



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN
PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA NECESIDAD DE
OXIGENACIÓN**

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

PRESENTA:

ROSALIA MA. ESTHER BAÑOS MONROY
No. de Cuenta 07754627-4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIRECTORA DEL TRABAJO:

MAESTRA MA. DEL PILAR SOSA ROSAS

MÉXICO D. F., JUNIO DE 2005

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m. 347721



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.

INDICE

Introducción	
1.- Objetivo	3
2.- Marco teórico	5
2.1 Historia de Enfermería	
2.2 Historia de Cirugía en México y I.N.E.R	11
2.3 Filosofía de Virginia Henderson	18
2.4 Abrahán Maslow y las necesidades	22
2.5 Proceso de la Atención de enfermería	26
2.5.1 Valoración	
2.5.2 Diagnóstico	
2.5.3 Planeación	
2.5.4 Ejecución	
2.5.5 Evaluación	
3.- Metodología	30
4.- Presentación del Caso	31
5.- Valoración de Enfermería	32
6.- Diagnóstico de Enfermería	42
7.- Plan de Cuidados	45
8.- Plan de Alta	65
9.- Conclusiones	66
10.- Sugerencia	67

11.- Bibliografía	68
12.- Anexo	70
12.1 Anatomía y Fisiología del aparato respiratorio	
12.2 Diagnóstico Empiema	
12.3 Definición	
12.4 Etiología	
12.5 Clasificación	
12.6 Cuadro Clínico	
12.7 Diagnóstico	
12.8 Tratamiento	
12.9 complicaciones	

INTRODUCCION

Actualmente por más de 25 años el proceso de enfermería ha sido el modelo predominante de investigación clínica para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y la aplicación del conocimiento al quehacer profesional. Al igual que el método de solución de problemas proporciona las bases para el pensamiento crítico, El proceso de enfermería es una técnica, herramienta o estrategia utilizada para el cuidado de enfermería mucho se ha hablado de este procesos a nivel mundial y en nuestro país, pero en la realidad aun no se ha aplicado en forma amplia como sería nuestra meta para el profesional de enfermería pues permite una comunicación unificada, eficaz y objetiva. El proceso consta de cinco pasos, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, diseñado para agilizar la identificación y tratamiento de los problemas. De la aplicación de cada una de las etapas se concluye que puede conocer a la persona que demanda un cuidado de manera integral y de la misma forma se brinda una respuesta optima calidad por parte de la enfermera, además de identificar las necesidades de la persona aplicando las intervenciones de enfermería hacia las necesidades básicas de la paciente desde el punto de vista de la filosofía humanística de Virginia quien consideró que todas las personas que todos personas tienen determinadas capacidades.

Virginia Henderson es una teórica que hace su propuesta de intervenciones de enfermería en las necesidades básicas del paciente, desde su filosofía humanística considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales se busca y se trata de lograrla independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada con lo que Virginia Henderson equipara con la satisfacción por uno, a uno mismo en base a la capacidad de la persona para solucionar sus necesidades esto no es posible cuando algo de esto falta o falla en la persona, ó una o más necesidades no se satisface por falta de conocimiento, o falta de voluntad o falta de voluntad para cubrirlas. Virginia Henderson parte de principios, que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacerse, las cuales son normalmente cubiertas por cada individuo cuando este sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Por lo que el presente proceso de enfermería se realiza en una persona enferma de empiema pulmonar y su desarrollo esta basado en la teoría de Virginia Henderson dicho lo cual el empiema es la presencia de pus en la cavidad pleural debido a infección pulmonar subyacente.

Los pulmones, el espacio subfrénico y las estructuras peritoneales son áreas vecinas que pueden causar infecciones bacterianas. Muchas veces el derrame es estéril, pero puede contener gérmenes viables, en ocasiones progresa hasta convertirse en purulento, hasta la formación de un empiema.

El empiema puede ser la consecuencia de una neumonía, de un traumatismo penetrante o surgir como complicación de la cirugía pulmonar o esofágica. Su tratamiento depende tanto de la etiología como de la intensidad de la inflamación pleural. Los pequeños derrames paraneumonicos con una cantidad relativamente escasa de macroorganismos y leucocitos y con un pH mayor de 7.20 por lo común responden a los antibiótico terapia y la toracosentesis. Los derrames de mayor volumen con una cantidad mayor de leucocitos y bacterias y un Ph de menor por lo general no responden a dichos régimen y requieren de un tubo de toracotomía. Los mejores resultado del drenaje con tórax cerrado se obtienen cuando el tubo torácico es de un gran calibre (36 a 42fr.) Y esta colocada en una zona torácica con declive suficiente para garantizar la evacuación completa del líquido de empiema.

Por lo que es importante que el personal de enfermería planifique los cuidados oportunos orientados al bienestar del paciente, haciendo participe al personal multidisciplinario, en especial al personal de enfermería para que vayan desarrollando habilidades y destrezas para elaborar El Proceso de Atención de enfermería a los pacientes con empiema y no solamente con esta patología sino a la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería a todos los pacientes postoperados de cirugía de tórax (lavado y decorticación toracotomías, toracoscopias bilobectomías, neumonectomías, lobectomías y eloesser), trasplantes pulmonares. Y fomentando también la participación de los familiares, asesorándolos para el manejo integral de los pacientes en su domicilio.

OBJETIVOS

- ❖ Desarrollar el proceso de Atención de Enfermería para su aplicación en pacientes con alteraciones en la necesidad de oxigenación a través de la revisión bibliográfica, la teoría de Virginia Henderson y aspectos relacionados con la dificultad respiratoria, durante su estancia en el servicio de Recuperación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para mejorar su calidad de vida.
- ❖ Fomentar el interés y la participación de los familiares, median asesoría y manejo integral de su paciente en su domicilio.

MARCO TEÓRICO

HISTORIA DE ENFERMERÍA

En la enfermería se han producido cambios trascendentes a lo largo del siglo XX. El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías ha acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que a las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos. Antes de la década de los años treinta había pocas enfermeras graduadas que fueran empleadas por los hospitales, por cuanto la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de las estudiantes. En aquel tiempo "enfermería" incluía una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión, como fregar suelos, llevar bandejas y limpiar el equipo, además del llamado cuidado rutinario de los pacientes. A las estudiantes se les dejaba poco tiempo para poder proporcionar un cuidado de enfermería adecuado, y mucho menos para incorporar a ese cuidado un enfoque holístico.

Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud. Entonces las funciones de las enfermeras ya incluían la determinación de la presión arterial, la aspiración ante diversos procesos, la ayuda en las transfusiones, la administración de oxígeno, la inyección de medicamentos y otras técnicas más sofisticadas. Las enfermeras también colaboraron en los quirófanos, las salas de partos y los ambulatorios. Cada vez eran más las personas ingresadas en los hospitales para someterse a nuevos tipos de pruebas, ya que estas instituciones se habían convertido en lugares seguros y eficaces. Este fenómeno se vio fuertemente respaldado por la aparición de los seguros hospitalarios y los planes de pago previo para los cuidados hospitalarios.

En *Enfermería para el futuro*, Esther Lucile Brown indicaba que en un gran hospital docente se realizaban más de cien tipos de prácticas diferentes (sin contar los servicios de cirugía, obstetricia y ambulatorio). Este hecho lo confirma Dennison:

Las enfermeras manejaban los aparatos para aspiración de Wangensteen, irrigación periódica y decompresión de la vejiga. Irrigaban ojos, cuidados de colostomías y drenaban heridas. Hacían la respiración artificial, aplicaban compresas estériles y desinfectaban lesiones. Hacían sondajes, baños de asiento y aplicaban compresas de trementina. Administraban insulina y enseñaban al paciente o a sus familiares a inyectar el fármaco y examinar la orina. Administraban unos 1,500 medicamentos diarios, por vía oral o mediante inyección. Asistían en las punciones lumbares, toracentesis y flebotomías.

A lo largo del siglo XX hubo periodos de escasez dentro de la enfermería. Incluso la creencia de que habría un exceso de enfermeras para el trabajo civil después de la II Guerra Mundial se vio frustrada. Muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares. Otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista en el que ella no tenía ninguna participación en las planificaciones y en la toma de decisiones. Muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas, de trabajo físico arduo y salarios muy bajos.

El éxito demostrado de las salas de reanimación en el frente durante la II Guerra Mundial se tradujo en la creación de unidades especiales para el cuidado de pacientes. Se establecieron salas de posanestesia y recuperación para prevenir las complicaciones del postoperatorio. Igualmente, la utilización de las unidades MASH en el conflicto de Corea tendría su reflejo en la institución de las unidades de cuidados intensivos. De esta forma fue posible establecer una progresión de la unidad de cuidados intensivos a la intermedia, a la de auto cuidados, a la de cuidados a largo plazo y la de cuidados a domicilio. Dicho concepto de "cuidado progresivo del paciente" se formuló y puso en funcionamiento a mediados de los años cincuenta (Haldeman y Abdellah, 1959). Este desarrollo de unidades de tipo específico, aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligaba a contar con algún tipo de enfermería especializada y alteraba la razón enfermera-paciente en algunas áreas, lo cual contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionales.

Al ir disminuyendo el número de enfermeras y aumentar las demandas, se introdujo la "enfermería de equipo". Este método nuevo y diferente de asignación requería menos personal bien preparado. Estaba diseñado para adaptar las tareas concretas a los conocimientos y experiencia de la enfermera que proporcionaba el servicio. Desde un punto de vista filosófico, la enfermería de equipo era un sistema por el cual el personal de enfermería de diferentes tipos podía ser incluido en un equipo para proporcionar cuidados de enfermería de calidad a grupos de pacientes.

La enfermera profesional supervisaba directamente a todos los pacientes y a los miembros del equipo. Además, se celebraban reuniones de equipo para planificar y valorar los cuidados, se aseguraba la continuidad de los mismos y se impartía formación y adiestramiento sobre la marcha (Lambersten, 1953). Por desgracia, la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente fueron decreciendo, ya que cada vez eran menos las enfermeras profesionales tituladas que atendían directamente a los enfermos. Sin duda, el trabajo estaba coordinado, pero el cuidado de enfermería estaba fragmentado. Esto tuvo consecuencias graves debido a los continuos avances dentro de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y al desarrollo de tecnología cada vez más sofisticada. Los años cincuenta y sesenta supusieron una época de revolución para los cuidados de salud.

Se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo. En los años sesenta se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Empezó como una innovación importante en 1963 gracias al empeño de Lydia Hall, inspiradora de la filosofía y el trabajo del Loeb Center for Nursing and Rehabilitation del Montefiore Hospital de Nueva York. La finalidad global de este centro es proporcionar cuidados de enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades. Los cuidados de enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales en un contexto que fomenta el traslado del paciente del hospital general al hogar. La enfermera es el *factor primordial* en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total. La medicina y campos afines se consideran como un tratamiento secundario. En esta estructura se da por supuesto que se necesitan menos cuidados médicos y más cuidados y formación de enfermería (Hall, 1963). Lentamente, se iniciaron otros intentos similares en hospitales de cuidados agudos bajo el pretexto de una enfermería "integral" o "total". Sin embargo, las enfermeras vieron frustrados sus esfuerzos por un personal inadecuado, el énfasis puesto en la eficiencia y la falta de consideración hacia las tendencias del paciente.

Sin embargo, no fue hasta los años sesenta cuando empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente (enfoque holístico) con la aparición de la *enfermería primaria*. La enfermera primaria es responsable del cuidado integral del paciente durante todo su periodo de hospitalización, 24 horas al día, 7 días por semana. Los cuidados de enfermería primaria asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarios (Marram, Barrett y Bevis, 1979).

Cuando la enfermera primaria no se encuentra presente físicamente, una enfermera asociada sigue el plan de cuidados. Con este sistema las enfermeras pueden actuar verdaderamente como abogadas del paciente, responder de su propia práctica y tomar decisiones basándose en los datos disponibles.

Aunque la enfermería primaria ha ido ganando popularidad desde sus principios, su éxito depende de la existencia de personal suficiente, del apoyo de la administración y de concurso de enfermeras preparadas técnica y educativamente. Los pacientes la han acogido favorablemente, y se espera que gane el pleno reconocimiento por parte de los sistemas que proporcionan los cuidados de salud. El mejor argumento para la implantación de la enfermería primaria es el más capacitado para situar al paciente en un entorno que favorezca la consecución de la salud.

Algunas enfermeras primarias se dedican actualmente a la práctica privada o comparten una consulta con un médico. Una de estas "practicantes independientes", M. Lucille Kinlein, colgó su letrero en la puerta en mayo de 1971. Otras optaron por diversos métodos alternativos de cuidado. Por ejemplo, la Dra. Dolores Krieger, profesora de enfermería de la New York University, ha vuelto a popularizar la teoría del tacto terapéutico. Ha alcanzado reconocimiento nacional por su experiencia en esta área y la ha enseñado a muchas enfermeras y otros profesionales.

Aunque se han dado grandes pasos en la enfermería, los problemas siguen vigentes. Las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto. En estos momentos las enfermeras están expresando sus preocupaciones por la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones y otras circunstancias que les impiden proporcionar unos cuidados de enfermería de alta calidad. En los casos en que han fallado todos los intentos de comunicación, las enfermeras se han volcado en las organizaciones u otros tipos de unidades de negociación.

De las enfermeras actuales se espera que sean demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contextos. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en todo tipo de nuevos papeles, que han ampliado sus oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado el alcance de sus responsabilidades. Se están dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para *todas* las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya. Las enfermeras seguirán haciendo frente a los retos del futuro tal como los identificará Florence Nightingale.

A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se ha referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia. Sin embargo, en este contexto el arte es algo más que un concepto lineal y estático. Supone un tipo percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo. Una calidad emocional guía de la transformación del material en arte, pero se refuerza el papel de la inteligencia o del pensamiento. Así, el arte es una forma de interrogación cualitativa que extrae su sustancia de la intuición estética. Isabel M. Stewart calificaba a menudo la enfermería como un arte. Hacía hincapié en que la enfermera, como "verdadera artista", era esencial para el progreso de la enfermería hacia algo más que un oficio altamente calificado. Miss Stewart comprendió que muchas personas veían el arte y la técnica como una entidad única, pero siempre explicaba que un trabajo podía ser técnicamente perfecto y, sin embargo, carecer de arte. La técnica, el alma, la mente y la imaginación eran esenciales para la formación del verdadero artista.

La verdadera esencia de la enfermería, como de cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución, ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a estas técnicas y habilidades. Sin ellos, la enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. Todos los rituales y ceremonias que nuestro culto moderno a la eficiencia pueden imaginar y todo nuestro elaborado equipo científico, no nos salvarán si los elementos intelectuales y espirituales de nuestro arte quedan subordinados a lo mecánico y si los medios llegan a considerarse más importantes que la finalidad.

La herencia de la enfermería es rica. Su historia es un relato de descubrimientos que reflejan los nuevos avances realizados en cada generación. Aunque en estas páginas no se relaciona toda la historia del desarrollo de la enfermería, cabe esperar que el lector se haya hecho una idea de la belleza y la esencia de su arte, tal como las captaran algunos de los más importantes maestros del mundo. Esta amplia gama de obras de arte constituye una gran contribución a la comprensión de la propia enfermería, pues la historia de la enfermería que se ha representado a través del arte muestra sus aspectos más valiosos: cuidado y entrega. El cuidado es la esencia de la enfermería: cuidado por, cuidado de, cuidado hacia... Las páginas de este libro, a través de la discusión y las obras de arte, reflejan la historia de los cuidados a medida que han ido variando en consonancia con los acontecimientos y necesidades sociales a través de los tiempos. Sin embargo, nadie, ni con la pluma sobre el lienzo, podrá jamás captar totalmente el verdadero arte o el espíritu de la enfermería. ¡Ambos desafían a la expresión.

HISTORIA DE LA CIRUGIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Sesenta años después del nacimiento de la Cirugía de Tórax en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias su evolución se relaciona con el de acontecimientos relevantes de la medicina en México y el mundo. Al descubrirse el bacilo tuberculoso en 1882, la cirugía se perfilaba como una de las mejores alternativas de tratamiento. Las noticias de principios de siglo mencionaban las consecuencias de la tuberculosis en época de la Revolución Mexicana. Paralelo a diversos acontecimientos se esbozaba el nacimiento de la cirugía de tórax. Tlalpan fue campo de combate de zapatista y constitucionalistas. En 1930, el general Lázaro Cárdenas decretó la construcción del sanatorio para tuberculosos, concluyéndose en 1935. El servicio de Cirugía de Tórax se inauguró el 11 de enero de 1944. En la segunda mitad del siglo XX, los cambios de la medicina repercutieron en la Cirugía de Tórax. En 1933 se realizó la primera broncoscopia. En 1943 la primera lobectomía y en 1946 la primera angiocardiógrafa intracardiaca y el primer cierre de conducto arterioso. Simultáneamente a estos acontecimientos, hubo un progreso significativo en la estructura del país. En 1967 se llevó a cabo el primer trasplante de corazón que sobrevivió 18 días. Se han realizado diferentes tipos de cirugía, desde los procedimientos que actualmente están en desuso, como el neumotórax extrapleural y la tendencia de la cirugía de colapso y fistulectomias, hasta los que han sido mejorados con el transcurso del tiempo y prevalecen actualmente, como la biopsia pulmonar a cielo abierto y la decorticación pleural. En los últimos veinte años se han practicado técnicas novedosas como la video cirugía, mediastinostomía, mediastinoscopia ampliada, uso de láser en vía aérea y técnicas de autosutura, así como trasplante pulmonar unilateral, tromboendarectomía, cirugía traqueal y cirugía de reducción de volumen. También se ha integrado el perfil universal del cirujano de tórax con parte de formación de recursos humanos, con representación institucional en varios estados del país, Centroamérica, Sudamérica y el Caribe.

Actualmente la cirugía de tórax, como la neumología, trascienden el pasado, construyen su presente y preparan su futuro. Se traspone la frontera del tiempo: Han transcurrido 60 años y nos ubicamos ya en el primer lustro del siglo XXI de un inminente mundo globalizado. Seis décadas han transcurrido desde que fue inaugurado el servicio de cirugía de tórax. Muchos nombres se han escrito en su historia y está la oportunidad de realizar un recuento histórico de su origen y desarrollo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Lo que hoy representa la cirugía del tórax es el producto del esfuerzo, la dedicación, la investigación, el entrenamiento y la osadía de todos aquellos que en el pasado establecieron sus bases y la construyeron. La cirugía torácica, para ser lo que hoy representa, ha superado varias etapas. Su desarrollo se relaciona con el paralelo necesario de eventos trascendentales de la vida política y social de México, de sucesos de la historia universal, del arte y de la ciencia, del propio desarrollo de la medicina, y de la evolución económica de México y del mundo.

El pasado siglo XX se caracterizó por grandes progresos en la medicina, la cirugía, el arte y la ciencia. Descubierta el bacilo de la tuberculosis por Robert Koch en 1882, identificada la tuberculosis como una devastadora enfermedad para la humanidad, se veía a la cirugía como una única y esperanzadora solución. En la transición a este siglo los cirujanos enfrentan sus retos con el conocimiento de la asepsia que se impone con rapidez, y con lo que la cirugía adquiere modernidad.

Se esboza el nacimiento de la cirugía torácica con reportes y tesis como la pleuresía purulenta y su tratamiento de los doctores Alfredo Cuarón en 1908 y Manuel Pallares en 1916. Más adelante, en 1921, se reporta el neumotórax extrapleurales como tratamiento quirúrgico para la tuberculosis pulmonar por el Dr. Manuel Alamillo, así como en 1916 se reporta también la fisiopatología de la respiración en los pacientes traumatizados de tórax y la frenicectomía como posible tratamiento antituberculoso por el Dr. A. Ventura Neri.

Aunque la naciente cirugía torácica se practicaba desde el origen del hospital, los quirófanos tuvieron una ubicación itinerante hasta que se construyó la Unidad de Cirugía, con tres salas de quirófano y una sala de broncoscopia y le es otorgado el reconocimiento oficial como servicio. Sus instalaciones fueron inauguradas el 11 de enero de 1944.

Durante el Tercer Congreso de la Asociación Médica Panamericana, en 1932, el Dr. Eloesser se refiere al tratamiento quirúrgico de la tisis y describe: "Esta clase de ruinas humanas, se hallan en cada sanatorio, en cada colonia de tuberculosos. Su tisis ya no les mata, pues sus fuegos se han apagado; tanta resistencia han desplegado contra sus bacilos que los llevan tan inocentemente como si fueran tenias: sin calentura, sin sudores, sin taquicardia. Más si la tisis ya no les mata, tampoco sus efectos los quieren dejar vivir; estropeados viven escupiendo, tosiendo, ahogados, hasta que tras años, una benéfica hemorragia o un corazón demasiado cansado les libra de la muerte".

En la segunda mitad del siglo XX, de alcance insospechado fue la construcción de herramientas de diagnóstico, como los isótopos radioactivos, la electroforesis, el electrocardiograma, el electroencefalograma, estudios de imagen contrastados, los instrumentos de cauterización, el láser, la exploración intracardiaca, la ultrasonografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear, y al final del siglo, la tomografía por emisión de positrones. El trabajo del médico deja de ser individual y se convierte en un trabajo de equipo, que demanda un mayor y continuo esfuerzo para incrementar y utilizar los conocimientos que rápidamente se generan. No se concreta sólo al diagnóstico y tratamiento, sino que se asume la tarea de prevenir las enfermedades y rehabilitar al paciente.

El cirujano de ese tiempo se caracterizó por la calidad de sus intervenciones quirúrgicas, aún con los límites técnicos. Los índices de morbimortalidad podrían ser alarmantes. En 1933 se realiza en México la primera broncoscopia en el Hospital General de México por el Dr. Ricardo Tapia A, así como la primera bronco grafía y, por primera vez, la extracción de un cuerpo extraño. Se funda en 1936 el servicio de Bronco logía en el Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco. En 1943 se hace en el INER la primera lobectomía, el Dr. Donato Alarcón con la participación de los doctores Eloesser y Benito Neff; en 1946 el Dr. Alejandro Celis lleva a cabo por primera vez, la angiocardiógrafía intracardiaca directa y el primer cierre de conducto arterioso por el Dr. Clemente Robles.

Los avances que el Dr. Alexis Carrel, precursor de la cirugía vascular realizó, son ahora base de la cirugía cardiovascular y de los trasplantes de corazón y pulmón. La técnica de la intubación laríngea se debe al Dr. Rudolf Matas y al Dr. Benito Neff en la cirugía torácica con lo que se controló el colapso pulmonar y se logró la cirugía de resección. Mientras en 1948 se funda la Organización Mundial de la Salud como una autoridad coordinadora de los asuntos sanitarios universales, fomenta la investigación y la cooperación entre los médicos y las autoridades y promulga un código internacional de ética médica. Gibbon, en 1937, presenta el primer informe de la creación de una máquina de circulación extracorpórea, que mejorada ya más adelante, en 1952 permite la cirugía de corazón abierto.

Concurrentemente, la cirugía torácica para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar nacía en el instituto. Se inicia con modestos y a veces agresivos procedimientos quirúrgicos, que en conjunto, se conocerían después como cirugía de "colapso terapia", término que agrupaba una serie de técnicas quirúrgicas que implicaban el colapso del pulmón. Al cumplirse 50 años de vida institucional, el número de enfermos que fueron beneficiados por este tipo de cirugía, además de un número menor de resecciones, fue numeroso, 17,083 casos.

En 1935 se realizaron las primeras cirugías de neumotórax extrapleurales que aumentaron en forma considerable por la eficacia del procedimiento, pero, además, también por la carencia de otros recursos en los años 40 y 45. Actualmente es una técnica en desuso. En su momento, empeoró, fue un instrumento valioso cuando no se disponía de otros recursos quirúrgicos.

El carácter común de la cirugía de colapso era el de ser indirecta y local al no suprimir directamente la lesión buscando inhibir la actividad funcional. "El principio fisiopatológico del neumotórax, las frenicectomías, las neumolisis extrapleurales y toracoplastias es semejante. Consisten en quitar el obstáculo que inhibe la tendencia retráctil que poseen normalmente las lesiones tuberculosas pulmonares" el concepto entonces era: "al colapsar el pulmón se da la posibilidad de satisfacer su elasticidad empequeñeciendo su volumen con el resultado final de inmovilizar las lesiones". La actividad quirúrgica contra la tuberculosis se manifestó a la vez que una corriente de actividad universal de múltiples alternativas quirúrgicas como el "neumotórax artificial" o extrapleurales, la toracoplastia y finalmente, la frenicectomía o frenopraxia. Las resecciones todavía quedaban lejos; antes se realizó el neumoperitoneo como recurso para inducir el colapso pulmonar.

El desarrollo del tratamiento quirúrgico fue gradual. La toracoplastia nace de la observación hecha en Italia por Forlanini en el siglo anterior, por la ruptura espontánea de un pulmón tuberculoso en un paciente en quien paradójicamente se observa mejoría. Bäuer propone un tratamiento quirúrgico consistente en reseca parcialmente las costillas en pacientes con fibrosis apical extensa en quienes era imposible realizar el colapso pulmonar. Inicialmente la toracoplastia se realizó para dos patologías diferentes: la tuberculosis cavitaria y el empiema crónico adopta diferentes tendencias de acuerdo con diferentes autores, desde Estlander, en 1879, Shede en 1890 y Alexander en 1928. Esta cirugía se realizó con todas sus variables, incluyendo la condroflexión de la primera costilla. La toracoplastia se inicia ya durante 1939, pero fue la década de los años cincuenta en que esta técnica se realizó con más frecuencia, solamente entre 1945 y 1965 se realizaron más de 5,000 toracoplastias con todas las variables posibles; todavía en 1985 reportamos tres de ellas.

Era el tiempo de las "bicheras" (envases de cartón que se daban a los pacientes para recibir sus esputos) y de anuncios en los extensos pasillos y jardines institucionales de "No escupir en el suelo", era también el tiempo de la educación sanitaria, de largas estancias hospitalarias, de pocos recursos y de muertes súbitas por sangrado masivo de la vía aérea; la recolección de las "bicheras" continuaba, y su traslado por sótanos y pasillos se efectuaba con discreción hasta su incineración. La evolución de la cirugía seguía su curso. Aparece entonces como recurso el neumoperitoneo, menos invasivo pero aparentemente igual de efectivo; es aprendido cabalmente y se aplica a miles

de pacientes con resultados muy alentadores. Es particularmente indicado en lesiones apicales.

En 1940. En la neumología, la experiencia demuestra que hay casos en que el neumotórax "es una virtualidad de fuerzas antagónicas", generada por la presencia de "bridas" que impiden su desarrollo; por tanto, en estos casos es necesaria la neumolisis, cirugía que tiene su origen desde que, en 1910, Jacobeus, en Suecia, realiza la sección de adherencias pulmonares que impedían el colapso del pulmón. Inicia el tratamiento de colapso pulmonar, realizando la sección de adherencias y lo justifica un pensamiento generalizado en su tiempo: "Aunque el factor mecánico no sea el mismo en intervenir para favorecer la curación de las lesiones tuberculosas por colapsoterapia, intervienen en ello además factores biológicos, neuro-vegetativos, y no es menos cierto que las leyes que rigen la mecánica pulmonar explican la mayor parte de los resultados obtenidos." En el Instituto, esta técnica tuvo una aplicación generalizada, al mismo tiempo que el neumotórax extrapleurales y la toracoplastia durante los años 45-50, entre tanto continuaba el desarrollo de la cirugía para tuberculosos.

Ante el control de la tuberculosis, pero especialmente por el convencimiento de la bondad de su tratamiento médico, se desplazaba la cirugía necesaria para la tuberculosis por procedimientos de diagnóstico como la biopsia de pulmón a cielo abierto. Se empezó a utilizar a partir de 1950; hasta el año de 1985 se realizaron 2,341. Sin embargo, actualmente se realizan un promedio de 80 procedimientos por año, ya que constituye el estándar de oro en el diagnóstico de la patología intersticial y fundamentalmente en la investigación respectiva, lo que ubica al INER como líder universal en este campo.

Una de las complicaciones más frecuentes y temidas, una vez dominada la técnica de refección pulmonar, era la fístula broncopleurales, por lo cual se desarrolla una técnica de tratamiento. La fistulectomía se utilizó ampliamente durante los años 1945 y 1955, también como una cirugía para el tratamiento contra la tuberculosis. Con el desarrollo de mejores técnicas quirúrgicas, fue disminuyendo su utilización desapareciendo prácticamente hacia el año 1985.

En cuanto a las neumonectomías fueron muy utilizadas entre 1955 y 1970. El cambio en los conceptos de enfermedades como el cáncer pulmonar y otras patologías, así como las novedosas técnicas quirúrgicas, han permitido disminuir el número de esta cirugía "mutilante" fisiológicamente, en cierto sentido. Hacia 1985, su número había disminuido. En la actualidad se efectúan en el Instituto 18 neumonectomías por año: la decorticación es hoy por hoy la cirugía más frecuente en cuanto a la patología infecciosa pulmonar y su desarrollo ha sido interesante ya que en los inicios de la cirugía torácica se

realizaba con poca frecuencia debido al desconocimiento de las técnicas actuales y a la dificultad de la ventilación transoperatoria.

Actualmente se han efectuado más de 90 cirugías por año durante los últimos cinco años, con resultados exitosos en la mejoría de la función ventilatoria del paciente.

Las dos últimas décadas del siglo XX, cobijadas por el despliegue de las comunicaciones, permiten al instituto un desarrollo quirúrgico sin precedentes logrando el avance de técnicas terapéuticas, de diagnóstico y de estadificación en el cáncer broncogénico con un paralelo comparativo internacional. Desde el año 1984 en el INER se practica una de las técnicas quirúrgicas más novedosas de la cirugía del presente siglo: la video cirugía, gracias a la tecnología digital computarizada, que permite la cirugía de mínima invasión con repercusión mórbida baja, y con una estancia hospitalaria corta. Igualmente otras técnicas quirúrgicas se desarrollan como la mediastinoscopia, la mediastinotomía, la mediastinoscopia ampliada, el uso de láser en la vía aérea, la aplicación de técnicas quirúrgicas con el uso de equipos de autosutura.

También el INER ha sido pionero en el país en la realización de múltiples técnicas quirúrgicas como el trasplante de pulmón unilateral, la tromboendarterectomía, la cirugía de reconstrucción traqueal y la cirugía de reducción de volumen pulmonar, entre otras. Se ha incluido también al esófago dentro del dominio quirúrgico de esta especialidad institucional y la pronta participación en la cirugía para el trauma torácico conformando el nuevo y universal perfil del cirujano de tórax.

Pero una de las metas más importantes que el servicio de Cirugía del INER ha logrado en sus primeros sesenta años, además del beneficio a miles de pacientes, es la formación de recursos humanos, preparando cirujanos torácicos de alta calidad con reconocimiento universitario, quienes mantienen una destacada representación institucional en varios estados de nuestro país, así como en todos los países de Centroamérica y otras ciudades importantes del Caribe y Sudamérica.

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri) y falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. Henderson se convirtió en una leyenda viva, por lo que la biblioteca de enfermería internacional de Sigma Theta Tau fue bautizada con su nombre. (Esta noticia de su fallecimiento fue transmitida por Internet Holloran escribió sobre ella. (La señorita Virginia Avenel Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el siglo XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial).

Henderson define a enfermería en términos funcionales como: “ La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla criterios de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas en la fisiología, de la 8 a la 9 relacionadas con la seguridad, la 10av relacionada con la propia estima, la 11av relacionada con la pertenencia y desde la 12va a la 14va relacionada con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

1. - Respirar con normalidad.
2. - Comer y beber adecuadamente.
3. - Eliminar los desechos del organismo.
4. - Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. - descansar y dormir.
6. - Seleccionar la vestimenta.
7. - Mantener la temperatura corporal
8. - Mantener la higiene corporal.
9. - Evitar los peligros del entorno.
10. - Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades ,miedos u opiniones.
11. - Ejercer el culto a Dios, acorde con la religión.
12. - Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. - Participar en todas las formas de recreación y ocio..
14. - Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por las personas cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o mas necesidades no se satisfacen, por lo que surgen los problemas de salud (dependientes). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permantes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estado patológico.

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive colapso y las hemorragias).

Estado de inconciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o al calor que produzcan temperaturas del cuerpo marchadamente anormales.

Estados febriles agudos debido a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio.

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Además describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctica, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Al hacerse un análisis de la filosofía de Virginia Henderson con respecto a los elementos del meta paradigma encontramos los siguientes conceptos:

Persona.- Henderson pensaba en el paciente como individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Un individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia, una muerte en paz. la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano como el enfermo anhelan el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesitan fuerza, deseos, conocimiento para realizar las actividades indispensables para una vida sana.

Entorno, Tampoco en este caso dio Henderson una definición propio de entorno y define como entorno al conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud, Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. existen diversidad de definiciones de salud de varias fuentes entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Que interpreta la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda las 14 componentes del cuidado de enfermería. Se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, le permite a una persona trabaja con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cosas. La calidad de la vida, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Necesidades, en la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad.

Henderson considera la salud en términos de habilidades del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería, equipara salud con independencia.

ABRAHAN MASLOW Y LAS NECESIDADES

Abraham Maslow desarrolla una propuesta del crecimiento y madurez humana basada en las necesidades.

Las necesidades de acuerdo a Abraham Maslow presenta una forma sencilla de concebir las necesidades de una persona, la jerarquía de las necesidades ordena las necesidades desde los niveles más bajos y más básicos, hasta los niveles más altos. Maslow plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana.

La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el ordenado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades de amor y de pertenencia, las necesidades de estima; y las necesidades de desarrollo, las cuales serían las necesidades de auto actualización y las necesidades de trascendencia. Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se producen un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer.

La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades superiores de la jerarquía; "un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino, más bien, con asegurarse lo suficiente para comer" (DiCrapio, 1989, Pág.364). solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores – aunque lo haga de modo relativo-, entran gradualmente en su conocimiento de necesidades superiores. y con la motivación para poder satisfacerlas; A medida que la tendencia positiva toma más importancia, se experimenta un grado mayor de salud psicológica y un movimiento hacia la plena humanización.

Para Maslow, el convertirse plenamente en humano implicaría la aceptación de satisfacción de las necesidades determinadas por nuestra base biológica, lo que permitiría, tras satisfacer las tendencias que nos unen con el resto de la humanidad, descubrir lo idiosincrásico, lo que nos distingue del resto de los seres humanos, el descubrir los propios gustos, talentos determinados por nuestra herencia, para concretizarlos- elaborarlos- en base al trabajo esforzado; En palabras de Maslow: "la manera en que somos distintos de las demás personas también se descubre en esta misma búsqueda personal de identidad [en la base instinto idee]" (Frick, 1973, Pág. 34). Maslow concibe 6 necesidades.

Necesidades Fisiológicas.

Se refiere a las necesidades verdaderamente básicas de alimentos, agua, cobijo y sexo. La prioridad en cuanto a la satisfacción de las necesidades está dada por las necesidades fisiológicas.

Necesidades de Seguridad y Protección.

Describen el afán de la persona por disfrutar de la seguridad o protección. Incluyen una amplia gama de necesidades relacionadas con el mantenimiento de un estado de orden y seguridad.

Muchas personas dejan suspendidos deseos como el de libertad por mantener la estabilidad y la seguridad. Muchas veces las necesidades de seguridad pasan a tomar un papel muy importante cuando no son satisfechas de forma adecuada; "la mayoría de las personas no pueden ir más allá del nivel de funcionamiento de seguridad" (DiCaprio, 1989, Pág.365), lo que se ve en las necesidades que tienen muchas personas de prepararse para el futuro y sus circunstancias desconocido.

Necesidades de Pertenencia y Amor.

Se concentran en los aspectos sociales donde casi todo el mundo concede valor a las relaciones interpersonales y de interacción social. Dentro de las necesidades de amor y de pertenencia se encuentran muchas necesidades orientadas de manera social; la necesidad de una relación íntima con otra persona, la necesidad de ser aceptada como miembro de un grupo organizado, la necesidad de un ambiente familiar, la necesidad de vivir en un vecindario familiar y la necesidad de participar en una acción de grupo trabajando para el bien común con otros.

Necesidades de Valoración (estima).

Incluyen la preocupación de la persona por alcanzar la maestría, la competencia, y el estatus. La necesidad de estima es aquella que se encuentra asociada a la constitución psicológica de la persona. Maslow agrupa estas necesidades en dos clases: las que se refieren al amor propio, al respeto a sí mismo, a la estimación propia y la auto evaluación; y las que se refieren a los otros, las necesidades de reputación, condición, éxito social, fama y gloria.

Necesidades de Realización Personal (desarrollo)

Reflejan el deseo de la persona por crecer y desarrollar su potencial al máximo. La satisfacción de las necesidades de carencia es condición necesaria, pero no suficiente, para el individuo logre su autorrealización. "La persona meramente sana", según Maslow, "gusta [de] la cultura[...], sus metas son benévolas, están llenos de buenos deseos y carecen de malicia, pero falta algo" (Frick, 1973, Pág. 53). El elemento que podría ser estimulante para lo que el anhelo de autorrealización y el crecimiento de la personalidad sería la crisis y la desintegración de la personalidad, con el posterior acceso a niveles más altos de integración y a motivaciones propias de la autorrealización; de todas maneras, habría personas que podrían llegar al estado de autorrealización de manera gradual sin necesidad de pasar por tremendas conmociones.

Necesidades Fuera de la Jerarquía.

Necesidad de saber y comprender.

Estas necesidades son de orden cognoscitivo y no tienen un lugar específico dentro de la jerarquía, pero a pesar de ello fueron tratadas por Maslow estas necesidades serían derivaciones de las básicas, expresándose en forma de deseo de saber las causas de las cosas y de encontrarse pasivo frente al mundo.

Necesidades Estéticas.

Las necesidades estéticas están relacionadas con el deseo del orden y de la belleza. Estas necesidades estéticas incluyen: necesidad por orden, necesidades por la simetría, la necesidad de llenar los espacios en las situaciones mal estructuradas, las necesidades de aliviar la tensión producida por situaciones inconclusas y las necesidades de estructurar los hechos.

Ventajas:

- Maslow establece la primera sistematización de las necesidades humanas, las cuales poseerían una raíz biológica. De este modo, se escapa de realizar un simple catálogo de supuestas instintos que poseería el hombre, intento erróneo que olvida las diferencias existentes entre el mundo animal(donde existirían, supuestamente, tales instintos) y la especie humana.
- Maslow fue uno de los primero en afirmar que una necesidad satisfecha no es fuente de; junto a esto reniega de los modelos homeostáticos de la motivación, sino que postula la existencia de una tendencia positiva al crecimiento, que se expresaría en las distintas necesidades de origen instinto idee que surgen sucesivamente tras la satisfacción de necesidades, de nivel inferior.
- Los estudios de Maslow se basan en el estudio sobre personas sanas – o actualizadas –y no sobre enfermos, tal como lo hacen Freud o Horney, lo que nos daría una perspectiva más adecuada para comprender como se logra y que significa la “salud mental”, más allá de definirla como “ausencia de enfermedad”.
- El modelo de Maslow no explica de forma clara y consistente ciertas conductas, como son las de autosacrificio en aras de un bien común; aunque este acto se justifique por la presencia de necesidades de trascendencia que superarían las básicas de orden de la supervivencia, parece necesario un ajuste del modelo para lograr asimilar el mejor modo estos hechos. (Cedido por Uch de RRHH el portal de estudiantes de RRHH).

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería es un método. una técnica, una herramienta es una estrategia utilizada para el cuidado de enfermería. Mucho se ha hablado de éste Proceso a nivel mundial y en nuestro país, pero en la realidad aun no se a aplicado en forma amplia como seria nuestra meta profesional pues permite una comunicación unificada, eficaz y objetiva.

La dificultad en su aplicación radica en la forma de entenderlo como un método sistemático, regular y secuencial, que permite la intervención individualizada. La consecuencia de metas mutuas entre la persona usuaria y la enfermera y por consiguiente la administración del cuidado de enfermería.

De la aplicación de cada una de las etapas se concluye que se puede conocer la persona que demanda un cuidado de manera integral y de la misma forma se brinda una respuesta de óptima calidad por parte de la enfermera.

El aporte basado en la experiencia de la aplicación del proceso por parte de las autoras, será una herramienta facilitadora para el aprendizaje de los estudiantes del proceso de enfermería y el reforzamiento para el desempeño profesional, lo cual redundará en la calidad del cuidado y el beneficiará el desarrollo de enfermería a nivel del país

Los procesos de Atención de Enfermería, es un sistema de planeación es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la practica de la enfermería.

Después de haber hecho una revisión bibliográfica de conceptos considero que el que más se acerca a experiencia es:

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticas y trata la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Yura y Walsh (1988) afirman que " el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar optimo del cliente, y, si este estado cambia, proporciona la cantidad y la calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo el estado de bienestar.

El Proceso de Atención de Enfermería se dividen en 5 etapas:

- Valoración
- Diagnostico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

VALORACIÓN

La primera fase del proceso de Enfermería es la Valoración.- sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problema, precauciones o respuestas humanas del cliente humanas del cliente.

En la valoración se incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ellas se incluyen los métodos de entrevistas, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, los valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica, los datos reunidos durante la valoración, se recogen y organizan los datos que conciernen a el paciente.

DIAGNOSTICO

Es la segunda fase es un enunciado real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependientes, interdependientes e independientes según el nivel de la decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas: análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de Enfermería y problemas interdependientes.

PLANEACION

La fase de Planeación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Tiene varias etapas:

- Establecimiento para los problemas diagnosticados.
- Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

EJECUCION

La ejecución es el inicio y la terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitario, por el cliente, o por su familia.

El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interrelación con el entorno a la ejecución incluye también en el registro de la atención al cliente, en los documentos adecuados dentro de la historia de la enfermería.

EVALUACION

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de unos procesos continuos que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención.

El profesional de enfermería evalúa el proceso del cliente establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina, los criterios para la evaluación.

METODOLOGIA

- ❖ El Proceso de Atención de Enfermería se realizó a través de los siguientes pasos.
- ❖ La asistencia a un seminario de proceso de Atención de Enfermería para titulación.
- ❖ Se eligió un paciente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias con las necesidades de oxigenación , secundaria a un empiema pulmonar postoperatorio de lavado y decorticación , para aplicar el proceso en base a las catorce necesidades de Virginia Henderson.
- ❖ Revisión exhaustiva de bibliografía específica de los diagnósticos de enfermería relacionados con el caso clínico y la revisión del expediente clínico.
- ❖ Elaboración de un instrumento de valoración de enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ❖ Se identificaron en el instrumento datos subjetivos, se seleccionaron y se elaboraron diagnósticos de enfermería.
- ❖ Se llevaron a cabo sesiones de trabajo para intercambio de experiencias para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería maestra y alumnos.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 52 años de edad, originario y residente del D. F. Casado, sin antecedentes patológicos en su familia habitan en casa de medio suburbana con todos los servicios tabaquismo negativo, alcoholismo ocasional cada 15 días sin llegar a la embriaguez, sin antecedentes quirúrgicos crónicos degenerativas, ni alergias.

Iniciando su padecimiento 3 semanas de evolución con rinorrea, fiebre no cuantificada, astenia, adenomía y tos al principio seca y posteriormente productiva con expectoración purulenta fétida, se automedica y recibió tratamiento empírica sin mejoría, agravan doce su cuadro, con presencia de dificultad para respirar, asiste al médico de su localidad donde le detectan derrame pleural, por lo que es referido al Instituto a su ingreso le realizan toracosentesis obteniéndose material purulento, se coloca sonda endopleural la cual permanece por 4 días y es retirada por ausencia de gasto le realizan tomografía y se confirma presencia de loculos pleurales, engrosamiento pleural y atrapamiento pulmonar a la exploración física signos vitales normales, afebril, conjuntivas normo crónicas, mucosas hidratadas, cuello cilíndrico, sin adenomegalias disminución importante de ruidos torácicos, movimientos en caja torácica izquierda, ausencia de ruidos respiratorios, en casi todo el tórax y palpación dolorosa, por lo que es presentado a la junta quirúrgica (LÁB. Leucocitos 20.4, Hb 11.4, Hto 36.5, plaquetas 108, urea 20, creatinina 0.8, Tp, TPT), se programa para lavado y decorticación para el 6 de enero 2005, plan para cirugía se le solicitan paquetes globulares y 4 plasmas grupo y Rh (O positivo), se le instala catéter central en subclavia derecha. Hallazgos quirúrgicos pleura engrosada de mas de 0.5 cm., loculos de fibrina básales diafragma elevado zonas de consolidación foco neumónico en lóbulo inferior izquierdo y segmento posterior.

Posterior a la Cirugía presenta fuga importante en la sonda endopleural, por lo que se sella con silicón desapareciéndose la fuga el 10 de enero se reporta con buenas condiciones generales, tolera la vía oral S. U. Estable, adecuada hidratación, campos pulmonares sin alteraciones ruidos audibles, herida quirúrgica limpia sin datos de infección el abdomen blando depresible con ruidos peristálticos normales, al igual que con buen volumen urinario, mejoraron los laboratorios (Leucocitos 7.300, Hb 11.2, Hto. 32.6, plaquetas 4.23, Tp 15.2, 73% TPT 224), se decide su alta al servicio clínico 6, cama 619 permaneciendo 2 días más, saliendo de alta el 13 de enero del 2005, por mejoría a su domicilio con tratamiento antes mencionado.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- 1.- Deterioro del patrón respiratorio con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestada por disnea al moverse dificultad para expulsar las secreciones de los pulmones, taquipnea, cianosis, disminución de la saturación de oxígeno menor del 90%.
- 2.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la incisión quirúrgica manifestado con efectos de los fármacos, anestésicas o narcóticos.
- 3.- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas al aumento de secreciones manifestadas por tos secundaria a dolor, fatiga.
- 4.- Alteraciones de la función respiratoria relacionada con inmovilidad manifestada por estado postanestésico y dolor.
- 5.- Déficit de volumen de líquido relacionado con la cirugía manifestada por ayuno prolongado, antes y después de la cirugía, palidez piel, seca, fatiga, al ingerir alimentos, dolor al moverse.
- 6.- Alteraciones durante la defecación, posición inadecuada para defecar y falta de intimidad manifestada por dolor durante la defecación, malestar por no poder asistir al sanitario.
- 7.- Deterioro de la movilidad física relacionada a la limitación de movimientos del brazo y hombro manifestado por dolor torácico, dolor de la herida quirúrgica restricciones posturales postoperatorias.
- 8.- Alteraciones del confort, relacionado con la incisión quirúrgica, el sitio de inserción de los tubos torácicos y la inmovilidad manifestada por el dolor, angustia, inquietud, la desaturación de oxígeno menor de 90%.
- 9.- Ansiedad moderada relacionada con la próxima cirugía y poca información. manifestada por inquietud, voz temblorosa, insomnio y temblor de manos.
- 10.- Dificultad para vestirse relacionada con la incapacidad para ponerse o quitarse prendas, manifestada por fatiga al esfuerzo, disminución en la saturación de oxígeno menor 90%, dolor intenso e inquietud.

11.- Alteraciones de la temperatura relacionada con la exposición al frío dentro del quirófano, manifestada por piel fría, pilo erección, palidez, temperatura de 35grados centígrados, escalofríos, taquicardia e hipotensión.

12.-Trastornos del patrón del sueño relacionado con la cirugía, la limitación en la movilización dolor, manifestada por somnolencia, angustia, irritabilidad.

13.- Deficiencia en el cuidado personal relacionada con la instalación de las sondas endopleurales, manifestadas por incapacidad para realizar aseo personal.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

NOMBRE DEL PACIENTE: MALDONADO SANCHEZ ROBERTO EDAD: 49 AÑOS
 NUMERO DE EXPEDIENTE: 150729 N° DE CAMA: R4 SERVICIO: RECUPERACION
 DIAGNOSTICO: NECESIDAD DE OXIGENACION FECHA DE INGRESO: 6 ENERO 2005

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Deterioro del patrón respiratorio con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por disnea al movilizarse dificultad para expulsar las secreciones de los pulmones taquipnea, cianosis, desminución de la saturación de oxígeno menor de 90%	El pulmón es abastecedor de oxígeno a las células de tejidos corporales y eliminar el dióxido de carbono, formado por el metabolismo celular, el gradiente de presión entre alveolos y capilares hace que el oxígeno por difusión pare a la hemoglobina saturando la sangre con oxígeno. La capacidad de la función pulmonar debido a que hay un corte quirúrgico en el quinto espacio intercostal de manera que traspase el parenquima llegando directamente a pulmón con lo que forma planeada se lesionan las células pulmonares, que aproximadamente tardan en cicatrizar de forma inmediata los días. Por otro lado para favorecer este proceso de cicatrización profunda se requiere de la colocación de tubos de drenaje toraxico que en el momento de la inspiración se produce una concentración	Mejorar el intercambio gaseoso garantizando la oxigenación vital del metabolismo anaerobio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar al paciente en posición de fowler para evitar, la acumulación de secreciones. 2. Colocación de nebulizacioneo y/o puntos nasales de manera alterna. 3. Monitoreo cardiaco no invasivo. 	<p>La posición adecuada del paciente favorece la expansión del pulmón, además de evitar la acumulación de secreciones y conservarse una buena alineación para impedir deformaciones posturales contracturas y el hombro. Además permite una mejor expansión pulmonar. Nebulizar al paciente ayuda a fluidificar las secreciones mejorando la ventilación y el intercambio gaseoso.</p> <p>El monitoreo cardiaco ayuda a detectar la presencia de arritmias cardiacas. La disminución de la presión sistoloca y diferencial indica disminución del volumen sanguíneo, detectar a tiempo alteraciones en parametros de signos vitales, nos dan indicios alteraciones hemodinamicas, para actuar a tiempo en el manejo de los pacientes</p>	El paciente mejoro bastante con la posicion y las nebulizaciones llegando su saturación hasta 98%.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la incisión quirúrgica manifestando con efectos de los farmacos anestésicos o narcóticos</p>	<p>muscular que ocasiona dolor.</p>	<p>La contracción de los musculos inspiratorios provoca flujo aéreo al descender las presiones pleurales, alveolares y de la vía aérea.</p>	<p>Monitorear la saturación de oxígeno y mantenerla por arriba 90% auscultar de los campos pulmonares.</p> <p>Coloca al paciente en posición del fowler.</p>	<p>Posoperados.</p> <p>La ausencia de ruidos respiratorios indica hipoventilación del lóbulo, la presencia de ruidos roncós indican presencia de secreciones en las vías respiratorias. La presencia de estertores indican la necesidad de ejercicio ventilatorios energéticos.</p> <p>Facilita la expansión del diafragma y el tórax favoreciendo la salida de las secreciones.</p>	<p>El paciente presenta una frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales. Al auscultación los pulmonares se encuentran bien ventilados sin presentar compromiso respiratorio.</p>

NECEAIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas al aumento de secreciones manifestada por tos secundaria a dolor, fatiga.</p>	<p>El epitelio del árbol respiratorio presenta cilia y la posibilidad de secretar moco. Al ingresar microorganismo u otras partículas, estos son atrapadas por el moco y en forma gradual, desplazados por ilias que permiten su eliminación por expectoración. La tos en un mecanismo fisiológico reflejo que permite limpiar las vías respiratorias de material extraño y secreciones</p>	<p>Favorecer el reflujotusígeno para movilizar secreciones.</p> <p>Mantener la permeabilidad de la vía aérea eficazmente.</p> <p>Fomentar la tos.</p>	<p>Administración de nebulizaciones y/o O2 PPN. 3lx.</p> <p>Mobilización del paciente fuera de la cama</p> <p>Fomentar a la inhalación maxima sostenida. (con espirometro)</p>	<p>La humidificación es uno de los factores mas importantes para disminuir la tos y la producción de moco.</p> <p>La movilización frecuente el cambio de postura facilitan la eliminación de las secreciones y mejoran la distribución de la ventilación y la perfusión de los pulmones.</p> <p>El principal factor de la limpieza ineficaz de la vía aérea esta relacionada. Con reducción de volumen pulmonar y sin suspiros por efecto de anestesia. El inspirar profundamente y sostener el aire varios segundos antes de inspirar, produce altas presiones de insuflación alveolar y es eficaz para evitar el colapso alveolar.</p> <p>La tos es otro método eficaz para movilizar las secreciones retenidas como consecuencia de la anestesia, la cirugía y la inmovilidad del paciente.</p>	<p>El paciente mantiene la permeabilidad de las vías respiratorias, puede toser en cascada y realizar inspiraciones máximas sostenidas.</p>

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Potencial de alteraciones de la función respiratoria en relación con inmovilidad secundaria a estado posanestesia y dolor.</p>	<p>El periodo posoperatorio inmediato la hipoventilación y la disminución sensorial, que resulta de la depresión del SNC por narcóticos y anestesia, aumental el riesgo de aspiración.</p>	<p>Mejorar la oxigenación mejorando la relación ventilación perfusión a corto plazo.</p>	<p>Auscultar los campos pulmonares por si hay disminución de los ruidos respiratorios.</p> <p>Tomar medidas para prevenir la aspiración. Colocar al paciente de lado con almohadas apoyándosele la espalda y las rodillas ligeramente flexionadas.</p> <p>Reforzar la educación preoperatoria del paciente sobre la importancia de cambiar de postura toser y respirar profundamente y hacer ejercicios de piernas.</p>	<p>Cuando es apropiado y se hace bien, la tos por lo general es efectiva para expulsar esas secreciones, y así se disminuye o elimina la necesidad de aspiración.</p> <p>La presencia de estertores indica secreciones retenida. La disminución de los sonidos respiratorios nos indican presencia de atelectacia.</p> <p>En el periodo posoperatorio, la disminución del y la hipoventilación contribuyen al aumento del riesgo de aspiración.</p> <p>El dolor del posoperatorio puede evitar el cumplimiento, el refuerzo de la importancia de estas medidas puede mejorar.</p> <p>Los ejercicios y movimiento promueven</p>	<p>El paciente mejoro su ventilación con las nebulizaciones con salbutamol además de la posición y mejorando los ruidos respiratorios.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE OXIGENACION

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
			<p>Promover ejercicios respiratorios. Estabilizar la zona e incisión. Cambiar la postura frecuentemente. Espirometría con estímulos, si está indicada.</p> <p>Fomentar la ingesta de líquidos por la boca, si está indicado.</p>	<p>la expansión pulmonar y la movilización de secreciones.</p> <p>La espirometría promueve una respiración profunda dando una indicación visual de la eficacia del esfuerzo respiratorio.</p> <p>La hidratación adecuada fluidificar las secreciones, posibilitando una expectoración más fácil y previene el estancamiento de las secreciones, proporciona un medio para el crecimiento de los microorganismos. También ayuda a disminuir la viscosidad de la sangre, lo que reduce el riesgo de formación de coágulos.</p>	

NECESIDAD DE HIDRATACION

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Deficit de volumen de líquidos relacionados con la cirugía manifestada por ayuno prolongado, antes y después de la cirugía, palidez piel seca, fatiga al ingerir alimentos, dolor al movilizar.</p>	<p>Los electrolitos mejoran la permeabilidad de las membranas celulares controlando así la difusión de diversas sustancias a través de las membranas.</p>	<p>Mantener en optimas condiciones de hidratación al paciente.</p>	<p>Cuantificar el gasto de los drenajes, avisar si es menor de 100 ml. por hora y vigilar sangrado.</p> <p>Revisar valores de hemoglobina (Hb), y hematocrito (Ht), si hay cambios anormales.</p> <p>Enseñar al paciente acerca de los factores que pueden retrasar la cicatrización.</p> <p>Explicar al paciente la importancia de la curación de la herida quirúrgica y el sitio de inserción de los tubos</p>	<p>Es esencial durante el posoperatorio inmediato un adecuado balance hídrico para prevenir la aparición de la atelectacia y el compromiso respiratorio producido por sobrecarga de volumen.</p> <p>La capacidad de la sangre para transportar oxígeno debe estar basada en las necesidades fisiológicas del paciente determinando la función de demanda de oxígeno.</p> <p>Los cambios de la hemoglobina afecta la demanda de oxígeno en principio, el aumento de la hemoglobina producirá una elevación de CaO₂ y portanto el oxígeno.</p> <p>La cicatrización de la herida requiere de suficiente ingesta de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales para la formación de de fibroblastos y tejido de granulación y la producción de colágeno.</p>	<p>El paciente no presento samgrado y se mantuvo estable hemodinamicamente, mejorando el color de la piel .</p> <p>El paciente presenta buen volumen urinario, no hay presencia de edema ni de otro signo de sobre carga hidrica.</p>

NECESIDAD DE HIDRATACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
			<p>Pleurales lavarse las manos, limpiar completamente la zona de alrededor de los tubos de drenaje.</p> <p>Monitoreo cardiaco y signos vitales pulsometria sato2 continua.</p> <p>Aporte adecuado de líquidos parentales y enterales.</p>	<p>La prevención de la irritabilidad de la piel eliminar una fuente potencial de entrada de microorganismo. Además de ayudar a prevenir la introducción de microorganismos mas en la herida y el riesgo de transmitir infección. El monitoreo cardiaco ayuda a detectar la presencia de arritmias cardiacas la disminución de la presión sistólica y diferencial, indica disminución del volumen sanguíneo, detectar a tiempo alteraciones en parámetros de signos vitales nos den indicios de alteraciones hemodinamicas, para actuar a tiempo en el manejo de los pacientes posoperados. El deficit de volumen de líquidos extracelular y puede deberse a un aporte inadecuado de líquidos durante la intervención quirúrgica y la recuperación y a un aumento de las perdidas por vómitos, drenaje por la herida diaforesis</p>	<p>La evolución del paciente ha sido satisfactoria se tomaron cultivos los cuales fueron negativos, además de que no ha presentado datos de infección.</p> <p>No ha presentado alteraciones del ritmo cardiaco</p>

NECESIDAD DE HIDRATACION

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
				<p>Llevará a cabo una buen control de líquidos y electrolitos ya que su principal función es la de contribuir a mantener adecuadas relaciones de presión osmótica y proporcionar sistemas amortiguadores y mecánicas para regular el equilibrio ionico necesario.</p> <p>El riñón desempeña un papel importante en la regulación de la concentración de líquidos y electrolitos y toda pérdida de líquidos y electrolitos, puede causar desequilibrio hídrico y a la vez electrolítico.</p>	<p>No se ha presentado alteraciones renales y el volumen urinario ha sido satisfactorio</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE ELIMINACION

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Alteraciones durante la defecación, posición inadecuada para defecar y falta de intimidad, manifestada por dolor durante la defecación, malestar por no poder asistir al sanitario.	Disminución de la motilidad es el resultado de un trastorno en la inervación autónoma debido al estrés, manipulación quirúrgica y efectos de los medicamentos.	Favorecer comodidad al paciente a ayudarlo a satisfacer esta necesidad El paciente podrá eliminar los desechos tóxicos del cuerpo incluyendo los anestésicos.	Fomentar la ingesta de líquidos. Ofrecerle un ambiente de intimidad y ayudarlo a que se ponga en posición sentado normal.	El acto de la defecación esta bajo control voluntario y esta condicionado a la hora y la actividad. El consumo adecuado de líquidos es esencial mínimo 2 litros al día para hidratar y modificar la consistencia de la heces en algunos casos ya impactadas. Es necesaria una ingesta suficiente de líquidos para mantener los patrones intestinales y promover una adecuada consistencia de las heces. La intimidad y la sensación de normalidad puede promover la relajación; que favorece la deposición. La colocación adecuada utiliza los músculos abdominales y la fuerza, de la gravedad para ayudar a la evacuación.	A la auscultación se percibe abdomen blando depresible sin que el paciente refiera molestias. El paciente presenta evacuación de características normales, y buen volumen urinario.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Deterioro de la movilidad física relacionado a la limitación de movimiento del brazo y hombro manifestando por dolor torácico, dolor de la herida quirúrgica restricciones posturales posoperatorias.	La resección quirúrgica lesiona terminaciones nerviosas hacen que el dolor aumente reduciendo la capacidad de movilizarse activamente el brazo, el hombro, las posiciones pueden comprometer los movimientos diafrámicos.	Lograr independencia en la movilización en cama después de los efectos anestésicos. Disminuir o eliminar el dolor.	Monitoreo no invasivo del paciente principalmente la T.A. se compara con índices basales. Colocar al paciente en posición de semifowler (30 a 45° P). Explicar las necesidades de realizar frecuentes ejercicios con brazos, hombros y tronco incluso si tiene dolor o malestar. Fomentar el progreso en el nivel de actividad del paciente en cada turno.	El dolor postoperatorio intenso se ha asociado a un incremento de los niveles circulantes de catecolaminas, que darán lugar a un aumento de la presión arterial y podrá causar arritmias cardíacas (extra sístoles y taquicardia sinusal por lo que es importante la monitorización continua del paciente. Esta posición permite al diafragma recuperar su posición normal, reduciendo el esfuerzo respiratorio. Los grupos musculares afectados por una cirugía torácica forman la cintura capsular y mantienen la postura del tronco. La incapacidad de realizar los ejercicios pueden producir adherencias y contracturas musculares y deformidades posturales. Un aumento gradual de la actividad permite al sistema cardiopulmonar del paciente volver a su estado preoperatorio sin una tensión excesiva.	El paciente ha transcurrido las primeras horas posoperatorias tranquilo colaborador a su manejo y signos vitales dentro de índices basales. El paciente evoluciona favorablemente con la fisioterapia respiratoria. Mejora hemodinámicamente se estabilizaron los signos vitales.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
			<p>Tomar constantes vitales, T.A. F.R. F.C. temp. Antes de movilizar a paciente. Evitar movimientos bruscos para evitar provocar efisema subcutáneo ó salida de las sondas pleurales.</p> <p>Enseñarle al paciente a realizar ejercicios respiratorios.</p> <p>Explicarle al paciente la necesidad de movilizarse fuera de la cama.</p>	<p>La tolerancia a la actividad depende de la capacidad del paciente de adaptarse a los requisitos fisiológicos del aumento de actividad.</p> <p>Las respuestas fisiológicas del aumento de la frecuencia y amplitud del pulso, el aumento de la tensión arteria sistolica y el aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria.</p> <p>Los hallazgos anormales respresentar la incapacidad del cuerpo para satisfacer las demandas de oxígeno impuestas por la actividad.</p> <p>La participación del paciente en el autocuidado mejora en funcionamiento fisiológico reduce la fatiga, por la inactividad, además mejora su sensación de autoestima y bienestar.</p> <p>Los cambios de posición movilizan la eliminación de la secreciones.</p>	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Alteraciones de confort, relacionado con la incisión quirúrgica, el sitio de inserción de los tubos torácicos y la inmovilidad manifestada por el dolor, angustia, inquietud, la desaturación de oxígeno menor de 90%.</p>	<p>Los tubos torácicos producen una respansión negativa intrapleural.</p>	<p>Disminuir el dolor y favorecer la deambulación a corto plazo.</p>	<p>Evitar la tracción en los tubos torácicos, durante la movilización.</p> <p>Vigilar que no haya acodamiento después de moverse.</p> <p>Vigilar el nivel de líquido del sello de agua.</p>	<p>Favoreciendo la circulación, inhibiendo la formación de trombos y mejorando la ventilación del tejido pulmonar.</p> <p>Los tubos de drenaje elimina líquidos de la zona intervenida. Los tubos torácicos producen una respansión pulmonar al restablecer una presión negativa intrapleural.</p>	<p>El manejo adecuado de analgésico mantuvo tranquilo al paciente y se estabilizó su frecuencia respiratoria.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE COMUNICACION

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Ansiedad moderada relacionada con la proxima cirugía y la poca información, manifestada por inquietud, voz temblorosa, insomnio y temblor de las manos.</p>	<p>La falta de información provoca inseguridad, temor y ansiedad en el paciente.</p>	<p>Informar sobre la cirugía a realizar autocuidado pre y postoperatorio retroalimentat para que cuando entre a quirófano, ya este tranquilo.</p>	<p>Darle una explicación amplia y clara al paciente de cómo va a estar y como se va a sentir en el posoperatorio.</p> <p>Explicarle claramente y de manera que el paciente entienda, que va a salir con 2 sondas en el tórax conectadas a un frasco. (sello de agua)</p> <p>Vigilar la permeabilidad del sello de agua que tiene colocada el paciente para la expansión pulmonar</p>	<p>La vigilancia del funcionamiento del sello debe hacerse de manera constante debido a que las mangueras pueden acodarse y si esta llega a suceder se pueden presentar alteraciones en la salud del paciente, afortunadamente la evolución del paciente fue satisfactoria.</p> <p>Radiografía</p> <p>El drenaje con sello de agua proporciona a una salida al aire y líquido. hacia el frasco de drenaje y el agua actúa como sello e impide que el aire sea aspirado de nuevo hacia el tórax.</p> <p>Las acodadoras ó las asas ó la presión en las sondas de drenaje pueden producir presión retrograda, y originar reflujo hacia la cavidad pleural.</p>	<p>Se le dio la información al paciente con respecto al procedimiento que se le realizó y quedo satisfecho.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
			<p>Acompañar al paciente en la deambulacion y traslado</p> <p>Vigilar la deambulacion y el traslado del paciente.</p>	<p>El burbujeo del nivel del líquido. En el tubo de vidrio demuestra que hay comunicación eficaz entre la cavidad pleural y el frasco de drenaje. La atención constante a conservar la permeabilidad del tubo facilitará la expansión rápida del pulmón y llevará al mínimo las complicaciones. Durante esta actividad del paciente en sistema de drenaje del paciente deberá conservarse por debajo del nivel del tórax, la presión negativa intrapleural es lo suficientemente grande.</p>	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
			<p>Enseña a realizar ejercicios para toser y hacer respiraciones profundas.</p>	<p>Para aspirar el líquido hacia la cavidad pleural</p> <p>Si se daña cualquier parte del aparato y el sistema de drenaje se destruirá y el paciente quedará en peligro, por igualaciones con presión atmosférica en el espacio pleural y el colapso del pulmón.</p> <p>La tos es un mecanismo fisiológico reflujo que permiten limpiar las vías respiratorias de secreciones el reflujo tu sígeno es complejo y abarca el sistema nervioso central y periférico lo mismo que el musculo liso del árbol bronquial</p> <p>La tos y la respiración profunda ayuda a elevar la presión intrapleural y a limpiar los bronquiolos expandiendo el pulmón e impidiendo la atelectasia.</p>	<p>Después de explicarle los riesgos, el paciente cuida el sistema de sello de agua y se incorpora con mucha precaución.</p> <p>Al principio, el paciente se niega a toser y hechar flemas al segundo día tose más.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
			<p>Administración de analgesicos cada 8 hrs. tramadol y rescates si es necesa</p> <p>Perdirte al paciente que haga una respiración diafracmatica y profunda y aspirar con fuerza. Empezar con aspiraciones pequeñas ubcrementándolas hasta una aspiración fuerte.</p>	<p>El dolor de este tipode cirugías o en multiples, e incluyen el lugar de la incisión quirúrgica, la destrucción de las costillas, la pleura y la colocación de uno ó más tubos de drenaje pleural. El tramado tiene efectos antitusivo ,, las dosis dentro de amplio rango no tienen efecto depresor respiratorio. La cirugía pulmonar reduce el área de superficie para intercambio de oxígeno y la lesión en el árbol Traquobronquial produce excesivas secreciones y un menor flujo tusígeno. Los ejercicios respiratorios estimulan la expansión pulmonar colaborando en la insufiación alviolar. La acumulación de aire o de líquido en la cavidad toráxica. Puede disminuir la expansión pulmonar, cuando la preseión intrapleural aumenta hasta igualar la presión atmosférica, se produce un colapso pulmonar, si la presión aumenta lo suficiente se produce una desviación del mediastino que afecta la circulación y la respiración.</p>	<p>El paciente refiere dolor a los 15 minutos despues de llegar a recuperación se le administra tradol am de 100mgrs. Y a los 10 minutos se tranquilizó y se queda dormido.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD VESTIRSE O DESVESTIRSE

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Dificultad para vestir relacionada con la incapacidad para ponerse o quitarse prendas, al manifestada por fatiga la esfuerzo, disminución en la sat O₂ menor del 90%, dolor intenso e inquietud.</p>	<p>La cirugía y la instalación de sondas endopleurales limitan al paciente para realice movimientos musculares y cuando tiene que que quitarse ao ponerse alguna prenda necesaria lo hace con dificultad miedo y dolor.</p>	<p>Auxiliar al paciente a vestirse. Proporcionarle prendas de vestir que sean de fácil manejo y cómoda para el paciente.</p>	<p>Orientarlo en el uso de prendas olgadas.</p>	<p>El dolor, la falta de oxígeno y las sondas pleurales mantienenal paciente con intolerancia a la actividad y disminución de la fuerza muscular</p>	<p>El paciente participa pasivamente en su arreglo personal para aumenta el nivel de independencia,</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE TERMO REGULACION

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Alteraciones de la temperatura relacionada con la exposición frío dentro del quirófano, manifestada por piel fría, piloerección, palidez, temperatura de 35°C., escalofríos taquicardia e hipertensión.	Los quirófanos se mantienen fríos de manera que el metabolismo del paciente se hace más lento sobre todo de los órganos vitales, son los que disminuye la demanda de oxígeno y al regreso a el área de recuperación se encuentran hipotermicos.	El paciente se le mantendrá normotermico durante su estancia en recuperación y a su alta.	Aplicación de medios físicos. Colocar la lampara para proporcional calor Cubrirlo con frazadas gruesas.	Los escalofríos que acompañan a la hipotermia temperatura menor a 36°C., hacen que la necesidad de analgésicos sea más pronta ya que los pacientes experimento dolor adicional causado por los calosfríos. Los sedantes pueden provocar hipotermia por la disminución de la capacidad de tiritar y pérdida de la capacidad de control voluntario de la temperatura. Los relajantes musculares disminuyendo la producción de calor muscular y aumenta su pérdida por vaso dilatación.	Al ingreso a recuperación presento hipotermia de 35grados centigrados y a la hora aumento su temperatura a 36 grados disminuyo la piloerección y los escalofríos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Transtornos del patrón del sueño relacionado con la cirugía, la limitación en la movilización dolor manifestada por somnolencia, angustia, irritabilidad.</p>	<p>Al no dormir ocasiona deterioro progresivo del funcionamiento mental y es por ello que muestra a su vez una conducta de enojo .</p>	<p>Que el paciente duerma durante la noche.</p>	<p>Vigilar sueño del paciente manejar el ambiente para favorecer el sueño, ruidos, luces, temperatura que se ajustn parta el bienestar del paciente Inmoviliz<ar las sondas y el equipo de drenaje.</p>	<p>El sueño es una necesidad que debemos cubrir como seres humanos , pero que al sufrir una lesión el paciente se ve limitado en sus movimientos y poder acomodarse para dormir por lo que debemos darle apoyo emocional y psicológico, para que se le logre satisfacer esta necesidad</p>	<p>El paciente duerme tranquilo sin ningún problema, y sin problemas en el sistema de drenaje y además que se tranquilizo al ver que durmió bien.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE PIEL

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Deficiencia en el cuidado personal relacionado con la instalación de sondas pleurales ansiedad de que se muevan las SEP manifestada por incapacidad para realizar su aseo personal.</p>	<p>El aumento de trabajo respiratorio mantiene al paciente con intolerancia y a la actividad por miedo a moverse y que extraigan las sondas y prefiere no asearse.</p>	<p>Mantener al paciente limpio y en buena presentación durante el tiempo que permanezca en recuperación y orientar para el autocuidado</p>	<p>Acompañar al paciente al baño.</p> <p>Explicar el procedimiento al paciente y llevarlo al cuarto de baño.</p> <p>Secar perfectamente la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco según el caso.</p>	<p>El baño favorece la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje. El baño con agua tibia induce al descanso y sueño del paciente. El agua caliente hace que los músculos se relajen favoreciendo la presencia de hipotermia, también debilita al paciente. La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los pacientes. La fricción produce un efecto relajante. Los movimientos aumentan la circulación sanguínea.</p>	<p>Después del baño el paciente se mantiene más tranquilo y relajado y le agrada bañarse diario.</p>

PLAN DE ALTA

El paciente permanece hospitalizado en el servicio clínico 6 en la cama 619 con una dieta blanda libre en líquidos, se recomienda alimentos con fibra como vegetales y cereales.

El tratamiento médico que se le siguió administrando fue:

Ceftriaxona IV 1gr. Cada 8 horas

Ranitidina IV 50 grs. Cada 8 horas

Metoclopramida IV 10 grs. Cada 8 horas por 5 días después de la cirugía

Tradol gotas 10 gotas cada 8 horas y rescates de 100miligramas IV P.R.N.

Clindamicina 600 miligramos cada 6 horas por 10 días más.

Las medidas específicas vigilar la herida quirúrgica, y sitio donde estaban instaladas las sondadas pleurales, baño diario.

Vigilar signos vitales, aumento de fiebre, alineación corporal.

Motivar al paciente a que continúe acudiendo a las sesiones de rehabilitación respiratoria y lleve a cabo los ejercicios respiratorios.

Informarle que no deje de asistir a sus consultas después de irse de alta

SUGERENCIAS

Institucionalizar el plan de cuidados con el propósito de brindar cuidados planificado, secuencial e individualizados los pacientes, con la facilidad de evaluar y dar seguimiento al plan de cuidados

Utilizar el Proceso de Atención de Enfermería como un documento en el que se puedan llevar a cabo registro precisos, sólidos de las acciones de enfermería que se lleve a cabo con el paciente postoperado de Cirugía cardiotorácica además de promover el pensamiento crítico en el personal de enfermería.

Legitimar el proceso de Atención de Enfermería como el sistema de trabajo en el servicio de Recuperación del Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias.

Promover el PAE en el Instituto llevando a cabo sesiones clínicas de enfermería proponiendo trabajar con el proceso y aplicándolos principios de Virginia Henderson.

CONCLUSIONES

El proceso de Atención de Enfermería nos sirve como método para mejorar los cuidados de enfermería y nuestra práctica diaria; al realizar este trabajo, se utilizó la filosofía de Virginia Henderson, que es de gran utilidad para la aplicación de los fundamentos teóricos, y así poder realizar nuestro trabajo con fundamentaciones científicas, sustentando nuestros cuidados de manera individualizada, cubriendo las necesidades del paciente y contribuir así a mejorar su salud y/o su recuperación de manera integral y vuelva así a reincorporarse a su vida normal con su familia y comunidad.

Además de que con el proceso de atención de enfermería, nos ayuda como enfermera a ir adquiriendo habilidades, destrezas e unificando criterios y estableciendo para el manejo integral del individuo, como un ser único como lo menciona V. T1 y ayudarlos a satisfacer por sí mismos sus necesidades básicas, llevando a cabo, las acciones antes mencionadas y establecidas en forma continua, con el fin de mantener el estado de salud del individuo en óptimas condiciones, haciendo participe a sus familiares, además que H. V. Menciona la importancia de los aspectos socioculturales y el entorno físico, familiar factores ambientales para valoración de las necesidades con una buena orientación a la familia del manejo a seguir involucrándolos en su tratamiento y la rehabilitación y en conjunto planear los cuidados a seguir.

BIBLIOGRAFIA

Atkinson – Murray, Guía clínica para la planeación de los cuidados
Mc braw-Hill Interamericana 1995

Bruner – Emerson Ferguson, Suddarath
Enfermería Médico Quirúrgica, 2da. Edición

Carlos Montejo J. Manual de medicina Intensiva, Editores.

Clifford D, Kimber, Calolyn E. Gray.
Manual de Anatomía y Fisiología, Reimpresión
1976, Prensa Médica Mexicana.

C. Shoe Makorg W. MD Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 2. Segunda Edición
Buenos Aires, Argentina 1991, pagina 1691

Dr. Gutiérrez Lizardi P., Procedimientos en el paciente critico, Ediciones Cuellar
Edición 1993

José Silas, Historia de la Enfermería
Editorial agua clara

Johnson M. Bulechex, G.M.,
Mc Closkey, J.- Maas, M., Moorhead. S.

Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones, NAND, Internacional 2003, 2004

L. J. Carponito, Mc Grawn, Plan de Cuidados y Documentos en Enfermería Diagnóstica de Enfermería y Problemas Asociados. Hill, Interamericana.

Martín Tucker S., Normas de Cuidados Del paciente, Ed. Harcouth/Oceano , Sexta Edición, 2002, Editorial Harcouth/Oceano Volumen 1, 370 paginas.

P. Fishman A. Tratado de Neumología, M.D. Segunda edición, Española 1991, Ediciones Doymas, S.A., Vol. 2, paginas 370

Rosales Barrera S. Reyes Gómez E; Fundamentos de Enfermería, Manual Moderno 6ª. Reimpresión.

Tucker, Canobbio, Paquette, Nells, Normas de Cuidados del paciente, Volumen 1, 2, 3, Harcourt/Oceano, Editorial Oceano.

ANEXOS

ANATOMIA

El aparato respiratorio es el encargado de hacer llegar el oxígeno a la sangre para que sea entregado a los tejidos a través de la circulación, y de eliminar el dióxido de carbono producido en el organismo.

Las vías respiratorias superiores están conformadas con la nariz, la faringe y la laringe, mientras que el tracto respiratorio inferior está formado por la traquea, los bronquios y sus divisiones, y los pulmones. El diafragma y otros músculos accesorios son los encargados de expandir los pulmones para que el aire ingrese a ellos.

Referencias:

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| 1) Fosas nasales | 8) Bronquios |
| 2) Úvula | 9) Pulmón derecho |
| 3) Epiglotis | 10) Pulmón izquierdo |
| 4) Faringe | 11) Espacio ocupado por el corazón |
| 5) Esófago | 12) Diafragma |
| 6) Laringe | |
| 7) Traquea | |

La cavidad oral o boca está formada por los labios, los carrillos, la lengua y los paladares blando y duro.

Esta cavidad se continúa con la faringe, y a su vez se extiende hacia la laringe y el esófago.

La epiglotis es un cartílago pequeño que se extiende hacia arriba por detrás de la lengua y el hueso hioides.

En su parte inferior se encuentra unida al cartílago tiroideo, pero en su parte superior se encuentra libre, hecho que le posibilita un movimiento hacia arriba y abajo durante la deglución para evitar que los líquidos y los alimentos pasen al tracto respiratorio.

Las fosas nasales son dos conductos por donde circula el aire al ingresar a las vías respiratorias. Al tiempo que el aire circula por su luz, se produce su calentamiento, humidificación y filtrado.

Los cornetes dividen a la cavidad nasal en los meatos superior, medio e inferior.

Estos cornetes se encuentran cubiertos por la mucosa nasal y su función es retardar el flujo aéreo, permitiendo el depósito de partículas de polvo en la mucosa.

Los huesos palatinos que forman el paladar óseo separan las fosas nasales de la cavidad bucal, mientras que la lámina cribosa del etmoides separa a las fosas nasales de la cavidad craneana.

La faringe es una estructura que se extiende desde la base del cráneo hacia el esófago, con una longitud de alrededor de 12.5 cms. Se encuentra conformada por tres porciones denominadas nasofaringe, oro faringe y laringe faringe o hipo faringe. Es un canal común por donde pasan el aire y los alimentos.

Regulando la epiglotis el destino de cada uno hacia los aparatos respiratorio o digestivo. Además, cumple tareas defensivas dentro del sistema inmunitario, encargándose de impedir el pasaje de microorganismos tanto hacia el aparato digestivo como al respiratorio.

Las amígdalas palatinas son un par de órganos de forma esférica localizados por detrás y por debajo de los pilares del velo del paladar, en la oro faringe.

Su función se encuentra relacionada con la inmunidad y su inflamación es frecuente dando como resultado los cuadros de amigdalitis o tonsilitis. Es habitual que estas amígdalas sean sometidas a una tonsilectomía.

La laringe es un órgano impar y mediano, ubicado en el cuello, que se continúa hacia arriba con la base de la lengua y hacia abajo con el extremo superior de la traquea. Esta formada por cartílagos unidos entre sí, rodeados por músculos y laminas de tejido elástico y fibroso.

Las cuerdas vocales son repliegues de la mucosa que tapiza la laringe, constituyendo las cuerdas vocales falsas o superiores y las cuerdas vocales verdaderas o inferiores. Estas últimas son las encargadas de la fonación.

La laringe es la primera porción de la vía respiratoria, consiste en un breve segmento tubular conformado principalmente por cartílagos y músculos.

Las bandas tendinosas denominadas cuerdas vocales carecen de movimiento propio, pero los músculos de la laringe, en especial el cricotiroides, posibilitan su movilidad al traicionarlas. Las cuerdas vocales y el espacio formado entre ellas constituyen la glotis.

La traquea es un conducto fibromuscular y cartilaginoso que se extiende desde la laringe hasta el origen de los bronquios fuente. Es un conducto de forma cilíndrica aplanada, que mide alrededor de 11 cm. De largo por 2.5 cms. de diámetro. Esta constituida por una serie de anillos cartilaginosos dispuestos en sucesión entre los que se intercalan tejido conjuntivo elástico y fibras de músculo liso.

Los bronquios se originan en la bifurcación traqueal a la altura de la unión del tercio superior con el tercio medio del tórax. Sus anillos cartilaginosos son completos dentro de los pulmones, y de menor espesor respecto de los de la traquea.

El oído se encuentra formado por tres porciones distintas: el oído externo, el oído medio y el oído interno. El oído externo esta separado del oído medio por la membrana timpánica. El oído medio o caja del tímpano esta formado por el martillo el estribo y el yunque, los tres huesillos del oído. Las secreciones del oído son drenadas hacia la rinofaringe a través de la trompa de Eustaquio.

El oído interno o laberinto se divide en laberinto óseo y el laberinto membranoso. El primero esta compuesto por el vestíbulo, el caracol y los conductos semicirculares, mientras que el segundo esta formado por el utrículo, el saculo, el conducto coclear y los conductos semicirculares membranosos.

El oído tiene una doble función sensorial.

Además de su papel en la audición, funciona como órgano del sentido del equilibrio. El oído medio tiene como función conducir el sonido proveniente del oído externo hacia el oído interno.

Las ondas sonoras provocan la activación de las células ciliadas, y estas transmiten el impulso nervioso hacia el cerebro.

El oído interno esta dividido en dos partes: el caracol o coclear, y el vestíbulo con los conductos semicirculares. A su vez el vestíbulo esta compuesto por el utrículo y el saculo. El caracol interviene él a la audición, y el vestíbulo y los conductos semicirculares participan del equilibrio.

El tracto respiratorio inferior se encuentra compuesto por la traquea, la totalidad de los segmentos del árbol bronquial, y los pulmones. Es precisamente en esta porción del árbol respiratorio donde se produce el intercambio de gases entre la sangre y el aire ingresado a los pulmones. Este proceso es conocido como hematosis: permite el ingreso de oxígeno a la sangre y la eliminación de otro gas, el dióxido de carbono.

Los pulmones se encuentran en la cavidad torácica, limitando en su cara externa y por medio de las pleuras con la parrilla costal, y en su cara interna con el mediastino.

El pulmón derecho consta de tres lóbulos y por ello de dos cisuras, características que lo diferencian del pulmón izquierdo que consta de dos lóbulos y una cisura.

El peso aproximado de cada pulmón es de 300 a 400 gramos.

Las pleuras son dos membranas serosas compuestas cada una por dos hojas: la parietal, que se encuentra adosada a la parrilla costal que limita la pared externa del tórax, y la visceral que se adhiere directamente a los pulmones.

Entre ambas dan origen a un espacio que en condiciones normales presenta pequeñas cantidades de líquido seroso (de 15 ml a 30 ml). El cual permite que durante los movimientos ventilatorios las pleuras se deslicen una sobre otra en forma suave sin generar irritación ni dolor. La nutrición de las hojas pleurales parietales esta a cargo de las arterias intercostales y diafragmáticas, que emiten varias ramas, mientras que las arterias bronquiales nutren las hojas pleurales viciales.

Los pulmones se encuentran ubicados dentro de la cavidad pleural. La pleura es una membrana serosa encargada de tapizar el tórax y los pulmones, y comprende la pleura parietal y la visceral. La pleura parietal recubre por completo la parte interna de la cavidad torácica, mientras que la pleura visceral se encarga de tapizar la superficie externa de cada uno de los pulmones. La pleura parietal está separada de la pleura visceral por un espacio virtual denominado espacio pleural, que contiene una pequeña cantidad de líquido que sirve para mantener lubricadas estas membranas.

Durante el desarrollo embrionario se genera el esbozo respiratorio, un pequeño divertículo que surge del intestino primitivo. Este pequeño brote origina primero a la faringe, luego a la tráquea y luego, por bifurcación, a los bronquios fuente. A partir de ellos, y en sucesivas divisiones dicotómicas, se genera los bronquiolos, los bronquiolos terminales, los bronquiolos respiratorios es posible que se realice el intercambio gaseoso o hematosis.

El bronquio fuente es extrapulmonar y se divide en los bronquios lobares, los cuales abastecerán a cada uno de los lóbulos. Cada uno de los cinco bronquios lobulares, a su vez, se divide en un cierto número de bronquios segmentarios que, al subdividirse en forma sucesiva, darán origen a los bronquiolos. Estos últimos se definen como las vías aéreas distales que se encuentran entre los bronquios que presentan cartilago en sus paredes y el sitio donde el epitelio ciliado desaparece.

Los bronquiolos respiratorios son regiones tubulares de la vía respiratoria inferior, que presentan en sus paredes dilataciones denominadas alvéolos, los cuales vuelven a observarse conformando los sacos alveolares.

Los lóbulos pulmonares se dividen a su vez en unidades funcionales denominados segmentos bronco pulmonares. Cada uno de ellos posee un bronquio terciario. Existen 10 segmentos en el pulmón derecho y dos menos en el izquierdo.

En el inferior de cada segmento broncopulmonar existen múltiples tubos cuyo diámetro es menor cuanto más distal se encuentre. Los más pequeños finalizan en estructuras de forma sacular y pared delgada –los alvéolos pulmonares. Donde se lleva a cabo el intercambio gaseoso.

El sistema circulatorio pulmonar es doble, ya que existen dos vasos arteriales que ingresan en él, y dos vasos venosos que egresan. Se considera que el sistema bronquial tiene la función de nutrir y drenar el pulmón, encargándose de aportarle oxígeno y nutrientes, y eliminar sus desechos a la circulación general.

Un papel muy distinto efectúan los vasos pulmonares, que están destinados a producir el intercambio de gases que conduce a la oxigenación de la sangre y a la eliminación del dióxido de carbono. Estos vasos parten desde el ventrículo derecho por medio de las arterias pulmonares y retoman por las cuatro venas del mismo nombre, a la aurícula izquierda.

Cuando la tráquea se subdivide origina a los bronquios fuente, que son los de mayor diámetro de todo el árbol bronquial. En cada generación de nuevos bronquios, el diámetro individual disminuye, pero se incrementa en forma notoria el diámetro de sección transversal. A pesar de las continuas subdivisiones a lo largo de todo el árbol respiratorio, los bronquios presentan estructuras que son comunes a todos ellos: el epitelio pseudo estratificado ciliado columnar, glándulas submucosas en el tejido colágeno subepitelial, cantidades variables de tejido muscular liso ordenadas en forma longitudinal y cantidades variables de cartílago en los bordes.

Los alvéolos en números de 200 a 600 millones por pulmón, son sacos de aire donde se realiza el intercambio de gases o hematosis. La suma de todos ellos provee una enorme área de intercambio estimada de 70 a 80 metros cuadrados. Cada alvéolo es un espacio de aire poligonal enmarcado por una pared que contiene a los capilares pulmonares. La mayor parte de los alvéolos se encuentran en los sacos alveolares, pero también pueden ubicarse en las paredes de los conductos alveolares o en los bronquiolos respiratorios.

Existen los poros de Konh que, al permitir el pasaje de aire de un alvéolo a otro, generan una mejor distribución de aire.

La subdivisión final del árbol bronquiolar produce los bronquiolos terminales, que son los bronquiolos más pequeños involucrados únicamente en la conducción del aire. Los alvéolos son sacos de aire, en donde se produce la mayor parte del intercambio gaseoso.

La casi totalidad de los alvéolos se encuentran en estructuras seculares conocidas como sacos alveolares, pero también pueden presentarse en las paredes de los conductos alveolares e incluso en un tipo de bronquios conocidos como bronquiolos respiratorios. El componente celular de los alvéolos es los neumonocitos tipo 1 y 2, que se encuentran asentados en la membrana basal alveolar. A estos componentes se les agregan los macrófagos alveolares, encargados de la función inmunitaria pulmonar.

Los alvéolos son estructuras que permiten el intercambio de gases. Son extremadamente eficaces para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono, debido a su delgada pared. Ésta se encuentra en contacto con los capilares pulmonares, y en su conjunto integran la denominada membrana alvéolo capilar. La superficie de esta membrana se encuentra recubierta por un líquido de composición lipídica, el surfactante. Esta sustancia disminuye la tensión superficial en los alvéolos y, de no existir, los sacos tenderían a colapsarse y destruirse.

FISIOLOGIA

Durante la inspiración tranquila, la contracción del diafragma es la responsable descende y de esta manera se aumenta la cavidad torácica. Esta condición produce la disminución de la presión intrapleurales y, el paralelo, una disminución de la presión alveolar, conduciendo a la movilización del aire atmosférico hacia los pulmones (inspiración). En el caso de la inspiración forzada intervienen los músculos inspiratorios considerados como "accesorios". Es por ello que para lograr una inspiración de este tipo se produce la contracción de los músculos intercostales, del esternocleidomastoideo, del pectoral y del serrato mayor.

La espiración tranquila suele ser, en condiciones normales, un fenómeno pasivo. Cuando la presión intraalveolar comienza a igualar a la presión del aire atmosférico el flujo de aire disminuye, hasta detenerse. Cuando la presión en los alvéolos supera a la del aire atmosférico el aire comienza a ser expulsado desde los pulmones. Cuando este mismo proceso se lleva a cabo en forma forzada, es necesaria la contracción de los músculos abdominales y los intercostales, a fin de lograr incrementar la presión de acuerdo a la necesidad del esfuerzo.

El pulmón es un órgano encargado de la oxigenación de la sangre. La gran irrigación de este órgano y su delicada anatomía permiten que el oxígeno del aire inspirado y los glóbulos rojos encargados de la oxigenación pueden intercambiar sus gases.

La membrana alvéolo capilar es el sitio donde se produce la hematosis, fenómeno basado en las diferencias de las presiones parciales de los gases alveolares y capilares, en las propiedades de los gases, y en la delgadez de la membrana de intercambio.

El intercambio de gases en los pulmones tiene lugar entre el aire alveolar y la sangre que fluye por los capilares. Los gases se movilizan en ambas direcciones a través de la membrana respiratoria. El oxígeno entra a la sangre gracias a que su presión a nivel alveolar es mayor que la de la sangre circulante. Simultáneamente, las moléculas de dióxido de carbono salen de la sangre hacia el aire alveolar.

Este proceso se conoce como hematosis.

Esto permite que el oxígeno disuelto en el plasma pueda ingresar al eritrocito y unirse a la hemoglobina, molécula que lo transportara hacia los tejidos que lo requieran.

Una importante parte del epitelio del árbol respiratorio presenta cilias y la posibilidad de secretar moco.

Esta característica del epitelio lo convierte en un importante componente del sistema inmune inespecífico.

Al ingresar microorganismos u otras partículas, estos son atrapados por el moco y, en forma gradual, desplazados por las cilias que permiten su eliminación por expectoración. La importancia de esta función queda en evidencia en aquellas patologías que presentan déficit en la movilidad de las cilias o en la consistencia del moco, donde se observa elevada prevalencia de infecciones respiratorias.

La tos es un mecanismo fisiológico reflejo que permite limpiar las vías respiratorias de material extraño y de secreciones excesivas. El reflejo tusígeno es complejo y abarca los sistemas nerviosos central y periférico, lo mismo que el músculo liso del árbol bronquial. Se ha sugerido que la irritación de la mucosa bronquial produce bronco constricción, la cual, a su vez, estimula los receptores de la tos (tipo de estiramiento) localizados en las vías traqueo bronquiales. La conducción aferente a partir de estos receptores ocurre por fibras del nervio vago.

Los componentes centrales del reflejo presentan diversos mecanismos o centros que regulan la respiración, entre ellos la contracción del diafragma, músculos accesorios, el centro de la respiración en el bulbo raquídeo, hipoxia, etc.

La inmunoglobulina A es el único anticuerpo que puede ser recuperado en las secreciones de las mucosas tanto digestivas, urinarias como respiratorias.

Esta inmunoglobulina se caracteriza por estar unida a un denominador componente secretor, que tiene por función permitir la liberación de la inmunoglobulina desde la célula. Las células encargadas de la síntesis de esta inmunoglobulina son los linfocitos B dispuestos en el tejido linfoide asociado a las mucosas bucal y nasal. Se debe tener en cuenta que, a nivel de las mucosas, la inmunoglobulina A es el único afectador del sistema inmunitario específico que puede colaborar en la eliminación de un antígeno.

El pulmón tiene un papel importante en la regulación de la presión arterial. En efecto, la enzima convertida en angiotensina ECA que se haya en el músculo liso vascular del pulmón es la encargada de la conversión de la angiotensina I en angiotensina II, molécula que estimula la síntesis y la liberación de aldosterona.

Esta hormona mineralocorticoidea produce la retención de sodio a nivel del riñón, y de esta manera se incrementa la tensión arterial por retención de agua en el lecho vascular.

EMPIEMA

INTRODUCCIÓN

El empiema es la presencia de pus en la cavidad pleural debido a infecciones pulmonares subyacentes.

Los pulmones, el espacio subfrenico y las estructuras peritoneales son áreas vecinas que pueden causar infecciones bacterianas. Muchas veces el derrame es estéril, pero puede contener gérmenes viables, en ocasiones progresa hasta convertirse en purulento, hasta la formación de un empiema.

El empiema puede ser la consecuencia de una neumonía, de un traumatismo penetrante o sugerir como complicación de la cirugía pulmonar o esofágica. Su tratamiento depende tanto de la etiología como de la intensidad de la inflamación pleural. Los pequeños derrames paraneumónicos con una cantidad relativamente escasa de microorganismos y leucocitos y con un pH mayor de 7.20 por lo común responde a la antibiótico terapia y la toracocentesis. Los derrames de mayor volumen con una cantidad mayor de leucocitos y bacterias y un pH menor por lo general no responden a dicho régimen y requieren un tubo de toracostomía. Los mejores resultados del drenaje con tórax cerrado se obtienen cuando el tubo torácico es de gran calibre (36 a 42 F) y está colocado en una zona torácica con un declive suficiente para garantizar la evacuación completa del líquido de empiema.

La mortalidad por empiema es extremadamente elevada entre 11 y el 50%, según la población de enfermos. La enfermedad pulmonar subyacente, especialmente la neoplasia, los síntomas sistémicos persistentes, la infección por bacterias Gram. negativas y la edad avanzada contribuyen a un mal pronóstico en los pacientes con empiema.

2. INTRODUCCIÓN DEL TEMA

Empiema es la presencia de pus o líquido en el espacio pleural.

Los organismos anaeróbicos son responsables del 11% al 76% de los casos documentados, dependiendo de la serie y los métodos de búsqueda de anaerobios. Se ha visto incrementada la incidencia de organismos oportunos y poca frecuentes coincidiendo con su número creciente de pacientes con inmunodeficientes subyacentes.

Sigue siendo una causa frecuente de morbimortalidad, aunque se ha hecho menos común con el uso de quimioterapia antimicrobiana.

Es más frecuente en adultos masculinos y sin diferencia de infancia hasta los 10 años, con mayor incidencia entre 45 – 65 años, mortalidad 12.7% al 51%.

3. DEFINICIÓN

Se puede definir el empiema como la presencia de pus o líquido infectado en el espacio pleural.

Se asocian enfermedades debilitantes o predisponentes son: alcoholismo, drogadicción por vía parenteral e inmunodepresión, epoc, cirrosis hepática.

4. ETIOLOGIA

La infección del parénquima pulmonar es la causa más común de empiema, causas quirúrgicas postraumáticas e iatrogénicas se encuentran cada vez con mayor frecuencia.

Las causas menos comunes incluyen siembra del espacio pleural por bacterias, embolia séptica de focos lejanos de infección peri torácica.

(Como el absceso subfrenico) se calcula que del 30% al 35% son de origen nosocomial.

Son causantes:

- ❖ Streptococcus pneumoniae
- ❖ Staphylococcus Aureus.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

5. CLASIFICACIÓN

1. FASE EXUDATIVA: La respuesta inicial a un subyacente foco parenquimatosa de infección. Es la exudación de líquido estéril por parte de la hoja visceral de la pleura al espacio pleural.

Este líquido es acuoso, fluye libremente y está caracterizado por una baja concentración leucocitaria y un ph, una concentración de glucosa normales dura horas o días.

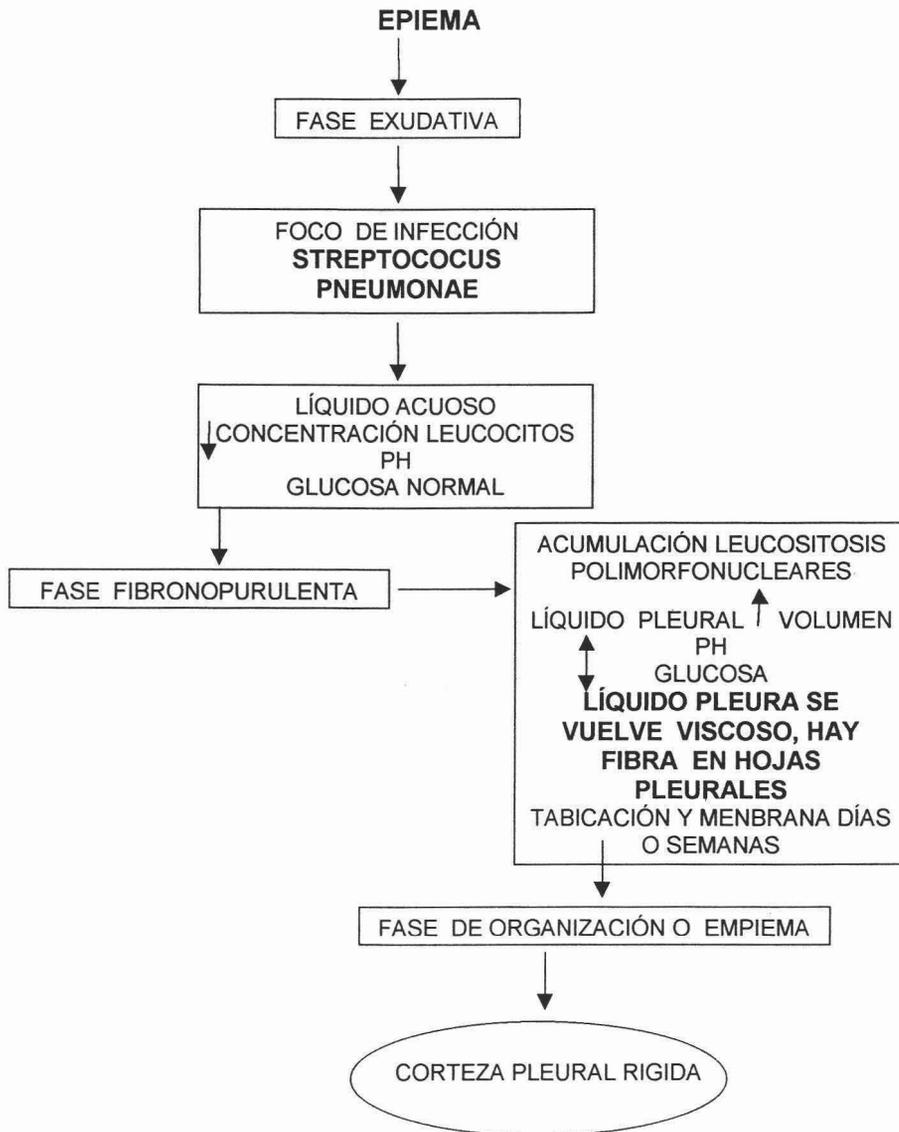
2. FASE FIBRINOPURULENTO: Los leucocitos polimorfo nucleares se acumulan como respuesta a la invasión y proliferación de microorganismos.

El líquido pleural aumenta en volumen y su ph sube, mientras que tanto el ph. Como la concentración de glucosa caen coincidiendo con un aumento de la actividad láctico- deshidrogenasa (LHH) provocado por el metabolismo y la lisis celulares.

El líquido pleural se vuelve más viscoso, deposita fibrina en ambas hojas pleurales y se ve una tendencia a la tabicación y a la formación de una membrana limitante esto se forma en días o semanas.

3.- FASE DE ORGANIZACIÓN EMPIEMA.- Se caracteriza por activación y migración de fibroblastos a la membrana que se está desarrollando y que origina en la formación de una corteza pleural rígida.

6. FISIOPATOLOGIA



7. CUADRO CLINICO

- ❖ Fiebre
- ❖ Tos
- ❖ Disnea
- ❖ Dolor torácico pleurítico
- ❖ Leucocitos
- ❖ También puede presentarse como un proceso indolente con malestar general.
- ❖ Febrícula
- ❖ Anorexia y adelgazamiento
- ❖ Paciente con postneumonectomía
- ❖ Fiebre postoperatorio
- ❖ Fiebre postoperatorio
- ❖ Esputo purulento en gran cantidad
- ❖ Salida de pus en Hx de toracotomía
- ❖ Desplazamiento mediastinito

8. DIAGNOSTICO

Se debe sospechar de empiema cuando se halle un derrame pleural con un caso potencial de neumonía.

El cuadro por factores del huésped, como el proceso patológico de base, la capacidad inmunológica del paciente y la terapia médica empleada. La fiebre, la tos, la disnea, el dolor torácico pleurítico y la leucocitosis son frecuentes pero no constantes.

ECOCARDIOGRAFIA:

Reemplaza como sustituto de las radiografías en decúbito lateral o en asociación de éstas. Valora tabicaciones complicadas y para guiar toracocentesis y la colocación del tubo de toracotomía.

TOMOGRAFÍA COMPUTALIZADA:

Resulta útil para distinguir entre un absceso pulmonar y un empiema con fístula broncopleurales.

TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA:

En pacientes con neumonía y derrame pleural y derrames pleurales importantes.

Cuando se re practica toracocentesis se ha de recoger y observar la muestra con cautelas el aspecto macroscópico de liquido aspirado en las infecciones pleurales oscila entre acuoso y no purulento y viscoso, pútrido, este último indica infección anaerobia y es virtualmente diagnostica. PH, LDH.

CULTIVOS: Tinción de Gram

9. DIAGNOSTICO DEFERENCIAL

- ❖ Derrame pleural
- ❖ Neumonías
- ❖ Tumores

10. RX Y GABINETE

RX decusito lateral para confirmar su presencia, para calcular su volumen y para evaluar una tabicación posible y el estado del parénquima subyacente y puede tener un valor pronóstico. Se produce una imagen hidroaéreo en caso de patógeno causal de empiema productor de gas, fístula broncopleural o absceso pulmonar contiguo al espacio pleural.

11. TRATAMIENTO

La antibiótico terapia y el drenaje pleura completa son pilares fundamentalmente en la terapia inicial de empiema. La antibiótico terapia inicial se debe basar en la presentación clínica, proceso patológico subyacente y los resultados de tinciones microbiológicos.

- A.- Asociaciones modificadas de penicilina/ inhibidores beta lactamasa.
- B.- Clindamicina más una cefalosporina de tercera generación (astrnam)
- C.- Penicilina, metronidazol, ceftazidima, ceftriaxona.

Para los empiemas nosocomiales o empiemas potencialmente gran negativo, se administrara furoquinolona, como ciprofloxacina, una cefalosporina de tercera generación o una asociación penicilina inhibidora de lactomosa de amplio espectro. También se puede emplear una monoterapia con imipenem o meropenem.

- ❖ Colocación tubo torácico (drenar infección local)
- ❖ Toracosopia, tiene la ventaja de permitir la visualización directa del espacio pleural, lisis de las adherencias y colocación óptima de tubos torácicos.
- ❖ Toracotomía y decorticación convencional que puede acortar la curación de la hospitalización y del drenaje por tubo y se puede practicar, normalmente con relativa seguridad, incluso cuando se desconoce la duración del empiema.
- ❖ Drenaje abierto, con o sin colgajo de Eloesser es una alternativa eficaz a pacientes demasiado delicados como para soportar decorticación.

12. COMPLICACIONES

- ❖ Necrosis de los tejidos, provocando neumonía necrosante
- ❖ Absceso o fístula bronco-pleural
- ❖ Neoplasia pulmonar
- ❖ Infección abdominal
- ❖ Embolia séptica pélvica.