
- 3.- **BACTERIOSTATICO.**- "Es la capacidad de un compuesto para - inhibir la multiplicación de los micro-organismos".
- 4.- **BACTERICIDA.**- "Es la capacidad de un compuesto para des-- truir los micro-organismos".
- 5.- **DIFUSION.**- " Es el proceso por medio del cuál se intercan-- bían O₂ y CO₂ a través de la membrana alveolar-capilar".
- 6.- **DISTRIBUCION.**- "Es el suministro de aire atmosférico a las unidades de intercambio de gases del pulmón".
- 7.- **GLUCOLISIS.**- "Desaparición parcial o total del azúcar con-- tenido en la sangre".
- 8.- **HIPERCAPNIA.**- " Acumulación exagerada de CO₂ en la sangre, causado por asfixia".
- 9.- **PERFUSION.**- " Llenado de los capilares pulmonares con sangre venosa que vuelve de la circulación general por el ven-- trículo derecho. Estos capilares se hallan en contacto - con los alveolos".
- 10.-**PROMISCUIDAD.**- "Mezcla confusa, convivencia entre personas de distinto sexo, de condiciones ó de nacionalidades di-- versas.
- 11.-**PRESION OSMOTICA.**- "La presión que ejercen las proteínas - plasmáticas y electrólitos".
" Es una fuerza que produce movimientos del agua ejerci-- da por soluciones concentradas en un lado de una membra-- na semipermeable, que atrae el agua de soluciones dilui-- das del otro lado, esto es entre el líquido intracelular y el extracelular".
- 12.-**VENTILACION.**- "El movimiento del aire que entra en los --- pulmones y sale de ellos en volúmenes suficientes para -

mantener normales las tensiones de O₂ arterial y CO₂
(Presiones parciales PaO₂ y Pa CO₂)".

-
- (1,5,6,10) Dorothy W. Smith, Carol P. Hanley Gernaín. Enfermería Médico Quirúrgica ed. Interamericana México 1979.
- (2,9) Luigia Segatore, Ginangelo Poli. Diccionario Médico ed. Teide México 1980.
- (3,4) Goth Andréa. Farmacología Médica ed. Interamericana 1969
- (7,8) E. Dabout. Diccionario de Medicina ed. Nacional 1979.
- (11,12) Olvera Díaz Guillermo. Elementos de Fisiología y Bio--
química para enfermeras. México 1970.

III.- MARCO TEORICO.

1.- Proceso salud Enfermedad.

A través de la Historia de la humanidad se ha tratado de conceptualizar tanto a la salud como la enfermedad desde el -- punto de vista mágico, místico, de normalidad de bienestar homeostático y social.

Cada uno de los conceptos ha estado supeditado al momento histórico (1), empero el desarrollo de la biología y de --- otras ciencias exactas, de la tecnología e inclusive de las - ciencias filosóficas ha permitido entender a la salud y a la - enfermedad como partes de un proceso dinámico de equilibrio en tre el individuo considerado como unidad biopsicosocial y el - medio ambiente (2).

El proceso salud enfermedad puede analizarse bajo 3 puntos de vista.

a).- Sociológico.

El hombre no vive solo o aislado; la vida social es tan auténtica como la vida individual y tiene como ésta, su propia biología.

La vida social está condicionada por el instinto gregario del hombre, o sea, por la tendencia a vivir en grupos para --- defenderse de las contingencias y sobrevivir.

Las sociedades humanas dependen en su organización de --

-
- (1) Leewe Ricardo M.C. La salud su conceptualización como categoría social. Escuela de Salud Pública México 1978 Págs. 1-14.
 - (2) Alvarez Balbas Luis A. Aspectos Económicos y Sociales en relación con la salud. I.M.S.S. Medicina Preventiva México 1976 Págs. 5-8.

cuatro factores: la herencia biológica, el ambiente natural, la cultura y el grupo. Las sociedades animales no humanas dependen solo de la herencia biológica y del ambiente.

La herencia biológica.- La herencia no opera como algo inmutable y rígido sino que lo hace a través de las influencias ambientales.

Ya que la individualidad es el resultado de la interacción entre los factores hereditarios y los ambientales.

La genética, que es el estudio científico de la herencia, o sea, del origen, desarrollo y distribución de las variaciones individuales y de grupo a la herencia y al ambiente en el desarrollo de los seres vivos.

El ambiente natural.- Es todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea, el universo externo. Es el medio físico, biológico y social en el cuál el organismo vegetal o animal vive.

Factor cultural.- Cultura "Es el conjunto de recursos materiales e inmateriales de que dispone el hombre para satisfacer sus necesidades, realizar su trabajo y crear su obra, así como emitirlos y dominar el ambiente en que le toque vivir". - (3)

El factor cultural es el de mayor importancia en la vida del hombre moderno; lo que aprendemos y lo que llegamos a ser depende de la cultura particular en que nacimos y el tipo de vida que seguimos va a estar condicionado en general por el ambiente super orgánico en que se desarrolla cada ser humano.

El grupo social tiene una conducta que en parte es transmitida y en parte aprendida y que influye sobre la vida del

(3) Lenton Ralph. Estudio del hombre ed. F.C.E. México 1979

hombre moldeando su personalidad y su conducta individual.

Los grupos sociales tienen la importante función de transmitir la herencia social y cultural.

Todos estos aspectos socioculturales pueden estar relacionados directa o indirectamente con los problemas de salud y enfermedad de la población (4)

b).-Epidemiológico.

Estudia el proceso salud enfermedad desde el punto de vista de elementos sociales, económicos, antropológicos y psicológicos que pueden intervenir en la salud o en la enfermedad.

Se maneja a partir de un criterio probabilístico, es decir, el punto de partida del análisis es el conocimiento de la distribución de determinada patología y elementos sociales, con los que se establecen hipótesis de relación para poder llegar a un planteamiento de causalidad.

En otras palabras este análisis permite conocer el origen de algunos padecimientos, así como la dependencia de algunos estados morbosos con fenómenos y circunstancias de orden social.

La importancia práctica del concepto de la causalidad múltiple de las enfermedades reside en el hecho que el tratamiento, preventivo o curativo, debe basarse en la eliminación o en el control, tanto de la causa directa y provocadora, como de los factores predisponentes y mantenedores de la enfermedad.

c).- Clínico.

En este análisis el sustrato sobre el cuál opera el médico clínico es el individuo sano o enfermo, cuya finalidad es que después de desplegar una serie de técnicas, llega a instituir un diagnóstico y un tratamiento adecuado. (5)

(4) Hernán San Martín. Salud y Enfermedad, ed. Prensa Médica Mexicana. Tercera edición 1979 Pág. 18-20.

(5) Leeva Ricardo M.C. Op. Cit. Pág 10-14

El trato directo con el paciente permite reconocer como determinadas creencias, hábitos y concepciones religiosas, -- condicionan la aparición de una patología determinada; o como ciertas relaciones de autoridad o de estructuración intervienen constantemente en el modo como el paciente y la familia buscan atención médica o simplemente siguen las indicaciones médicas.

Este enfoque es la base del humanismo de la eficacia clínica y de la proyección social de la medicina que debe evitar la enajenación a un determinismo puramente biológico.

Con él se encontrará la clave para resolver problemas clínicos, pero obviamente no soluciona problemas de grupos o comunidades. (6)

1.1.- Acciones Preventivas.

El conocimiento del proceso salud-enfermedad permite al equipo interdisciplinario de atención para la salud, participar con acciones preventivas entendiéndose estas como "una serie de actividades escalonadas, dinámicas y perfectamente realizables, que tienden a fomentar y promover la salud, a prevenir específicamente la aparición de algunas enfermedades a incrementar la detección y favorecer el diagnóstico y tratamiento oportuno de los procesos patológicos; igualmente a limitar o impedir la aparición y proceso de lesiones o secuelas y por último a reintegrar al paciente al estado de salud incrementando la rehabilitación y readaptación tanto durante el proceso como al final del mismo. (7)

(6) Alvarez Balbas. Luis A. Op. Cit. Pág. 13

(7) Aguirre Sozaya Gortino. Concepto, objetivos y campo de acción de la medicina preventiva. I.M.S.S. Medicina Preventiva Clínica México 1976 Pág. 25-26.

Dichas acciones son aplicadas en los 3 niveles.

-Prevención primaria.

Corresponde al periodo prepatógeno y evita que se produzcan estímulos para generar alguna enfermedad, mediante la educación para la salud y la protección específica contra algunos padecimientos.

-Prevención Secundaria.

Corresponde al periodo patógeno; tiene como propósito interromper el curso de la enfermedad es decir limitar el progreso de los procesos patológicos y evitar sus complicaciones y secuelas o la invalidez resultante.

La acción básica para conseguirlo será a través del diagnóstico oportuno y el tratamiento correcto y oportuno que elimine o controle el daño.

-Prevención terciaria.

"Trata de reincorporar al individuo como factor útil a la sociedad, aprovechando al máximo sus capacidades residuales, mediante la rehabilitación física, social y mental del paciente".(8)

1.2 -Mecanismos de Aplicación.

El conocimiento más preciso sobre la determinación de -- como aplicar estas acciones preventivas, se hace mediante dos mecanismos:

Aplicación del método epidemiológico y conocimiento de la Historia Natural de la Enfermedad.

-Método epidemiológico.

En la investigación de los posibles factores (hereditarios, ambientales, biológicos, físicos, químicos o sociales), que causan los procesos patológicos, debe aplicarse el pensa--

(8) Curso de Administración para personal médico de confianza en Unidades de Atención Médica" La Historia Natural de la enfermedad y el Equipo de Salud." I.M.S.S. México 1978

miento lógico o científico por medio del método epidemiológico, el que ayudará no sólo al conocimiento de las causas citadas, - sino más aún, a su control o erradicación sobre todo en los -- procesos transmisibles, al interrumpir su transmisión o para - evitar que se presenten ó progresen.

Epidemiología es; "El conocimiento de la distribución y frecuencia de un fenómeno, el análisis de las causas a las que obedecen esa frecuencia y esa distribución de las acciones para su corrección o proyectos de solución". Por lo tanto es un --- magnífico método para el conocimiento y aplicación oportuna de soluciones a procesos patológicos, sean o no transmisibles.- (9)

-Historia Natural de la Enfermedad.

Se define como "La manera de evolucionar que tiene toda enfermedad cuando se abandona a su propio curso". (10)

Y comprende desde la compleja interacción de la triada - ecológica (periodo pre-patogénico), que produce el estímulo de enfermedad (periodo patogénico), que a su vez produce una respuesta en el huésped, hasta los cambios orgánicos y funcionales propios del desarrollo de la enfermedad y que lo pueden llevar al estado crónico, recuperación, incapacidad ó muerte.

Persigue los siguientes objetivos.

-Precisar cada una de las etapas de la historia natural de la enfermedad.

-Llegar a un conocimiento mayor de los padecimientos.

(9) Aguirre Sozaya Op. Cit. Pp. 27

(10) Curso de administración para personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica Op. Cit. Pp.9

-Encontrar solución y realizar una terapia en beneficio del paciente.

Esto se logra en base a la siguiente aplicación:

-Considerar al hombre como una unidad biopsicosocial.

-Comprender la acción recíproca entre huésped, agente y ambiente.

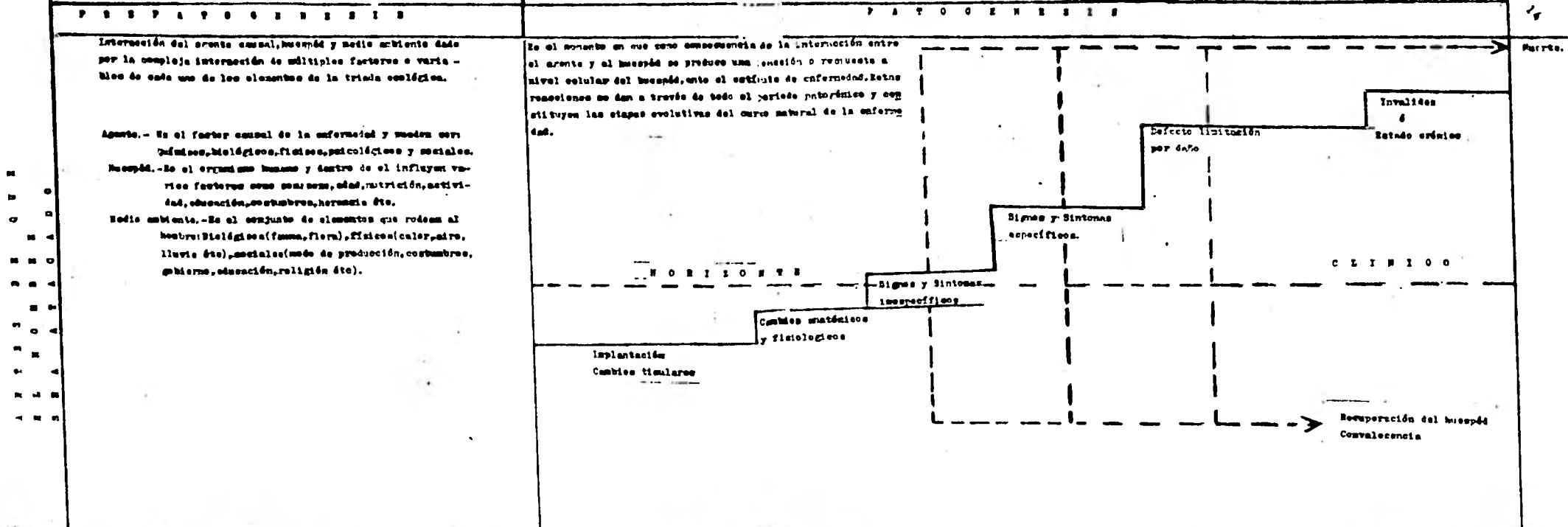
-Facilita la acción preventiva en cada etapa de cualquier enfermedad.

-Servir de parámetro para programar la atención médica.

(11)

Según los criterios de Leavell y Clarck se presenta el siguiente cuadro . (12, 13, 14, 15)

-
- (11) U.N.A.M. Revista de la Facultad de Medicina. "Historia Natural de la Enfermedad". México. Enero 1974 Pp. 5-33.
 - (12) Hernán San Martín. Op. Cit.
 - (13) Curso de Administración para personal médico de Confianza en Unidades de Atención Médica. Op. Cit.
 - (14) Guerra Silva Moisés. Introducción a la Salud Pública. ed. Francisco Méndez. México 1977.
 - (15) Smith Germain Op. Cit.



PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA	
		Limitación del daño	Rehabilitación
<p>Protección de la Salud.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Impedir que el individuo tenga un estado débil de la salud. -Crear condiciones favorables para resistir la enfermedad. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Educación higiénica. -Nutrición ajustada a las fases de desarrollo. -Atención al desarrollo de la personalidad. -Prevención de vivienda adecuada, recreación y condiciones agradables en el hogar y trabajo. -Educación sexual y consejo matrimonial. -Examen médico selectivo periódico. -Consejo genético. 	<p>Diagnóstico Precoz y Tratamiento Precoz</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar lo más pronto posible la enfermedad. -Curar y detener el proceso de la enfermedad. -Prevenir la propagación de enfermedades transmisibles. -Prevenir las complicaciones y secuelas. -Prevenir una incapacidad prolongada. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descubrimiento de casos de enfermedades en los primeros estadios. -Descubrimiento de casos individuales en grupos de población. -Estudio de grupos para detectar enfermedades. -Exámenes periódicos selectivos a ciertos grupos de población. -Tratamiento temprano y adecuado de los casos diagnosticados. 	<p>Limitación del daño</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prevenir que deje secuelas. -Limitar mayor daño en las enfermedades de evolución crónica. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento adecuado para impedir un estadio más avanzado de la enfermedad y para prevenir sus complicaciones y secuelas. -Prevenir facilidades para limitar el daño y prevenir la muerte. 	<p>Rehabilitación</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reintegrar al individuo como factor útil a la familia y a la sociedad. -Obtener el máximo uso de sus capacidades residuales. -Restablecer el equilibrio bio-psico-social. -Evitar que el individuo se convierta en una sobrecarga para su familia y para la sociedad. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instalaciones en los hospitales, comunidad e industria para el entrenamiento y educación del individuo con el fin de obtener el máximo uso de las capacidades remanentes. -Educación al público y a la industria para que utilice la rehabilitación. -Obtención selectiva del rehabilitado tratando de aprovechar sus capacidades remanentes al máximo. -Terapia ocupacional.

Como se señala en el cuadro anterior, el proceso salud - enfermedad incluye 2 periodos:

1.- Periodo Prepatogénico.

En este periodo se efectúa la interrelación de los elementos de la triada ecológica: ambiente, huésped y agente.

a).- Ambiente.

Es aquel que propicia o no el contacto del huésped con - el agente. En este elemento se consideran fuente o sitios donde se encuentra el agente; reservorio organismo vivo o no para mantener reserva del agente patógeno.

Es el conjunto de elementos que rodea al hombre, los --- cuales pueden ser biológicos (fauna, flora), físicos (elementos abióticos) y sociales (costumbres, gobierno, religión etc). (16)

b).- Agente

Agente o elementos capaz de producir una enfermedad.

Estos pueden ser bióticos o biológicos, macro o microcelulares ya sean físicos (radiaciones, objetos, electricidad -- etc) o Químicos (plaguicidas, contaminantes, etc).

Independientemente de su origen deben poseer las siguientes características.

Patogenicidad o capacidad de hacer daño.

Virulencia o capacidad del grado de hacer daño.

Dosis o cantidad de inóculo.

Poder antigénico o capacidad de producir defensas en el organismo.

c).- Huésped.

Organismo vivo que en relación con el agente y el ambiente pueden tener características intrínsecas o genotipo (edad, sexo, genética) y extrínseca o fenotipo (inmadurez, ocupación, hábitos etc.).

(16) Landers H. Jacob. Nociones prácticas de epidemiología. ed. La prensa Médica Mexicana. 1979 Págs. 12-22.

2.- Período Patogénico.

Descubre la evolución natural de la enfermedad en el huésped; su inicio, las diversas etapas y su terminación.

El inicio de la enfermedad ocurre como consecuencia de la interacción de la triada ecológica; sus diferentes etapas son. (17)

a).- Implantación (cambios tisulares).

Alteraciones bioquímicas y fisiológicas pero que no son evidentes clínicamente. Dicha etapa representa el período de incubación, latencia, acumulación o de exposición a agentes nocivos, etc.

A esta etapa se le denomina como subclínica:

b).- Cambios anatómo-funcionales.

Se presentan de acuerdo con el padecimiento del cuál se trate.

c).- Horizonte clínico.

Línea imaginaria que separa la etapa subclínica de la clínica. Dentro del mismo período patogénico.

d).- Manifestaciones clínicas inespecíficas.

Se inicia la etapa clínica o temprana discernible, ya que las alteraciones tisulares, funcionales y orgánicas empiezan a presentar signos y/o síntomas los cuales, no marcan un curso evolutivo de determinada enfermedad.

e).- Manifestaciones clínicas específicas.

Durante la evolución de la enfermedad y las alteraciones que esta presenta, se manifiestan signos y síntomas específicos del padecimiento del cuál se trata.

Si el proceso de la enfermedad prosigue se producirán los siguientes resultados:

(17) Curso de Administración para Personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica Op. Cit. Pp. 6.

f).- Recuperación cuando el daño no ha sido grande.

g).- Invalidez y/o cronicidad cuando el daño, o las complicaciones han sido severos y limitados.

h).- Muerte cuando el daño o las complicaciones son de tal magnitud que imposibilitan la continuación de la vida.

Al aplicar el modelo de Leavell y Clark de la historia natural en relación con cualquier padecimiento, tendremos un conocimiento muy amplio del mismo, desde como se puede generar hasta como se puede desarrollar y llegar a su fin .

De esta manera es posible actuar oportunamente y correctamente en cada una de las etapas, tanto para evitar la enfermedad que se genere (periodo prepatogénico), como para evitar la enfermedad que se genere (periodo prepatogénico), como para evitar que su evolución alcance por sí sola un estado de gravedad que lesione seriamente algunos órganos, se produzcan estados de invalidez permanente o que se destruya totalmente la capacidad funcional del organismo (periodo patogénico).

La actuación del equipo interdisciplinario de atención a la salud en estos periodos se logra en cada uno de los niveles preventivos, mediante medidas específicas de acción.

En el esquema correspondiente, se señalan en cada uno de sus periodos los objetivos de los diferentes niveles de prevención, así como las actividades que el equipo de salud debe efectuar en cada uno de estos.

Niveles de prevención.

- Prevención Primaria.

Corresponde este nivel al periodo prepatogénico y tiene como finalidad evitar que se produzcan los estímulos de enfermedad e interceptar la interrelación huésped-agente.

Las medidas que se llevan a cabo en este periodo se pueden clasificar en 2 aspectos de medidas preventivas.

Promoción de la salud.

Protección específica.

-Prevención Secundaria.

Corresponde al período patogénico. El huésped ha reaccionado ante el estímulo y por lo tanto la enfermedad ya se ha originado y está en pleno desarrollo tiene como propósito interrumpir el curso de la enfermedad y prevenir la ocurrencia de futuras etapas en su evolución.

Las medidas correspondientes pueden llevarse a cabo en los siguientes 2 aspectos:

Diagnóstico Precoz y tratamiento oportuno.

Limitación del daño.

-Prevención Terciaria.

Cuando la enfermedad ha evolucionado hasta los últimos estados del período patogénico y ha dejado secuelas incapacitantes, aún es posible aplicar algunas medidas preventivas a través de la :

Rehabilitación.

Lo anteriormente expuesto permite deducir que las acciones más eficaces son las que se realizan para mantener en un estado óptimo de salud a el hombre. De la misma manera mientras más oportunamente se intervenga en los procesos patológicos, menor sera el daño.

La tendencia general de atención tendrá que ser cada vez más enfocada hacia el primer nivel, es decir, la prevención de la enfermedad por sus posibilidades de gran cobertura y enormes ventajas en costo beneficio y empleando los otros niveles para cuando no se dispone de medios que eviten la pérdida de la salud.

2.- Plan de Atención Progresiva de los pacientes.

Según la O.P.S. es la "Concepción mediante la cuál se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma el enfermo recibe los servicios de atención en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área física del hospital más apropiado a su estado clínico". (18)

Con una finalidad preferentemente didáctica se ha venido proponiendo el siguiente esquema simplificado y que acepta todas las ampliaciones que se desee introducir de acuerdo con las modalidades locales de organización y de estructura.

Grado de cuidado	Clasificación de pacientes	Ubicación de los servicios.
- Mínimo	Para pacientes físicamente autosuficientes o parcialmente incapacitados, que requieren cuidado mínimo.	Unidad para hospitalización de convalecientes de larga estancia. Consultorio externo. Atención domiciliaria.
- Intermedio	Para pacientes agudos menos graves.	Unidad para hospitalización de pacientes agudos. Servicios de recuperación.
- Intensivo	Para pacientes agudos graves	Unidad de cuidado intensivo. Servicio de resucitación. Servicio de urgencias - en sus procedimientos de mayor emergencia.

(18) Organización Panamericana de la salud. Unidades de Cuidados Intensivos para la América Latina. Publicación Científica- # 264. Segunda Impresión E.U.A Pp. 35-42

La gradación propuesta divide las etapas en función de "cantidad" de atención médica y de enfermería, indica las características clínicas generales de los pacientes según denominaciones ya establecidas por la práctica y enumera los sectores del hospital que se asigna a cada uno de los tres grados, sin que ello signifique olvidar otros servicios que están conectados al sistema pero que son de característica de mayor especialidad.

En el grado de cuidado mínimo se ubican los enfermos físicamente aptos para valerse por sí mismos, o que sufren incapacidades parciales que precisan de una atención médica o de enfermería ni intensa ni constante. Los servicios correspondientes se suministran en aquellos sectores hospitalarios organizados por estados prolongados, o en el domicilio del enfermo o en el consultorio externo. En cuanto a atención domiciliaria se está pensando en la prolongación del cuidado a domicilio del paciente para prestarle servicios de escasa diferenciación asistencial, con el sentido de ahorrar días de estada a la vez que se procura una más rápida adaptación del enfermo al medio ambiente familiar.

En el grado de cuidado intermedio se indican las unidades para hospitalización de pacientes agudos, sean esta de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia etc.

Para el enfermo grave con posibilidades de supervivencia, se destinan la unidad de cuidado intensivo (U.C.I.), el servicio de resucitación donde existe y el servicio de urgencia en aquellas actividades que son de su responsabilidad como primer contacto con el enfermo grave.

En este aspecto se plantea la necesidad de una buena relación técnica y funcional entre el servicio de urgencia y la U.C.I.

La atención progresiva del paciente se considera como un sistema en el que se equilibran y condicionan los diferentes grados del proceso patológico, con los requerimientos del cuidado y con el sitio más adecuado para superar la emergencia.

Cabe señalar que la unidad de cuidados intensivos (U.C.I) no logra el beneficio esperado si al mismo tiempo no se crean - las unidades de cuidados intermedios y si estas, a su vez, no - pueden valerse, en el momento oportuno, de las unidades desti- - nadas a estados prolongados o al tratamiento de convalecientes; pero a su vez existe la necesidad de mejorar los servicios de - hospitalización en cuidados intermedios y cuidados mínimos.

Ya que pacientes que se recuperan de su estado de grave- dad, que responden al pronóstico de recuperabilidad que se for- muló a su ingreso y que superan el estado crítico en que ingre- saron, son trasladados al siguiente escalón sin los resultados que se esperaban.

Algunos fallecen y otros deben reingresar a la U.C.I. --- porque la atención que recibieron no fué la que necesitaban.

Un fenómeno como el descrito puede ser causa de que por defectos de transferencia se prolongue inconscientemente los -- estados en la unidad de cuidados intensivos.

Eso explica la necesidad de que todo el sistema sea ar- mónicamente organizado.

A continuación se exponen algunas ventajas e inconvenien- tes que ofrece la atención progresiva del paciente.

La reacción emocional del paciente con respecto a su tras- ludo de una unidad a otra es variable, de acuerdo con la mayor- o menor aprensión que sienta por su estado y la propia concien- cia que tenga de su gravedad por la concentración de los medios terapéuticos y de personal a su alrededor.

Hay pacientes que se sienten más seguros en una unidad - donde la atención es continua e intensa.

En el aspecto administrativo facilita la asignación de - recursos a cada fase de la atención y aumenta el rendimiento -- mediante una mejor relación con las necesidades lo que induda-- blemente redundará en una mejor producción de los servicios.

Por el contrario, la dirección del establecimiento se encuentra con grandes problemas, producto de resistencias al cambio y al proceso de asignación de personal compatible con la -- continuidad de la atención, lo cual es difícil y en ocasiones -- imposible. Además el traslado del paciente de una unidad a otra aumenta el número de comunicaciones e informes de orden admini-- trativo.

En relación con los costos, estos deben disminuir no sola-- mente por una mejor utilización de los recursos, sino porque la cuantificación del servicio prestado responde específicamente -- al grado de necesidad.

2.1 - Unidades de Cuidados Intensivos.

El antecedente directo de los servicios actuales de cui-- dados intensivos son las unidades pos-operatorias de recupera-- ción. Desde 1803, Florence Nightingal^o señaló la conveniencia de contar con lugares pequeños para poder observar al enfermo, -- mientras se recuperaba de los efectos inmediatos de una opera-- ción. En 1929, el hospital Johns Hopkins inauguró una unidad -- pos-operatoria neuroquirúrgica de 3 camas. En 1930 se construyó una general en el hospital de la Universidad de Tubingen en -- Alemania y Kirschner sintió ya en esa época, la necesidad de es-- pecializar al personal encargado de los cuidados post-operato-- rios.

Durante la segunda guerra mundial se crearon en Europa -- hospitales especiales para el cuidado de traumatismos graves. -- (19).

En las dependencias de la dirección general de Asisten-- cia Médica, estas unidades funcionaban como salas de urgencias o recuperación post-operatorias, brindando cuidados de tipo -- intensivo.

(19) Villazón-Sahagún. Alberto. Unidad de Cuidados Intensivos -
ed. Prensa Médica Mexicana 1978 Pp. 175.

Fue en el año de 1960 , cuando en los hospitales Juárez y General de México, se inició la improvisación de una sala de cuidados intensivos para atender a pacientes en estado crítico.

En el año de 1974 se dotó a estos hospitales de equipo - electrónico para realizar la atención de los pacientes .

En 1974-1975 se inició la reconstrucción de la planta -- física de las unidades de cuidados intensivos dando lugar a una nueva etapa. (20)

Como su nombre lo indica, la unidad de cuidados intensivos es el sector del Hospital dedicado a atender a los pacientes graves, para los cuales exista una posibilidad razonable de solución que necesitan de éste tipo de cuidados durante las 24 hrs. del día y sin tener en cuenta la especialidad a que corresponde. En este sector los pacientes se encuentran bajo una observación y atención especiales.

El servicio de cuidados intensivos está integrado en función de 3 elementos básicos.

Una planta física.

Un personal capacitado.

El equipo necesario.

Planta física.

La planta Física y el mobiliario mínimo que debe existir en una unidad de cuidados intensivos es el siguiente, debe estar dividido por las siguientes áreas.

-Estación de enfermeras.

Es la zona en que se concentra el personal de enfermería para organizar sus actividades.

Debe estar localizada en un lugar cercano a los pacientes de manera que se les pueda observar.

(20) Dirección General de Asistencia Médica. Planación y Organización de una Unidad de Cuidados Intensivos de Tipo General. Ed. Departamento de Documentación del C.E.N.I.D.S. de la S.S.A. México 1976 Pp. 11

Debe contar con el siguiente mobiliario y equipo.

Teléfono para comunicación interna y externa.

Máquina de escribir.

Lavabos con llaves.

Escritorio.

Sillas o bancos giratorios.

-Zona de pacientes.

Pueden estar en cuartos individuales o en salas circulares o rectangulares, separadas cada una de las camas por cortinas; - las cuales permitan la vigilancia sin menoscabo de la privacidad. La luz debe ser natural, el espacio por cubículo será adecuado para facilitar las maniobras de reanimación y para colocar el mobiliario y equipo necesario, el cuál debe constar de:

Camas o camillas con barandales laterales.

Instalación de oxígeno empotrado.

Tomas de aire comprimido.

Tomas eléctricas.

Baumanómetro de pared.

Monitor con alarma de urgencia.

Luz para exámen con brazo extensor.

Ganchos para colocar soluciones parenterales.

Mesas Puentes.

Buró chico.

Bancos de altura.

-Sección de aislamiento.

Es aquella en la cuál se encuentran los pacientes con -- enfermedades transmisibles o que por su gravedad ameritan aisla miento.

El mobiliario y equipo con que debe contar es igual al -- descrito anteriormente además de lo siguiente:

Lavabo con llave de pedal.

Mesa de trabajo.

Cubeta.

Estante pequeño para guardar material o equipo específico.

Ganchos de pared para colocar la bata que utiliza el --- personal para la atención del paciente.

-Cuarto de medicamentos.

En este lugar deben concentrarse los medicamentos más -- frecuentes usados y es aquí donde deben prepararse, estará equi- pado con:

Armario de trabajo con espacio y cajones para guardar -- material y equipo (jeringas, equipos y ropa estéril).

Gabinete o vitrina para guardar los medicamentos.

Vaso graduado de cristal.

Tarjeteros para medicamentos.

Refrigerador pequeño. (21)

-Laboratorio.

Se necesita un laboratorio propio, o cuando menos en re- lación muy estrecha para efectuar determinaciones frecuentes y obtener resultados rápidos de gases en sangre, glucosa, nitró- geno de uréa, osmolaridad, electrólitos, hemoglobina, lactato y algunas enzimas. (22)

-Almacén para aparatos especiales.

Es el lugar designado para guardar todos los aparatos -- que se emplean en tratamientos específicos y para traslado de - los pacientes.

Ventiladores automáticos tipo marck VIII, Ohio 500 ó --- Bennet.

Humedecedoras para oxígeno (humidificadores).

Camillas.

Sillas de ruedas.

- Almacén de ropa.

En este lugar se guardará toda la ropa limpia y clasifi- cada contará con:

(21) Clínicas Médicas de Norteamérica. Planeación y Organiza- ción de la Unidad de Cuidados Intensivos. Ed. Interamerica na 1971 Pp. 33-35.

(22) Villazón Sahagún Alberto Op. Cit. Pp. 176.

Estantes o anaquales para guardar la ropa.

Tanicos limpios.

Ropa en general.

-Cuarto Séptico.

En este lugar se realizará el aseo de los utensilios --- del paciente, a excepción de los usados para los alimentos. También se guardará la ropa sucia. Debe contar con:

Vertedero.

Lavabo.

Lavacómodos.

Botes de basura con tapa.

Tanicos para ropa sucia.

Cómodos.

Orinales.

Utensilios de aseo (escoba, jergas, cubetas etc.)

Sanitarios (para hombres y para mujeres).

El diseño puede permitir subdivisiones justificables por la patología predominante del hospital, pero sin perder la --- unión física con el núcleo central. (23)

-Personal capacitado.

El concepto de cuidado intensivo, supone una concentra-- ción de personal médico, de enfermeras y personal sanitario auxi- liar especialmente preparado para observar, valorar y tratar a los pacientes gravemente enfermos con el auxilio de varias clases de tecnología. (24)

-Equipo.

La detección oportuna de los signos de alarma, la evalua ción precisa de las alteraciones funcionales, la necesidad de - actuar con rapidez y eficiencia obligan a contar con el equipo que mejor contribuya a esta necesaria precisión.

(23) Villasón Sahagún Alberto Op. Cit. Pág. 176

(24) . Smith Germain Op. Cit. Pág. 988.

Se considera necesario el siguiente equipo;

Traqueostomía.

Laringoscopios o intubación endotraqueal.

Venodisección.

Toracentésis (punción Torácica).

Punción Lumbar.

Punción abdominal.

Curación.

Cirugía menor.

Lavado Gástrico.

Sondeo vesical.

Enema Evacuante.

Equipo de paro cardíaco, integrado por:

Ambú con mascarilla.

Sondeo endotraqueal (cánula de Kush).

Cánulas de Guedel.

Catetér para oxígeno.

Ventilador automático.

Laringoscopio.

Agujas de raquia.

Endocath para venoclisis.

Desfibrilador.

Tabla para masaje cardíaco.

Equipo para ropa estéril para cualquier procedimiento.

Punción abdominal.

-Equipo especializado.

Electrocardiógrafo.

Desfibrilador.

Marcapaso con generador.

Vaporizadores.

Equipo para diagnóstico.

Lámparas

Equipo de exploración.

Monitores.

Medicamentos.

Los medicamentos que a continuación se enuncian son los que se consideran esenciales para la unidad de cuidados intensivos, pudiéndose agregar algunos otros que se consideran necesarios: Aminofilina, agua destilada, avapena, adrenalina, cloruro de potasio, benzodiazepina, bicarbonato de sodio, cloruro de sodio, difenilhidantoinato de sodio, dextrosa al 50%, effortil, fenobarbital, gluconato de calcio, heparina, hidrocortisona, insulina de acción rápida o inmediata, intermedia, isorbid, lasix, reserpina, papaverina, oabaina, Vitamina C, xilocaina, analgésicos, dopamina, nitropusiato de sodio, atropina, cedilanid y propranolol.

Es conveniente recordar que muchas de las técnicas utilizadas en la terapéutica son agresivos; como siempre en medicina su utilidad debe balancearse con sus peligros. La iatrogenesis tanto puede ser causada por una actitud pasiva como por una activa. (25)

3.- Recursos de Enfermería.

El enfoque predominante biológico y funcional de los problemas de salud, ha condicionado que el equipo interdisciplinario de la salud dirija su acción de manera preferente al conjunto de las consecuencias y no al de las causas.

Los problemas de salud de los individuos están en relación con su forma de vivir. Según la posición que se ocupe en la escala social y económica se observa una diferente forma de vivir, enfermar y de morir. En tal sentido, en nuestra sociedad capitalista la atención a la salud se comporta al igual que los demás productos, como una mercancía que realiza en el mercado más valor de cambio que su valor de uso, es decir gozarán de atención aquellos grupos que puedan afrontar directamente su elevado costo, o quienes son motivo de interés para el sector *

empresarial su importancia en la reproducción de capital. - Esto explica en parte la concentración del personal profesional y no profesional de enfermería en las zonas urbanas y por ende la insuficiente o nula atención que se brinda a la población -- semi-urbana y rural; ya que éstas zonas suelen estar atendidas por personal auxiliar de enfermería que reciben poca o ninguna supervisión de las enfermeras profesionales.

Enfermería es un componente esencial de cualquier modelo de atención a la salud y constituye el personal más numeroso -- en las instituciones sanitarias asistenciales, lo cuál lo hace -- de hecho ser un elemento fundamental dentro de los planes y programas de salud de cualquier país. (26)

Al proyectar cualquier acción de salud, es necesario tener el conocimiento de los recursos y con ese conocimiento provee los elementos necesarios para el funcionamiento adecuado -- de las instituciones.

El concepto de "recursos humanos de salud o recursos humanos global" comprende:

En primer lugar la población misma; principal usuario y -- proveedor de servicios, recurso humano potencial fuente de origen de personal de salud.

En segundo lugar, el personal de salud; de todas las -- categorías ocupacionales y niveles educacionales de todas las -- instituciones del sector salud y de todas las áreas programáticas.

Entre los recursos humanos dedicados a las múltiples actividades de la atención de la salud, el personal de enfermería merece una consideración especial por su amplia distribu---

(26) Nájera Rosa María. " Recursos Humanos de Enfermería en México". Seminario sobre salud. Escuela Superior de Medicina -- de I.P.N. México 1979 Pág. 1-2.

ción en los servicios sanitarios asistenciales, que por cierto son muy complejos, tanto por el número de elementos que trabajan en los servicios de salud, como por las categorías que existen en los mismos cuya distribución está concentrada en las grandes urbes y los grandes centros hospitalarios, en muchos de los cu les existe sub-utilización de las capacidades y potencialidades, ya que realizan diversidad de funciones o suplen las actividades de otro tipo de personal, debido a la falta de definición del propio perfil profesional y la no diferenciación con los equipos de enfermería, debida a la inexistencia de una legislación entre muchos otros factores socio-culturales que la afectan. - (27)

El conocimiento actual de la condiciones técnicas y administrativas de la enfermería es incompleto; en ocasiones, sólo es el criterio particular de profesionales de la salud. El desconocimiento de los recursos humanos, su número, las condiciones de trabajo preparación y ubicación, son factores limitantes para programar adecuadamente los servicios de enfermería.

Es indispensable, para la programación y operación de los servicios de salud y docencia que las instituciones respectivas conozcan los recursos humanos con que cuenta, por ser estos los que participan en la atención de la salud.

De acuerdo a los datos de la dirección general de estadística de la Secretaría de Industria y Comercio la población estimada para el país el 30 de Junio de 1970, fué de 50 694 617 habitantes, la cuál estaba distribuida en 97 563 localidades, la población que vivía en localidades de 2 500 o más habitantes.

(27) Sandoval Hernández Guadalupe " Método de Evaluación de Necesidades de Personal en los Servicios de Enfermería"
Primer Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería" México D. F. Pág. 65-68.

tantes, constituida 62% (zona urbana), 38% residia en localidades con menos de 2500 habitantes (zona rural), parte de esta poblaci3n recibia Servicios M3dicos P3blicos y privados, ya que 15 millones de habitantes no los tenian.

La atenci3n de la salud se ofrece a trav3s de 3 organismos b3sicos: Secretaria de Salubridad y Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; adem3s existen otros organismos del sector p3blico que realizan acciones de salud.

Participa tambi3n el sector privado, que est3 constituido por unidades en las que la atenci3n de salud es otorgada por individuos o grupos, constituyendo para esta atenci3n centros formadores de recursos humanos para la salud, durante su Proceso de aprendizaje ,(28)

3.1 .- Nivel educacional del Personal de Enfermeria.

Toda la enseanza en general depende de los cambios t3cnicos cientificos y econ3micos-sociales, as3 mismo la formaci3n de profesionales en particular, demanda la solidez de sus planteamientos conceptuales y la congruencia de su metodolog3a con la realidad que vive la profesi3n de que se trate.

El caso de la profesi3n de enfermeria es muy particular ya que ha constituido un paliativo para resolver los problemas de salud del pa3s.

Esta situaci3n se hace evidente con la diversidad de escuelas de enfermeria que existen, sobre todo en el D. F. cuya creaci3n ha obedecido a necesidades institucionales y en las cuales la enseanza de la enfermeria ha sido a trav3s de los planes de estudio modificados s3lo en el aspecto formal, sin que se llegue a establecer una coherencia l3gica entre la conceptualizaci3n y metodolog3a educacional-profesional y la realidad de la salud de nuestro pa3s.

(28) Colegio Nacional de Enfermeras A.C. Estudios de Recursos de Enfermeria y Obstetricia en M3xico. Direcci3n de Enfermeria de la Secretaria de Salubridad y Asistencia M3xico 1979 P3g. 13

A pesar de los esfuerzos económicos y académicos de el personal de enfermería es insuficiente para cubrir las necesidades de atención de la salud de una comunidad con un acelerado ritmo de crecimiento demográfico, aunado a la mala distribución de los profesionales, que tienden a concentrarse en centros hospitalarios urbanos, a la escasez de plazas para el personal calificado en las instituciones de salud y frecuentemente al mal aprovechamiento del mismo. (29)

La situación del país en relación a la educación de enfermería en el año de 1978 era el siguiente:

Había 127 escuelas de enfermería. Estas escuelas se encontraban distribuidas en 30 entidades federativas, contando el Distrito Federal con 22, en 9 estados se encontraban de 5-8 escuelas y en 20 entidades de 1-4; infiriéndose que esta situación es debida a la concentración de la población y a los recursos de salud en la entidad.

De las 127 escuelas 73 (57.15%), son dependencias oficiales mientras que 49 (38.8%), son privadas, 5 escuelas tienen otro tipo de dependencia (se refiere a Escuela de la Cruz Roja; Escuela libre de homeopatía). (30)

En un estudio realizado por la asociación de escuelas de enfermería en 1976 se encontraron los siguientes datos de una muestra de 1974 de personal de enfermería que representa el 90% del total del personal que trabaja en el país, el 43% corresponde a profesionales (corresponde a las enfermeras que después de 3 años de enfermería en una escuela oficialmente reconocida) y el 57% a técnicos y auxiliares; de los cuales en el área asistencial el 83% labora en hospitales generales, 16.4% en hospitales especializados y el 1.6% en otras instituciones de salud.

(29) Vanneester Guzmán Marina. "Estrategias para la preparación de los recursos de enfermería en México." Primer Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería. México D. F. 1979 Pp. 99-100.

(30) N.S.A. Inventario y Evaluación de las Escuelas de Enfermería de la República Mexicana. 1980 Pág. 24-26

En el área sanitaria el personal de enfermería, se encuentra distribuido de la siguiente manera; 94.7% en establecimientos dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el resto en clínicas dependientes del Seguro Social 5.3% de ellas, el 77.3% labora en zonas urbanas y concentrados en el turno matutino (lo cuál ofrece la facilidad de trabajar en otras instituciones-con otro turno).

Lo anterior nos muestra que el personal de enfermería se distribuye de acuerdo, a la organización y a la estructura económica, del sistema productivo del país y por ende del sistema vigente de salud.

Otro hecho interesante que reveló el estudio es el relacionado con el tipo de funciones que realiza este personal en -- las cuales las actividades manuales o técnicas ocupan un altísimo porcentaje sin que haya una diferenciación entre las que realiza el personal auxiliar y el profesional.

Ya que el personal auxiliar tiene la responsabilidad casi absoluta del cuidado directo del paciente y el personal profesional atiende actividades sobre todo administrativas.

Lo cuál representa un desperdicio del personal, ya que -- no se toma en cuenta su preparación profesional y la amplitud de las actividades que pueda realizar. (31)

Ante tal situación y considerando lo significativo del -- personal de enfermería en la formación de recursos humanos para la atención de la salud, en la reunión de ministros de la salud en las Américas efectuada en Santiago de Chile, en 1972, se --- planeó la siguiente recomendación. "Establecer un sistema de enfermería que se requiere para alcanzar los objetivos de los planes nacionales de salud y los programas necesarios para la preparación de dicho personal".

(31) Nájera Rosa María Op. Cit. Pp. 5-7.

Se propuso la capacitación del personal de enfermería en tres niveles:

- Universitario
- Intermedio (técnico)
- Auxiliar de Enfermería.

De acuerdo al Comité Técnico Asesor de Enfermería de la Oficina Sanitaria Panamericana de la O.P.S., Se establecieron -- los siguientes conceptos.

-El nivel Universitario, comprende personal de enfermería capaz de proporcionar atención de alta calidad a individuos y comunidades, de orientar al personal de enfermería con menos conocimientos y de continuar su propia preparación para asumir --- responsabilidades docentes y administrativas más amplias.

Esto corresponde en México a la licenciatura en enfermería. (32)

Este profesional cuenta con bachillerato o equivalente y ha cursado un ciclo profesional superior, (4 años de duración de la carrera); o a través de los cursos complementarios que generalmente tienen una duración de 2 o 3 semestres y se ofrecen al --- personal de enfermería con título de enfermera (nivel técnico), y que ha cubierto su requisito de bachillerato.

Realizarán funciones de mayor complejidad en el proceso salud-enfermedad, que requieran un criterio y una formación científica y técnica, basados en ciencias sociales, física, biológicas y humanísticas.

Esta preparación los habilita para la toma de decisiones, definir acciones que le competen y participar con otros profesionales de su propio nivel, en el nivel medio, auxiliar de enfermería y otras disciplinas.

(32) Vanmeeter Guzmán Marina. Op. Cit. Pág. 100.

Participará en la planificación de servicios de salud.

- El nivel Intermedio, incluye enfermeras con menor preparación que la de nivel superior y cuyo objetivo será proporcionar a los pacientes o comunidades la mayor parte de los cuidados de enfermería.

Lo que corresponderá al nivel técnico de enfermería, en la ciudad de México.

Este profesional cuenta con el pre-requisito de secundaria y ha cursado estudios de enfermería en este nivel (3 años de duración).

Cuenta con una formación científica y técnica basada en ciencias sociales, física, biomédica y humanísticas que le permiten realizar actividades de complejidad media en el proceso de salud-enfermedad.

Colabora con la formación de recursos y toma decisiones.

- Auxiliar de enfermería. Obtienen su formación en cursos ofrecidos en las instituciones de salud; este personal está capacitado para desempeñar funciones sencillas relacionadas con el cuidado del paciente y de medicina preventiva, así como tareas administrativas bajo la dirección de una supervisora con mayores conocimientos y experiencia.

Constituyen el nivel no profesional de enfermería. (33)

El personal auxiliar que labora en las instituciones de salud está constituido por:

Personal empírico habilitado.

Personal con cursos de adiestramiento (cursos que varían en cuanto a requisitos de admisión, tiempo de capacitación, contenidos de los cursos y campos de acción).

Personal con nivel educativo de enseñanza secundaria y un año de enfermería básica. (34)

(33) Escuela de Enfermería y Obstetricia "Niveles y funciones de Enfermería". Instituto Politécnico Nacional. México 1975 -- Pág. 1-2.

(34) Vannester Guzmán Marina Op. Cit. Pp. 99-109

Las 127 escuelas que otorgan el nivel de enfermería básica en el país, cuentan con 30 119 alumnos inscritos.

El Distrito Federal tiene un total de 7 500 alumnos, --- correspondientes al 24% estudiantil en enfermería en el país.

17 escuelas imparten el grado de licenciatura. Estas instituciones imparten educación a 2 050 alumnos.

El estado de Nuevo León tiene la mayor cantidad de estudiantes de licenciatura con 830 alumnos.

-Cursos de especialización.

En 25 escuelas se imparten 10 diferentes cursos de especialización en enfermería.

El curso de administración es el más frecuente pues se imparte en 6 escuelas, siguiendo el de docencia que se imparte en 4 escuelas, Pediatría, Médico Quirúrgica y Terapia Intensiva se da en 3, Rehabilitación en 2 y una en Materno Infantil, Salud Pública y Cardiología.

En los años de 1976-1978 las enfermeras especialistas -- graduadas fueron:

Administración.	354
Docencia.	308
Materno Infantil.	47
Médico Quirúrgica.	244
Psiquiatría.	25
Rehabilitación.	49
Salud Pública.	83
Terapia Intensiva.	190
Cardiología.	52 (35)

En la gran mayoría los organismos encargados de dichos cursos reciben a estudiantes de nivel intermedio (nivel Técnico). Existiendo una desproporción entre el personal agasado de un -- curso de especialización con estudios de secundaria, 3 -----

(35) S. S. A. Inventario y Evaluación de las Escuelas de Enfermería Op. Cit. Pág. 24-82.

años de enfermería y uno de especialización, lo cuál lo capacita para asumir función de líder en alguna área especial, en tanto - los estudiantes que terminan licenciatura, con bachillerato y -- cuatro años que dura la carrera, se encuentran en situaciones de desventaja, frente a la especialista ya que esta cuenta con el - reconocimiento institucional y no así el licenciado que desde el punto de vista técnico-administrativo está capacitado para realizar acciones de enfermería general.

Lo cuál ha propiciado que la licenciatura en enfermería - no ha experimentado un incremento substancial en el número de -- ingresos en estas escuelas de acuerdo a las necesidades del país (36).

3.2.- La estructura de la Enfermería en México.

Muestra un desequilibrio entre el número de personal profesional y no profesional dentro de las instituciones de salud - donde laboran, lo que viene a dificultar la delimitación de funciones, básicamente en el nivel aplicativo, a fin de que estas - vayan acordes con su preparación y grado de responsabilidad. (37)

Dentro de las instituciones que afrontan este problema se encuentra el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y - Asistencia.

El cuál fué inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el C. Presidente de la República Mexicana el General Porfirio Díaz.

Y proyectado y realizado por el Dr. Eduardo Liceaga.

Es un hospital de tipo general que brinda atención médica integral a pacientes de escasos recursos económicos, procedentes de cualquier parte del país.

Cuenta con todos los servicios hospitalarios necesarios - para el diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico de las enfermedades.

(36) Vázquez Sosa Esperanza. "Estructura de Enfermería en México". Primer Simposio Nacional sobre Planificación de los recursos de enfermería México 1979. Pp. 97.

El Hospital General cuenta con el siguiente personal para el cumplimiento de sus funciones. (38)

Médicos	999
Técnicos	249
Administrativos	573
Intendencia	1143
Otro personal	<u>141</u>
TOTAL	3105

El personal de enfermería se encuentra distribuido de la siguiente manera: 856 personas en el turno matutino, 388 el turno vespertino y 252 en cada una de las veladas (A y B), lo que hace un total de 1748.

Distribución del personal de Enfermería por categorías.		
Personal de enfermería	Frecuencia	%
Post-gradado	50	2.86
Tituladas	300	17.16
Pasantes	230	13.14
Auxiliares	1168	66.84
Total	1748	100

FUENTE: Archivo General de Personal de la Jefatura de enfermería del Hospital General de la S.S....

El servicio de Terapia Médica Intensiva Sección 202 cuenta con el siguiente personal.

Personal de Enfermería en el Servicio de Terapia Médica Intensiva. Sección 202.				
Turno	Profesionales	Pasantes	Auxiliares	Total
matutino	3	1	7	11
vespertino	2	3	4	9
velada "A"	1	2	4	7
velada "B"	2	2	3	7
total	8	8	18	34

FUENTE: Archivo General de Personal de la Jefatura de Enfermería del Hospital General de la S.S.A.

4.- Insuficiencia Respiratoria.

Es la incapacidad del aparato respiratorio para intercambiar los gases de la sangre que pasan por este, manifestándose - por hipoxemia y/o hipercapnia en sangre arterial, siempre y cuando las condiciones ambientales sean las habituales para el sujeto. (39)

La insuficiencia respiratoria constituye una de las principales causas de mortalidad mundial; y, en la República Mexicana, dentro del contexto de las enfermedades respiratorias ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad. (40)

Correspondiendo el primer lugar en el año de 1975 a la - influenza y neumonía. (41)

(39) Rábago H. Jesús. Manual de Inhaloterapia. Ed. Prensa Médica Mexicana 1978 Pp. 45

(40) Fuentes Maldonado Raúl; Cortés S. Ramón. "Insuficiencia Respiratoria". Revista de la Facultad de Medicina. U.N.A.M. -- 1978 Pp. 28

(41) Subsecretaría de Planificación Dirección General de bioestadísticas. Compendio de Estadísticas. 1979 Pp. 36.

Hablando en términos de Salud Pública, podemos incidir - sobre las enfermedades del aparato respiratorio ya que por su profuso espectro etiopatogénico, la enorme red de multi causalidad que sobre él influye, su cambiante panorama epidemiológico, los diversos aspectos de Salud Pública que involucra, así como por el amplio rango de medidas preventivas de que puede ser objeto a -- nivel individual y colectivo, constituye un inmejorable ejemplo de la necesidad de contemplar el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva ecológica en la que los seres vivos el hombre en el centro de nuestro interés, son sólo una muestra, una mínima - fracción de los organismos que a lo largo de la evolución biológica han tenido éxito en la lucha por la sobrevivencia ante los cotidianos embates del ambiente. (42)

El deseo del hombre de tener más comodidades y riquezas - unidos a la explosión demográfica ha creado un enorme problema - la contaminación ambiental.

Los mismos desechos humanos han empezado a constituir una amenaza para el hombre, en el aire, en el agua y en el suelo, a - tal grado que ha empezado a darse cuenta que a menos que pronto ponga remedio, será víctima de sus propios excesos.

Como muchos otros problemas engendrados por una industria - lización creciente y una población siempre en aumento, la contaminación se puede agravar, a menos que se descubran y empleen -- formas de destruirla.

Los desperdicios de las fábricas contribuyen actualmente con un 20% a la contaminación total del aire, el motor de combus

(42) Negrete López Calles Mario. "Prevención de las enfermedades del Aparato Respiratorio". Salud Pública de México.

Vol. XX # 5 Sept-Oct. 1978 Pp. 531-532.

ción interna que se utiliza en los automóviles, autobuses, camiones y otras formas de transporte aportan el 60% de toda la contaminación del aire en el mundo actual.

Otro 10% o más es producido por las centrales termo eléctricas para la comodidad y confort de la gente.

Otra fuente importante de monóxido de carbono es el tabaquismo. (43)

Es importante señalar que la conducta del paciente en estado de salud y enfermedad y la conducta del personal de salud frente a la enfermedad y la salud, deberán ser congruentes a fin de construir un verdadero equipo de salud, cuya interrelación determinará lo que en esencia constituyen las relaciones equipo de salud-paciente y equipo de salud-familia, interrelación cuyo fortalecimiento debe ser una inquietud permanente de las instituciones de prestación de servicios de atención médica.

La conducta de los integrantes del personal de salud tiene una enorme importancia a medida que se establece la relación-equipo de salud-paciente ya que de lo adecuado o inadecuado de sus decisiones puede derivar la correcta solución de la insuficiencia respiratoria o por el contrario, su desarrollo y complicación. (44)

Esta patología es tan antigua como la humanidad misma, uno de los primeros reportes conocidos es el de Bert, quien estudió el pulmón sujeto a descompresión así como el efecto tóxico del oxígeno.

Fagler y Banister estudiando conejos colocados a baja presión barométrica encontraron congestión y edemas pulmonares

(43) Angeles Aguilar Daniel. "Niveles de monóxido de carbono en atmósferas de la ciudad de México". Neumología y cirugía del Tórax. Vol. 38 #4 México 1977 Pp. 221-222.

(44) Curso de Administración para personal Médico de confianza en Unidades de Atención Médica. Op. Cit. Pp. 10-11.

y designaron a este cuadro atelectasia congestiva.

En la primera guerra mundial se utilizó el término de -- colapso pulmonar masivo.

En la segunda guerra se llamó a esta entidad pulmón hú-- medo traumático y en la guerra de Viet-Nam pulmón de choque.

En la actualidad este conjunto de alteraciones ha reci-- bido diversas denominaciones.

- Pulmón blanco.
- Colapso pulmonar masivo.
- Pulmón rígido.
- Pulmón del respirador.
- Pulmón de choque
- Síndrome del pulmón duro.
- Pulmón húmedo Traumático.
- Edema pulmonar no cardiogénico.
- Pulmón del ahogado.
- Pulmón post-perfusión o de bomba.
- Atelectasia congestiva.
- Atelectasia post-traumática.
- Insuficiencia pulmonar post-traumática.
- Consolidación progresiva pulmonar.
- Atelectasia hemorrágica.
- Embolia grasa.
- Síndrome de estancamiento del capilar pulmonar
- Toxicidad por oxígeno.
- Pulmón séptico.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Enfermedad de la membrana hialina del adulto.

-Neumonitis por aspiración.

-Pulmón de Da-Nang. (45)

4.1.- Historia Natural de la Insuficiencia Respiratoria.

A continuación se enfoca esta alteración dentro de la historia natural de la enfermedad (Leavell y Clarck), la que contiene los diferentes niveles de prevención, prevención escalonada de la enfermedad, su inicio, evolución y resultados. (46,47,48,49,-50)

La participación del personal de enfermería en la atención del paciente con insuficiencia respiratoria, requiere el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y su aplicación en el padecimiento mencionado.

Tal situación le permitirá ofrecer una atención de enfermería oportuna y adecuada al paciente con insuficiencia respiratoria en los periodos pre-patogénico y patogénico de esta.

Se mencionan a continuación las acciones de enfermería correspondientes a cada período, cada una de éstas acciones está fundamentada científicamente con conocimientos indispensables o necesarios de diferentes disciplinas. (51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67)

-
- (45) Ochoa Valdez Sotero; García Uribe Juan A; Padua Gabriel A.-
"Insuficiencia Respiratoria Progresiva del Adulto".
Neumología y cirugía de Tórax. México 1980 Vol.40#1 Pp.61.
- (46) U.N.A.M. Revista de la Facultad de Medicina Op. Cit. Pp. --
532-535.
- (47) Negrete López Calles Mario. Op. Cit. Pp. 61-64.
- (48) Fuentes Maldonado Raúl; Cortés Sanchez S. Ramón Op. Cit. --
Pp. 47-83
- (49) Cosío Villegas Ismael; Celis Slazar Alejandro; Cosío Pascal Miguel. Aparato Respiratorio. México 1977 Pp. 198.
- (50) Herrero Levi. La tierra y sus recursos. sexta ed. Publicaciones culturales. México D.F. Pp 75-162.

- (51) Negrete López Calles Mario "Prevención de las enfermedades del aparato respiratorio". Op. Cit.
- (52) Ochoa Valdez Sotero; García Uribe Juan A. Padua Gabriel A. "Insuficiencia Respiratoria progresiva del adulto" Op. Cit
- (53) Rábago H. Jesús Manual de Inhaloterapia ed. Prensa Médica Mexicana Op. Cit.
- (54) Cosío Villegas Ismael; Celis Salazar Antonio; Cosío Pascual Miguel; Aparato Respiratorio. Op. Cit.
- (55) Marrero Levi. La Tierra y sus recursos Op. Cit.
- (56) Brunner, Emerson, Ferguson, Suddart. Enfermería Médico - Quirúrgica ed. Interamericana México 1979.
- (57) Smith Germain. Enfermería Médico Quirúrgica Op. Cit.
- (58) Olvera Díaz Guillermo". Elementos de Fisiología y Bioquímica para enfermeras México 1970.
- (59) O.P.S./O.M.S. Unidades de cuidados intensivos para la América Latina. 1973. Publicación Científica #264 segunda impresión E.U.A. 1973.
- (60) Shapiro. Terapia Respiratoria. ed. Prensa Médica Mexicana 1978.
- (61) Cardiner-Hill. Compendio de Urgencias Médicas impreso en España 1976.
- (62) Suros Poma, Suros Batillo Antonio. Suros Batillo Juan.-- Semiología Médica y Técnica exploratoria ed. Salvat 1979
- (63) Manual Merck. ed., Merck Sharp 1978.
- (64) Goth Andrés. Op. Cit.
- (65) Taylor Burke Norman. Manual de Fisiología Aplicada. ed. - U.T.E.H.A. sexta edición. 1964.
- (66) Nordmark-Rohveder. Bases Científicas de la Enfermería. ed. Prensa Médica Mexicana. segunda edición. 1979.
- (67) Control de las enfermedades transmisibles. S.S.A. segunda edición 1975.

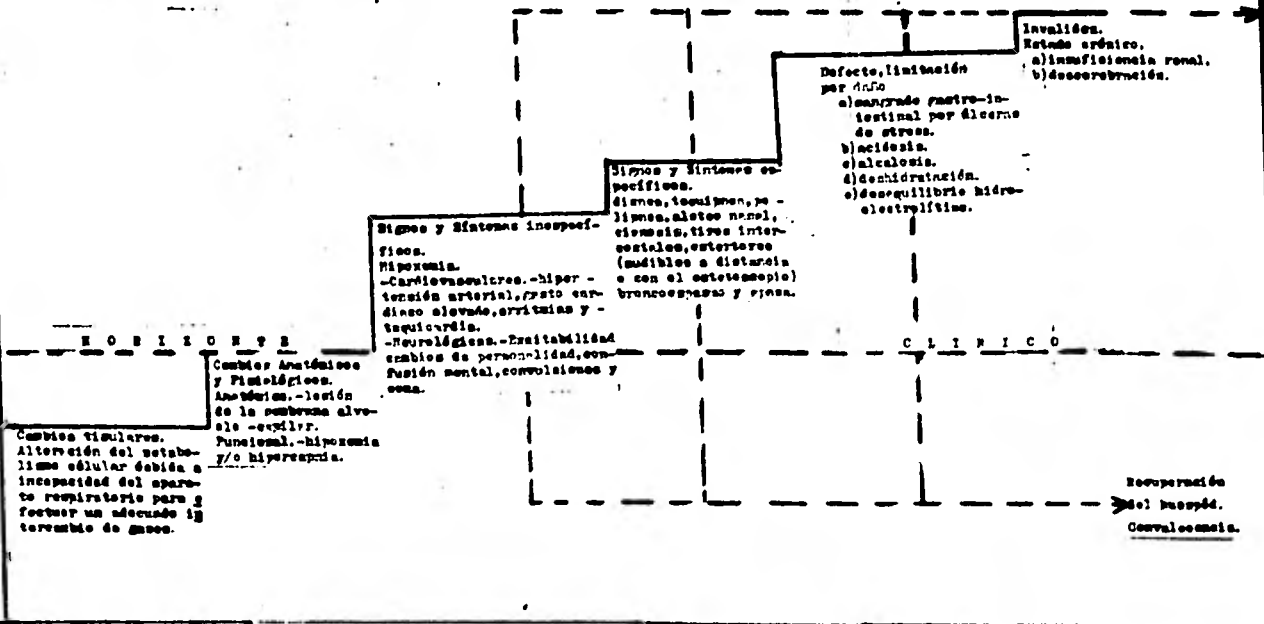
SALE

ENFERMEDAD

PREPATOGENESIS

PA TO G E N E S I S

AGENTE
 -Tipo infeccioso.
 a) bacterias: estreptococos, neumococos y estafilococos.
 b) virus y micoplasmas: como los de la influenza, parainfluenza (entre ellos el virus sincicial respiratorio), adenovirus, entre otros (principalmente coronavirus A y B), rinovirus.
 c) hongos: confinados solo a áreas subdesérticas del suroeste del país.
 -No infeccioso.
 a) aspiración.
 b) tóxico ambiental.
 c) alérgico.
 d) degenerativo.
 e) accidentales o traumáticos.
 f) intrínsecos.
RIESGOS
 a) edad: niños y ancianos.
 b) sexo: masculinos preferentemente.
 c) ocupación: los trabajos al aire libre y/o exposición a los aerosoles orgánicos.
 d) hábitos: tabaquismo.
 e) hereditario.
MEDIOS AMBIENTES
 a) polución de zonas urbanas.
 b) variaciones climáticas.
 c) contaminación atmosférica.
 d) modo de producción (inhalar sustancias tóxicas).
 e) costumbres y diversiones.



Muerte

PREVENCIÓN PRIMARIA PREVENCIÓN SECUNDARIA PREVENCIÓN TERCERARIA

Prevención de la salud	Protección Específica	Diagnóstico Precoz y Tratamiento Operativo	Limitación del daño	Rehabilitación
------------------------	-----------------------	--	---------------------	----------------

<p>Objetivos. -Lograr que el individuo tenga un estado óptimo de la salud. -Crear condiciones favorables para resistir la enfermedad.</p> <p>Actividades. Educación higiénica sobre: -Atención al recién nacido. -Tabaquismo higiénico personal. -Nutrición hipercalórica y abundante líquidos. -Cuidado contra el saneamiento ambiental. -Factores socioeconómicos y culturales que condicionan la salud. -Ejercicio al aire libre. -Opinión médica selectiva cada o cuando sea necesario según el padecimiento existente.</p>	<p>Objetivos. -Protección específica de determinadas enfermedades. -Proteger al individuo con estas - de las positivas comprobadas y de eficacia demostrada.</p> <p>Actividades -Aplicación de la vacuna B.C.G. -Protección contra riesgos del trabajo. -Protección contra las variaciones climáticas. -Protección contra los accidentes. -Evitar la obesidad y el tabaquismo. -Tratar oportunamente las enfermedades respiratorias extrínsecas y las bronmitis crónicas. -Control de las infecciones agudas del aparato respiratorio, principalmente en las zonas extremas de la vida. -Manejo adecuado del niño prematuro.</p>	<p>Objetivos. -Identificar lo más pronto posible la insuficiencia respiratoria. -Curar y detener lo más pronto posible la insuficiencia respiratoria. -Prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles. -Prevenir las complicaciones y secuelas. -Prevenir una incapacidad prolongada.</p> <p>Actividades -Historia clínica completa puntualizando en los aspectos respiratorios. -Estado de expectoración. a) toma simple b) punción transcutánea (para medir gases). c) punción transcutánea (para detectar anaerobios). -Radiografía de tórax antero-posterior y lateral. -Tomografía en caso necesario. -Laboratorio. a) bioquímica hemática. b) bioquímica arterial. c) electrolitos séricos. -Pruebas de funcionamiento pulmonar. -Permeabilidad de vías aéreas. a) avance de secreciones b) humidificación c) inhibición o transposición -Oxigenoterapia. -Farmacoterapia. a) antibióticos: -penicilina, ampicilina, eritromicina, gentamicina G, procaina b) esteroides: -corticoesteroides, hidrocortisona, prednisona, dexametasona etc. c) analgésicos: -acetaminofén, aspirina, ibuprofén, etc. d) broncodilatadores: -salbutamol, albuterol, adronalim, isoproterenol etc. -Soluciones parenterales. -Dieta. -Control de líquidos. -Diuréticos: -furosemida, manitol, acetazolamida. -Antidépresivos y anti-ansiolíticos: -doxapram, clonazepam, diazepam, metoprolol, etc. -Iniciación de la rehabilitación: -evitar tensiones excesivas, mantener confiable al paciente, evitar el uso de la cama, la silla, la silla de ruedas, la camilla, la silla de ruedas, etc.</p>	<p>Objetivos. -Prevenir que deje escuelas. -Mantener mayor vida en las enfermedades de evolución crónica.</p> <p>Actividades -Tratamiento adecuado. -Aislamiento. -Ejercicio activo en forma progresiva si es posible. -Fisioterapia. -Educación y motivación al paciente por el deseo de vivir. -Vigilar ejercicio o incremento en las complicaciones. -Medidas higiénicas.</p>	<p>Objetivos. -Reintegrar al individuo como factor útil a la familia y a la sociedad. -Obtener el máximo uso de sus capacidades residuales. -Restablecer el equilibrio bio-psico-social. -Evitar que el individuo se convierta en una carga para su familia y para la sociedad. Actividades. -Instalaciones en los hospitales para el re-entrenamiento y educación del incapacitado. -Educación al público y a la familia para que utilice al rehabilitado. -Ejercicio, inhaloterapia, terapia re-creativa, hidroterapia, hidroponia y fisioterapia. -Apoyar psico-socialmente la incorporación del paciente a su vida diaria. -Ayudar a la creación en el paciente de una nueva identidad de acuerdo con su condición física.</p>
---	--	--	---	--

MEMORANDO

INDICACIONES

PERIODO PREPATOGENICO

1.- Promoción de la salud.

Acciones de enfermería

Fundamentación Científica

El personal de enfermería participará en la elaboración y aplicación de programas educativos que incluyan los siguientes aspectos:

-Tabaquismo

- El 54% del monóxido de carbono contenido en un cigarro es absorbido y al llegar a valores del 20% o más de carbo-oxihemoglobina produce efectos tanto agudos como crónicos.
- El tabaco es factor predisponente en el desarrollo de cáncer pulmonar.
- El tabaquismo aumenta la aterogénesis y formación de coágulos vasculares.

-Higiene personal

- Existen micro-organismos en la superficie externa del cuerpo, así como en las cavidades y en los conductos que tienen una conexión directa con el ambiente externo.
- Las manos y utensilios sucios son causa de contaminación.
- La falta de limpieza personal contribuye a la transmisión de las enfermedades respiratorias.
- Las prácticas diarias que promueven la buena salud y el bienestar personal, generalmente designados como higiene personal, son facilitados por el desarrollo de hábitos que empiezan al nacer y continúan durante toda la vida.

-Saneamiento ambiental

- La contaminación atmosférica está íntimamente ligada con los padecimientos respiratorios, aumentando las enfermedades inflamatorias de tráquea, bronquios y bronquiolos.
- La agresividad de los contaminantes está en relación con su naturaleza, tamaño de la partícula, densidad en que se encuentra y el tiempo de exposición.
- Las variaciones climáticas propenden a las bronconeumonías.
- El saneamiento ambiental deficiente favorece al

Acciones de enfermería

-Factores Socio económicos y socio culturales que condicionan la salud.

Fundamentación Científica

hacinamiento y la falta de higiene, aspectos que permiten la aparición de infecciones y estados psicológicos críticos que aumentan la tasa de morbimortalidad.

- El medio cultural y socioeconómico bajo, impide la detección y el tratamiento oportunos de pacientes con afecciones respiratorias.
- El saneamiento ambiental requiere de medidas de asepsia en el campo médico.
- La situación social y económica determina la forma de satisfacer las necesidades individuales y la derivación que tomaran algunas de ellas.
- Los servicios sanitario-asistenciales son recursos que condicionan el estado de salud.
- El empleo repercute en la economía del individuo y por ende en la del país. La falta de este trae como consecuencias, hambre, miseria, enfermedad y muerte.
- El grado cultural de un individuo es factor condicionante para la colaboración en la conservación de la salud.
- Las condiciones óptimas de la vivienda, son condiciones psicológicas y sociales en el macro y micro ambiente.
- El estado psicológico de un individuo sus ideas, creencias y actividades influye sobre su función fisiológica.
- El individuo puede desarrollar patrones flexibles de pensamiento facilitándose así mismo el adaptarse a nuevas ideas y cambiar sus conceptos cuando existen objetivos que justifiquen el cambio.
- Todos aquellos oficios en que el hombre trabaja al aire libre y expuesto a los agentes atmosféricos incrementan los procesos agudos de las vías respiratorias.
- Las corrientes de aire, la mala ventilación, la promiscuidad y el hacinamiento predisponen las afecciones respiratorias.

-Ejercicio al aire libre

-La salud enfermedad está determinada por la interrelación existente entre el huésped y su medio ambiente.

-La aplicación de la mecánica corporal disminuye el gasto de energía muscular, manteniendo una actitud funcional y previene anomalías de los sistemas músculo-esquelético y nervioso periférico.

-El monóxido de carbono y la hemoglobina se combinan para formar carboxihemoglobina, que es un compuesto más estable que la oxihemoglobina. La degradación de la carboxihemoglobina en los capilares pulmonares puede incrementarse aumentando la tensión del oxígeno alveolar.

-Examen médico selectivo

-La periodicidad de un examen clínico, depende de la etapa de vida en que se encuentre un individuo.

-El examen clínico periódico con base en la etapa de la vida del individuo, permite el control de crecimiento y desarrollo de este, así como la detección oportuna de alteraciones anatómicas y funcionales.

-Nutrición hiperproteica con abundantes líquidos.

-La nutrición materna y la capacidad de absorción del producto del embarazo son factores importantes en el crecimiento y desarrollo de este último.

-Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.

-Los requerimientos de ciertos nutrientes aumentan durante algunos procesos de enfermedad o cuando hay tensión emocional o necesidad de una reparación tisular extensa.

-Las proteínas se utilizan en la síntesis de muchos componentes esenciales, como las enzimas, las nucleoproteínas, los anticuerpos, las hormonas, la hemoglobina y las proteínas plasmáticas (álbuminas, globulinas y fibrinógeno).

Acciones de enfermería

Fundamentación Científica

- En la sangre las proteínas proporcionan un sistema amortiguador importante que ayuda a mantener un pH adecuado.
- El reposo prolongado en cama da como resultado una pérdida importante de proteínas tisulares.
- La pérdida de proteínas perjudica la función celular y sobreviene la muerte.
- La deficiencia proteica produce pérdida de peso, debilidad, retardo en el crecimiento y desarrollo, edema, diarrea, disminución de la resistencia a las infecciones y defectos en la cicatrización.
- La nutrición de una población se manifiesta en sus características somatométricas resistencia física a enfermedades y esfuerzos, rasgos de personalidad y conducta psicológica y social.
- La ingestión de líquidos ayuda a fluidificar las secreciones del aparato respiratorio.

2.- Protección específica de la Insuficiencia Respiratoria.

Acciones de enfermería

- Aplicación de la vacuna B.C.G.
- Participar en programas para:
- Crear condiciones óptimas en el lugar de trabajo
- Proteger contra los accidentes

Fundamentación Científica

- La vacuna B.C.G. es un antígeno estandarizado para la inmunización contra la T.B.
- La aplicación de la vacuna B.C.G. en menores de 15 años no requiere necesariamente la prueba de la P.P.D.
- El personal que está expuesto a los agentes atmosféricos y a las variaciones climatológicas fácilmente puede adquirir enfermedades agudas de las vías respiratorias.
- Los traumatismos toracoabdominales y/o craneoencefalicos afectan el funcionamiento del aparato respiratorio.

Acciones de enfermería

- Proteger contra carcinógenos
- Nutrición balanceada
- Tabaquismo
- Participar en el tratamiento de las enfermedades alérgicas y extrínsecas y las bronquitis agudas.

Fundamentación Científica

- La exposición prolongada a los irritantes carcinogénicos-hidrocarburos, policíclicos y -- aromáticos, benzopireno. Explican la relación-cáncer broncopulmonar.
- La obesidad impide la expansión pulmonar y -- aumenta los requerimientos de oxígeno.
- La obesidad afecta la frecuencia y profundidad de la respiración.
- El fumar en exceso irrita las vías aéreas superiores acarreado laringitis con edema unio**bi** lateral de las cuerdas vocales, así como bronquitis espástica con disnea y tendencia a in--fecciones respiratorias.
- El fumar en exceso disminuye la actividad cilial que reviste el aparato respiratorio.
- Las respuestas alérgicas que afectan al aparato respiratorio incluyen:
 - edema de la glotis
 - constricción bronquial
 - congestión y edema de las mucosas de re--vestimiento.
 - producción excesiva de moco
 - producción de exudado catarral
- La respuesta del organismo hacia las infeccio--nes respiratorias varía de acuerdo con el agen--te(s) causal (es) el número de micro-organismos, de la localización de la inflamación.
- Las infecciones respiratorias pueden descender hasta las vías respiratorias inferiores, produciendo laringitis traquebronquitis y neu--monitis.

Acciones de enfermería

- Control de las infecciones agudas del aparato respiratorio. Primordialmente en las etapas extremas de la vida.

Fundamentación Científica

- En niños pequeños las bronquitis pueden ocasionar obstrucción de las vías respiratorias.
- El menor de corta edad tiene vías aéreas pequeñas por lo cual está predispuesto a mayores trastornos respiratorios.
- La mayoría de las malformaciones congénitas son consecuencia de la interacción entre la predisposición genética y ciertos factores ambientales intrauterinos sutiles.
- La hipoxia constituye la causa más importante de la muerte fetal.
- El envejecimiento ocurre en todos los niveles de la función corporal celular, orgánica y general.
- De los 35-80 años la capacidad respiratoria máxima disminuye 57%.
- El anciano, por su resistencia disminuida es más vulnerable a la enfermedad.
- Los trastornos de la función motora y sensorial son frecuentes en los ancianos.
- Las incapacidades que afectan a los ancianos son enfermedad vascular degenerativa, esto es, arterioesclerosis.

PERIODO PATOGENICO

Una vez que el estímulo llega al hombre como resultado de la acción recíproca de la triada ecológica, debe participar en la atención el personal de enfermería, en coordinación con el resto del equipo interdisciplinario de atención a la salud, elaborando un plan con diferentes niveles de atención, utilizando la disponibilidad y accesibilidad de los recursos.

Acciones de enfermería

- Participar en la planeación funcional y arquitectónica de unidades de cuidado intensivo.

Fundamentación Científica

- Todo proyecto arquitectónico y funcional requiere de la participación de varios integrantes del equipo interdisciplinario de atención a la salud.

Acciones de enfermería

-Elaboración de programas de adies-
tramiento y/o actualización en la -
atención del paciente con insuficien-
cia respiratoria.

3. - Diagnóstico Precoz y Tratamiento oportuno

Acciones de enfermería

-Participación en:

-Historia clínica

-Estudio de expectoración

Fundamentación Científica

- La creación y adecuación de servicios hospita-
larios, obedece a la atención progresiva del -
paciente.
- La creación de unidades de cuidados intensivos,
tiende a reducir el índice de morbimortalidad-
de pacientes graves, mediante la provisión de-
servicios de atención profesional, integral y-
constante.
- La calidad de atención de enfermería, depende-
de la actualización en relación a conocimien-
tos científicos.

Fundamentación Científica

- La historia clínica determina puntos de interés
en el examen físico y las investigaciones de -
laboratorio.
- El esputo comprende la secreción del árbol bron-
quial, vías respiratorias altas y glándulas --
salivales.
- La cantidad de esputo normal no excede de 100
ml en 24 hrs.
- A través del estudio de expectoración se iden-
tifica el agente etiológico.

-Gasometría arterial

- El esputo es muy abundante en aquellas enfermedades que determinan lesiones de dilatación (bronquiectasia), o destrucción (cavernas, absesos, gangrenas), que son verdaderos receptáculos de almacenamiento de secreciones las que llegadas al máximo darán síntomas espaciales: Las vómicas y las pseudomonias.
- Las secreciones tienden a aumentar y a ser retenidas. Esta complicación predispone a las infecciones pulmonares y agudas.
- La acumulación exagerada de líquido en los pulmones provoca edema pulmonar.
- El pH normal para el funcionamiento de las células es de 7.4.
- Las variaciones de unas cuantas décimas de pH pueden ser mortales.
- La gasometría arterial nos indica las presiones parciales de los gases. O₂, CO₂ y el pH.
- Las presiones de los gases arteriales a la altura de la ciudad de México son:
 - Pa O₂ 60-70 mmHg
 - Pa CO₂ 30-40 mmHg
 - pH 7.35 - 7.45
- La insuficiencia respiratoria se clasifica en:

	Pa CO ₂	Pa O ₂
moderada	40-50 mm Hg	50-60 mm Hg
importante	50-60 mm Hg	40-50 mm Hg
grave más de	60 mm Hg	menos de 40 mm Hg
- La ventilación alveolar altera la concentración de iones de hidrógeno en los líquidos corporales, por medio de la retención o eliminación de CO₂.

Acciones de enfermería

Fundamentación Científica

- Un pH menor de 7.4 en sangre arterial es un -- estado de acidosis. En los casos graves el pH puede disminuir hasta 7. Un pH de 6.9 es incompatible con la vida.
- La acidosis relacionada con el CO₂ se denomina respiratoria; la que no tiene relación con el CO₂, es metabólica.
- Cualquier factor que aumenta la ventilación -- pulmonar puede provocar acidosis. Ya que aumenta la concentración de ácido carbónico en la sangre y aumenta los iones de hidrógeno en los líquidos extracelulares.
- La acidosis metabólica ocurre cuando hay un -- aumento de los iones de H, en los líquidos -- extracelulares o cuando hay un pH bajo por --- otros ácidos diferentes del ácido carbónico.
- La acidosis metabólica se puede producir por:
 - cetoacidosis diabética
 - insuficiencia renal
 - acidosis láctica
 - intoxicación por drogas
 - pérdida excesiva de líquidos alcalinos del conducto gastrointestinal, por ejemplo, -- diarreas o fístulas que drenen.
- Un pH arriba de 7.45 es un estado de alcalosis. En los casos graves el pH puede elevarse hasta cifras de 7.8. Una variación tan importante ca si siempre causa la muerte.
- La alcalosis relacionada con el CO₂ se denomina alcalosis respiratoria, la que no guarda relación con el CO₂ se llama alcalosis metabólica.
- Cualquier factor que aumenta la ventilación -- pulmonar y que por consecuencia disminuye la -- concentración, extracelular de ácido carbónico y de iones de H, puede ser una causa de alcalo sis respiratoria.

Acciones de enfermería

-Electrólitos Séricos.

Fundamentación Científica

- Cuando aumenta la concentración del bicarbonato plasmático y el pH arterial aumenta se produce la alcalosis metabólica.
- Pueden ser causa de alcalosis metabólica.
 - Pérdida de H^+ clorhídrico del estómago por succión gástrica continua o vómito.
 - Ingestión excesiva de medicamentos alcalinos por ejemplo; bicarbonato de sodio.
- Casi siempre van juntas las alteraciones de gases arteriales y pH con los electrólitos séricos.
- Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua.
- Deshidratación es el estado en el cuál el egrso de líquidos es mayor que el ingreso.
- Edema es la acumulación excesiva de líquidos en los espacios intersticiales.
- En la acidosis metabólica, la excreción de orina es más ácida ya que se eliminan cloruros y otras sustancias ácidas.
- En la acidosis metabólica se produce pérdida de sodio en la orina, lo cuál trae trastornos en el equilibrio hidroelectrolítico.
- En la alcalosis metabólica hay una excreción de orina alcalina, ya que el riñón excreta bicarbonato.
- Un aumento de los electrólitos o de los productos finales del metabolismo de las proteínas en la sangre circulante produce una disminución del flujo renal.

- Casi todo el O₂ transportado a las células --- del organismo va unido a la hemoglobina.
- La hemoglobina se satura de O₂ en un 97% en -- los capilares pulmonares.
- La anemia reduce la capacidad que tiene la san- gre para acarrear oxígeno.
- El monóxido de carbono tiene mayor afinidad -- por la hemoglobina que el oxígeno y además su unión con esta es irreversible.
- Si la cantidad de hemoglobina reducida en los- capilares de la piel es mayor de 5 gr%, la -- piel adquirirá una coloración azul grisácea -- (cianosis).

-Pruebas de funcionamiento pulmonar

- La medición de los volúmenes y capacidades en- los aspectos estático y dinámico de la venti- lación pulmonar tienen un valor fisiopatológico y clínico muy particular en la respiración --- pulmonar.
- Volumén corriente (V.C), cantidad de aire que- entra y sale de los pulmones en cada inspira- ción y espiración. Debe corresponder a la rela- ción 10-15 ml por Kg de peso aproximadamente.
- Volúmen inspiratorio de reserva (VIR), volúmen de aire que puede inspirarse, después de una - inspiración normal, mediante una inspiración - forzada. Este es un reflejo fiel del equilibrio que guardan entre si la distensibilidad tora- copulmonar, fuerza diafragmática y volúmen --- corriente.
- Volúmen espiratorio de reserva (VER), volúmen- máximo de aire que puede espirarse, después de una espiración normal, mediante una espiración forzada.
- Volúmen residual VR), volúmen de aire que perman- ece en los pulmones después de una espiración- forzada. Este es un reflejo de la distensibili- dad toraco pulmonar, fuerza diafragmática y del volúmen de las estructuras extrapulmonares, como son: corazón, vasos, capilares y parrilla costal. Las combinaciones que pueden hacerse con estos 4 volúmenes pulmonares constituyen las llamadas - capacidades pulmonares. .

1
54
1

Acciones de enfermería

- Capacidad pulmonar total (CPT), es la suma de -- los 4 volúmenes pulmonares (VC más VIR más VER -- más VR). y representa el volúmen de aire que --- contienen los pulmones al final de una inspira-- ción forzada.
- Capacidad vital (CV), es la suma del volúmen in-- piratorio de reserva, el volúmen corriente y el volúmen espiratorio de reserva. Representa el -- máximo volúmen de aire que se puede expulsar de de los pulmones mediante una espiración forzada, después de una inspiración forzada.
- Capacidad funcional residual (CFR), es la suma del volúmen espiratorio de reserva y el volúmen residual y representa el volúmen residual y re-- presenta el volúmen que permanece en los pulmo-- nes después de una espiración normal. Es el -- volumen por el cual se efectúa el intercambio gaseoso.
- Capacidad inspiratoria (CI), es la suma del -- volúmen corriente y el volúmen inspiratorio de reserva y representa al volúmen máximo de aire que se puede inspirar después de una espiración normal.
- Volúmen minuto (V), es el volúmen que entra y-- sale en cada inspiración y espiración multipli-- cado por la frecuencia respiratoria (FR X VC)- V.
- Volúmen espiratorio forzado del primer segundo (VEFI), es el volúmen de aire espirado de la - capacidad vital cronometrado en un segundo.
- Las medidas de volúmen corriente y fuerza in-- piratoria nos daran idea de la mecánica ventila-- toria.
- El aparato respiratorio se encarga del intercan-- bio de O₂ y CO₂ entre la atmósfera y la sangre circulante.
- Las vías respiratorias y el aparato digestivo-- tienen una vía de acceso común en la laringe.
- El estornudo y la tos son reflejos protectores que ayudan a expulsar mecánicamente el material extraño fuera del aparato respiratorio.
- El aire entra y sale del aparato respiratorio-- debido a la producción periódica intermitente de cambios de la presión en la cavidad intra-- pulmonar.

-TRATAMIENTO

- Permeabilidad de las vías aéreas

Acciones de enfermería

-Oxigenoterapia

-Farmacoterapia

-Antibióticos

Fundamentación Científica

- Las células de la corteza cerebral pueden sufrir lesiones después de carecer de O₂ durante 30 seg. y por lo general habrán sufrido daño irreparable después de 4-5 minutos sin O₂.
- Cuando el suministro de O₂ es insuficiente, el paciente presenta ansiedad, con el cuadro clínico correspondiente.
- El O₂ es un gas necesario para efectuar procesos metabólicos vitales en el organismo humano.
- El O₂ es metabolizado por el hombre para crear energía, variando las cantidades necesarias de dicho gas de acuerdo a su actividad muscular o celular realizada.
- El O₂ no es almacenado por el organismo por lo cual es necesario un continuo suministro del mismo a la célula.
- El intercambio gaseoso se efectúa gracias a -- una serie de procesos fisiológicos que son: -- ventilación difusión y perfusión.
- Para mantener niveles adecuados de O₂ y de CO₂ en los alveolos y en la sangre debe existir -- una irrigación y una difusión adecuada, así -- como ventilación suficiente.
- Cuando los elementos nutritivos y el O₂ se ponen en contacto con las enzimas oxidativas de las mitocondrias, se producen reacciones con -- formación de CO₂ y agua.
- Cuando falta O₂, algunas células son capaces -- de producir energía por glucólisis anaeróbica; el ácido láctico es uno de los productos finales de este proceso y se acumula en los tejidos.
- La penicilina tiene acción bacteriostática, -- bactericida y bacteriolítica.

Acciones de enfermería

Fundamentación Científica

- Los cambios morfológicos y la lisis de bacterias producidas por penicilina probablemente - sean consecuencia de la pérdida de integridad de la pared celular.
 - El principal inconveniente de los antibióticos es su capacidad sensibilizante y alérgica.
- Esteroides**
- Los esteroides suprarrenales y compuestos relacionados se usan, principalmente, por sus efectos anti-inflamatorios.
 - La cortisona es más eficaz contra los procesos inflamatorios que duran horas o días, contra tipos de inflamación aguda que desaparecen pronto no se usa.
 - Las complicaciones generales más graves que pueden producirse por empleo de dosis elevadas de esteroides son el efecto diabético y el ulcerógeno; la disolución de tejidos de sostén como hueso, músculo y piel, la acción hipertensiva y el trastorno de los mecanismos de defensa contra infecciones graves.
- Broncodilatadores**
- La adrenalina es un dilatador del músculo liso bronquial.
- Diuréticos**
- Diurético es un producto que aumenta el volumen de orina.
 - El fin buscado con el diurético es una disminución del volumen del líquido extracelular y una supresión de edema, estimulando la excreción de sodio y agua.
- Analgésicos**
- Su potencia se logra principalmente en los procesos dolorosos a nivel de piel, músculos y articulaciones. Es ineficaz contra el dolor visceral.
 - Pertenecen a este grupo salicilatos, derivados de la pirazolona, derivados de la anilina y cincófenos.

-Soluciones parenterales

Todos son medicamentos analgésicos y antipiréticos.

- Para lograr un cateterismo intravenoso prolongado y satisfactorio, el cuidado meticuloso y la vigilancia del catéter son tan importantes como su propia inserción.
- Hiperalimentación parenteral es la administración intravenosa de fracciones adecuadas de --carbohidrato y proteínas, junto con otros nutrientes necesarios en cantidades superiores a los requerimientos para obtener un equilibrio calórico de nitrógeno buscando con ello, un balance nitrogenado positivo y síntesis tisular en pacientes cuyas necesidades nutricionales están aumentadas.
- La ración promedio diaria de soluciones hipertónicas incluye de 25-30% de solutos que deben administrarse durante 24 hrs en forma interrumpida a una velocidad constante con el objeto de lograr asimilación máxima de los nutrientes.
- Los cambios en los volúmenes de los líquidos --intra y extracelulares guardan una estrecha relación con los cambios en el equilibrio hidroelectrolítico.
- La deshidratación de las células altera su funcionamiento.
- Un volumen excesivo de líquido dificulta el intercambio adecuado de sustancias nutrientes, metabolitos, gases etc. entre las células y la sangre.
- El edema puede ser localizado o generalizado y puede formarse en el tejido areolar, laxo, en los pulmones, en el cerebro, en la cavidad abdominal etc.
El edema de las partes declives del cuerpo es consecuencia de la gravedad.

Acciones de enfermería

-Soluciones coloidales

-Dietoterapia

Psicoterapia

Fundamentación Científica

-Las consecuencias del edema dependen de la cantidad de líquido que haya perdido el plasma, de la localización del edema y su extensión.
-Cuando no haya suficiente agua para que se forme orina las sustancias tóxicas formadas en el organismo no se pueden eliminar de una manera adecuada y provocan trastornos de diversa índole.

-Sirven para mantener la presión coloidosmótica del plasma.
-La fuerza que tiende a meter líquidos desde el espacio intersticial hasta el plasma es la presión coloidosmótica plasmática.
-La albúmina es la que tiene el menor peso molecular y es la primera proteína plasmática que atraviesa las paredes de los capilares que se encuentran lesionados.
-La albúmina esencial para mantener la presión osmótica coloidal, se forma en el hígado.

-La dieta es de diferente consistencia de acuerdo con la capacidad del paciente para masticar y deglutir.
-La ingestión de alimentos al paciente con insuficiencia respiratoria tiende a ser progresiva en cuanto a consistencia, además de ser hipoproteica.

-La hipoxia produce ansiedad.
-La ansiedad se manifiesta por taquipnea e inquietud.
-La liberación de catecolaminas en sangre por estado de ansiedad produce fibrilación auricular.
-La información, explicación o sedación disminuyen la ansiedad del paciente.

Acciones de enfermería

Fundamentación Científica

- El equilibrio psicológico requiere del desarrollo y la capacidad para utilizar los mecanismos psicológicos para evitar la ansiedad y para adaptarse adecuadamente a las situaciones de la vida.
 - La ansiedad estimula el sistema nervioso parasimpático, con lo que se produce contracción del músculo liso de los bronquios.
 - La enfermedad o los síntomas físicos pueden utilizarse como un método para obtener atención respondiendo a una situación crítica o expresando sentimientos o conflictos inconscientes.
 - Las úlceras gástricas y duodenales agudas únicas, o combinadas parecen estar directamente relacionada con stress intenso.
 - La experiencia de enfermedad desencadena muchas sensaciones y reacciones de tensión.
 - La ansiedad es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza.
 - La conciencia de que el individuo no está solo es básica para la homeostasia psicológica.
 - Las relaciones satisfactorias con los demás aumentan si el individuo es capaz de ver a los otros como personas competentes y en las que puede confiar.
 - La experiencia emocional está relacionada de manera compleja a la función psicológica y fisiológica total.
- Reposo
- Un mínimo de energía disminuye el metabolismo y por ende la disminución de requerimientos de oxígeno.
 - Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse.
 - El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso:
 - Cuando existen periodos de aumento o disminución de la excitabilidad nerviosa, todo el organismo se encuentra afectado.

Acciones de enfermería

-Quirúrgico

-Ejercicio

Fundamentación Científica

- El mejor conocimiento y práctica de la asepsia y diversas técnicas han permitido hacer operaciones que no hubieran sido posibles en lo pa-
sado.
- La motilidad articular puede limitarse o per-
derse por completo cuando la articulación no
se mueve dentro de su radio de motilidad du-
rante un tiempo prolongado.
- Cuando no se utilizan los músculos o se uti-
lizan poco se atrofian.
- El ejercicio físico aumenta la circulación --
coronaria y las fibras miocárdicas se contra-
en con mayor fuerza para aumentar el gasto --
cardíaco.
- El funcionamiento tisular se deteriora si el-
volúmen y la presión sanguínea circulante --
no se mantienen dentro de ciertos límites.
- La circulación inadecuada del tejido muscular
provoca dolor intenso en los músculos afecta-
dos.
- Los ejercicios previenen la aparición de con-
tracturas y otras deformidades.
- La ambulación aumenta el recambio respiratorio
y ayuda a impedir la estasis de secreciones bron-
quiales dentro del pulmón.
- Cuando los tejidos no reciben nutrición y ejer-
cicio adecuados, tienden al deterioro y a la -
atrofia.

4.- Limitación del daño

Acciones de enfermería

Tratamiento adecuado

Fundamentación Científica

-La recuperación de una enfermedad depende del
tratamiento.

Acciones de enfermería

-Aislamiento

-La principal fuente de agentes infecciosos que producen enfermedades transmisibles, es una -- persona que está eliminando micro-organismos -- vivos.

-Las vías respiratorias se contaminan constantemente por el aire inhalado.

-Cada enfermedad transmisible tiene diferentes maneras de transmisión, las cuáles están determinadas por:

La manera como el micro-organismo patógeno abandona su lugar (puerta de salida).

La puerta de entrada que tiene cada micro-organismo patógeno.

La capacidad del micro-organismo patógeno para sobrevivir fuera del huésped.

-Ejercicios respiratorios

-La frecuencia, profundidad y el ritmo de las respiraciones son afectadas por el estado emocional del paciente.

-Los ejercicios respiratorios ayudan a obtener movimiento total del diafragma y a la reexpansión pulmonar.

-La tos y la respiración profunda ayudan a elevar la presión intrapleurales y a limpiar los bronquios expandiendo los pulmones e impidiendo la atelectasia.

-Fisioterapia

-Las deformidades y las complicaciones de la insuficiencia respiratoria suelen prevenirse con posición adecuada del cuerpo en la cama y por ejercicio.

-Vigilar presencia o incremento en las complicaciones

-En general los signos y síntomas de alerta -- son: cianosis, disnea, palidez, dolor torácico agudo, aumento de las frecuencias del pulso y respiración aumento de la presión venosa central, hemorragia y alteraciones en la conciencia.

Acciones de enfermería

-Medidas higiénicas

5.- Rehabilitación.

Acciones de enfermería

-Instalaciones en los hospitales
para el re-entrenamiento y educación
del incapacitado

-Educación al público y a la familia
para que utilice y acepta al rehabi-
litado.

-Participación en ergoterapia, ludo-
terapia, fisioterapia, terapia re-
creativa según el caso.

Fundamentación Científica

-La limpieza (ausencia de mugre y material ex-
pulsado fuera del cuerpo), inhibe el crecimien-
to de los micro-organismos.

Fundamentación Científica

-En el medio hospitalario se valora al paciente
y a sus problemas, se presta mayor importancia
a sus capacidades y no a sus incapacidades.

-Al obtener un empleo el paciente, en lugar de-
pendiendo de la sociedad, contribuye a ella.
-Las acciones de un individuo dentro de un gru-
po están influidos por una variedad de factores.

-La rehabilitación requiere de un equipo de per-
sonas que trabajen juntas, y de los servicios-
especializados auxiliares que pudieran necesi-
tarse para asistir al enfermo.
-El paciente y todos aquellos quienes trabajan
con él, tendrán un punto de vista positivo ---
además de dedicación paciencia y voluntad para
avanzar a través de las diversas etapas desde -
la inactividad hasta la actividad.
-Es por medio del sostén y el estímulo entusias-
ta de los miembros del equipo de rehabilitación
que el paciente desarrolla todo lo que es capaz
de ser.

Acciones de enfermería

-Apoyar psicosocialmente la incorporación del paciente a su vida diaria.

Fundamentación Científica

-Por medio de orientación integrar al paciente a todos sus recursos y concentrarlo más en sus capacidades residuales, que en las incapacidades permanentes con que debe vivir.

IV.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION,

1.- Procedimientos empleados,

El diseño de investigación presentado en relación a: --- "Atención de enfermería a pacientes con Insuficiencia Respiratoria", permitieron tener conocimiento directo de las variables; - atención de enfermería de calidad preparación académica del personal de enfermería, recuperación del paciente con insuficiencia respiratoria, tratamiento médico establecido en la insuficiencia respiratoria.

Este diseño se elaboró para aplicarlo al personal de enfermería que labora en el servicio de terapia médica intensiva - sección 202. Del Hospital General de la S.S.A. Personal que constituye un total de 31 personas.

De el grupo estudiado, se le aplicó un cuestionario a 21 personas cifra que corresponde a el 57% , una lista de cotejo a 23 personas cifra que corresponde a 62%.

Se consultaron 10 expedientes al azar de un total de 28- pacientes que ingresaron con insuficiencia respiratoria durante los meses de mayo a julio, al servicio mencionado.

El cuestionario constó de 3 apartados.

-Datos generales.

-Preparación profesional.

-Insuficiencia respiratoria.

Este instrumento tuvo en su inicio las instrucciones correspondientes para su contestación, además de que fué posible - ofrecer información verbal para clarificar algunos reactivos --- durante la contestación al instrumento señalado.

La lista de cotejo consta de los siguientes apartados:

-Titulo

- Formato formado por:

Columna No. 1. Correspondiente a los pasos del procedimiento.

Columna No. 2. Contiene:

- Nombre del procedimiento
- Clave correspondiente a la persona que se observa.

Este instrumento de recolección de datos se aplicó al -- grupo estudiado en los diferentes procedimientos de enfermería -- sin saber que se le estaba observando y evaluando.

2.- Fuente de los datos.

Los datos obtenidos para la realización de investigación de este trabajo se logró a través de el cuestionario y la lista de cotejo aplicada al personal de enfermería que labora en Terapia Médica Intensiva sección 202.

Además de los datos que se obtuvieron a través de la consulta de los expedientes de pacientes con insuficiencia respiratoria.

3.- Procesamiento estadístico de los datos.

Una vez obtenido los datos para la investigación, se recurrió al conteo, cálculos de porcentaje proporciones para la -- elaboración de cuadros y gráficas y por ende su interpretación.

4.- Descripción de los instrumentos empleados en la recolección de datos.

El cuestionario y la lista de cotejo se elaboraron en -- relación a las variables consideradas en las hipótesis señalados en el diseño de investigación.

El cuestionario constó de las siguientes partes:

a).- Datos generales.

- Antigüedad en el hospital
- Tiempo de ingreso a terapia médica intensiva
- Agrado de trabajar en el servicio de T.M.I.

b).- Preparación profesional.

- Estudios anteriores.
- Categoría con que trabaja

- Grado escolar y escuela de enfermería donde estudió.
- Escuela que otorga diploma de auxiliar de enf.
- Tiempo de graduada.
- Cursos de especialización con los que cuenta.
- Estudia otra carrera.

Institución donde se recibió instrucción para atender a pacientes con insuficiencia respiratoria.

c).- Insuficiencia respiratoria

- Etiología
- Diagnóstico
- Tratamiento

Lista de cotejo consta de los siguientes apartados.

- Título
- Concepto
- Objetivo
- Descripción
- Nombre y clave del personal
- Clasificación de la evaluación
- Instrucciones
- Procedimientos de enfermería
- Hojas de evaluación.

De los expedientes consultados se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, ocupación, diagnóstico, tratamiento y motivo de egreso.

V. - RESULTADOS.

Los datos obtenidos mediante los diferentes instrumentos de recolección, nos proporcionaron los siguientes resultados.

CUADRO # 1
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

ANTIGUEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1961.

ANTIGUEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
menos de 6 meses	0	0
7 meses - 1 año	2	9.52
2 años - 5 años	9	42.85
6 años - 10 años	5	23.80
11 años- 15 años	5	23.80
más de 15 años	0	0
TOTAL	21	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería que --
labora en el servicio de terapia médica intensiva de --
dicha institución.

Del personal de enfermería que labora en el servicio -
de terapia médica intensiva sección 202 el 42.85% tiene anti--
guedad de 2-5 años en tanto que el 47.60% oscila entre 6-15 años.

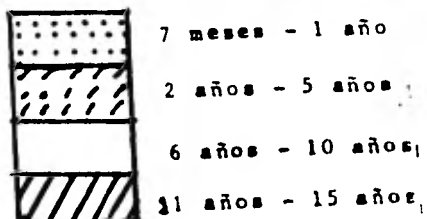
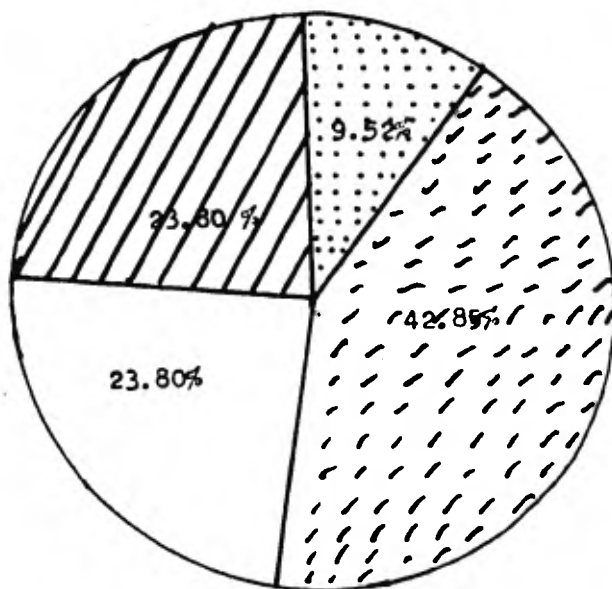
GRAFICA # 1

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

ANTIGUEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio
1981.



FUENTE: Cuadro # 1

CUADRO # 2
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

TIEMPO DE INGRESO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A TERAPIA
MEDICA INTENSIVA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981 .

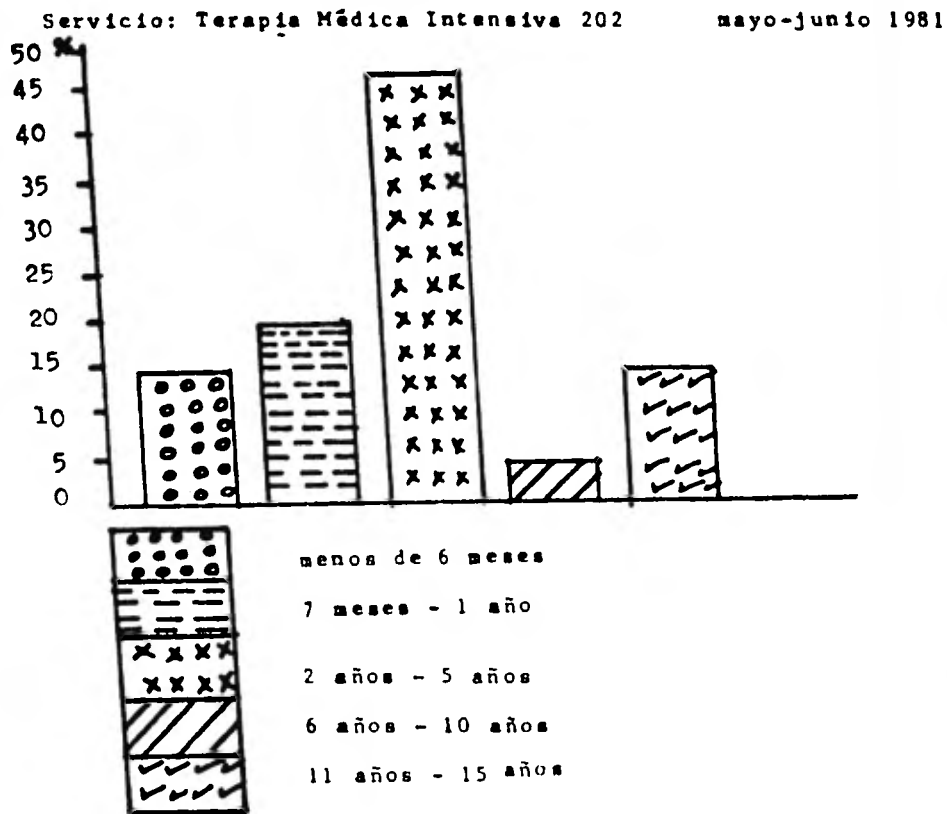
ANTIGUEDAD	PRECUENCIA	PORCENTAJE. %
menos de 6 meses	3	14.28
7 meses - 1 año	4	19.04
2 años - 5 años	10	47.61
6 años - 10 años	1	4.76
11 años - 15 años	3	14.28
TOTAL	21	100.00

FUENTE: Idem: Cuadro # 1

La antigüedad del grupo estudiado que predomina es -
de 2 - 5 años.

GRAFICA # 2
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

TIEMPO DE INGRESO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A TERAPIA
MEDICA INTENSIVA.



FUENTE: Cuadro # 2

CUADRO # 3
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

RAZONES POR LAS QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA TRABAJA
A GUSTO EN T.M.I.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Ofrecer cuidado específico.	7	33.33
Trabajar con pacientes graves.	5	23.80
Aprendizaje.	9	42.85
TOTAL	21	100.00 %

FUENTE: Idem: Cuadro # 1

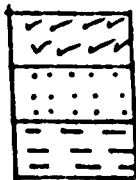
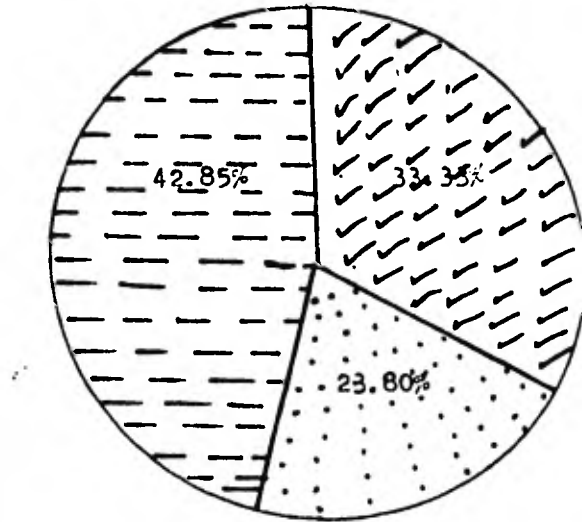
Las razones por las que el personal de enfermería de terapia médica intensiva, les agrada el servicio son en orden de importancia; aprendizaje, ofrecimiento de cuidados específicos y trabajar con pacientes graves.

GRAFICA # 3
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

RAZONES POR LAS QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA TRABAJA
A GUSTO EN T.M.I.

Servicio: Terapia Médica Intensiva

mayo-junio 1981



Ofrecer cuidado específico.

Trabajar con pacientes graves.

Aprendizaje.

FUENTE: Cuadro #3

CUADRO # 4

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S. S.A.

PREPARACION PREPARATORIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.

ESCOLARIDAD	COMPLETA		INCOMPLETA		SIN ESTUDIOS DE PREPARATORIA	
	FREC.	PORCEN. %	FREC.	PORCEN %	FREC.	PORCEN. %
Preparatoria	2	9.52	5	23.80	9	42.85
Otros	3	14.28	2	9.52	-	-
TOTAL	5	23.80	7	33.35	9	42.85

FUENTE: Idem: Cuadro # 1

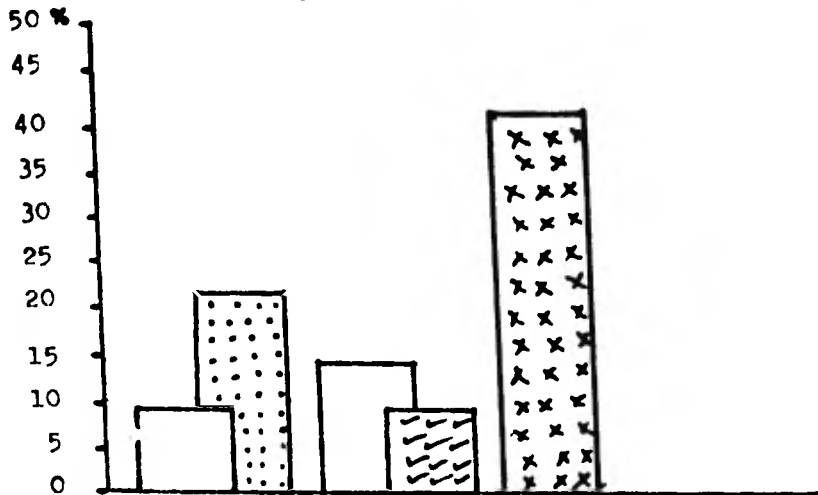
El 33.32 % del personal de enfermería cuenta con estudios de preparatoria de los cuales el 9.52 % la terminó y un 23.80 % no la ha terminado ; 23.80 % tiene estudios diferentes a la carrera de enfermería, tales como; mecanógrafa, secretaria ejecutiva --- bilingue, comercio y el 42.85% no cuenta con otros estudios.

GRAFICA # 4

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

PREPARACION PREPARATORIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

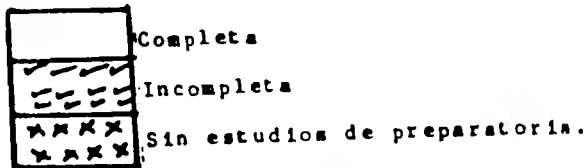
Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981



Preparatoria



Otros



FUENTE: Cuadro # 4

CUADRO # 5
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

CATEGORIAS CON QUE TRABAJA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.

CATEGORIA	PRECUENCIA	PORCENTAJE %
Auxiliar de Enfermería	13	61.91
Enfermera General	8	38.09
TOTAL	21	100.00

FUENTE: Idem: Cuadro # 1

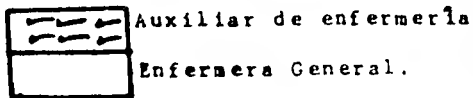
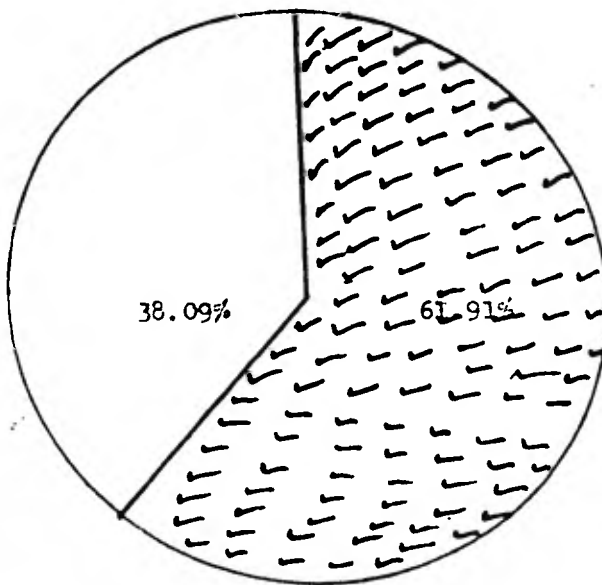
El 61.91% de personal de enfermería que labora en el servicio de terapia médica intensiva corresponde a la categoría de --- enfermería en tanto que el 38.09% restante corresponde a la categoría de enfermera general.

nota: Existe personal que no esta titulado y tienen la categoría de enfermera general, así mismo existe personal que son pasantes o titulados pero no han tramitado su cambio de categoría.

GRAFICA # 5
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

CATEGORIAS CON QUE TRABAJA EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981



FUENTE: Cuadro # 5

CUADRO # 6
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

PERSONAL QUE CONTINUA ESTUDIANDO ENFERMERIA

Servicio. Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.

ESTUDIAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si estudian	1	4.76
Pasantes	4	19.05
No estudian	16	76.19
TOTAL	21	100.00

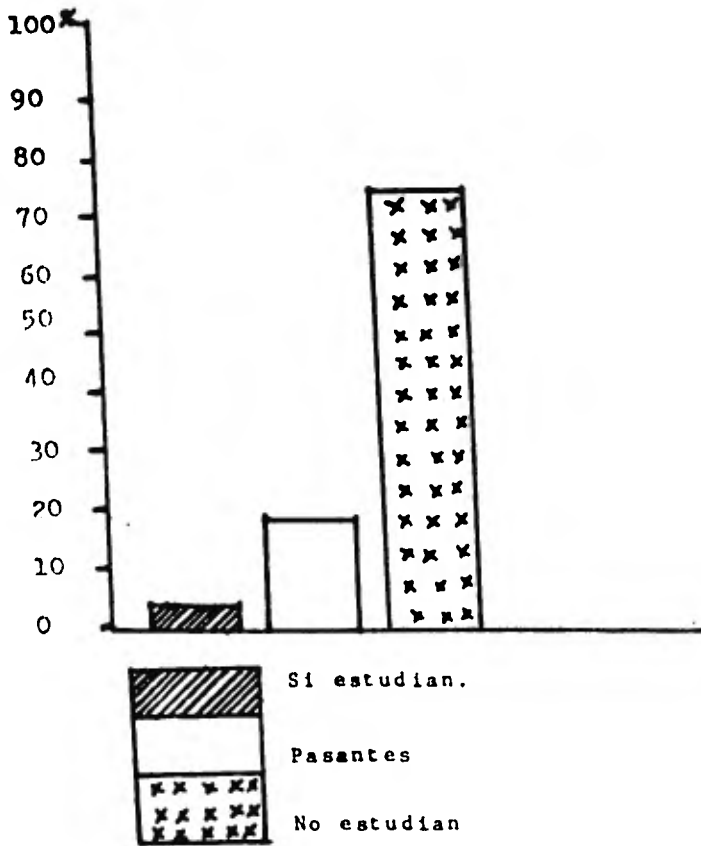
FUENTE: Iden: Cuadro # 1

Del personal de enfermería que trabajan en terapia médica -
intensiva el 19.05% corresponde a pasantes y 4.76% a personal --
que continua estudiando la carrera de enfermería.

GRAFICA # 6
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

PERSONAL QUE CONTINUA ESTUDIANDO ENFERMERIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981



FUENTE: Cuadro # 6

CUADRO # 7
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

RELACION DEL PERSONAL QUE CUENTA CON TITULO DE ENFERMERA GENERAL.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.

TITULO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Tiene diploma	5	23.80
Tiene titulo	9	42.85
no tienen	7	33.35
TOTAL	21	100.00

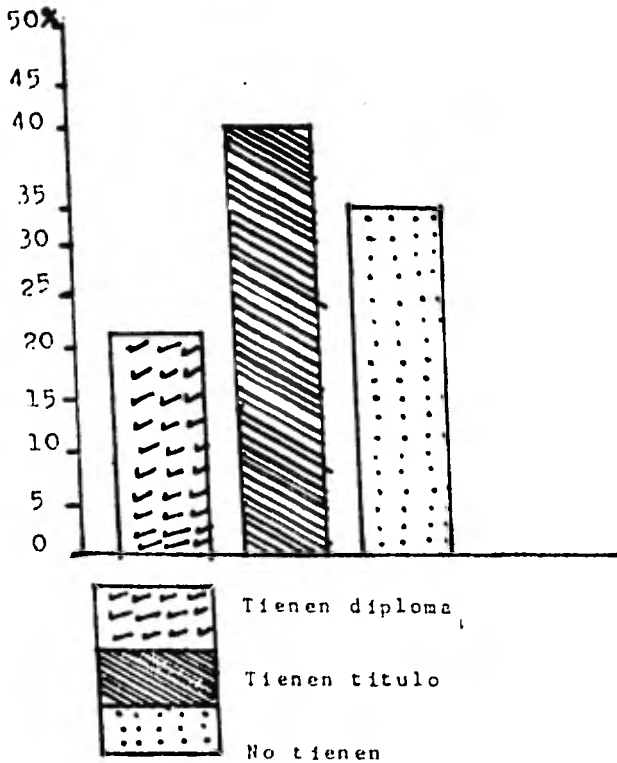
FUENTE: Ídem: Cuadro # 1

El 42.85% del personal de enfermería cuenta con título de enfermera general.

GRAFICA #7
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

RELACION DEL PERSONAL QUE CUENTA CON TITULO DE ENFERME-
RA GENERAL.

Servicio. Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981



FUENTE: Cuadro # 7

CUADRO # 8
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

TIEMPO DE TERMINACION DEL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA.

Servicio. Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
menos de 1 año	2	9.51
1 año - 4 años	7	33.35
5 años - 10 años	4	19.04
más de 10 años	-	-
TOTAL	13	61.90

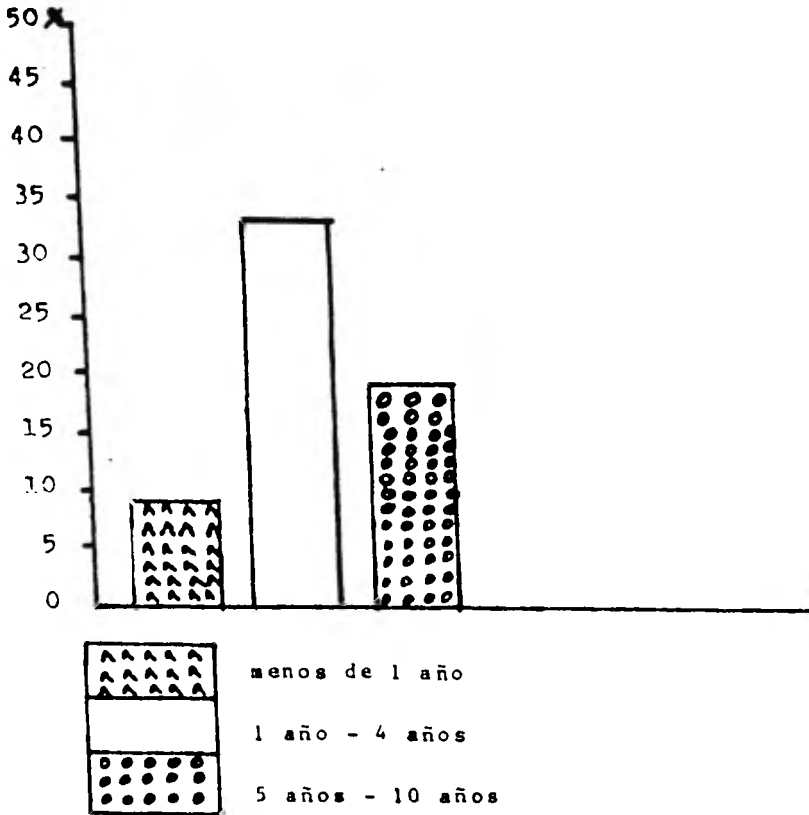
FUENTE: Idem: cuadro # 1

El tiempo de terminación del plan de estudios de enfermería que tiene el personal que trabaja en terapia médica intensiva oscila entre 1 - 4 años, por lo que se deduce que el personal que predomina tiene preparación académica reciente.

GRAFICA # 8
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
TIEMPO DE TERMINACION DEL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva.

mayo-junio 1981.



FUENTE: CUADRO # 8

CUADRO # 9
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

CURSOS DE ACTUALIZACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981.

CURSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Terapia Intensiva	1	4.77
No tienen	20	95.23
TOTAL	21	100.00

FUENTE: Idem: Cuadro # 1

Del personal total de enfermería que labora en terapia -
médica intensiva el 4.77%, cuenta con cursos de actualización -
correspondiente.

GRAFICA # 9
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

CURSOS DE ACTUALIZACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Servicio : Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981.



FUENTE: Cuadro # 9

CUADRO # 10
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

INSTITUCION DONDE EL PERSONAL DE ENFERMERIA RECIBIO INSTRUCCION
PARA ATENDER A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981.

INSTITUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
HOSPITAL GENERAL S.S.A.	1	4.76
I.M.S.S.	1	4.76
HUIPULCO	1	4.76
D.D.F.	1	4.76
no tienen	17	80.96
TOTAL	21	100.00

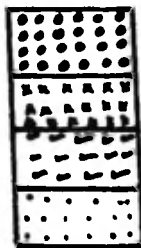
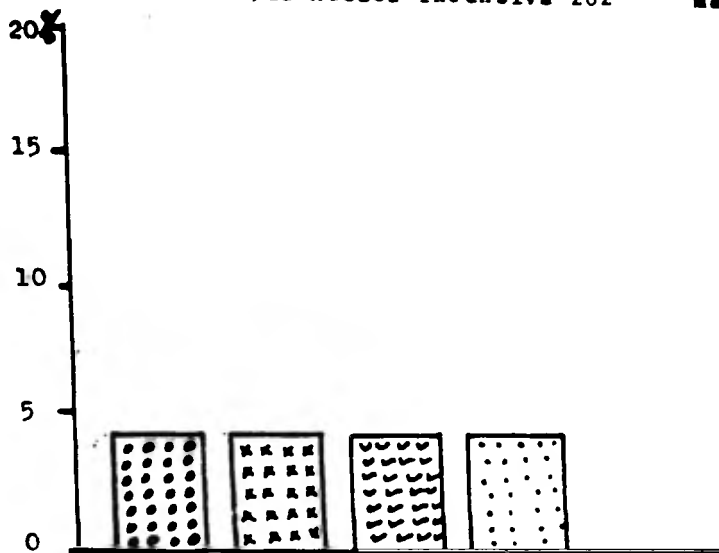
FUENTE: Idem: Cuadro # 1

El 19.04% del grupo en estudio, ha recibido instrucción para atender a pacientes con insuficiencia respiratoria. 9.52% en instituciones de la S.S.A., 4.76% en el I.M.S.S. y 4.76% en el D.D.F.

GRAFICA # 10
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

INSTITUCION DONDE EL PERSONAL DE ENFERMERIA RECIBIO ---
INSTRUCCION PARA ATENDER A PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981



Hospital General de México S.S.A.

I.M.S.S.

HUIPULCO

D.D.F.

FUENTE : Cuadro # 10

CUADRO # 11
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

TIEMPO DE HABER RECIBIDO EL PERSONAL DE ENFERMERIA INSTRUCCIONES
PARA ATENDER AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
menos de 6 meses	1	4.76
7 meses - 1 año	-	-
2 años - 3 años	2	9.52
más de 3 años	1	4.76
TOTAL	4	19.04

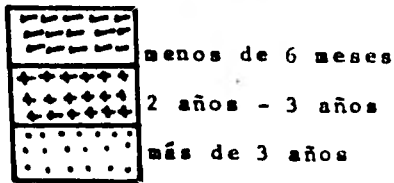
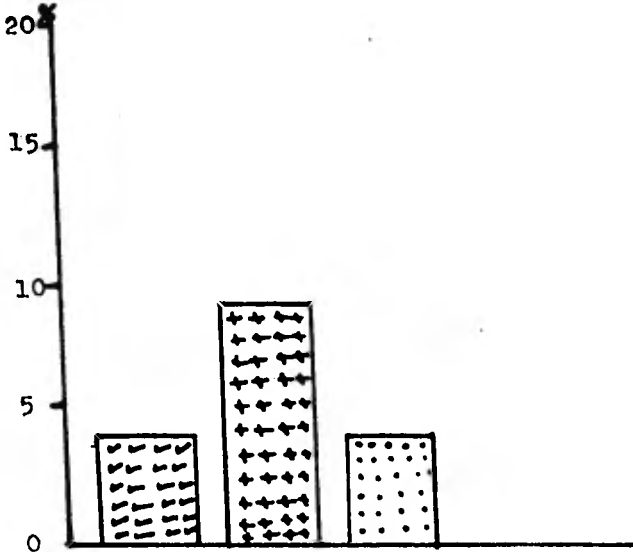
FUENTE: Idem: Cuadro # 1

El 9.52% de personal de enfermería ha recibido instrucc--
ción para atender a pacientes con insuficiencia respiratoria --
hace 2 a 3 años.

GRAFICA # 11
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

TIEMPO DE HABER RECIBIDO EL PERSONAL DE ENFERMERIA ---
INSTRUCCIONES PARA ATENDER AL PACIENTE CON INSUFICIEN--
CIA RESPIRATORIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-junio 1981



FUENTE: Cuadro # 11

CUADRO # 12
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN RELACION CON EL ---
CUESTIONARIO.

Servicio : Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.

OBSERVACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Necesitan conocer objetivo del cuestionario.	7	28
Necesitan conocer resultados y soluciones.	11	44
Abstenciones	6	24
Otros	1	4
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Iden: Cuadro # 1

En base al cuestionario aplicado al personal en estudio, el 44% opina que necesita conocer resultados del estudio y posibles soluciones, mientras que el 28% necesita del conocimiento de los objetivos del cuestionario.

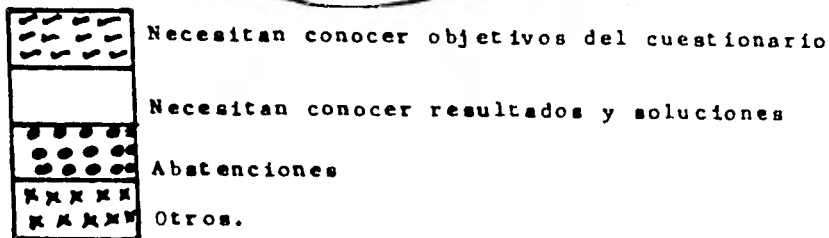
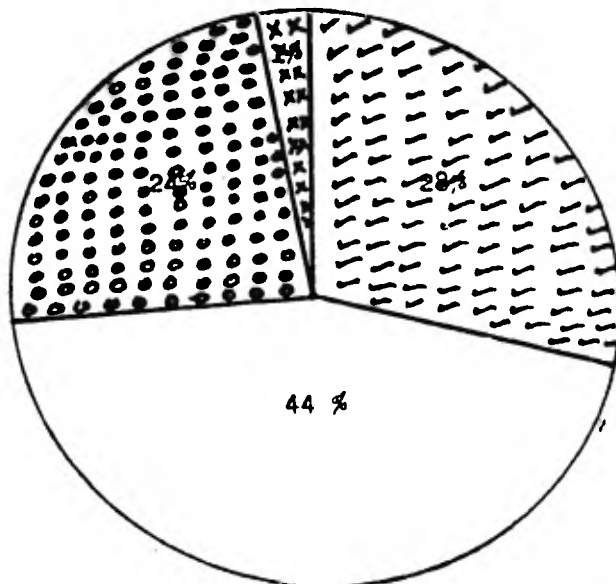
nota: El total es diferente, ya que algunas personas hicieron -
2 observaciones.

GRAFICA # 12
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN RELACION CON EL ---
CUESTIONARIO.

Servicio. Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.



FUENTE: Cuadro # 12

CUADRO # 13
PERSONAL PROFESIONAL

INDICADORES	CLAVE							TOTAL
	01	02	03	04	05	06	07	
1.- Aspiración de secreciones.	B	R	B	B	R	MB	R	B
2.- Movilización y eliminación de secreciones a través de puño percusión.	D	R	D	R	R	MB	D	R
3.- Participación en la intubación endotraqueal.	R	R	B	B	R	B	B	B
4.- Instalación de humidificadores.	R	B	B	B	B	MB	R	B
5.- Ministración de O2 por catéter nasal.	B	B	R	MB	B	MB	B	B
6.- Ministración de O2 a través de ventiladores.	B	B	B	R	B	MB	B	B
7.- Ministración de medicamentos.	MB	MB	B	MB	MB	MB	MB	MB
8.- Soluciones parenterales.	MB	B	B	MB	MB	MB	MB	MB
9.- Tratamiento psicológico.	B	R	D	R	B	MB	D	R
10.- Posición.	B	R	R	B	B	B	R	B
11.- Aislamiento.	D	R	R	B	B	R	R	R
12.- Alimentación.	R	R	R	E	B	MB	R	R
TOTAL	B	R	R	B	B	MB	R	B

RESULTADO PROMEDIO "B"

FUENTE: Guía de observación aplicada al personal profesional de enfermería que labora en el servicio de terapia médica intensiva sección 202 del Hospital General de México de la S.S.A. mayo-junio 1981

Los indicadores de más alta calificación del personal profesional que labora en T.M.I. 202 son: Ministración de medicamentos y soluciones parenterales.

NOTA: Para la evaluación consultar el apéndice en la sección lista de cotejo.

CUADRO # 14

PERSONAL NO PROFESIONAL

INDICADORES	CLAVE.							
	10	11	14	15	18	19	21	24
1.- Aspiración de secreciones.	R	R	R	B	B	B	MB	MB
2.- Movilización y eliminación de --- de secreciones a través de puño - percusión.	R	D	R	B	D	R	B	R
3.- Participación en la intubación -- endotraqueal.	D	R	R	R	B	R	B	B
4.- Instalación de humidificadores.	B	B	B	B	B	R	MB	MB
5.- Ministración de O2 por catéter - nasal.	B	R	B	MB	B	B	MB	MB
6.- Ministración de O2 a través de -- ventiladores.	B	B	MB	R	B	R	MB	B
7.- Ministración de medicamentos.	B	B	B	R	MB	B	B	MB
8.- Soluciones parenterales.	B	B	MB	MB	MB	MB	MB	MB
9.- Tratamiento psicológico.	D	D	D	D	R	R	B	B
10.- Posición.	D	R	B	R	B	B	B	B
11.- Aislamiento.	R	R	R	R	B	B	B	B
12.- Alimentación.	R	R	R	R	B	R	B	B
TOTAL	R	R	R	R	B	R	B	B

RESULTADO PROMEDIO "B"

FUENTE: Idem: Cuadro # 13

PERSONAL NO PROFESIONAL

INDICADORES	CLAVE							
	25	26	28	29	30	31	32	TOTAL
1.- Aspiración de secreciones	B	MB	R	R	B	B	B	B
2.- Movilización y eliminación de secreciones a través de puño percusivo.	R	R	B	R	R	D	B	R
3.- Participación en la intubación endotraqueal.	B	MB	B	B	B	B	B	B
4.- Instalación de humidificadores.	MB	MB	B	R	MB	R	B	B
5.- Ministración de O2 por catéter nasal.	MB	MB	B	R	MB	MB	MB	MB
6.- Ministración de O2 a través de ventiladores.	B	B	B	B	MB	R	MB	B
7.- Ministración de medicamentos.	MB	MB	MB	B	MB	MB	MB	MB
8.- Soluciones parenterales.	B	MB	MB	MB	MB	MB	MB	MB
9.- Tratamiento psicológico.	R	MB	R	R	R	D	R	R
10.- Posición.	B	MB	R	B	R	R	R	B
11.- Aislamiento	R	R	R	R	D	B	B	R
12.- Alimentación.	B	E	B	R	B	B	R	B
TOTAL	B	MB	B	R	B	B	B	B

RESULTADO PROMEDIO "B"

FUENTE: Idem Cuadro # 14.

Los indicadores de más alta calificación del personal no profesional de enfermería que labora en T.M.I. sección 202 son: ministración de medicamentos, ministración de O2 por catéter nasal y soluciones parenterales. En tanto que las de menor calificación corresponden a: movilización y eliminación de secreciones a través de puño percusión, tratamiento psicológico y aislamiento.

CUADRO # 15
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

TABLA COMPARATIVA DE RESULTADOS EN LA EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS
ESPECIFICOS DE ENFERMERIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981.

INDICADORES	PERSONAL PROFESIONAL	PERSONAL NO PROFESIONAL
1.- Aspiración de secreciones.	B	B
2.- Movilización y eliminación de secreciones a través de puño de percusión.	R	R
3.- Participación en la intubación endotraqueal.	B	B
4.- Instalación de humidificadores	B	B
5.- Ministración de O2 por catéter nasal.	B	MB
6.- Ministración de O2 a través de ventiladores.	B	B
7.- Administración de medicamentos.	MB	MB
8.- Soluciones parenterales.	MB	MB
9.- Tratamiento psicológico.	R	R
10.- Posición.	B	B
11.- Aislamiento.	R	R
12.- Alimentación.	R	B
TOTAL	R	B

FUENTE: Idea: Cuadro # 14

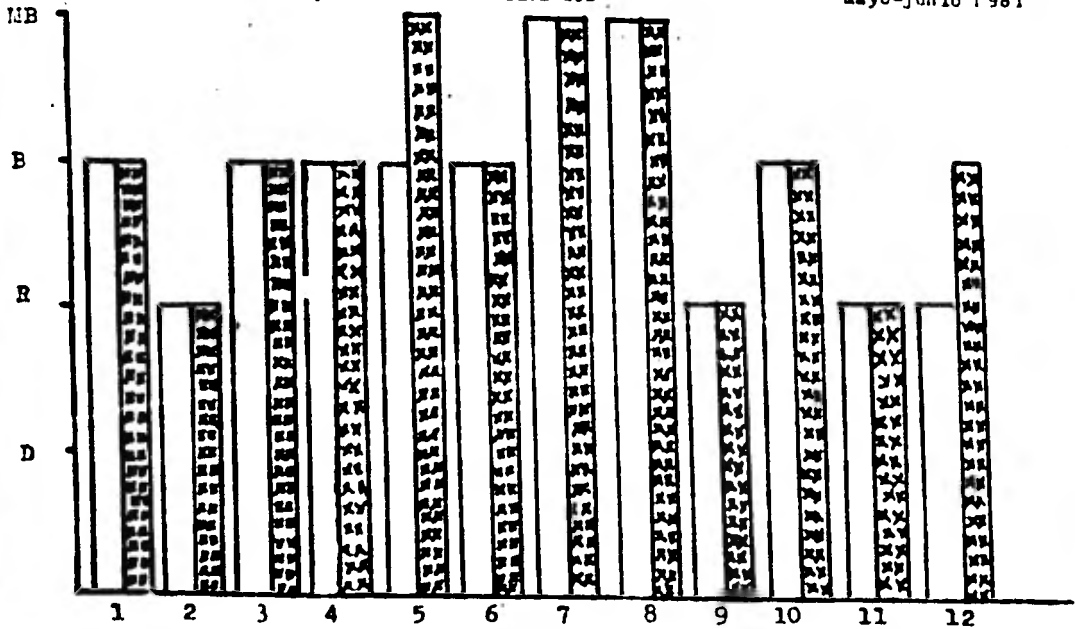
La calificación global en los procedimientos específicos de enfermería fué "B", sin embargo el personal no profesional supera al profesional en 2 de los procedimientos como son; ministración de O2 por catéter nasal y alimentación.

GRAFICA # 13
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S. S. A.

GRAFICA COMPARATIVA EN LA EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS
ESPECIFICOS DE ENFERMERIA.

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-junio 1981



- 1.- Aspiración de secreciones
- 2.- Movilización y eliminación de secreciones através de puño percusión
- 3.- Participación en la intubación endotraqueal.
- 4.- Instalación de humidificadores.
- 5.- Ministración de O2 por catéter nasal.
- 6.- Ministración de O2 através de ventiladores.
- 7.- Ministración de medicamentos.
- 8.- Soluciones parenterales.
- 9.- Tratamiento Psicológico.
- 10.- Posición
- 11.- Aislamiento.
- 12.- Alimentación.



Personal profesional

Personal no profesional

CUADRO # 16
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

INGRESOS CON PATOLOGIA RESPIRATORIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-julio 1981

SEXO	EDAD	OCUPACION	DIAGNOSTICO	MOTIVO DE EGRESO.
F	57	hogar	-P.O. Inmediato de amputación - supracondilea de M.P.D. por -- gangrena húmeda. -Paro cardio resp. trans-op.	DEFUNCION
F	47	hogar	-P.O. Cardiorespiratorio. -Isquemia Miocárdica	DEFUNCION
F	44	hogar	-P.O.Histerectomía y ooférecto- mía izquierda. -P.O.Cardio respiratorio.	MEJORIA
M	40	obrero	-Infarto antiguo de miocardio. -Paro respiratorio. -Insuficiencia coronaria.	MEJORIA
M	60	se ignora	-Deshidratación severa -Neumonía basal izquierda -Coagulación intravascular dise- minada.	DEFUNCION
M	67	campesino	-Infarto del miocardio -Broncoaspiración	DEFUNCION
F	24	hogar	-P.O Fístula ilíaca -Desequilibrio ácido-base	MEJORIA
F	34	hogar	-Insuficiencia renal crónica. -Síndrome Urémico. -Pericarditis. -Diabetes Mellitus juvenil	MEJORIA
M	37	obrero	-P.O. Hematoma retroperitoneal -I.R. Descartar glomerulonefrit- is. -Hipertensión arterial. -Derrame pleural.	NEFROLOGIA.

Continuación Cuadro # 16

SEXO	EDAD	Ocupacion	DIAGNOSTICO	MOTIVO DE EGRESO
M	46	campesino	-P.O. Apendicectomía y resección intestinal. -Deshidratación. -Desequilibrio ácido-básico.	DEFUNCION
F	29	hogar	-P.O. Colectistectomía -Shock séptico. -Pancreatitis. -Insuficiencia renal aguda -Alcalosis respiratoria.	DEFUNCION
F	80	hogar	-E.P.O.C. Secundaria a bronquiectasia crónica confibrotóbrax derecha. -Cardiopatía pulmonar hipertensiva crónica -Aterosclerosis generalizada.	DEFUNCION
F	40	hogar	-P.O. Laparotomía exploradora -Hernia umbilical. -Orrame pleural derecho	MEJORIA
M	43	empleado	-Insuf. Hepato-celular y hepato-vascular. -Acidosis mixta	DEFUNCION
M	38	chofer	-P.O. Laparotomía exploradora -Paro cardio-resp. transoperatorio. -Shock hipovolémico	DEFUNCION
M	74	campesino	-P.O. Colectistectomía -Paro cardiorespiratorio transoperatorio	DEFUNCION
M	23	estudiante	-Status. Post. paro cardiorespiratorio.	DEFUNCION
M	85	jubilado	-Bronconeumonía -Metastasis pulmonar -Hiperplasia prostática	DEFUNCION
M	16	estudiante	-P.O. De coleostotomía -Trepano de cráneo por hipertensión intracraneal. -Paro resp. transoperatorio	DEFUNCION
F	21	hogar	-Eclampsia -Cesaria -Puerperio patológico.	DEFUNCION

Continuación Cuadro # 16

SEXO	EDAD	Ocupacion	DIAGNOSTICO	MOTIVO DE EGRESO
M	44	chofer	-Insuficiencia ventricular izquierda. -E.P.O.C.	MEJORIA
M	65	obrero	-E.P.O.C. -Cor. Pulmonale -Insuficiencia resp. crónica	MEJORIA
M	75	jubilado	-Insuficiencia renal aguda -Artritis degenerativa -Acidosis mixta -Insuficiencia respiratoria	DEFUNCION
M	61	campesino	-Edema agudo de pulmón -Emfisema pulmonar -Hipertensión arterial	MEJORIA
M	63	chofer	-Crisis hipertensiva -Insuficiencia cardíaca congestiva.	MEJORIA.
M	53	comercio	-Tromboembolia pulmonar -Insuficiencia respiratoria. -Infarto antiguo del miocardio.	MEJORIA
M	53	obrero	-Coma hepático, sangrado tubo-digestivo alto. -Congestión pulmonar pasiva crónica -Bronconeumonía incipiente	DEFUNCION

FUENTE: Expedientes de pacientes que ingresaron a terapia médica intensiva 202 con insuficiencia respiratoria, durante los meses de mayo- --- julio de 1981.

CUADRO # 17
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

DATOS GENERALES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-julio 1981.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Femenino	10	36.07
<u>Sexo:</u>		
Masculino	18	64.64
Adolescentes y adultos jóvenes.	5	17.85
<u>Edad:</u>		
Ancianos	23	82.14
Hogar	10	36.07
<u>Ocupación:</u> Econom. Activos.	16	57.5
Jubilados	2	7.5

FUENTE: Idem: Cuadro # 16

En este cuadro se confirma que la insuficiencia respiratoria se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en las etapas extremas (en este caso finales) de la vida y en la población expuesta a las variaciones climáticas y/o contaminación ambiental.

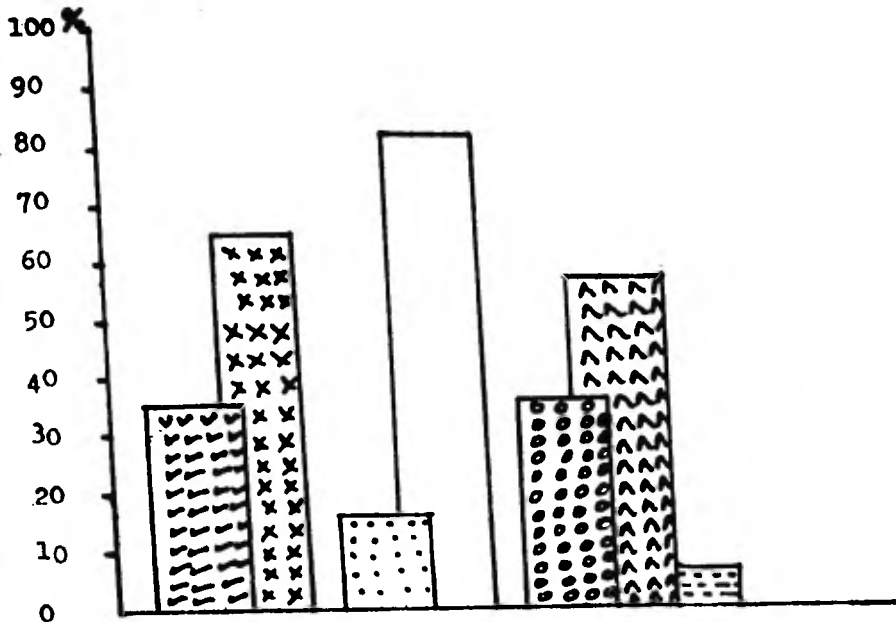
GRAFICA # 14

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

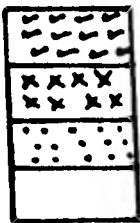
DATOS GENERALES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-julio 1981.



FUENTE: Idem: Cuadro # 17

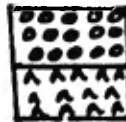


Femenino

Masculino

Adolescentes y adul.jov.

Ancianos



hogar

Economic. Activos



Jubilados

CUADRO # 18

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-julio 1981.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Cirugía	12	42.85
Neumopatías	6	21.45
Cardiopatías	5	17.85
Otros	5	17.85
TOTAL	28	100.00

FUENTE: Idem: Cuadro # 16

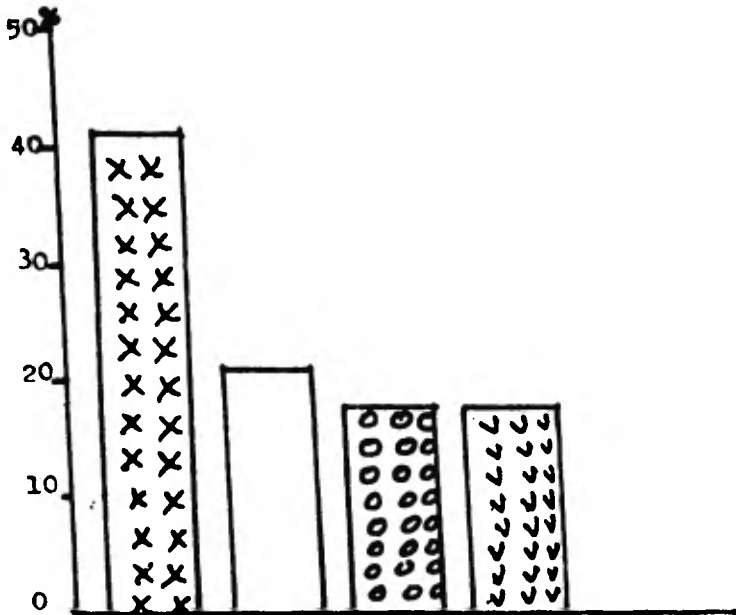
Los pacientes que mayor problema de insuficiencia --
.respiratoria presentaron son los post-operados.

GRAFICA # 15
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

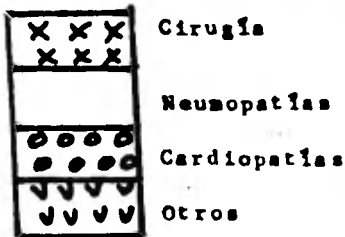
DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-julio 1981.



FUENTE: Idem: cuadro # 18



CUADRO # 19
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

MOTIVO DE EGRESO

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202 mayo-julio 1981.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Defunción	17	60.71
Mejoría	8	28.57
Control	3	10.72
TOTAL	28	100.00

FUENTE: Iden: Cuadro # 16

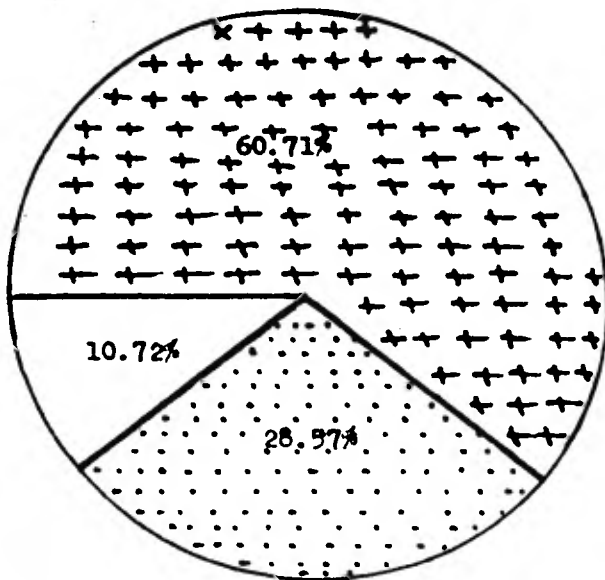
El motivo predominante de egresos de los pacientes estudiados es por defunción.

GRAFICA # 16
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
S.S.A.

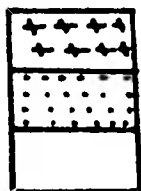
MOTIVO DE EGRESO

Servicio: Terapia Médica Intensiva 202

mayo-julio 1981.



FUENTE: Idem: Cuadro # 19



Defunción

Mejoría

Control

El tratamiento a pacientes con insuficiencia respiratoria en Terapia Médica Intensiva sección 202 fué:

Durante los meses de mayo a julio ingresaron a terapia -- médica intensiva un total de 106 pacientes, de los cuales 28 -- presentaron patología respiratoria, cifra que corresponde a un 26 %.

El estudio de estos 28 casos reportaron los siguientes -- datos.

El tratamiento del paciente consistió básicamente en mantener vías aéreas permeables mediante:

- Aspiración y manejo de secreciones.
- Intubación orotraqueal.
- Traqueostomía.

En tanto que los fármacos utilizados en el tratamiento del paciente con insuficiencia respiratoria, se hace en base al padecimiento que provocó esta, así como a complicaciones u otros padecimientos agregados, como lo muestra el cuadro correspondiente a fármacos utilizados en la muestra estudiada.

Muestra de 10 pacientes de un total de 28, cifra que corresponde a un 36%.

Dietoterapia.

Ayuno 9

Dieta hiposódica blanda 1

Psicoterapia.

No se prescribió específicamente, sin embargo se tuvo la oportunidad de aplicar algunos conocimientos psicológicos al -- paciente, durante los procedimientos realizados.

Quirúrgico	0
Fisioterapia	2
Oxigenoterapia	10
Humidificador	4
Ventilador	2

Otros: Succión gástrica continua, lavados gástricos, diálisis - peritoneal, enema evacuante.

Farmacoterapia	Frecuencia	Acción
Soluciones parenterales.	10	Mantención de aporte - calórico, hídrico y -- electrolítico.
Lasix	5	Diurético.
Soluciones polarizantes.	2	Indicación daño o mio- cardio. Ayuda accesoria al mio- cardio.
Ampicilina	4	Antibiótico de amplio- espectro.
Kanamicina	1	Kanamicina selectiva en gérmenes gram negati- vos y estafilococo do- rado resistente.
Gentamicina	2	Antibiótico de espectro intermedio gram nega-- tivo.
Metronidazol	2	Amebicida, lambiacida, tricomonicida. Antianerobios.

VI.- Resumen y Conclusiones.

Ante la responsabilidad de atender a una población cada vez más numerosa con insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso al servicio de terapia médica intensiva ó bien como complicación en el mismo, se considero necesaria una investigación sobre el personal y no profesional de enfermería como parte del equipo de salud.

El equipo de salud se considera como el tipo de organización indispensable para el uso eficiente de los recursos y -- las técnicas de que disponemos, considerando a estas como el conjunto de elementos que actúan sobre la población para mejorar la salud.

La salud debe abordarse con acciones integrales que comprendan la prevención, curación y rehabilitación.

Estas acciones deberán estar enfocadas sobre todo a la medicina preventiva por las enormes ventajas que esto trae consigo. Ya que la medicina preventiva es un todo en el que no -- hay separación con la medicina curativa, sino al contrario, una integración sinergizada.

Las hipótesis que en este trabajo se han elaborado, estan relacionadas con las variables independientes en cuanto a:

- Atención de enfermería de calidad.
- Preparación académica del personal de enfermería.
- Recuperación del paciente con insuficiencia respiratoria
- Tratamiento médico establecido en la insuficiencia res--piratoria.

Al realizar el estudio en sus diferentes etapas se pudo -- concluir que:

1.- En relación a la hipótesis.

"La atención de enfermería es de calidad cuando se posee una amplia preparación académica"

Queda desaprobada ya que, en los indicadores de evaluación nos señalan que el personal no profesional de enfermería obtuvo más alta calificación que el profesional en los siguientes procedimientos; ministración de O2 por catéter nasal y alimentación. En lo que se refiere a los demás procedimientos específicos de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia respiratoria los cuales son; aspiración de secreciones, movilización y eliminación de secreciones a través de puño percusión, participación en la intubación endotraqueal, instalación de humidificadores, ministración de medicamentos, soluciones parenterales, tratamiento psicológico, posición y aislamiento tuvieron la misma calificación.

La calificación más alta (MB) en el nivel profesional y no profesional fué en lo que se refiere a: administración de medicamentos y soluciones parenterales, mientras que la más baja fué (R) en: movilización y eliminación de secreciones a través de puño percusión y tratamiento psicológico.

El resultado obtenido está en relación directa a la antigüedad y preparación académica de enfermería. Ya que el personal no profesional cuenta con más antigüedad de trabajar en el ambiente hospitalario y por ende cuenta con más experiencia.

Por lo que se concluye que la práctica y la teoría interrelacionados son fundamentales para poder proporcionar una atención eficaz y oportuna en base a las necesidades físicas, sociales y psicológicas de cada paciente.

2.- "Preparación académica del personal de enfermería".

El hecho de que el 38.09% sean enfermeras generales, el 33.35% tengan de 1-4 años de graduadas, 19.05% sean pasantes de enfermería, 5% continúen estudiando enfermería, 9.52% tengan preparatoria completa, 23.84% preparatoria incompleta, 100% tengan certificado de enseñanza secundaria; es favorable para la atención que se presta a los pacientes, ya que esta preparación facilita la comprensión y aplicación del ejercicio de enfermería, además que demuestra que la superación individual del personal de enfermería se está acrecentando cada vez más.

Sin embargo el hecho de que solo el 4.77% ha recibido instrucción para atender a pacientes con insuficiencia respiratoria, se considera una limitante para valorar y atender las necesidades de este tipo de pacientes que no pueden valerse por sí mismos, ni pedir ayuda y por lo tanto necesitan observación y cuidados constantes para la detección oportuna de los signos de alarma, la evaluación precisa de las alteraciones funcionales, la necesidad de actuar con rapidez y eficiencia (los cuñes son vitales), obligan a contar con el equipo de enfermería que mejor contribuya a estas necesidades, para poder brindar atención idónea, integral y constante.

3.- En relación a la hipótesis de :

"La recuperación del paciente con insuficiencia respiratoria depende de una eficaz atención de enfermería en relación con el tratamiento previamente establecido".

De un total de 28 pacientes que ingresaron al servicio de terapia médica intensiva sección 202, durante los meses de mayo-julio con patología respiratoria, se concluye lo siguiente:

Que el mayor motivo de egreso de el grupo estudiado fue por defunción (60.71%), en pacientes en etapas finales de la vida (82.14%), en el sexo masculino (64.64%) y en la población expuesta a las variaciones climatológicas y/o a la contaminación ambiental.

Lo que viene a confirmar lo anotado en el marco teórico.

La mayoría de pacientes ingresaron de quirofáneos (42.85%) 21.45% y 17.85% correspondieron a neumopatías y cardiopatías respectivamente.

Por lo que se concluye que un paciente con insuficiencia respiratoria es difícil que se recupere, máxima sino se cuentan con los recursos físicos y humanos idóneos para la atención de este tipo de pacientes.

El alto índice de defunciones es la mejor justificación para preparar personal. Obtener y mantener el equipo necesario para la mejor atención en este tipo de pacientes.

VII.- SUGERENCIAS.

En cuanto a la hipótesis "La atención de enfermería es de calidad cuando se posee una amplia preparación académica".

En base a los resultados expuestos se sugiere que en otro estudio se investigue hasta que grado el personal profesional y no profesional sabe lo que esta haciendo ¿Por qué? y ¿Para qué?.

Por lo que respecta a la preparación académica del personal de enfermería se sugiere:

-Cursos actualizados con conocimientos especiales en cuanto a procedimientos, al cuidado y manejo de equipos delicados. (ventiladores, humidificadores, monitores, electrocardiogramas) tanto en el aspecto teórico como en el práctico y así mismo -- realizar evaluaciones sobre estos cursos.

-El personal de enfermería pase visita médica, aportando su diagnóstico y evolución de cada uno de los pacientes.

-Organice sesiones de enfermería cuando menos una vez a la semana.

-Proyectar programas de salud a la comunidad para prevenir en lugar de curar.

-Motivar al personal que se reciban y tramiten su cambio de categoría.

En relación al estudio realizado y con objeto de ampliar lo se sugiere que:

-A través de otro estudio más profundo se investigue la planta física de terapia médica intensiva 202 en cuanto a los requisitos que debe reunir una unidad de este tipo.

-Se investigue que tan bien se valora el ingreso de un paciente a terapia intensiva, recordando el concepto de la unidad de cuidados intensivos.

Ya que estos 2 factores pueden ser factores predisponentes de la elevada mortalidad en dicho servicio.

VIII.- REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Sozaya Gortino. Concepto, objetivos y campo de acción de la medicina preventiva. I.M.S.S. Medicina Preventiva clínica. México 1976.
- Alvarez Balbas Luis A. Aspectos Económicos y Sociales en relación con la salud. I.M.S.S. Medicina Preventiva México 1976.
- Angeles Aguilar Deniel. Neumología y Cirugía de toráx. Vol.38 # 4 México 1977.
- Baena Paz Guillermina. Instrumentos de Investigación. U.N.A.M. 1979.
- Brunner, Emerson, Ferguson, Suddart. Enfermería Médico Quirúrgica. ed. Interamericana México 1979.
- Clínicas Médicas de Norteamérica. Planeación y Organización de La Unidad de Cuidados Intensivos. ed. Interamericana 1971.
- Colegio Nacional de Enfermeras. A.C. Estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia en México. 1979.
- Cosío Villegas Ismael; Celis Salazar Alejandro; Cosío Pascual-Miguel. Aparato Respiratorio novena edición México 1977.
- Dirección General de Asistencia Médica. Planeación y Organización de una Unidad de Cuidados Intensivos de tipo General. ed. C.E.N.I.D.S. de la S.S.A. México 1976.
- Dorothy W. Smith. Carol P. Hanley Germain. Enfermería Médico - Quirúrgica. ed. Interamericana México 1979.
- E. Dabout. Diccionario de Medicina ed. Nacional 1979.
- Fuentes Maldonado Raúl; Cortés Sanchez S. Ramón. "Insuficiencia Respiratoria" Revista de la Facultad de medicina U.N.A.M. 1978.
- Gardiner Hill. Compendio de Urgencias Médicas. Impreso en España 1976.
- Guerra Silva Moisés. Introducción a la Salud Pública. ed. Francisco Méndez Oteo. México 1977.
- Goth Andrés. Farmacología Médica. ed. Interamericana 1969.

Hernán San Martín, Salud y Enfermedad, Prensa Médica Mexicana 1979.

Hernández Tanorio, Técnicas de Investigación Documental, ed. Mc. Graw 1975.

Holguín Quiñones Fernando, Estadística Descriptiva, U.N.A.M. 1979.

S.S.A. Hospital General de México 1975

I.P.N. Escuela de Enfermería y Obstetricia "Niveles y Funciones de Enfermería". México 1975.

I.M.S.S. Curso de Administración para personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica "La Historia Natural de la Enfermedad y el equipo de Salud". México 1978.

Kimber Clifford, Manual de Anatomía y Fisiología, ed. Prensa Médica Mexicana 1971.

Landers H. Jacob, Nociones prácticas de epidemiología, La prensa Médica Mexicana 1979.

Leeve Ricardo M.C. La salud su conceptualización como categoría social.. Escuela de Salud Pública. México 1978.

Luíguia Segatore Gianangelo Poli, Diccionario Médico, ed. Teide México 1980.

Lenton Ralph, Estudio del hombre, ed. F.C.E. México. 1979.

O.P.S./O.M.S. Unidades de Cuidados Intensivos para la América Latina, 1973.

Organización Panamericana de la salud, "Unidades de Cuidados - Intensivos para la América Latina". Publicación Científica -- # 264 segunda impresión E.U.A. 1973

O.S.P. Análisis Conceptual de la Enfermería, 1974.

Rábago H. Jesús, Manual de Inhaloterapia ed. Prensa Médica Mexicana 1978.

Rojas Soriano Raúl, Guía para realizar investigaciones sociales U.N.A.M. 1979.

- Sandoval Hernández Guadalupe "Métodos de Evaluación de Necesidades de Personal en los Servicios de Enfermería". Primer --- Simposio Nacional sobre planificación de los recursos de Enfermería México 1979.
- Shapiro. Terapia Respiratoria, ed. Prensa Médica Mexicana 1978
- S.S.A. Control de las enfermedades transmisibles. Segunda edición México 1975.
- S.S.A. Inventario y Evaluación de las Escuelas de Enfermería de la República Mexicana. 1980.
- Subsecretaría de planificación dirección general de bioestadísticas. Compendio de estadísticas. 1979.
- Suros Forne. ; Suros Batillo Antonio; Suros Batillo Juan. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. ed. Salvat 1979.
- Taylor Burke Norman. Manual de Fisiología aplicada ed. U.T.H.E. E.A. sexta edición 1964.
- Tecla D. Alfredo Garza, Alberto Tenorio. Métodos y Técnicas de la Investigación ed. cultura popular 1976.
- U.N.A.M. "Historia Natural de la Enfermedad". Revista de la facultad de medicina México Enero 1974.
- Vanmeester Guzmán Marina. "Estrategias para la preparación de los Recursos de Enfermería en México". Primer Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería. México 1979.
- Vazquez Sosa Esperanza "Estructura de Enfermería en México". - Primer Simposio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería México 1979
- Villazón-Sahagún Alberto. Unidad de Cuidados Intensivos ed. -- Prensa Médica Mexicana 1978.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

El siguiente cuestionario se aplicará al personal profesional y no profesional de enfermería que labora en el servicio de terapia médica intensiva, sección 202 de dicha institución.

Instrucciones.

Marque con una "X" la o las contestaciones que usted juzgue correctas de acuerdo a cada situación.

Datos Generales.

1.- Antigüedad en el hospital.

- menos de 6 meses. _____
- 6 meses - 1 año. _____
- 2 años - 5 años. _____
- 6 años - 10 años. _____
- 11 años - 15 años. _____
- más de 15 años. _____

2.- Tiempo de ingreso a terapia médica intensiva.

- menos de 6 meses. _____
- 6 meses - 1 año. _____
- 1 año - 2 años. _____
- 2 años - 5 años. _____
- 6 años - 10 años. _____
- 11 años - 15 años. _____
- más de 15 años. _____

3.- ¿Le gusta trabajar en el servicio de terapia médica intensiva?,

si _____ Razones _____

no _____ Razones _____

Preparación Profesional.

1.- Señale los estudios con los que cuenta usted.

	completa	incompleta
Primaria	_____	_____
Secundaria	_____	_____
Preparatoria	_____	_____
Equivalente	_____	_____
Otros _____	Especifique _____	

2.- ¿Con que categoría trabaja usted?.

Auxiliar de enfermería _____

Enfermera General _____

3.- Si continua estudiando enfermería especifique el grado escolar y escuela.

grado escolar _____

escuela _____

4.- ¿Tiene diploma de auxiliar de enfermería?. En caso afirmativo, señalar la escuela que lo otorgo.

escuela _____

5.- ¿Cuenta con título de enfermera general?.

si _____ no _____

6.- ¿Que tiempo tiene de graduada?,

- menos de 1 año _____
- 1 año - 4 años _____
- 5 años - 10 años _____
- más de 10 años _____

7.- Cursos de especialización con los que cuenta.

nombre(s) de la(s) especialización(es). _____

8.- ¿Estudia otra carrera?. En caso afirmativo señalar el grado escolar y escuela.

grado escolar _____

escuela _____

9.- Anote el nombre de la institución donde recibió instrucción para atender a los pacientes con insuficiencia respiratoria.

institución _____

Otros _____

10.- ¿Hace cuanto tiempo recibió esta preparación?.

- menos de 6 meses _____
- 6 meses - 1 año _____
- 2 años - 3 años _____
- más de 3 años _____

Insuficiencia Respiratoria.

1.- Considera usted que en la insuficiencia respiratoria se presenta.

- a).- Incapacidad del aparato respiratorio para inter
cambiar gases de la sangre, _____
- b).- Presenta deficiencia de oxígeno y aumento de --
bióxido de carbono en sangre arterial, _____
- c).- Disminuye el gasto cardíaco. _____
- 2.- ¿Que factores causan la insuficiencia respiratoria?
 - a).- Agentes infecciosos _____
 - b).- Accidentes _____
 - c).- Neoplasias _____
- 3.- ¿Que signos y síntomas se presentan en la insuficien
cia durante su evolución?
 - a).- Hipoxemia e hipercapnia. _____
 - b).- Lesión en membrana alveolar. _____
 - c).- Deshidratación, alcalosis , acidosis. _____
- 4.- La promoción de la salud en la insuficiencia respira
toria.
 - a).- Crea condiciones favorables para resistir la --
insuficiencia respiratoria. _____
 - b).- Esta enfocada a evitar oportunamente la insufi-
ciencia respiratoria. _____
 - c).- No es necesaria. _____
- 5.- En la prepatogénesis de la insuficiencia respirato--
ria la protección específica es.
 - a).- Protección contra cambios bruscos de temperatura _____
 - b).- Protección contra accidentes _____
 - c).- Campañas contra el consumo de tabaquismo _____
- 6.- El diagnóstico de la insuficiencia respiratoria se -
hace a través de.
 - a).- Pruebas de funcionamiento pulmonar _____
 - b).- Interrogatorio y exploración física _____
 - c).- Ninguna corresponde _____
- 7.- El tratamiento de la insuficiencia respiratoria abar-
ca.

- a).- Farmacoterapia, oxigenoterapia, dietoterapia y cirugía.
 - b).- Solamente tratamiento médico
 - c).- Solamente tratamiento quirúrgico
- 8.- La rehabilitación del paciente con insuficiencia respiratoria pretende.
- a).- Restablecer su equilibrio bio-psico-social
 - b).- Reintegrar al individuo como elemento útil a la familia y a la sociedad
 - c).- Restablecer el funcionamiento pulmonar
 - d).- No es necesaria

Observaciones Generales.

Aplicó cuestionario. _____

nombre completo

Fecha de aplicación . _____

P/V/G

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LISTA DE COTEJO

Concepto.

Instrumento técnico que comprende los principales pasos de los procedimientos de enfermería frecuentemente utilizados en la atención de enfermería a pacientes con insuficiencia --- respiratoria.

Objetivo.

Valorar las acciones realizadas por el personal profesional y no profesional de enfermería en relación a la atención del paciente con insuficiencia respiratoria.

Descripción.

La lista de cotejo consta de los apartados:

1.- Título

2.- Formato formado por:

2.1.- Columna 1. Correspondiente a los pasos del procedimiento.

2.2.- columna 2 contiene:

a).- nombre del procedimiento.

b).- clave correspondiente a la persona que se --- observa.

Las claves correspondientes son las siguientes.

Turno Matutino

María de Lourdes Lorenzo García	01
Irma Arriaga Tinajero	02
Laura Arriaga Pérez	03
Olga Herrera Aldape	09
Gloria López Gómez	10
Juana García Alarcón	11
Guadalupe Flores León	12
Alicia Pérez Jiménez	13
Laurencia Lemus Sanchez	14
Bety Alejandra Vizuet Aquino	15
Nahúm López Romero	16

Turno Vespertino

Macrina Concepción Santiago	04
María de Jesús Resendiz Gallardo	05
Norberta Gallegos Villarreal	17
Luisa Santiago Ruiz	18
Isidro Contreras Ulin	19
Silvia Mendoza Ordoñez	20
Miriam Olmos Gonzáles	21
Ceila Mojica Figueroa	22

Tercer Turno "A"

Virginia Jiménez Villarreal	06
Josefina Torres Morales	23
Arturo Ocaña Jiménez	24
Enriqueta Trejo Huerta	25
Lourdes Sanchez Solis	26
Ana Isabel Gonzáles Carrasco	27
Eloisa Hernández Lozano	28

Tercer Turno "B"

Cristina Castro Alcantara -----	07
Nohemí Contreras Nájera -----	08
Alejandra Hernández Pliado -----	29
Marcela López Espejel -----	30
Martín Carrasco Rodríguez -----	31
Ana María Zavala Flores -----	32
Jorge Gómez Ramírez -----	33

- c) Formato de 5 divisiones; cada una de ellas con los grados de evaluación de la realización de cada uno de los procedimientos, tales como M.B. B - R- D, que significan:

M.B.- Muy bien. Cuando cumplió la realización total de los pasos señalados en un 100%

B.- Bien. Cuando oscila entre un 80%-90%

R.- Regular. Cuando oscila entre un 60%-70%

D.- Deficiente. Cuando es menor de 60%.

LISTA DE COTEJO
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

-ASPIRACION DE SECRECIONES.

- 1.- Prepara su equipo de aspiración esto es: Una Sonda -
Nelatón estéril adecuada a las cavidades del paciente
(calibre 14-16). Y la coloca en un frasco de solu---
ción salina estéril que contenga Cry o Nivac.
- 2.- En caso de aspirar secreciones de traqueostomía y/o
urotraqueales utiliza una sonda para cada caso con su
respectivo frasco.
- 3.- Maneja con técnica estéril la aspiración, utiliza --
gorro, cubreboca y guantes desechables.
- 4.- Aspira secreciones cuando son audibles a distancia o
con el estetoscopio.
- 5.- Si es posible le explica al paciente el procedimiento
y su utilidad.
- 6.- Antes de iniciar la introducción de la sonda ventila
al paciente en forma adecuada y en seguida aspira --
las secreciones por periodos no mayores de 10-15 seg.
evitando los movimiento bruscos.
- 7.- Tiene cuidado de no introducir la sonda ya activada-
para succionar la cavidad del paciente.
- 8.- La activa una vez colocada la sonda en la profundidad
urotraqueal y solo entonces la retira lentamente de
dentro hacia afuera y en rotación continua.
- 9.- Una vez completa la maniobra , ventila nuevamente por
unos minutos y repite la aspiración.

-MOVILIZACION Y ELIMINACION DE SECRECIONES POR PUÑO PERCUSION.

- 1.- Si es posible le explica al paciente su procedimiento y su utilidad.
- 2.- Lo realiza con el paciente en Trendelenburg y posteriormente en decúbito lateral o dorsal.
- 3.- Utiliza palmo o puño percusión cuidadosa y por no menos de 10 minutos cada 2 hrs en la totalidad del tórax.

-PARTICIPACION EN LA INTUBACION ENDOTRAQUEAL.

- 1.- Si es posible le explica al paciente el procedimiento y su utilidad.
- 2.- Coloca al paciente en decúbito dorsal con extensión del cuello moderadamente.
- 3.- Coloca un par de sabanas o una almohadilla por debajo de los hombros del paciente.
- 4.- Checa previamente el estado de la cánula de intubación y el laringoscopio.
- 5.- Prepara el aspirador.
- 6.- Fija la cánula firmemente con cintas umbilicales protegiendo la comisura bucal con gasas.

- INSTALACION DE HUMIDIFICADORES.

- 1.- Al colocar un humidificador se asegura que este ha sido limpiado y esterilizado después de haber sido utilizado con otro paciente.
- 2.- Si es posible explica al paciente el procedimiento y su utilidad.
- 3.- Vigila la temperatura del humidificador
- 4.- Lo llena de agua destilada y vigila que no le falte de acuerdo a la marca establecida.
- 5.- Ministra la nebulización precalentada.
- 6.- Coloca el humidificador de acuerdo a la vía aérea -- permeable (traqueostomía, intubación endotraqueal etc.)

-MINISTRACION DE OXIGENO POR CATETER NASAL.

- 1.- Si es posible le explica al paciente el procedimiento y utilidad.
- 2.- Utiliza catéter estéril desechable.
- 3.- Comprueba que el catéter este permeable y el oxígeno fluya libremente.
- 4.- Llena de agua el borboteador de acuerdo a la marca establecida.
- 5.- Al colocar el oxígeno se asegura que el borboteador haya sido limpiado y esterilizado después de haber sido utilizado con otro paciente.
- 6.- Regula la cantidad de salida de oxígeno, de acuerdo a las ordenes médicas.

- MINISTRACION DE OXIGENO A TRAVES DE VENTILADORES.

- 1.- Si es posible le explica al paciente el procedimiento y su utilidad.
- 2.- Verifica antes de colocar el ventilador que este funcione.
- 3.- Al colocar el ventilador, verifica que ha sido limpiado y esterilizado después de haber sido utilizado con otro paciente.

- MINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

- 1.- Revisa las ordenes médicas antes de ministrar el medicamento.
- 2.- Se lava las manos antes de preparar los medicamentos.
- 3.- Sólo aplica los medicamentos que ha preparado personalmente.
- 4.- Si es posible informa al paciente.
- 5.- Informa sobre el medicamento aplicado, dosis, hora y reacciones durante y después de la aplicación.

- SOLUCIONES PARENTERALES.

- 1.- Fija el miembro donde se aplicó la venoclisis.
- 2.- Vigila constantemente la velocidad del goteo según indicación y el sitio de la punción para confirmar que la aguja continua en vena.

- 3.- Rotula el frasco de la solución, indicando el tipo de solución de la cuál se trata, hora de iniciación y terminación, fecha y la persona que la preparó.

- TRATAMIENTO PSICOLOGICO.

- 1.- Al proporcionar la atención al paciente lo hace con tal seguridad, de manera que inspira confianza.
- 2.- En las situaciones tensas ayuda al paciente a mantener el equilibrio y lo anima a expresar los sentimientos personales.
- 3.- Proporciona apoyo y consejo emocional.
- 4.- Si el paciente inicia alguna conversación, le presta atención.
- 5.- Trata al paciente como persona y no como objeto.
- 6.- Plática con el paciente semi o inconciente y se preocupa por su mejoría y comodidad.

- POSICION.

- 1.- Lo coloca en posición semifowler.
- 2.- Le ayuda a efectuar cambios de posición.
- 3.- Los cambios de posición los efectua cada 2 hrs.
- 4.- Vigila que se mantenga en posición de semifowler

- AISLAMIENTO.

- 1.- Al atender al paciente utiliza gorro y cubreboca.
- 2.- Se lava las manos antes y después de atender al paciente.
- 3.- Verifica que el material y equipo que utiliza este - limpio y/o estéril.
- 4.- Utiliza las técnicas de aislamiento con respecto a - la tos o estornudo del enfermo.
- 5.- Utiliza las técnicas de aislamiento con las secreciones corporales del enfermo (secreciones de la nariz y/o garganta, heridas infectadas).

CLAVE:

	M	B	R	D	M	B	R	D	M	B	R	D	M	B	R	D	M	B	R	D
TRATA-- MIENTO- PSICOLO- GICO.																				
POSICION																				
AISLA- MIENTO.																				

CLAVE:

M.B	B	R	D	M.B	B	R	D	M.B	B	R	D	M.B	B	R	D	M.B	B	R	D

ALIMENTA
CION.

Empty rectangular box for notes or additional data.