



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN
DE SU PROCESO RESPIRATORIO**

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

P R E S E N T A:

Pas. ERIKA CRUZ RIVERA

No. DE CUENTA 404063711

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
MTRA. MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS.**

MÉXICO, D, F.

SEPTIEMBRE 2008



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.

DEDICATORIAS

A MI PADRE:

José Cruz Montiel

Por que gracias a él he reconocido el valor de mi vida ante la dicha y la adversidad, además por llevarme siempre por el buen camino, por inculcarme unos principios, una educación y la realización al lograr una meta.

A MI MADRE:

Adelina Rivera Cruz

Quien a lo largo de mi vida permitió llenarme de enseñanzas, alegrías, motivaciones y mucho amor, además de la satisfacción de adquirir con su ejemplo, todo lo que soy como ser humano.

A MIS ABUELITOS:

Maria Montiel Paredes (+)
Cesario Cruz Badillo (+)

Quienes con su humildad y sencillez, carisma, alegría, optimismo, desearon que fuera alguien en la vida y de provecho, me han enseñado la importancia de alcanzar las cosas que uno cree y ser una mejor persona.

A MI HERMANO:

Abraham Cruz

Que con su orientación y tenacidad me ha enseñado la importancia de lograr alcanzar la victoria a través del esfuerzo y la sabiduría de uno mismo y que con su cariño y ejemplo es una persona de admirar.

A MI HERMANA:

Elvia Cruz

Que con su cariño y forma de ser me ha alentado para lograr cualquier triunfo y además, me ha acompañado en hacer de cada día un buen momento.

AMIS PROFESORES Y MAESTROS:

Que gracias a sus conocimientos he podido aprender a realizar los propios.

A MI UNIVERSIDAD Y ESCUELA:

Por que me permitieron realizarme como profesional, además de sentirme privilegiada de estar en una de la mejores universidades reconocidas mundialmente.

A MIS AMIGOS:

Quienes me han demostrado compañerismo, afecto, amistad, respeto y sobre todo el apoyo para convertir un sueño realidad:

Lic. Ibarra Ramírez Elvia
Lic. Domínguez Ruiz Diana
Lic. Cordero Maldonado Nithya
Lic. García Vallarta Mauricio
Lic. Pérez Vargas Candy
Lic. Feregrino Tena Margarita

A TODOS.....

¡ Gracias !

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO	
3.1.1 Historia de la Enfermería.....	7
3.1.2 Historia de la Enfermería en México.	19
3.2 Significado Histórico de los Cuidados de Enfermería.....	25
3.3 Virginia Henderson.....	26
3.4 Teoría de Virginia Henderson.....	28
3.5 Afirmaciones Teóricas.....	32
3.6 Proceso de Atención de Enfermería.....	34
3.6.1 Concepto.....	34
3.6.2 Antecedentes Históricos.....	34
3.6.3 Etapas.....	35
3.6.3.1 Valoración.....	36
3.6.3.2 Diagnostico.....	40
3.6.3.3 Planificación.....	42
3.6.3.4 Ejecución.....	44
3.6.3.5 Evaluación.....	45
4. Presentación del caso.....	47
5. Instrumento de valoración.....	49

	Pág.
6. Plan de cuidados.....	57
7. Plan de alta.....	71
8. Conclusiones.....	72
9. Bibliografía.....	74
10. Anexos	
10.1.1 Cuidados en el posparto.....	76
10.1.2 Tromboembolia pulmonar.....	78
10.1.3 Patogenía.....	79
10.1.4 Fisiopatología.....	79
10.1.5 Diagnóstico.....	82
10.1.6 Tratamiento.....	84
10.1.6.1 Anticoagulantes orales.....	87
10.1.7 Síndrome anémico.....	88
10.1.8 Síndrome icterico.....	94

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) como método en la práctica del profesional permite proporcionar calidad en los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad; exige del profesional, habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir realizar, evaluar e interactuar con otros; complementándose con el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Proporciona la base para el control operativo y es un medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Facilita el cuidado de enfermería individualizado demandando algo más que buenas intenciones, requiere sentido común para apreciar las necesidades y problemas del paciente en forma organizada, perceptiva, y para emplear el tiempo de la mejor forma posible.

La enfermera debe utilizar sus conocimientos básicos y la reevaluación constante, harán del proceso de enfermería un procedimiento personalizado, reforzado por la experiencia personal. Además los esfuerzos de la enfermera van dirigidos a ayudar al paciente para que este se adapte a su ambiente y a la sociedad de manera que sean mutuamente benéficos.

El presente trabajo es un proceso de enfermería realizado con la teoría de Virginia Henderson, haciéndose la valoración de las 14 necesidades y utilizando el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para la elaboración de diagnósticos de enfermería.

El trabajo esta organizado de tal forma que primeramente encontraran una historia muy breve de la Enfermería en México, continuando con la teoría de Virginia Henderson y sus afirmaciones teóricas, en un tercer momento se explica lo que es el Proceso de Atención de Enfermería y sus etapas. Las personas que lo lean van a identificar que se incluye la presentación del caso, en donde se describe a la paciente, la cuál se conoce con mayor profundidad a través del instrumento de valoración, profundizándose en su cuidado con el plan de atención, al final del trabajo encontrarán ustedes las conclusiones y las referencias bibliográficas. Se creyó pertinente incluir como anexos los temas sobre cuidados en el posparto debido a que a la paciente de primera instancia se le atendió en una sala de postparto del Hospital de Iztapalapa, así mismo se encontró que es portadora de las enfermedades de tromboembolia pulmonar, síndrome anémico y síndrome icterico.

2. OBJETIVOS

GENERAL:

El pasante de la carrera de la licenciatura en enfermería y obstetricia será capaz de:

Aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería **“A una Paciente con Alteración de su Proceso Respiratorio”** para proporcionar un cuidado de enfermería integral que le permita integrar los conocimientos, técnicas, habilidades y destrezas adquiridas en el manejo del paciente para proporcionar atención continua de una manera eficiente en el proceso salud - enfermedad.

ESPECÍFICOS:

1. Realizar los cuidados específicos de acuerdo a los diagnósticos de enfermería encontrados, que le permitan al paciente afrontar sus problemas de salud enfermedad y así lograr una mejor calidad de vida física, emocional, espiritual y social, así mismo integrarlo a su ámbito social y preservar su salud.
2. Brindar información al paciente para que se integre a redes de salud y nos permita desarrollar y satisfacer sus necesidades progresivamente con base a ejecución de procedimientos generales y específicos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

Primera Época

En esta primera época que llamaremos Prehistórica, abarca del año 10,000 Antes de Cristo hasta el año 3,000 Antes de Cristo, o sea, un periodo de 7,000 años en los que vivió en México el hombre prehistórico, según los restos humanos encontrados en Tepexpan. Como es lógico suponer, no se tienen datos respecto a que en esta época se hayan desarrollado actividades de enfermería, pues hay que recordar que en esos años el hombre primitivo andaba y actuaba solo, comiendo y viviendo donde podía, siendo de los que hemos denominado Errantes.

Segunda Época

A esta época se le llama Arcaica o Preclásica y esta comprendida del año 3,000 en que termina la anterior. Hubo gran desarrollo de artes, en esta época encontramos muy adelantado el modelado de figuras de arcilla y tallado de la jadeita, se cree que fue cuando floreció lo que se ha llamado complejo Olmeca, Civilización Olmeca, o edad Olmeca y lo más probable es que en esos años, la enfermería solo se desarrollara como Enfermería Militar en tiempos de luchas o combates entre pobladores de entonces, o bien, como rudimentos de Enfermería entre familiares principalmente.¹

Tercera Época

También se le llama clásica se cuenta desde el año 1,000 Antes de Cristo en que termina la anterior hasta el año 600 Después de Cristo o sea, un periodo de 1,600 años en que vemos un florecimiento de la cultura Teotihuacana y los centros de Monte Alban, así como los maravillosos de Tajín Palenque, monumentos y magnificas pirámides y las Ciencias principalmente Matemáticas y la Astronomía. Estos son los consabidos tiempos del Viejo Imperio Maya del que se cree que a fines de esta época tuvo un asma social, que degeneró en guerras de exterminio, quedando poca o ninguna raza Maya. No se tienen datos de Enfermería de este tiempo estaban o se desarrollaban en las mismas condiciones que en la época anterior.

Cuarta Época

Esta época también tiene el nombre de Histórica o Moderna y esta comprendida del a los 600 después de cristo a la fecha o sea el año actual y para su estudio se divide en 4 periodos que son:

¹Bravo Peña Federico Historia de Enfermería. Editorial. Harcourt. México 1990 Pág. 73.

- 1° Precortesiano de 600 años DC hasta la Conquista.
- 2° Colonial, comprendido desde la Conquista hasta 1810.
- 3° Independiente, de 1810 hasta 1905.
- 4° Actual o Contemporáneo de 1905 a la fecha. Periodo

Periodo Precortesiano

Empieza en el siglo VII y termina con la Conquista Española. La Enfermería propiamente en este periodo puede decirse que se concretaba al traslado y cuidados inmediatos de los heridos en combate, ya fuera entre unos pueblos y otros, o entre Indios y los Españoles por lo cual podemos decir que había Enfermería Militar.

Cuando los Españoles llegaron en plan de conquista, tuvieron que confesar que la Medicina entre los Aztecas estaba muy adelantada, y dice Sahagun, "el Médico suele curar y aliviar enfermedades, el bueno es entendido en las propiedades de las hierbas, de las piedras, de los árboles y sus raíces; es experimentado en curar, sabiendo también concretar los huesos, purgar, sangrar, sajar, dar puntos y librar de la muerte al enfermo. El mal médico es burlador, no es hábil y en lugar de sanar, empeora a los pacientes con los brebajes que les da, y algunas veces usa hechicería y superstición, simulando que hace buenas curas".²

La Medicina en tiempos de Moctezuma había alcanzado gran desarrollo, pues tenía hasta hospital para curar enfermos, uno de los cuales era el de Tulhuacan, en Tenochtitlán del que se ha referido que estaba dedicado a los veteranos inválidos de la guerra en su farmacopea para curación de enfermedades, eran conocidas miles de plantas medicinales.

Los Aztecas tenían su Dios de la Medicina representando por uno de sus ídolos al cual llamaban: TZAPOTLATEAU. Así mismo a la mujer que cuidaba enfermos entre los Aztecas, se denominaba TICITL, pero hay que aclarar que no era divinidad, ni el nombre derivaba de algún oficio especial, sino que más bien era consecuencia de que la-enseñanza de la medicina impartida por los sacerdotes, era llamada TICIOTL; al Médico Internista se le nombraba TLAMA-TEPATLI-TICITL al que se le consideraba cirujano solamente se le llamaba TEXOTLATICITL ya la comadrona se le denominaba TLAMATQUITICITL.

²Ibidem Pág. 74, 77.

Pudo haber Ticitls hábiles, inteligentes de mediana habilidad o torpes, pero como era trabajo que estaba considerado como propio de esclavos o de sirvientes, nadie se preocupó por darle mayor impulso o bien exigir la mejora categórica.

Las parteras, las cuales se dedicaban exclusivamente en atender los partos y para poder trabajar en esto, se adiestraban con otras parteras más antiguas, quienes las instruían para que supieran dar consejos anticipados para prepararse. Sabían atender tanto el embarazo como el parto y el puerperio; acostumbraban llevar a las embarazadas a los Temascales, para que sudando se desembarazaran de los malos humores. La partera actuaba también como enfermera pero como partera si recibía cierta educación, debido a que le enseñaban el oficio y la entrenaban sus ascendientes (madre, abuela) que habían ejercido como TLAMATQUITICITL.

Periodo Colonial

Se establecieron varios hospitales y el primero fue el llamado de la limpia Concepción, fundado por el propio Hernán Cortes, en el año 1524, hospital que aun existe a la fecha se llama Hospital de Jesús Nazareno.

Fray Pedro de Gante fundó en 1529, el Hospital Real de los Naturales, dedicado exclusivamente a los indígenas. En el año 1531 fue fundado el Hospital de Santa Fe, cerca de Tacubaya por Vasco de Quiroga, habiéndose organizado en este Hospital una casa de Cuna que no prosperó.

Hospital del Amor de Dios, fundado el año de 1536 por el primer obispo de México: Fray Juan de Zumarraga. En el año de 1567 fue fundado el Hospital de San Hipólito, por Bernardino Álvarez y fue dedicado a los enfermos dementes, siendo el primero que se fundó para esta clase de padecimientos en América.

El Hospital de San Lázaro fue fundado por el Dr. Pedro López en el año 1571, siendo dedicado a los leprosos; algún tiempo después (1582) este mismo Doctor fundó el Hospital de San Juan de Dios o de la Epifanía que después se llamo Hospital Morelos y últimamente se denomina "Jesús Alemán Pérez"; Este Hospital esta dedicado a las enfermedades de la mujer, es mejor conocido como el "Hospital de la Mujer".

Durante este periodo colonial se fundaron de dos a tres hospitales en cada estado, casi todos manejados por religiosos que sin preparación alguna se dedicaba a cuidar enfermos, aunque también prestaban servicios en Hospitales algunas mujeres no religiosas.

El colegio de Santa Cruz, fue fundado en el año 1536, en Santiago Tlatelolco; en él aprendieron los indios la lectura, escritura, latín, filosofía, música y medicina.

La enfermería durante muchos años fue ejercida empíricamente por religiosas y frailes muy caritativos y abnegados la mayoría, pero sin conocimientos técnicos al respecto. Algunos misioneros de los que vinieron trayendo la idea de evangelizar a nuestros aborígenes entre los que sobresalieron Fray Pedro de Gante y Motolinia, fundaron Hospitales y Orfanatos donde enseñaban tanto a leer como a trabajar en diversos oficios, de paso curaban a los enfermos aunque no eran médicos, pero lo hacían por amor a la Humanidad y a Jesucristo.

El Protomedicato era un cuerpo formado por un grupo de médicos que esta integrado por los primeros médicos a los que se les había autorizado para ejercer la medicina. Este cuerpo médico comisionó al Dr. Pedro Rendón, que por cierto era uno de sus miembros, para llevar a cabo un recorrido de inspección por todos aquellos lugares en donde había enfermos ya fueran hospitales, conventos, orfanatos, cárceles, etc.³

Periodo Independiente

Empezó a mediados de Septiembre de 1810 y se extiende hasta 1905 es la fecha en que se inicia el desarrollo de los estudios organizados de enfermería en México. Desde el principio de este periodo llamado independiente el país quedo en muy malas condiciones económicas y sin poder organizarse firmemente en un mando único, teniendo que soportar además una epidemia de Cólera (por el año de 1833) a consecuencia de la cual murieron 21,800 personas.

No teniendo el País con que pagar adeudos que tenia con Inglaterra, Francia y España estos gobiernos hacían gestiones para que se les pagara lo que se les debía; pero como el gobierno mexicano de entonces no tenia con que pagar, Inglaterra y España aceptaron una prorroga de plazo para el pago pero Francia no aceptó y esto dio motivo a enviar un Ejercito con el objeto de hacerse pagar por la fuerza en suelo Mexicano; Este gobierno estaba representado por el emperador Maximiliano de Habsburgo el cual vino acompañado por su esposa, La emperatriz Carlota, la cual era una dama bondadosa, fundo la llamada casa u Hospital de Maternidad e infancia en ese hospital se dieron los primeros pasos en la profesión de enfermera, y fue de allí que surgieron las primeras enfermeras graduadas en México.⁴

^{3, 4} Ibidem Pág. 82, 83.

En el año de 1933 el Dr. Valentín Gómez Farías en funciones del Presidente formuló un Decreto creando los establecimientos de Ciencias, uno de los cuales era de Ciencias Médicas que empezó a funcionar en el antiguo convento de Betleheimitas teniendo como primer profesor de Obstetricia al Dr. Pedro del Villar.

Periodo Moderno

Empieza en el año 1905, ya que en ese año fue la inauguración del Hospital General de la Ciudad de México, en el cual se empezó a organizar formalmente la enseñanza de la enfermería en México, de una forma firme y decidida, con las bases suficientes para llenar los aspectos indispensables en la enseñanza con esto empezó a lograr ya desde entonces un cambio en la estimación de la enfermera para poder tomarla en consideraciones como una profesional preparada, con estudios teóricos y una práctica dirigida de tal manera que le permitiera ser una verdadera ayudante científica de los médicos.

Los primeros años de este siglo el Dr. Eduardo Liceaga tuvo necesidad de hacer un viaje a Europa, para hacer estudios referentes a la construcción de hospitales y escuelas de enfermería.

El Hospital General de la Ciudad de México fue y es, una magnífica obra, se construyó para la educación de los futuros médicos y enfermeras. Ha habido necesidad a través de los años de hacerle algunas modificaciones, para estar al día de la medicina. En lo que respecta a Escuela de Enfermería, el Dr. Liceaga había observado el funcionamiento de algunas en Europa y venía decidido a que se establecieran en México escuelas de enfermería.⁵

El Dr. Eduardo Liceaga empezó haciendo por medio de la prensa, en la que invitaba a la Mujer de México para recibir instrucción en el Hospital de Maternidad e infancia con el fin de prepararse para ser las enfermeras del nuevo hospital que pronto iba a ser puesto al servicio del público. Los requisitos eran haber cursado la escuela primaria, tener buena salud, tener alrededor de 20 años de edad, y contar con una constancia de buena conducta.

En el año de 1903 se abrieron las inscripciones para las futuras enfermeras y así se tuvo el primer grupo de 20 señoritas y algunas señoras. Este grupo solo recibió algunas lecciones teóricas de cómo tomar el pulso, apreciar la temperatura, como usar el termómetro y hacer curaciones; asimismo de cómo preparar una consulta externa. El Dr. Rafael Sousa era encargado de consulta externa y fue el primer maestro que tuvieron las alumnas que aspiraban a ser enfermeras.

⁵Ibidem Pág. 92.

En 1904, se determino que pasara el grupo al hospital de San Andrés, con esto se inicio ya en firme la enseñanza de las enfermeras porque pasaban de la teoría a la practica, con el fin de aprendieran a manejar las salas del hospital. Estas prácticas duraron los dos primeros años, hasta que el director de acuerdo con la beneficencia publica, inauguró formalmente la primera escuela de Enfermería de México, el año de 1907 con su reglamento respectivo, en el que se decía constar que la carrera tendría básicamente los estudios siguientes:

Primer año: Anatomía, Fisiología y Curaciones.

Segundo Año: Higiene y Curaciones en general.

Tercer Año: Farmacia y Cuidados de todas las clase de enfermos.

En la carrera de Enfermera Hospitalaria había tres grados:

Aspirante: Que era la que se iniciaba.

Enfermera Segunda: Que era la que había recibido alguna educación en la escuela.

Enfermera Primera: Que ya estaba capacitada por sus estudios, dedicación y habilidades para llevar con éxito el servicio y responsabilidad.

En los años de 1910 y 1911 ya la mayoría tenían su diploma, y siendo graduadas pidieron que una de ellas ocupara el puesto de Jefe de Enfermeras y la primera fue la señorita Eulalia Ruiz Sandoval quien fue una de las más competentes enfermeras mexicanas graduadas.

Esta escuela de enfermería y su alumnado, pasaron a formar parte de la facultad de Medicina, cuando se reabrió la Universidad Nacional de México, por disposición del licenciado Don Justo Sierra, aunque el alumnado seguía recibiendo clases en el Hospital General; es en ese entonces que se genera el principio de la ENEO-UNAM.

En el año de 1933 se verifico el primer congreso de Enfermería del cual surgió la idea de que las enfermeras hicieran previamente estudios de secundaria y ello origino que la inscripción del año de 1935 ya fuera requisito indispensable.

De 1987 la comunidad académica de la ENEO se da la tarea de evaluar el plan de estudios, sus contenidos, metodología y condiciones de formación profesional, lo que culmino en la creación de un proyecto curricular específico para nivel licenciatura.

A partir de 1996 se suprimió el ingreso a la carrera de nivel técnico en el sistema escolarizado de la ENEO, con el propósito de destinar los recursos ala formación de nivel Licenciatura y al inicio y desarrollo de los estudios de postgrado.

Este cambio permitió reconocer la esencia de enfermería como profesión del cuidado del individuo sano y enfermo, establecer la diferencia entre curar: función del médico y cuidar: función de la enfermera. Lo que conlleva a diferenciar los perfiles que hay entre una enfermera técnica y una enfermera profesional.

Lo que sigue siendo competente hasta nuestros días, por lo que enfermería tiene que seguir superándose día tras día para entender su propia naturaleza del arte y calidad de cuidado para integrarlo de una forma humanitaria a la sociedad.

3.2 SIGNIFICADO HISTÓRICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En el marco de este planteamiento, “el ámbito enfermero de significación” está constituido por la materia histórica, relacionada a su vez con las manifestaciones que han planteado el “saber” y el “quehacer” de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos.

Asimismo, su contenido se remota a las “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de las especies humanas. En todas las etapas de la historia, las madres, mujeres y esclavos...han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo y/o de transmisión oral, tanto en su saber teórico como en su práctica, ligados inevitablemente, a la sociabilidad humana.

Al mismo tiempo, es importante señalar el distinto papel jugado, por las diversas concepciones acerca de la enfermedad y del enfermar, así como el valor otorgado en cada caso a los “elementos del cuidado”, desde una perspectiva socio-económica y religiosa, en relación a los determinantes espacio-temporales de momento histórico.

Estos “elementos constitutivos del cuidado” configuran, a nuestro juicio, una constante sometida a los necesarios vaivenes de las distintas épocas. Este “sometimiento”, lejos de ser adaptación o ajuste histórico, ha configurado esta disciplina como un saber especulativo, haciéndola olvidar que contenía elementos propios sobre los que construirse, utilizando los conocimientos afines que sirva a sus objetivos como meros instrumentos auxiliares.

Cualquier manifestación de la vida social del hombre puede y debe ser considerada como un “hecho histórico”, susceptible de ser analizado para obtener un “conocimiento de carácter científico”.

Por su parte, los “elementos del cuidado” son capaces de establecer lazos con una totalidad histórica, en base a un sistema de referencia con el que se relacionan y articulan. En este sentido, los cuidados de Enfermería constituyen un hecho histórico, ya que, en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que, desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente.

Estas afirmaciones nos conducen a un sistema histórico de referencia, en el que, como apunta Collière,⁶ “las enfermeras/os aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural”.

En este sentido, la significación histórica de “de los cuidados” es tan obvia como la propia existencia del hombre, con tiempo de larga duración y estructuras profundas y estables, sin relegar las adaptaciones coyunturales oportunas. Ahora bien, este planteamiento, aun siendo necesario, no es suficiente, ya que por sí mismo no supondría CONOCIMIENTO HISTORICO ENFERMERO alguno, proporcionándonos tan solo una cierta “seguridad”, casi intuitiva, sobre nuestro pasado.

Así, como apunta Domínguez Alcón,⁷ en este momento forma parte de nuestro “quehacer” como enfermeras el intentar iluminar, a la luz de la historia, el “contenido propio” de nuestra disciplina, tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quien los ha proporcionado, cómo, dónde, por qué, y para qué. En conclusión: aprender nuestra existencia como pensadores y hacedores de Cuidados de Enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones.

En esta línea de pensamiento, sobre la recuperación de nuestro pasado, emerge como existencia prioritaria el profundizar en el entramado de la investigación histórica, así como en sus postulados epistemológicos y metodológicos.

⁶ F. Collière, Promover la vida, Editorial. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Págs.5-10.

⁷ Domínguez Alcón. C., Los Cuidados y la profesión enfermera en España, Editorial. Pirámide, Madrid, 1986, Pág. 15.

3.3 VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D. C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C.

Se graduó en 1921 aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la 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 contribuyan 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".⁸

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años mas tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

⁸James p. Smith. Virginia Henderson Los Primeros Noventa Años. Editorial. Masson. Barcelona. Madrid.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's College revisó la 4ª edición del "Textbook of de Principles and Practice of Nursings" de Bertha Harmer, edición editada en 1.939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto "Nursing Studies Index" auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto "Basic Principles of Nursing Care" fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960.

Su libro "The Nature of Nursing" se publicó en 1966 y en el define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1991, añadiendo al título, "Reflexiones 25 años después". En 1978 publica la 6ª edición de "The Principles and Practice of Nursing". En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer "Chistiane Reimann Award". En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes.

FUENTES TEÓRICAS:

En The Nature of nursing identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas influencias se encuentra:

ANNIE W. GOODRICH: Era decana de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.

CAROLINE STACKPOLE: Fue profesora de fisiología en el Teachers College de la universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

JEAN BROADHURST: Fue profesora de microbiología en el Teachers College. La importancia de la higiene y la asepsia hicieron mella en Henderson.

3.4 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.⁹ La teoría además, es útil como soporte del quehacer profesional.

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES

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 el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 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 con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.¹⁰

Es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

⁹ .GriffitJW. Chhistensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Editorial. México; 1986:6

¹⁰ Marriner. Ann. Modelos y Teorías de la Enfermería. Editorial. Harcourt Bracer. Madrid. España. Pág.99.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

La calidad de la salud, 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.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidado.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

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

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

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para las necesidades.

Necesidades

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.¹¹

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y

DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

¹¹ María Teresa Luís Rodrigo. De la teoría a la práctica. El pensamiento de virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial. Masson 2da. Edición. España; 1998-200 Pág. 73, 74, 75.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A

OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR

EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE

CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

LOS PRINCIPALES CONCEPTOS:

* Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

* Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

* Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

* Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

3.5 AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

METODOLÓGICO. Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

3.6 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona, en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención.¹²

3.6.1 CONCEPTO

El proceso Atención de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La aplicación del método científico en la practica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso Atención de Enfermería (P. A. E) .Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional lógica y sistemática.

3.6.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Proceso de Atención Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Loc. (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores mas, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como un método, el Proceso configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre si. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en practica las etapas se superponen.¹³

- 1 Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- 2 Diagnóstico de Enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3 Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

¹² Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona, 1989:305.

¹³ Kozier Bárbara et al. Fundamentos de Enfermería Editorial. McGraw – Hill Interamericana 5 ED. España2002. Pág. 91.

- 4 Ejecución: Es la realización o puesta en practica de los cuidados programados.
- 5 Evaluación: comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizado, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- 1 Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- 2 Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- 3 Actuar para descubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las Ventajas:

El proceso de enfermería beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigido a satisfacer las necesidades del cliente.

Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de sus clientes.¹⁴

Las características:

- 1 Tiene una finalidad. Se dirige a un objetivo.
- 2 Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- 3 Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- 4 Es interactivo: basado en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los profesionales de la salud.
- 5 Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesivamente o conjuntamente.
- 6 Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

¹⁴ Ibidem Pág. 95.

3.6.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

3.6.3.1 ETAPA DE VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios.¹⁵

- 1 Criterios de valoración siguiendo un orden de cafolocaudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- 2 Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- 3 Criterios de valoración por “patrones Funcionales de Salud”: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/ familia determinado el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Tipos de datos a recolectar:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

¹⁵ Ibidem Pág. 96.

Los tipos de datos:

- 1 Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado lo describe y verifica. (sentimientos).
- 2 Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) y también es lo que verifica la enfermera en el paciente.
- 3 Datos históricos – antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).¹⁶
- 4 Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son:

- 1 Obtener información específica y necesaria para el enfermero y la planificación de los cuidados.
- 2 Facilitar la relación enfermera / paciente.
- 3 Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- 4 Ayudar a la enfermera a determinar un análisis específico a lo largo de la valoración.

¹⁶ Ibidem. Pág. 97.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

- 1 **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- 2 **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.
- 3 **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) Exploración:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, continua a través de la relación enfermera – paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) Exploración física:

Se centra en: determinar con profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.¹⁷

¹⁷ Ibidem Pág. 100.

- 1 Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- 2 Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- 3 Percusión: implica el dar de golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonido que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpanicos: se encuentra al percutir el estomago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- 4 Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

Las diferentes formas de abordar un examen físico: Cefalocaudal, por sistemas / aparatos corporales y por patrones de salud:

- 1 Cefalocaudal: este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo de cuerpo hasta llegar a los pies.
- 2 Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- 3 Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada de datos para centrarnos en áreas funcionales concretas.¹⁸

¹⁸ Ibidem Pág.103.

D) Expediente clínico:

Es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondiente a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias.

Este instrumento de trabajo es normado por la secretaria de Salud, organismo oficial que tiende a sistematizar, homogeneizar y actualizar su manejo con principios científicos y éticos.

Sus propósitos son:

- 1 Proporcionar información sobre hechos, cifras y observaciones sobre el paciente a otros integrantes del equipo de salud.
- 2 Facilitar la evaluación del desempeño diario de cada integrante, en relación con la atención del paciente.
- 3 Ofrecer información permanente para la investigación médica, administrativa y jurídica.

La información y registros de sucesos y atención, aseguran la continuidad y calidad del proceso de enfermería en los diferentes turnos para que los integrantes del equipo de salud los conozcan con detalle y los consideran en la atención interdisciplinaria que debe presentarse al paciente.

La práctica de la información y registros en forma completa y precisa, es esencial para proteger tanto al paciente como al mismo personal de enfermería.

3.6.3.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente. El Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud / procesos vitales o potenciales. Proporcionar la base para seleccionar las intervenciones enfermeras.¹⁹

¹⁹ Ibidem. Pág. 116.

Los diagnósticos de enfermería guardan relación con las funciones independientes, es decir, con las áreas de asistencia sanitaria que son exclusivas de la enfermería y están bien diferenciadas de la práctica médica. Con respecto a los diagnósticos médicos, es decir, las funciones dependientes.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de anunciar los diagnósticos establezcamos que tipo de diagnostico hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- 1 Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El termino "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnostico.²⁰
- 2 Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnostico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el termino "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- 3 Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- 4 De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, contenido solo la denominación. No contienen factores relacionados.

²⁰ Ibidem. Pág. 117.

3.6.3.3 ETAPA DE PLANIFICACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo uno de los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Establecer prioridades en los cuidados, selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- 1 **Dirigir los cuidados.**
- 2 **Identificar los resultados esperados.**
- 3 **Medir la eficiencia de las actuaciones.**

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer que se requiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.²¹

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- 1 **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- 2 **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- 3 **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un largo.

²¹ Ibidem. Pág. 129.

Por ultimo es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia / comunidad.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones especificas que van dirigidas al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras al logro de los objetivos.²²

Tipo de actividades de enfermería:

- 1 Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en practica de las actuaciones medicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- 2 Independientes: Son actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que esta legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia practica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

La enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- 1 Promoción de la salud.
- 2 Prevenir las enfermedades.
- 3 Restablecer la salud
- 4 Rehabilitación
- 5 Acompañamiento en los estados agónicos.

²² Ibidem. Pág. 140.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperaban las estrategias, intervenciones y la evaluación de todo ello”.²³

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- 1 Diagnóstico de enfermería / problemas interdependientes.
- 2 Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- 3 Ordenes de enfermería (actividades).
- 4 Evaluación (informe de evolución).

3.6.3.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:²⁴

- 1 Continuar con la recogida y valoración de datos.
- 2 Realizar las actividades de enfermería.
- 3 Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- 4 Dar los informes verbales de enfermería.
- 5 Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problema (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

^{23 24} Ibidem. Pág. 162. 173.

3.6.3.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

La evolución se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objetivo, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficiencia y la efectividad de las actuaciones.²⁵

El proceso de evaluación consta de dos partes

- 1 Recogida de datos sobre el estado de salud / problema / diagnóstico que queremos evaluar.
- 2 Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio.

La evaluación se compone de:

- 1 Medir los cambios del paciente / cliente.
- 2 Con relación a los objetivos marcados.
- 3 Como resultado de la intervención enfermera.
- 4 Con el fin de establecer correcciones.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

²⁵ Ibidem. Pág.173.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 21 años de edad originaria de Oaxaca y residente del Distrito Federal, unión libre desde hace 1 año 3 meses, se dedica al hogar.

Ingresa al servicio de urgencias ginecológicas del Hospital de Iztapalapa el día 10 de Agosto de 2007, con hemorragia vaginal, dolor tipo cólico de mediana intensidad en hipocondrio derecho, por lo que se inicia trabajo de parto inmediato, obteniendo un producto pretérmino con 44 cm de talla y pesando 2600 Kg. Posteriormente pasa al servicio de Alojamiento Conjunto el día 11 de agosto.

Durante la valoración de enfermería que se realizó ese mismo día se detectaron las siguientes necesidades alteradas, la de oxigenación en donde se observó; ligera palidez de tegumentos, y cianosis peribucal, ruidos cardíacos se encuentran con signo de galope, dedos de palillo de tambor, presencia de secreciones en vías aéreas bajas, tos productiva por episodios y dolor en tórax. Alimentación; abdomen blando depresible, con perístasis presente y dolor en el hipocondrio derecho. Movilización; permanece en cama las 24 hrs., por lo que no se puede mover, Eliminación; abdomen blando depresible, con perístasis presente y dolor en hipocondrio derecho, edema en miembros inferiores. Descanso y Sueño; insomnio, incomodidad de tubo endotraqueal, y a la realización de procedimientos terapéuticos por parte de enfermería en turno nocturno. Usar prendas de Vestir; existe una incapacidad psicomotora para ponerse y quitarse prendas. Comunicación: falta de comunicación verbal, contesta las preguntas de si y no con ayuda de gesticulaciones, desorientación, confusión, ansiedad y temor. Tanto sus familiares como ella hablan dialecto (Mazateco). Español limitado.

Posteriormente el día 13 de agosto inicia padecimiento con ictericia generalizada con predominio en escleróticas acompañado de náuseas y vómito asalmonado con contenido alimentario, por lo que deciden su ingreso al servicio de Medicina Interna para observación, mismo en el que inicia con insuficiencia respiratoria de 48 respiraciones X min. Frecuencia cardíaca de 60 latidos x min. Cianosis peribucal, tiros intercostales altos y bajos por lo cual deciden apoyo ventilatorio con intubación orotraqueal al mismo tiempo de su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva.

Por lo que al RN se le dio de alta ese mismo día, ya que él se encontraba satisfactoriamente bien, y al no presentar problema alguno quedo bajo la responsabilidad y cuidados del pápa y tía quienes se hicieron cargo mientras la máma se encontraba en el hospital recuperándose.

En el tiempo de estancia en la UCI no había ayudado en mucho y que necesitaba de un hospital en el que podían brindar cuidados de alta calidad, los médicos tratantes decidieron su traslado al Hospital “Belisario Domínguez” el día 15 de agosto hasta su alta del mismo, realizando posteriormente dos visitas domiciliarias en donde la paciente Mencionó que los diagnósticos antes mencionados, previamente referida del hospital de Iztapalapa, donde permaneció hospitalizada posterior a la resolución del parto, fue manejada por medicina interna y ginecología, el día 18 de agosto presenta insuficiencia respiratoria, que amerito intubación orotraqueal, presentó expectoración asalmonelada, se consideró inicialmente edema agudo pulmonar y posteriormente Tromboembolia Pulmonar, sin mencionar cuales fueron los datos que llevaron al diagnóstico así como probable persistencia de conducto arteriovenoso y síndrome anémico, se da de alta el día 24 de agosto, en la cual se realiza la siguiente Valoración de Enfermería usando el modelo de Virginia Henderson de las 14 Necesidades Básicas.

5. INSTRUMENTO VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: E. M. G. EDAD: 21 años SEXO: Mujer PESO: 62 kg TALLA: 1.55 LUGAR DE NACIMIENTO: Cuautla Jiménez, Oaxaca OCUPACION: Hogar ESCOLARIDAD: 5to de primaria ESTADO CIVIL: Unión libre desde hace 1 año 3 meses LUGAR DE NACIMIENTO: Cuautla Jiménez, Oaxaca LUGAR DE RESIDENCIA: Santa Martha Acatitla, México DF RELIGIÓN: Católica

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Subjetivo

Tos productiva / seca: si y por episodios Dolor en Tórax Asociado con la inspiración: si Fumador: no Desde Cuando fuma / cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional: Aspectos negados.

Objetivo

Registro de signos vitales y características: FC 65 latidos por minuto, FR 17 respiraciones por minuto, TEM 36.°C T/A 125 / 70 mmHg, al momento de la valoración Estado de conciencia: Alerta según la escala de glasgow, 15 puntos Campos pulmonares se encuentran ventiladas con estertores del lado izquierdo Coloración de piel/ lechos ungueales /peribucal: Presenta ligera palidez de tegumentos, y cianosis peribucal, temperatura uniforme, sin lesiones primarias circulación del retorno venoso: Retorno inmediato, de color rosado, los ruidos cardiacos se encuentran con signo de galope y se observan dedos de palillo de tambor Presencia de secreciones si en vías aéreas bajas Características blancas sin datos de alarma y disnea e intubación orotraqueal y ventilador de volumen saturando al 98% y con una fio2 de 91%.

2.-NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Subjetivo

Peso actual 62kg Talla 1,55cm Temperatura 36° c Glucemias ***

Ingesta habitual de líquidos se encuentra con canalización en, mimbro superior izquierdo con solución Mixta de 1000 cc+40 Kcl+ 1g MgSO4.

Dieta habitual (tipo): Se alimenta por sonda nasogastrica (gastroclisis) Número de comidas diarias: por la cual tiene indicada 1800 Kcal. C/6 hrs. Con previo residuo gástrico Trastornos digestivos: Abdomen blando, depresible, con peristalsis presente y dolor en hipocondrio derecho. Ingesta de ácido fólico No.

Intolerancias alimenticias /alergias: No Problemas de masticación y deglución: No valorable por estar alimentándose por una enteral.

Patrón de ejercicio: Ninguno.

Objetivo.

Turgencia de la piel: En condiciones normales, tras el pellizco vuelve a su estado normal
Membranas mucosas hidratadas secas Hidratadas. Características de uñas /cabello: Uñas lisas gruesas, cortas y limpias, _cabello quebradizo delgado con uniformidad de crecimiento, cráneo normocéfalo de consistencia lisa y uniforme. Funcionamiento neuromuscular y esquelético Tono muscular flácido sin presencia de temblores, movimientos lentos coordinados, fuerza disminuida.
Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa, bien implantada, encías rosadas. Gingivitis Negadas Pérdida de piezas dentales No Heridas y tipo de cicatrización: Ninguna a la valoración
Otros: NO

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Subjetivo

Hábitos intestinales: Por lo regular después de cada alimento características de las heces, orina y menstruación: Sus heces son de aspecto normal (color marrón espesas) cuenta con sonda Foley No.14 con un total de egresos de 655 ml en 8 hrs, su orina es de color ámbar alcalina Historia de hemorragias /enfermedades renales, otros: No Uso de laxantes No hemorroides: Ninguno Dolor al defecar /menstruar/ orinar: No Como influye las emociones en sus patrones de eliminación: Nunca han interferido.

- Objetivo

Abdomen características: Abdomen blando, depresible, con peristalsis presente y dolor en hipocondrio derecho. Ruidos intestinales: No.

Palpación de la vejiga urinaria: No palpable.

Edema de miembros inferiores Si positivo con un edema palpedral

Utiliza medias de compresión No

Otros: Ninguno

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo

Capacidad física cotidiana: Ahora tiene indicado reposo absoluto. Continúa con ventilador mecánico Actividades en el tiempo libre: Ninguno. Hábitos de descanso; Permanece en cama por tiempos prolongados (24 hrs.) en posición semifowler Hábitos de trabajo: Por el momento ninguno. Deambulación No

- Objetivo

Posturas: Por recomendación en posición semifowler o fowler.

Necesidad de ayuda para la de ambulación: Por el momento no se puede mover.

Dolor con el movimiento: Si. Presencia de temblores. No Estado de conciencia Conciente.

Estado emocional: Alegre cuando la visitan sus familiares de ella y su esposo.

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo

Horas de descanso: Solo en las noches Horario de sueño: 10:00 p.m.- a 3:00 a.m.

Horas de descanso Cinco hrs. Horas de sueño: 5 HORAS Siesta: De 1 a 2 hrs Ayudas: Ninguna

Insomnio: Si Debido a: que le incomoda el tubo endotraqueal y además por procedimientos terapéuticos de enfermería, control o pruebas de laboratorio que se realizan en el turno nocturno. (Toma de SV y aspiración de secreciones).

Descanso al levantarse: Muy poco.

- Objetivo

Estado mental Ansiedad /estrés /lenguaje: Si.

Ojeras: Si atención: Si Bostezos: No Concentración: Si Apatía: No Cefalea: No Respuesta a estímulos: Si, le agrada ser escuchada, que le demuestren interés a ella y que le informen sobre su situación.

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo

Influye su estado de ánimo para la sección de sus prendas de vestir Si

Su autoestima es determinante en su modo de vestir; Si. Sus creencias le impiden vestirse como usted le gustaría: No Necesita ayuda para la selección de su vestuario: Si la paciente depende totalmente de enfermería para vestirse y desvestirse le incomoda el uso de bata.

- Objetivo

Viste de acuerdo a su estado de gestante y edad: Si Capacidad psicomotora para ponerse o quitarse prendas: No Incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No

7.-NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- Subjetivo

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Con facilidad Ejercicio/ tipo y frecuencia: Por ahora ninguno, Temperatura ambiental que le es agradable: Calida o templada: se realiza baño con agua tibia, ya que la paciente no esta acostumbrada al agua caliente, regularmente se baña con agua fría, su temperatura es de 36.8 C.

- Objetivo

Características de la piel: Hidratada, con características propias abdomen (estrías)

Transpiración: Normal. Condiciones del entorno físico: Templado, cómodo, iluminado, ventilado con poco espacio. Otros: Ninguno

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo

Frecuencia del baño, Diario se realiza el baño de esponja y aseo de cavidades.

Momento preferido para el baño: En las mañanas

Cuántas veces se lava los dientes al día: Después de cada alimento y cuenta con todas sus piezas dentarias, las cuales se encuentran en buen estado. Aseo de manos antes y después de comer: Si se lava las manos antes de comer y después e ir al baño, realiza corte uñas cada semana.

Después de eliminar: Si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Actividades que puede realizar para el autocuidado, Higiene personal, ejercicio y descanso, estar pendiente de los signos de alarma y asistir a urgencias.

Características higiénicas de la vivienda, Aseo cada semana, lavado de trastes diario, ropa cada tercer día, vidrios, pisos.

Servicios con los que cuenta la casa habitación, Luz, agua, gas, drenaje.

Hábitos higiénicos que practica en su hogar, Lavar con cloro el piso y baño.

Realiza algún cuidado especial a sus pies, Ninguno.

Objetivo:

Aspecto general: Limpio y agradable Olor corporal: Limpio

Halitosis No

Lesiones dérmicas tipo: Ninguna

Cambios en la piel Estrías.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo

Que miembros componen la familia de pertenencia: Su mama de 56 años y su hermana de 28 años y su esposo, además del recién nacido. Como reacciona ante una situación de urgencia: Se paraliza y no sabe como actuar, se siente incompetente.

Conoce las medidas de prevención de accidentes

Hogar, Si

Trabajo: No

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona. No cuenta con esquema de vacunación completo y no sabe que vacunas le hacen falta, no se realiza ningún tipo de auto exploración física. Tiene vida sexual activa y no utiliza ningún método de protección y nunca a padecido ETS. En su embarazo no llevo ningún control prenatal y nunca se ha realizado el papanicolao. los fármacos que tomaba sin prescripción medica eran aspirinas cuando tenia dolor de cabeza o antigripales cuando se resfriaba.

Familiares: No

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: Las razona, reflexiona y trata de encontrar la solución.

- Objetivo

Deformaciones congénitas: Ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: No cuenta con los recursos necesarios económicos y mucho menos, es seguro y confortable se fomenta la sana convivencia.

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo

Estado civil: Unión libre Años de relación: Desde hace un año 3 meses Vive con: Su pareja.

Preocupaciones / estrés: Si, angustia cuando no hay nadie con ella.

Otras personas que pueden ayudar: Su mama e hermana Rol en estructura familiar: Esposo y esposa Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: La paciente no puede comunicarse verbalmente debido a la intubación, sin embargo esta conciente y contesta las preguntas de si y no con ayuda de gesticulaciones.

Cuanto tiempo pasa sola Casi siempre. Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Ninguno.

- Objetivo

Habla claro: No mucho confusa: A veces Dificultad de visión: No audición: No

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas: Falta de común verbal, contesta las preguntas de si y no con ayuda de gesticulaciones, muestra desorientación, confusión, ansiedad y temor. Se puede observar que a la visita de sus familiares ella estuvo atenta a lo que le decían; tanto sus familiares como ella hablan dialecto (Mazateco). Español limitado.

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo

Creencia religiosa: Católica, asiste a la iglesia por lo menos una vez al mes, piensa que esto le puede ayudar a superar sus problemas de salud, cuenta con imágenes religiosas y lecturas bíblicas.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en la familia: Los enseñados por sus padres para la solidaridad. Principales valores personales: La confianza, respeto, honestidad y la fidelidad.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si

- Objetivo

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): No

Permite el contacto físico: Si, a la exploración

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Trae consigo una medalla de la virgen que le ha acompañado siempre.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo

Trabaja actualmente: No, Se dedica totalmente al hogar tipo de trabajo: NO

Riesgos: Ninguno Cuanto tiempo dedica a su trabajo: Ninguno Esta satisfecho en su trabajo: No trabaja pero le encantaría trabajar en cocina.

Su remuneración le permite Cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia: Ninguna Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si, y no realiza ninguna actividad, a veces sale al mercado de compras ella sola, y ve la TV.

Objetivo:

Estado emocional / claro / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Muy agradable.

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Escuchar música, y le gusta leer. Las situaciones de estrés influyen en satisfacción de esta necesidad: No

Recursos en su comunidad para la recreación: Parques y cine

Ha participando en alguna actividad lúdica o recreativa: No

- Objetivo

Rechazo a las actividades recreativas: No, pero el tiempo hay veces que la absorbe y no realiza ninguna actividad.

Estado de animo apático/ aburrido/ participativo, Participativa y cooperadora.

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo

Nivel de educación: 5to primaria Problemas de aprendizaje: Debido a problemas económicos.

Limitaciones cognitivas: Ninguno Preferencias: leer / escribir: Leer ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? No ¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? No ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si hasta al momento tiene preocupación por sus padecimientos y le gustaría saber mas acerca de estos y de los cuidados que tiene que llevar. Es primigesta por lo cual necesita obtener información acerca de los cuidados al recién nacido en general. Otros: Ninguno.

- Objetivo

Estado del sistema nervioso: Sin Problema alguno órganos de los sentidos: Bien Estado emocional / ansiedad / dolor: Agradable Memoria reciente: Buena

Memoria remota: Bien Otras manifestaciones: Ninguna.

6. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Las 14 Necesidades	Jerarquización	Situación Del Paciente
1.Necesidad de Oxigenación	Necesidad de Oxigenación	Dependiente
2.Necesidad de Nutrición e Hidratación	Necesidad de Nutrición e Hidratación	Dependiente
3.Necesidad de Eliminación	Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura	Dependiente
4.Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura	Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas	Dependiente
5.Necesidad de Descanso y Sueño	Necesidad de Descanso y Sueño	Dependiente
6.Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas	Necesidad de Eliminación	Dependiente
7.Necesidad de Termorregulación	Necesidad de Comunicarse	Dependiente
8.Necesidad de Higiene y Protección de la Piel	Necesidad de Evitar Peligros	Dependiente
9.Necesidad de Evitar Peligros		Dependiente
10.Necesidad de Comunicarse		Dependiente
11.Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores		Independiente
12.Necesidad de Trabajar y Realizarse		Dependiente
13.Necesidad de Jugar Participar en Actividades Recreativas		Dependiente
14.Necesidad de Aprendizaje		Dependiente

7. NECESIDADES ALTERADAS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Dx: Alteración del intercambio gaseoso, FiO2 e intubación orotraqueal relacionado con dolor en tórax manifestado por cianosis peribucal, estertores, dedos de palillo de tambor y acumulo de secreciones en vías aéreas bajas y tos productiva.

Objetivo

- Favorecer la oxigenación de la paciente por medio de ventilador mecánico.
- Mantener las vías aéreas limpias de secreciones.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
*Vigilar la oxigenación a través del funcionamiento del ventilador de volumen.	<p>La respiración es el proceso mediante el cual intercambian gases en la atmósfera y los alvéolos pulmonares. El flujo de aire entre los pulmones y la atmósfera se debe a las diferencias de presión alteradas que generan la contracción y la relajación de los músculos auxiliares de la respiración. Por magnitud de flujo de aire y el esfuerzo necesario para la superficie alveolar, distensibilidad de los pulmones y resistencia de las vías respiratorias.</p> <p>Por lo que respiración mejora cuando la inspiración en su presión alveolar es menor que la atmosférica, o sea de unos 760 milímetros de mercurio (mmHg) o 1 atmósfera a nivel del mar: la contracción del diafragma aumenta el volumen del tórax, lo cual reduce la presión intrapleurar y causa la expansión pulmonar.</p> <p>*El ventilador de volumen mantiene la oxigenación y el equilibrio ácido básico del paciente dentro de los límites fisiológicos para ello se administra aire ambiental o enriquecido con oxígeno de acuerdo con un volumen o presión preestablecidos ya que disminuyen así la carga respiratoria y brindando apoyo a un paciente cuya respiración es</p>

<p>*El control y la vigilancia de la paciente, monitorización y aparataje.</p>	<p>inadecuada.</p> <p>*1) La adaptación del respirador es fundamental para que la ventilación de la paciente sea adecuada. Si el respirador está en modalidad controlada comprobaremos que la frecuencia coincida con las programadas observándose la respiración tranquila y rítmica. Si el respirador está en otra modalidad vigilarémos taquipnea y síntomas de agotamiento.</p> <p>2) Coloración de la piel y mucosas.</p> <p>La cual nos informará de la buena ventilación y de una buena oxigenación.</p> <p>3) Movimientos del tórax y auscultación.</p> <p>Observando la profundidad de los movimientos torácicos así como la asimetría de ambos hemitorax. Comprobar mediante la auscultación la correcta ventilación de ambos campos pulmonares y observando la presencia de secreciones.</p> <p>4) Permeabilidad del tubo endotraqueal.</p> <p>Vigilar la adecuada humidificación, realizar aspiraciones frecuentes, valorando el paso de la sonda de aspiración, viendo si existe o no existe dificultad.</p> <p>5) Cambios clínicos bruscos.</p> <p>a.- Cianosis.</p> <p>b.- Desadaptación.</p> <p>c.- Taquicardia.</p> <p>d.- Bradicardia.</p> <p>Estos síntomas pueden ser indicativos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neumotórax. - Neumomediastino. - Atelectasia.
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>- Obstrucción brusca del tubo.</p> <p>- Intubación bronquio derecho.</p> <p>Vigilancia sobre la monitorización.</p> <p>a) Frecuencia cardiaca: Taquicardia o bradicardia.</p> <p>La frecuencia cardiaca en un adulto es de 72 a 80/ min.</p> <p>b) Frecuencia respiratoria.</p> <p>Dependiendo la vigilancia de este parámetro de la modalidad en que se encuentre. La frecuencia respiratoria de un adulto es de: 16-20/min.</p> <p>c) Temperatura diferencial.</p> <p>No debe de ser superior de 2 a 5 °C. Adultos: 36.5 °C</p> <p>d) Vigilar arritmias.</p> <p>Extrasístoles, bloqueos, fibrilaciones, etc. Así como cambios anormales en el trazado ECG.</p> <p>e) Presión arterial.</p> <p>Ya que su disminución puede ir asociada a técnicas de ventilación que incrementan la presión intratorácica media, haciendo que disminuya el retorno venoso y caída del volumen minuto (Gasto Cardíaco).</p> <p>f) Presión venosa central.</p> <p>En el caso de estar monitorizada puede darnos idea de la influencia de la ventilación mecánica sobre la hemodinámica. Su aumento se observa en técnicas de ventilación, ya que al aumentar la presión intratorácica, disminuye el retorno venoso aumentándose su valor en 1-2 cc de agua (valor normal de 4-8 cc de agua).</p> <p>g) Diuresis.</p> <p>Su vigilancia es importante, pues con la ventilación mecánica hay tendencia a retener agua por aumento de la hormona antidiurética (ADH). Su valor normal es de 1 cc/Kg./hora.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>*Vigilar fuente de gas del ventilador de volumen:</p>	<p>h) Gasometría.</p> <p>Esta nos informará de la adecuada oxigenación-ventilación.</p> <p>Vigilancia sobre el aparato.</p> <p>A) Respirador.</p> <p>a) Preparación y correcta conexión de los tubos del respirador.</p> <p>b) Alarmas:</p> <p>b-1. De alta presión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La paciente tose o está desadaptado. - Existen secreciones. - Hay agua en los tubos. - El tubo endotraqueal está obstruido. - Existe algún tubo acodado. <p>b-2. De baja presión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconexión de algún tubo del respirador. - Desconexión del tubo endotraqueal. - Fugas de los sistemas. <p>B) Mezclador.</p> <p>Control de la FiO_2 (esta en la fracción inspirada de O_2) vigilando en la FiO_2 programada en la grafica respiratoria sea la que la paciente esta respirando.</p> <p>Debe procurarse no mantener la FiO_2 en valores superiores a 0,4 más de 24 horas, para evitar complicaciones como broncodisplasia pulmonar, fibroplasia retrolental.</p> <p>*Se efectúa habitualmente con una mezcla de aire enriquecida con oxigeno. La fuente de gas (g) comprende un sistema de entrada o admisión de los gases, y un sistema de insuflación, que es el encargado de comprimirlos para crear la presión positiva. Los gases se mezclan en</p>
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>*Sistema de control del ventilador de volumen.</p> <p>*Accesorios:</p>	<p>una proporción, determinada por la fiO_2, que se programa.</p> <p>Esta mezcla de aire y oxígeno llega al paciente a través del tubo inspiratorio (i). Después de la insuflación, el gas proveniente del enfermo es llevado al exterior por el tubo espiratorio (e).</p> <p>Los circuitos inspiratorio y espiratorio se separan al final de una pieza en Y que conecta ambos al tubo o cánula traqueal. El circuito separador (s) contiene un sistema de válvulas, que impide que el gas inspiratorio pase a la rama espiratoria durante la insuflación y que el gas espirado entre en el brazo inspiratorio durante la exhalación (reventilación).</p> <p>*Regula las características del ciclo respiratorio: duración del mismo, tiempos inspiratorio y espiratorio, porcentaje de pausa inspiratoria, flujo inspiratorio, volumen de gas insuflado, modalidad de ventilación, etc.</p> <p>La calidad y prestaciones de un respirador dependen tanto de las propiedades mecánicas de la fuente de presión, como del modo de control.</p> <p>*1. Sistema de humidificación. El gas insuflado se debe saturar de vapor de agua y alcanzar una temperatura de 30°C. Los dispositivos más empleados son humidificadores tipo cascada o condensadores higroscópicos (nariz artificial), que retienen el calor y la humedad del gas espirado del paciente, acondicionando así el gas inspirado. Algunos sistemas actuales incluyen filtros antibacterianos.</p> <p>2. Sistema de monitorización. La vigilancia de ciertos parámetros respiratorios es imprescindible para la seguridad del paciente. Al menos hay que monitorizar la presión de vía aérea (manómetro de presión) y el volumen espirado (sensor de flujo v_e). Estas variables pueden constituir las <u>alarmas del respirador</u>: de alta y baja presión y de bajo volumen espirado, para avisar de la excesiva presión en vía aérea o de la desconexión.</p>
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>*Preparación y ministración de medicamentos:</p> <p>Metoclopramida 10 mg IV c/8 hrs.</p> <p>Ceftriaxona 1g IV c 8 hrs.</p> <p>Clindamicina 900 mg IV c/8 hrs.</p> <p>Heparina 4000 U IV c/8 hrs</p>	<p>*Los medicamentos representan estar al pendiente de las instrucciones inscritas para la preparación y administración de ellos. Se vigilan de acuerdo a los efectos secundarios ya que cada uno de ellos es diferente y pueden ser muy graves como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Somnolencia • Confusión • Depresión • Cefalea, • Insomnio • Exantema • Nauseas • Diarrea • Flebitis • Combulciones en dosis excesivas y anomalidades pasajeras en enzimas hepáticas. • Hepatotoxidad • Nauseas • Vomito • Dolor abdominal • Colitis • Diarrea • Erupción cutánea • Apnea. • Enrojecimiento • Dolor • Vómito sanguinolento o parecido a posos de café • Sangre fresca en las heces o heces negras y con aspecto de alquitrán
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Metilprednisolona 60 mg. IV c/8 hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangre en la orina • Cansancio excesivo • Náusea • Vómito • Ahogo, presión o dolor en el pecho • Malestar en los brazos, los hombros, la mandíbula, el cuello o la espalda • Expectoración de sangre al toser • Sudoración excesiva • Dolor de cabeza intenso y repentino
<p>Omeprazol 40 mg IV C/24 hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sarpullido (erupciones en la piel) • Inflamación de la cara, piernas o tobillos • Problemas de visión • Resfrío o infección de larga duración • Debilidad muscular • Heces negras o alquitranadas (de color petróleo) • Dolor estomacal • Diarrea • Estreñimiento • Mareo • Tos • Dolor de espalda • Sarpullido • Urticaria • Comezón • Hinchazón de la cara, la garganta, la lengua, los labios, los ojos, las manos, los pies, los tobillos o las pantorrillas • Dificultad para respirar o deglutir • Ronquera • Convulsiones • Espasmos • Rigidez,

	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor o calambres musculares
--	----------------------------------------------------------------------------------

<p>*Realizar lavado de endocanula para la fácil salida de secreciones secas</p>	<p>*El lavado de la endocanula, con la solución de peróxido de hidrógeno se enjuaga con solución fisiológica es importante ya que nos ayuda a humidificar las diferentes secreciones que están secas y muy difíciles de extraer por aspiración así al momento de la aspiración es mas fácil eliminarlas.</p>
<p>*Realizar aspiración de secreciones.</p>	<p>*Las complicaciones que se pueden desarrollar relacionadas con la presencia de secreciones en el árbol bronquial. De entre ellas se hace necesario recordar: la obstrucción del tubo, de la cánula, provoca atelectasias, hipoventilación e infecciones graves. Todo lo cual puede llegar a poner en peligro la vida del paciente, siendo por tanto necesario la aspiración de las secreciones mediante una técnica siempre estéril, y la misma debe estar protocolizada en aquellas unidades que presten cuidados a este tipo de paciente.</p>
<p>*Observar las diferentes secreciones.</p>	<p>*Según las necesidades para eliminar las secreciones acumuladas, retenidas y mejorar su oxigenación. El observar la secreción expectorada por el paciente nos ayuda a saber si hay infección, así como la calidad de secreciones que esta eliminando el paciente.</p>
<p>*Movilizar a la paciente con cambios de posición de fowler a semifowler cada 2 horas</p>	<p>*Mantenerla en una posición de semi-fowler o fowler, adecuada; fomenta la expansión pulmonar y la circulación de la sangre en todo el cuerpo y en miembros inferiores y superiores, además se previene de escaras en la piel.</p> <p>Cambiar de posición a la paciente cada 2 horas, efectuar maniobras de vibración y percusión cuando estén indicadas para prevenir la acumulación de secreciones en los pulmones.</p>

<p>*Controlar con seguridad las constantes vitales: T/A. F. C, Respiración, Pulso, y Temperatura. Toma de signos vitales cada hora.</p>	<p>*Los signos son parámetros ó constantes de vida y por lo tanto nos sirven para percibir y medir alguna anomalía en el organismo y percatarnos del problema que este presentando el paciente.</p>
<p>*Dar palmo percusión. Cada vez que sea necesario.</p>	<p>*La terapia de palmoperCUSión ayuda a una tos productiva y a la liberación de secreciones por lo que es necesario obtener una mejor expansión pulmonar y mantenerla estable para que no se vaya a bronco-aspirar.</p>

Evaluación: La paciente transcurre sin signos alarmantes y pronta recuperación. Los signos vitales no muestran alteración la paciente no refiere problema alguno cuando se realiza la aspiraciones de secreciones por lo qué no se encontró dato de infección de las mismas, así mismo no existe riesgo de que se bronco aspire además los signos vitales no muestran alteración.

Dx: Alteración de alimentación relacionada con la dificultad para deglutir manifestado por instalación de sonda nasogástrica (gastroclisis), abdomen blando depresible, con perístasis presente y dolor en el hipocondrio derecho.

Objetivo

- 1 Asistir a la paciente con la alimentación por sonda.
- 2 Coadyuvar una ingesta buena de nutrientes.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
<p>*Administración de soluciones parenterales según estado hídrico.</p> <p>*Soluciones fisiológicas, hartman, cloruro de sodio.</p>	<p>*La administración de soluciones mantiene al paciente a conservar su estado de salud, hídrico y proporcionarle los cuidados electrolíticos suficientes al cuerpo.</p> <p>*Las soluciones utilizan un sistema cerrado por lo que disminuyen el riesgo de infecciones nosocomiales, y reducen la posibilidad de entrada de aire al torrente circulatorio.</p>
<p>*Toma de glicemia capilar una vez por turno.</p>	<p>*Es importante para el paciente llevar un control de sus niveles de glucosa en sangre así, podremos percatarnos en que esta fallando, poder regular sus niveles.</p>
<p>*Verificar la tolerancia de la dieta licuada, midiendo antes de la alimentación el contenido gástrico.</p>	<p>*Cuando se mide el contenido gástrico es para verificar si tiene residuos de comida para evitar el malestar que podemos generar al introducir más alimento (sensación de llenado) y por lo tanto prevenir la aspiración por vómito.</p>
<p>*Asistir previamente su alimentación y mantener vías aéreas permeables y colocación de posición fowler del paciente.</p>	<p>*La posición semifowler o fowler nos permite que por gravedad se evite el reflujo o vómito y así disminuir el riesgo de aspiración.</p>

*Mantenimiento de la sonda nasogástrica	*Es necesario que al momento de terminar la alimentación por sonda se tiene que lavar la sonda con 10 cm. de agua o solución para evitar la obstrucción y así también evitamos el cambio de sonda por lo tanto evitaríamos el dolor al paciente de la recolocación de la sonda.
*Evitar el desplazamiento de la sonda.	*Es de manera indispensable el tener vigilancia estrecha con fijación de la sonda ya que si se llega a desplazar un poco, tenemos un riesgo de una salida precoz de la sonda, lo cual podemos evitar si estamos pendiente de la fijación al igual que evitaríamos el lastimar al paciente nuevamente.

Evaluación: La paciente no muestra problema alguno al momento de su alimentación, ya que se le aspira antes de pasarle los alimentos, y no presenta secreciones, por lo que no se encuentra foco de infección en la misma.

Dx: Deterioro de la movilidad física relacionado con la presencia de ventilador mecánico manifestado por permanecer en la cama las 24 horas del día.

Objetivo

-Dar a conocer ejercicios pasivos que pueda realizar y lograr una mejoría en su movilidad.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
<p>*Realización de ejercicios pasivos y masaje en extremidades inferiores y superiores para recuperar poco a poco la movilidad Cada dos horas.</p>	<p>*Los ejercicios pasivos son los que aplican al paciente, sin que este realice esfuerzo. Y el masaje es un método terapéutico manual con fines estimulantes. Además es un sistema de contacto en donde el tacto estimula y gratifica emocionalmente a quien lo recibe.</p>
<p>*Movilización del paciente Cada 2 horas.</p> <p>*Cambio de Posición</p>	<p>*Estimular y fortalecer músculos de piernas, brazos, abdomen, cuello y cabeza.</p> <p>*Mantenerla en una posición adecuada, fomenta su equilibrio. Mantenerla en una posición de semi-fowler o fowler, adecuada; fomenta la expansión pulmonar y la circulación de la sangre a nivel cerebral y en miembros inferiores y superiores, además de prevenir escaras en la piel.</p> <p>*Cambiar de posición a la paciente cada 2 horas, efectuar maniobras de vibración y percusión cuando estén indicadas para prevenir la acumulación de secreciones en los pulmones.</p>
<p>*Mantener equilibrio entre reposo y movilidad</p>	<p>*En lo posible debe evitarse la inmovilización prolongada, para prevenir contracturas articulares, atrofia muscular, desacondicionamiento cardiovascular y otros efectos no deseados.</p>

*Evaluar presencia de dolor, circulación de extremidades y temperatura.	*Los ejercicios pasivos no se deben ejecutar si aumentan la intensidad del dolor. Durante los periodos de dolor agudo, el ejercicio debe limitarse al rango de movilidad tolerado por el paciente.
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación: La familia refiere que los cambios de posición que se le han dado ala paciente son necesarios ya que producen bienestar para ella, y sobre todo para ellos que no sabían que hacer, mencionan que es satisfactoriamente relajante para la paciente, se les dio una demostración para dar masaje con crema de almendras y a su vez lo realizaran por lo que mostraron motivación por parte de ellos.

Dx: Déficit de autocuidado: vestido y acicalamiento relacionado con deterioro de la capacidad psicomotora para ponerse o quitarse prendas manifestado por la dependencia en enfermería para vestirse y desvestirse, le incomoda el uso de bata.

Objetivo

-Apoyar a la paciente en vestirse y desvestirse para brindar comodidad y seguridad.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.	<p> La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad.</p> <p>El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas, ni escamas ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima.</p>
Brindar comodidad y seguridad a la paciente en el cambio de ropa	<p> La satisfacción de esta necesidad, ó lo que es más exacto, la manera de satisfacerla ha desviado la atención hacia el cumplimiento de otras necesidades como sentirse seguro, realizarse y comunicarse a llegando a ser en algunos momentos un problema para la paciente por lo que hay que ajustar su comodidad y seguridad en elegir su propia ropa ó al menos hacerle ver que sea similar a la suya y se sienta a gusto.</p>
Apoyar a la paciente en el cambio de vestir y desvestirse	<p> El apoyo para la paciente es fundamental ya que se realiza diario el cambio de ropa además es incomodo cuando esta sucia, por eso es necesario que se realice y sea gratificante para la paciente ya que mejora su imagen y su aspecto personal.</p>

Evaluación: La paciente muestra una satisfacción de seguridad personal cuando es apoyada por algún miembro de su familia por lo que refiere sentirse a gusto con ella misma. Y así mismo elegir las prendas que le agradan para vestir.

Dx: Alteración de descanso y sueño relacionado con insomnio, incomodidad por tubo endotraqueal, procedimientos terapéuticos, control o pruebas de laboratorio, toma de signos vitales, y aspiración de secreciones manifestado por la paciente.

Objetivo

Recuperar el tiempo de descanso y Sueño de la paciente paulatinamente.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
<p>*Permitir que la paciente logre conciliar el sueño y descanso necesario.</p>	<p>*El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros.</p>
<p>*Recuperar el tiempo de descanso y sueño de la paciente</p>	<p>El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo.</p>
<p>*Organizar cuidados de enfermería para el descanso y sueño de la paciente</p>	<p>*Es importante que las etapas del sueño recorran su trayectoria cíclica, de manera interrumpida. El cuerpo necesita de un descanso por la tarde lo comúnmente llamado siesta, esta debe de durar de 20 min. A 1 hr. Ya que si sobre pasamos ese limite durante la noche será mas difícil conciliar el sueño.</p>
<p>*Organizar cuidados de enfermería para el descanso y sueño de la paciente</p>	<p>El eliminar ruidos innecesarios satisface que el paciente pueda conciliar el sueño mejor sin molestia alguna, además puede mantener un ambiente en el que se sienta seguro.</p>
<p>*Organizar cuidados de enfermería para el descanso y sueño de la paciente</p>	<p>*Enfermería esta de acuerdo en realizar los procedimientos terapéuticos de acuerdo a las necesidades del paciente y al turno de trabajo correspondiente por lo que es cómodo para el paciente que no se le interrumpa el descanso y sueño.</p>

Evaluación: Los familiares y la paciente refieren que es favorable el sueño pero en ocasiones es interrumpido por procedimientos del personal, mencionan que permanece casi todo el tiempo dormida. Aunque es difícil conciliar el sueño.

Dx: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a patología de base manifestado por edema de miembros inferiores y superiores así también se encuentra un balance negativo en el control de líquidos.

Objetivo

-Mejorar la diuresis del paciente

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
<p>*Manejar el control de líquidos</p>	<p>*Es una base de datos que nos ayuda a conocer los egresos e ingresos de líquidos al paciente y cuanto se esta eliminando para saber si existe una buena diuresis o por lo contrario hay una retención de líquidos.</p> <p>Garantiza el control exacto de consumo y perdida de sustancias que el paciente requiere durante un periodo de 24 hrs. para brindar un equilibrio hidroeléctrico y mantenerlo hemodinamicamente estable.</p> <p>Los electrolitos son aquellas sustancias que se hayan disueltas en los líquidos del organismo entre potasio, sodio, cloro, bicarbonato de sodio, magnesio y fosfato. La concentración de estos electrolitos debe mantenerse dentro de un rango muy estrecho correspondiente a la normalidad; múltiples enfermedades, trastornos y medicamentos provocan un desequilibrio.</p> <p>El balance de agua y electrolitos esta determinada por el volumen de agua ingerida y el volumen de agua excretada. Las fuentes de ingesta de agua incluyen el agua consumida además de los alimentos ricos en agua.</p> <p>Las fuentes de excreción de agua son la orina, el sudor, las secreciones gastrointestinales y vapor en el aire expirado. Las perdidas insensibles en adultos son de 300 a 500ml sobre m2 de superficie corporal, las perdidas fecales de 200ml sobre día. Con base en el peso corporal los requerimientos diarios de agua para adultos normales varían en 21% y 43 sobre Kg.</p>

<p>*Medir diuresis cada vez que micciona</p>	<p>*Es fundamental para obtener una base de datos exacta. Esta información ayuda a mantener una evolución continua del estado de hidratación del paciente para evitar desequilibrios graves.</p> <p>La eliminación incluye orina, diarrea, vómito, aspiraciones gástricas y drenaje. Y se mide en un periodo de 24 horas para saber si se mantiene el equilibrio de líquidos.</p>
<p>*Observar características de la orina</p>	<p>*El color de la orina es amarillo-ámbar de tonalidad variable según este más o menos concentrada pero puede variar por distintas causas.</p> <p>Naranja: la orina puede tomar este color debido a la ingesta de distintos fármacos como la rifampicina, l-dopa, metronidazol.</p> <p>Roja: cuando la orina es de color rojizo no siempre significa que contenga sangre. Puede ser debido a la ingestión de determinados vegetales como zanahorias, o a la toma de laxantes y colorantes alimenticios como la eosina, o por la administración excesiva de complejos vitamínicos b.</p> <p>Turbia: habitualmente una orina turbia, si además se acompaña de mal olor corresponde a una orina infectada. Pero también muy a menudo, se debe a que es muy alcalina, debido a un alto contenido de fosfatos amorfos.</p>

Evaluación: La paciente maneja un control de líquidos estable, por lo que no muestra algún dato de infección que pudiera alterar su estado de evolución. Refiere no tener alguna molestia.

Dx: Deterioro de la comunicación relacionado con habla materno (dialecto Mazateco) y español limitado manifestado por falta de comunicación verbal, angustia, desorientación, confusión, ansiedad y temor.

Objetivo

-Fomentar una comunicación afectiva entre la paciente, sus familiares y personal de enfermería.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
*Platicar con la paciente y pedirle a los familiares que tengan un acercamiento con ella, y que este sea de manera continua y afectiva.	*El contacto de los familiares permite que la paciente se sienta seguro de si mismo. También mejora su estado de salud. En estos casos la paciente necesita de afecto y atención por parte de sus seres queridos para su mejoramiento en la comunicación.
*Decirle palabras sencillas que pueda, entender a través de un lenguaje alternativo gesticulaciones, señas o ruidos).	*El uso de palabras simples, permite que la paciente, pueda repetir y pueda comunicarse más fácilmente con sus familiares, personal del hospital y pueda expresar lo que siente o deseé.
*Ubicarla en tiempo, lugar o espacio y persona	*A través de la presentación y saludo por parte del personal de enfermería ubica y disminuye el estrés del paciente.
*Al realizar cualquier procedimiento informarle de las acciones a realizar.	*Reduce la angustia tanto de la paciente como de sus familiares ya que se siente más en confianza y disminuimos el nivel de nerviosismo y una mejor empatia.

Evaluación: La familia obtuvo los conocimientos necesarios que le permiten entender un poco más a su paciente, refieren sentirse un poco más tranquilos ya que el saber “nada” les angustiaba y no sabían como reaccionar ante una situación difícil, mencionan que pondrán todo de su parte para salir adelante con su paciente y esperan con ello mejorar su relación como familia no saben como reaccionar ante el paciente.

Esta falta de comunicación para poder expresar lo que sienten y comprender su situación por parte del paciente y su familia generan estrés, incertidumbre y miedo al padecimiento. Provocan intensa ansiedad que es difícil de controlar.

Dx: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

Objetivo

-Prevenir infecciones a la paciente de las diferentes vías de entrada que tiene.

CUIDADOS	FUNDAMENTACIÓN
*Valorar signos y síntomas, como la fiebre.	*La fiebre es uno de los primeros signos de infección y así nos lleva a otra sintomatología y después se harán pruebas para el diagnóstico pertinente.
*Manejo de técnicas de asepsia en el cuidado de endocanula.	*La infección hospitalaria sigue siendo hoy día un problema de salud pública de primer orden en todos los hospitales del mundo. Paradójicamente, no está demostrado que el nivel de desarrollo tecnológico favorezca su control. Sin embargo, aunque no puede plantearse su eliminación, sí se puede obtener una reducción considerable, si se toman medidas adecuadas para su identificación y control. Asimismo, hoy es necesario introducir en los hospitales un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención, así como el riesgo que puede representar para el paciente. Por otro lado, las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de la infección hospitalaria.
*Limpieza de los sitios de inserción de catéteres	*Es importante las curaciones y limpiezas de las vías de entrada ya que si no hay cuidado pueden provocar más molestia e infecciones.

Evaluación: Las infecciones menores pueden producir serios problemas por lo que hay que estar pendiente de la protección total del paciente para que no adquiera alguna bacteria y permanezca en condiciones favorables, los familiares refieren estar atentos a cualquier anomalía de la paciente por lo que se les informo personalmente y brindándoles una platica de las infecciones que puede adquirir su paciente dentro del hospital. Dijeron estar muy pendientes en este tema.

8. PLAN DE ALTA

Lo que se pretende es mantener al máximo nivel posible su capacidad funcional y como probable persistencia de conducto arteriovenoso y síndrome anémico su pronta recuperación. La mayoría de los pacientes pueden llevar una vida plena normal, aunque algunos pacientes experimentan una remisión permanente, la mayoría requieren algún tipo de tratamiento ambulatorio prolongado.

Por lo que a la paciente se le orientó constantemente dentro del hospital y mediante visitas domiciliarias a cerca de su padecimiento, en la alimentación: para ella, se le recomendó que coma frutas y verduras, realice sus 3 comidas diarias e ingiera bastantes líquidos, para el bebe leche Nan y materna que debería ser la indicada, para cuidados al recién nacido como: cuidar su alimentación, verificar si acepta bien la leche y si no vomita, así mismo que no presente problemas de respiración por la noche, temperatura, verifique si esta evacuando diario, y si hay cicatrización umbilical que no presente: sangrados ó mal olor, en cuanto a la higiene: el baño para ella debe ser diario, para el bebe cada dos días ó dependiendo del tiempo ambiental, además el cambio de ropa debe de ser diario, arropar al bebe en caso de hacer frío ó dependiendo del tiempo, en cuanto a la planificación familiar: se le oriento que use el condón como preservativo y planeen con tiempo su segundo bebe, así mismo se le brindo información de todo lo que le surgía duda a si como a sus familiares quienes desconocían de los riesgos y peligros que pudieron haberle ocurrido y que a la larga podría ser fatal. De tal manera se le recomendó guardar reposo en cuanto a la cuarentena y no cargar cosas pesadas así mismo que tenga control en su medicación. Ya que la mayoría de los pacientes bien controlados regulan por si solas sus dosis y conocen sus efectos secundarios.

Se le recalco a la paciente de los peligros de tomar fármacos sin receta o cualquier medicamento que no tenga la aprobación del especialista.

Se Indica a la paciente y a la familia que son capaces de manejar la situación adecuadamente y pueden controlarla en su domicilio, pero siempre existe personal que estará apoyándolos en cualquier situación y que no deje de acudir a sus citas medicas y a la ayuda de la trabajadora social ya que estas sesiones le ayudaran a salir adelante a enfrentarse mejor a la situación por la que esta pasando y le ayudara sobre todo a tener una mejor calidad de vida.

9. CONCLUSIONES

En el carácter general de la formación profesional mediante la realización de este trabajo, se cumplió con el objetivo principal planteado al inicio en lo que respecta a la aplicación de la metodología del proceso de atención de enfermería **“Aplicado a una Paciente con Alteración de su Proceso Respiratorio”** para proporcionar un cuidado de enfermería específico y holístico, que le permitió a la pasante integrar los conocimientos, técnicas, habilidades y destrezas adquiridas en el manejo del paciente para proporcionar atención continua de una manera eficiente en el proceso salud - enfermedad. Por ello el Proceso Atención de Enfermería como método organizado y sistemático de la profesión constituye un apoyo importante en la comprensión de la enfermera como ciencia del cuidado que requiere tener bien sustentadas sus bases.

Si bien es cierto que la profesión se apoya en muchas de las ciencias de la salud dedicadas a corregir alteraciones del individuo, la enfermería no solo se enfoca a ello, sino que valora todo lo que conforma a este, lo ve desde el aspecto holístico, lo que indica que no se puede desdoblarse en partes para su estudio, toma en cuenta su parte física, emocional, social y espiritual, así mismo logra integrarlo a su ámbito social y preservar su salud.

En general los cuidados otorgados resultaron benéficos tanto para el paciente como para su familia. La paciente como la familia han manifestado tener cierta sensación de control sobre el padecimiento, refieren sentirse un poco más tranquilos ya que nunca se habían atrevido a analizar la situación en la que se encontraban después de saber el diagnóstico, se sentían inquietos ya que no conocían lo suficiente del padecimiento.

Ahora se sienten capaces de preguntar, de enfrentarse a lo que vendrá, y están seguros de poder resolverlo o al menos tratar de hacerlo, saben que todo lo que siente es normal pero que exteriorizarlo para encontrar posibles soluciones.

Lo que me deja como enseñanza de este trabajo es que no hay que mentirle a la gente y sobre todo ocultarle información que les debemos de dar y solo nos queda brindar lo mejor de nosotros, no podemos menospreciar ningún aspecto que para otros es importante, hay que ejercer la profesión de manera responsable, con una actitud siempre de servicio y no dejando de lado al ser humano que es un todo.

GLOSARIO

1. Anemia : Reducción del volumen de glóbulos rojos o de la concentración de Hb por debajo de los límites de los valores presentes en los individuos sanos, debida a la pérdida de sangre, alteración de la producción o aumento de la destrucción de hematíes o a una combinación de estas alteraciones .

2. Angiografía pulmonar: Es el examen más confiable y específico para establecer el diagnóstico definitivo. Si bien el demostrar un defecto de llene intraluminal en forma constante permite establecer el diagnóstico, es un procedimiento costoso, invasivo, no factible de realizar y aún más, no disponible en la mayoría de los hospitales.

3. Ecocardiografía: Es una técnica rápida, práctica, sensible, para identificar la sobrecarga del VD. La frecuencia de los signos va a depender de la población en estudio. Así se ha visto que la frecuencia de dilatación de VD excede el 90% cuando hay hipertensión pulmonar. Los que presentan disfunción de VD tienen un pronóstico peor y un mayor riesgo de recidiva y muerte. Los signos ecocardiográficos son: visualización directa del trombo (raro), dilatación de VD, hipokinesia de VD, movimiento anormal del septum, insuficiencia tricuspídea, dilatación de la arteria pulmonar, falta de disminución del colapso inspiratorio de la vena cava inferior".

4. Puerperio: (Período de 6 sem tras el parto), que generalmente reflejan la reversión de los cambios fisiológicos del embarazo, son leves y transitorios y no deben confundirse con sus complicaciones. En las primeras 24 h, la frecuencia cardíaca materna cae y su temperatura puede elevarse ligeramente. A causa del aumento de los glóbulos blancos durante el parto, en las primeras 24 h posparto existe una leucocitosis marcada (hasta 20.000/ml)

5. Trombolisis: Es más efectiva que la heparina en producir una lisis rápida del coágulo, sin embargo, es más cara, y se asocia con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas. No está indicada en la mayoría de los TEP ya que responden favorablemente con la terapia anticoagulante.

6. Síndrome Anémico: Conjunto de síntomas y signos determinados por la anemia. Manifestaciones dependientes de la anemia síntomas: Astenia, irritabilidad, insomnio, cefalea, disnea, palpitaciones.

BIBLIOGRAFÍA

MT Luís, “**Diagnósticos de Enfermería**”. Editorial. Harcourt Brace. 3 era. Edición. España. 1998.

Dugas Witter Beverly, “**Tratado de Enfermería Práctica**. Editorial. Interamericana McGraw Hill, 4ta. Edición, México. 2000.

Nanda.- **Diagnóstico enfermeros, definiciones y Clasificación**.- Editorial. Harcourt Brace 2001, Madrid.

Brunner.- **Enfermería Medico-** MC Graw Hill Interamericana, Quirúrgica 8° edición.- México 1998.

Bravo Peña Federico **Historia de Enfermería**. Editorial. Harcourt México 1990.

Merk.- **Medicina Interna**.- Editorial. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. Mosby 9ª Edición. 2000.

F. Collière, **Promover La Vida**, Editorial. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993.
Págs.5-10.

Domínguez Alcón. C., **Los Cuidados y La Profesión Enfermera en España**, Editorial. Pirámide, Madrid, 1986, Pág.15.

James p. Smith. **Virginia Henderson Los Primeros Noventa Años**. Editorial. Masson. Barcelona. Madrid. Pág. 88.

GriffitJW. Chhistensen PJ. **Proceso de Atención de Enfermería**. Aplicación de teorías, guías y modelos. Editorial. México; 1986:6.

Marriner. Ann. **Modelos y Teorías de la Enfermería**. Editorial. Harcourt Bracer. Madrid. España. 1989. Pág.99.

Kozier Bárbara et al. **Fundamentos de Enfermería** Editorial. McGraw – Hill Interamericana 5 ED. España 2002. Pág. 91.

Maria Teresa Luís Rodrigo. **De la teoría a la práctica**. El pensamiento de virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial. Masson 2da. Edición. España; 1998-200 Pág. 73, 74, 75

Riopelle L. **Cuidados de Enfermería**. Editorial Mc Graw – Hill / Interamericana España. 1993.

Maria Teresa Luís Rodrigo **Los Diagnósticos Enfermeros**. Editorial Masson España. Barcelona. 2000.

Mercedes Ugalde Apalategui. **Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA** Editorial Masson. España. Barcelona. 1995.

Mosse K., **Pulmonary Embolism. En Harrison"s principles of Internal Medicine**, Editorial. Mc Graw – Hill / Interamericana España 13 Edición. 1994.

11. ANEXO

10.1.1 CUIDADOS EN EL POSPARTO

Las manifestaciones clínicas del puerperio (período de 6 sem tras el parto), que generalmente reflejan la reversión de los cambios fisiológicos del embarazo, son leves y transitorios y no deben confundirse con sus complicaciones. En las primeras 24 h, la frecuencia cardiaca materna cae y su temperatura puede elevarse ligeramente. A causa del aumento de los glóbulos blancos durante el parto, en las primeras 24 h posparto existe una leucocitosis marcada (hasta 20.000/ml). El flujo vaginal es muy sanguinolento (loquios rojos) durante 3 o 4 d, cambiando a una coloración marrón clara (loquios serosos) en los siguientes 10 a 12 d y finalmente es blanco amarillento (loquios blancos). El volumen total es de unos 250 ml; para su absorción pueden utilizarse tampones intravaginales (que se cambian con frecuencia) o compresas. Suele existir un aumento transitorio del volumen de flujo urinario que puede contener glucosa y proteínas. La pérdida de líquido eleva el Hto y la VSG durante unos pocos días. El útero involuciona progresivamente y, después de 5 a 7 d, se encuentra firme y no es sensible, extendiéndose de forma equidistante entre la sínfisis y el ombligo. En unas 2 sem ya no es palpable en el abdomen. Las contracciones del útero en involución a menudo son dolorosas y pueden requerir analgésicos.

Tratamiento en el hospital

El riesgo de infecciones maternas, hemorragias y dolor debe reducirse al mínimo. La madre permanece en observación 1 h después de completar la 3.^a etapa del parto y se aplica un masaje periódico del útero para asegurarse de que se contrae y permanece contraído, evitando un sangrado excesivo. Si el útero no se mantiene contraído sólo con masaje se administra oxitocina i. m., 10 U, o un goteo i. v. de oxitocina diluida (10 a 20 U/1.000 ml de suero) a un ritmo de 125 a 200 U/h durante 1 a 2 h inmediatamente después del alumbramiento de la placenta. Si se utilizó anestesia general para los procedimientos del parto, la madre debe monitorizarse (preferiblemente en la sala de recuperación o en la del parto, recuperación y posparto) manteniendo disponibles O₂, sangre del tipo O negativo o pruebas de compatibilidad sanguínea y sueros i. v. durante las 2 o 3 h siguientes al parto.

Después de las primeras 24 h, la recuperación posparto es rápida. Debe ofrecerse a la paciente una dieta basal tan pronto como solicite alimentos, en ocasiones poco tiempo después del parto. Se recomienda la de ambulación completa tan pronto como sea posible. Después del 1.^{er} día pueden iniciarse los ejercicios para fortalecer la musculatura abdominal; incorporarse en la cama con las caderas y rodillas flexionadas sólo tensa los músculos abdominales y no suele producir dolor de espalda. Debe recomendarse la ducha, aunque las duchas vaginales están prohibidas durante el inicio del puerperio. Las molestias debidas a la episiotomía pueden aliviarse con baños de asiento calientes varias veces al día; puede ser necesario administrar codeína, 30 mg, y aspirina, 650 mg,

cada 4 h (en las madres lactantes puede sustituirse por paracetamol, 650 mg).

Es importante el cuidado de la vejiga, evitando la retención urinaria, la sobredistensión vesical y el sondaje siempre que sea posible. Puede aparecer un rápido aumento de la diuresis, sobre todo al retirar los oxitócicos. La mujer debe ser informada y controlada para que vacíe la vejiga con frecuencia para prevenir el sobrellenado asintomático de la vejiga. También debe recomendársele que defaque antes de salir del hospital aunque, con el alta precoz de las pacientes, a menudo las mujeres ya han dejado el hospital cuando presentan la primera deposición. Puede ser necesario el tratamiento con laxantes por estreñimiento pertinaz. Si tras 3 d no se ha efectuado una deposición debe administrarse un catártico suave. Las hemorroides pueden reducirse mediante el mantenimiento de una buena función intestinal y tratarse con baños de asiento templados. La anestesia regional (espinal o epidural) suele retrasar el comienzo de la deambulación y puede retardar la micción espontánea.

Antes del alta debe hacerse una nueva determinación del recuento eritrocitario para verificar que la mujer no presenta anemia. Las mujeres seronegativas deben recibir inmunización contra la rubéola el día del alta. Si la paciente es Rh-negativa, no está sensibilizada y ha tenido un niño Rh-positivo debe recibir una dosis de 300 mg de globulina inmune Rh₀ (D) antes de 72 h tras el parto para prevenir la isoimmunización; este tratamiento produce un título elevado de anticuerpos anti-Rh.

Durante el comienzo de la lactancia, las mamas pueden presentar un crecimiento doloroso cuando comienza a incrementarse la producción de leche. El tratamiento de la congestión mamaria en la lactancia se trata en Nutrición del lactante. Si la madre no va a utilizar la lactancia natural, ésta puede suprimirse manteniendo elevadas las mamas firmemente, ya que la gravedad estimula el reflejo de salida y aumenta el flujo de leche. Muchas madres confirman la eficacia de este método cuando se acompaña de vendaje firme de las mamas, restricción de la ingesta de líquidos y aspirina a demanda, con duración de los síntomas sólo durante 3 a 5 d.

La depresión posparto puede aparecer en las primeras 24 h después del parto, generalmente tiene una duración limitada (36 a 48 h) y es muy frecuente. La depresión puede precisar tratamiento si dura >72 h o se asocia con falta de interés por el recién nacido, pensamientos suicidas u homicidas, alucinaciones o conducta psicótica. Una psicosis verdadera probablemente es secundaria a exacerbación de una enfermedad mental preexistente en respuesta al estrés físico y psicológico del embarazo y el parto; precisa psicoterapia.

Tratamiento en el hogar

La madre y el niño pueden ser dados de alta a las 24 h del parto; muchas unidades obstétricas dan de alta a sus pacientes incluso a las 6 h del parto si no se ha utilizado anestesia general y no han presentado complicaciones. Pueden pautarse analgésicos para el dolor según las necesidades y siempre de forma limitada en las madres lactantes, ya que la mayoría de los medicamentos se eliminan con la leche (v. también Fármacos en las madres lactantes. Las actividades habituales

pueden retomarse a voluntad de la paciente. Los problemas importantes son raros, pero es necesaria una visita domiciliaria o un régimen de seguimiento más o menos estrecho.

La prevención del embarazo durante varios meses para permitir una completa recuperación va en el interés de la propia mujer. *La vacunación contra la rubéola obliga a un intervalo mínimo de 3 meses antes de un nuevo embarazo.* Por ello, aunque las relaciones sexuales pueden reiniciarse tan pronto como sean deseables y no molestas para la mujer, es necesaria la utilización de un método anticonceptivo porque es posible que se produzca el embarazo. Los anticonceptivos orales pueden iniciarse en el momento del alta. El diafragma sólo puede insertarse después de la involución uterina completa, es decir, a partir de las 6 a 8 sem; entre tanto, deben utilizarse espumas o geles espermicidas y preservativos. En las madres no lactantes, la ovulación más temprana suele tener lugar aproximadamente a las 4 sem del parto, 2 sem antes de la primera menstruación. Sin embargo, se han comunicado casos de concepción tan precoz como a las 2 sem del parto, por lo que la ovulación puede producirse más pronto. Las madres lactantes suelen ovular, y después menstruar, a partir de las 10 a 12 sem del parto. En algunas ocasiones, una madre lactante puede ovular y menstruar (y quedar embarazada) tan rápidamente como las que no están amamantando.

10.1.2 TROMBOEMBOLIA PULMONAR

El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y la Trombosis Venosa Profunda (TVP) constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad que puede observarse en varias condiciones clínicas. Desde el punto de vista epidemiológico el Tromboembolismo Pulmonar es responsable de más de 50.000 muertes al año en los Estados Unidos, y como se estima que alrededor del 10% de todos los Tromboembolismos Pulmonares son causa de muerte, la incidencia de Tromboembolismo Pulmonar no fatal podría ser más de 500.000 episodios al año. En estudios de necropsia, en un 25 - 30% se ha detectado evidencia de embolia antigua o reciente, que aumenta a 60% con técnicas especiales. Además, la probabilidad de sobre vida después de un Tromboembolismo Pulmonar o Trombosis Venosa Profunda está reducida cuando se compara con controles según edad, género o raza.

Un hecho importante a destacar es que el diagnóstico premortem ocurre sólo en un 10-30% de todos los casos en que una embolia antigua o reciente se demuestra en autopsias (1, 2, 3).

10.1.3 PATOGENIA

Se sabe que más del 95% de los émbolos provienen de trombos que se originan en la circulación venosa profunda de las extremidades inferiores. El resto proviene de trombos que se originan en las cavidades cardíacas derechas o en otras venas, pero son muy raras a menos que exista un factor incitante como un catéter central o una sonda marcapaso. De este modo, la embolia pulmonar debe ser considerada como una complicación de la Trombosis Venosa Profunda de las venas de las extremidades inferiores.

En el Siglo XIX, Rudolf Virchow postuló la triada de factores que llevan a la coagulación intravascular: éxtasis, trauma local en las paredes vasculares, hipercoagulabilidad.

Se ha estudiado la coagulación en forma más o menos extensa, y existe por lo tanto una lista cada vez más creciente de condiciones con riesgo aumentado de trombogénesis: deficiencias de antitrombina III, proteína C, proteína S y componentes del sistema fibrinolítico, presencia de anticoagulante lúpico, etc.

Las condiciones señaladas anteriormente han sido catalogadas como estados de hipercoagulabilidad primarios, pero en la práctica lo que interesa es conocer aquellas condiciones clínicas comúnmente llamadas adquiridas, que constituyen un factor de riesgo aumentado que pueden precipitar una trombosis venosa.

Cirugía que requiera más de 30' anestesia general.

Reposo prolongado en cama.

Período postparto.

Obesidad.

Edad aumentada.

Insuficiencia cardíaca.

Fracturas y traumatismos.

Carcinoma.

Uso de estrógenos.

Insuficiencia venosa crónica extrema. Inferiores.

10.1.4 FISIOPATOLOGÍA

El resultado inmediato del El Tromboembolismo Pulmonar es la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo arterial pulmonar, lo que produce una serie de eventos fisiopatológicos que pueden ser caracterizados como "respiratorios" y "hemodinámicas".

Consecuencias Respiratorias: La obstrucción produce una zona del pulmón que es ventilada pero no perfundida, lo que se ha determinado espacio muerto intrapulmonar. Existe una bronconstricción que puede ser vista como un mecanismo para reducir la ventilación hacia la zona afectada y sería debido a la hipocapnia que resulta del cese del flujo sanguíneo.

Se produce una pérdida surfactante alveolar, que no ocurre inmediatamente. Se inicia alrededor de las 2 - 3 horas, siendo completa luego de 12 a 15 horas; esto conlleva la aparición de atelectasia luego de 24 a 48 horas de la interrupción del flujo.

La hipoxemia es una consecuencia común del El Tromboembolismo Pulmonar pero no siempre está presente. Se debe a varios mecanismos: trastorno de la relación V/Q, insuficiencia cardíaca con pO₂ en sangre venosa mixta baja y perfusión obligada hacia zonas no ventiladas.

Efectos hemodinámicos: El efecto primario es la reducción del área de sección del lecho vascular, lo que produce un aumento de la resistencia vascular pulmonar que cuando es muy marcada lleva a hipertensión pulmonar y falla aguda del ventrículo derecho. Además, se produce taquicardia y caída del débito cardíaco. Debido a que la capacidad de reserva del lecho capilar pulmonar es de gran magnitud, debe existir una obstrucción de más del 50% del área de sección para que ocurra una elevación significativa de la presión de la arteria pulmonar. Asociado a lo anterior hay una vasoconstricción arterial, que sería producida por la liberación por sustancias vasoactivas (serotonina y tromboxano).

Por lo tanto, se plantea que si bien el factor clave es la extensión de la obstrucción, existen factores humorales y/o reflejos que comprometen la circulación en una extensión mayor de lo que podría esperarse sólo por el factor mecánico del émbolo.

Otro hecho importante es el estado cardiovascular previo del paciente, de tal suerte que una embolia pequeña sin mayores consecuencias en un individuo sano, puede ser severa en un cardiópata averiado o con una patología pulmonar crónica.

Estudios experimentales y clínicos han demostrado que la ocurrencia de infarto pulmonar acompaña rara vez a la obstrucción por un émbolo, ya que el tejido pulmonar obtiene oxígeno por tres vías: la circulación pulmonar, circulación bronquial y las vías aéreas. Así se estima que menos el 10% de los Tromboembolismo Pulmonar conduce a un infarto, cifra que aumenta a 30% o más en enfermos con insuficiencia ventricular izquierda, estenosis mitral.

ASPECTOS CLINICOS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

La sospecha clínica sigue siendo de importancia capital para plantear el diagnóstico. En aquellos pacientes sin enfermedad cardíaca previa, la disnea es el síntoma principal y la taquipnea, el signo más frecuente.

En términos generales la disnea, el síncope y la cianosis indican un Tromboembolismo Pulmonar grave; la presencia de dolor tipo pleurítico a menudo denota que la embolia es más bien pequeña y se localiza en el lecho distal. En pacientes hipotensos se debe sospechar un Tromboembolismo Pulmonar cuando hay factores predisponentes a una Trombosis Venosa Profunda y existe evidencia clínica de un Cor Pulmonar Agudo (claudicación aguda del ventrículo derecho) tales como: distensión venosa yugular, presencia de R3, ventrículo derecho palpable, taquicardia, taquipnea asociada a alteraciones del ECG que se describirá más adelante.

El diagnóstico diferencial de Tromboembolismo Pulmonar debe plantearse con varias condiciones clínicas que se detallan a continuación:

- 1 Infarto agudo al miocardio
- 2 Insuficiencia cardíaca congestivo
- 3 Asma
- 4 Cáncer intratorácico
- 5 Neumotórax
- 6 Dolor musculoesquelético
- 7 Neumonía
- 8 Hipertensión pulmonar primaria.
- 9 Pericarditis
- 10 Fracturas costales
- 11 Osteocondritis
- 12 Ansiedad

Del punto de vista de la presentación clínica del El Tromboembolismo Pulmonar, se pueden distinguir varios síndromes clínicos que tiene utilidad en establecer un pronóstico y puede decidir el manejo más apropiado:

- 1 Embolia pulmonar masiva
- 2 Embolia pulmonar moderada a severa
- 3 Embolia pulmonar leve a moderada
- 4 Infarto pulmonar
- 5 Embolia paradójica
- 6 Embolia pulmonar no trombótica

10.1.5 DIAGNOSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Aunque se ha evaluado varias pruebas para su diagnóstico, sólo tres han demostrado ser seguras para pacientes sintomáticos: a) la venografía; b) la pletismografía de impedancia; e) la ultrasonografía. Cuando se usan en forma apropiada cualquiera de estos métodos es aceptable, pero la ultrasonografía es el método de elección en la mayoría de los que tienen Trombosis Venosa Profunda clínicamente sospechoso. Si bien es cierto, menos del 20% de los pacientes con TEP demostrado, tienen síntomas y signos de Trombosis Venosa Profunda y más o menos 70% de ellos tienen evidencia de trombosis a la venografía. Más aún, un test negativo para Trombosis Venosa Profunda no debe ser usado como argumento para descartar un Tromboembolismo Pulmonar, por cuanto un 30% no tienen una Trombosis Venosa demostrable, o bien porque el trombo se embolizó en forma completa, o porque se originó en las venas femoral profunda, ilíaca interna, venas renales o la vena cava inferior que no se visualizan bien a la flebografía.

Prueba del Dímero D: Tiene una alta sensibilidad y una especificidad moderada. Un nivel del Dímero D determinado por la técnica de ELISA tiene un 90% de sensibilidad para identificar pacientes con Tromboembolismo Pulmonar demostrado por cintigrafía o angiografía. Este examen se basa en que la mayoría de estos enfermos presentan una fibrinólisis, que no es un factor para impedir la embolia pero que es suficiente para degradar parte del coágulo de fibrina en dímeros. Niveles elevados se encuentran en el postoperatorio hasta una semana. También es infarto agudo al miocardio, trauma, sepsis y otras enfermedades agudas.

DIAGNOSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Si bien, la sospecha clínica es el hecho más importante, es a la vez muy específica, pudiendo ser muy similar a otros trastornos cardiorespiratorios o incluso músculos esqueléticos. A continuación se señala la utilidad de distintos exámenes de apoyo diagnóstico:

1.- Electrocardiograma: A menudo es normal o revela cambios inespecíficos, pero es útil para el diagnóstico diferencial con infarto al miocardio o pericarditis. En el contexto de un Tromboembolismo Pulmonar, la evidencia de sobrecarga aguda del VD es altamente sugerente.

2.- Radiografía de tórax: Rara vez el diagnóstico puede revelar el signo de Hampton (opacidad semilunar con la base apuntado hacia la superficie pleural). Otros hallazgos son la presencia de derrame pleural, atelectasias subsegmentarias, infiltrados pulmonares, elevación del hemidiafragma, regiones de aligemia o sombra vascular en el hilio pulmonar. Pero ninguna de estas alteraciones es diagnosticada, por cuanto puede verse en otras condiciones: LCFA, neumonía, atelectasias.

3.- Gases en sangre arterial: La medición es raramente útil ya que no tiene especificidad y sólo una

sensibilidad moderada. Hipoxemia e hipocapnia se observa en condiciones que simulan Tromboembolismo Pulmonar y puede ser normal en Tromboembolismo Pulmonar menores.

4.- Cintigrafía pulmonar:

a.- Cintigrafía de perfusión: Consiste en inyectar macroagregados de albúmina humana marcadas con un radioisótopo, los que son atrapados en el lecho capilar reflejando la distribución del flujo. Es muy útil por cuanto es una prueba segura, rápidamente disponible, normalmente no invasiva y que al ser normal descarta el Tromboembolismo Pulmonar.

b.- Cintigrafía de ventilación: Se practica con aerosoles radioactivos que son inhalados y exhalados mientras una gama cámara registra la distribución de la radioactividad en los alvéolos.

Una cintigrafía de perfusión anormal es inespecífico por sí misma, pero combinando la cintigrafía de perfusión y ventilación se produce patrones a los que se puede asignar probabilidades de existencia de Tromboembolismo Pulmonar. En general, esto se refleja en el tamaño y patrón de los defectos de perfusión. Así, grandes defectos son más posibles que sean causados por un Tromboembolismo Pulmonar que los defectos pequeños; y por otro lado, defectos discordantes (defectos de perfusión con ventilación normal en la misma zona) corresponde con más probabilidad a un Tromboembolismo Pulmonar que los defectos concordantes.

Cuando se combina una alta probabilidad clínica de Tromboembolismo Pulmonar con una cintigrafía de V/Q con un patrón de alta probabilidad, se asocia a Tromboembolismo Pulmonar en 96% de las veces. Una probabilidad clínica moderada, por otro lado, combinada con una cintigrafía pulmonar con alta probabilidad, se asocia con Tromboembolismo Pulmonar en 80 - 88%. Desafortunadamente estas dos combinaciones ocurren en 12-38% de los pacientes con cintigrafía alterada. Además, más o menos un 50% de aquellos que tiene una baja probabilidad clínica, pero alta probabilidad al cintigrama, tienen finalmente un Tromboembolismo Pulmonar. Por último, la probabilidad clínica es baja y el cintigrama es de baja probabilidad, para efectos prácticos, el diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar puede ser excluido, ya que se demuestra en menos del 6% de las veces.

En los pacientes con Tromboembolismo Pulmonar clínicamente sospechoso y con un cintigrama pulmonar anormal, la decisión de tratar o no tratar sin mayor investigación puede ser hecha en menos del 50%; en el resto se deberá practicar otros exámenes.

Angiografía pulmonar: Es el examen más confiable y específico para establecer el diagnóstico definitivo. Si bien el demostrar un defecto de llene intraluminal en forma constante permite establecer el diagnóstico, es un procedimiento costoso, invasivo, no factible de realizar y aún más, no disponible en la mayoría de los hospitales.

Ecocardiografía: Es una técnica rápida, práctica, sensible, para identificar la sobrecarga del VD. La frecuencia de los signos va a depender de la población en estudio. Así se ha visto que la frecuencia de dilatación de VD excede el 90% cuando hay hipertensión pulmonar. Los que presentan disfunción de VD tienen un pronóstico peor y un mayor riesgo de recidiva y muerte. Los signos ecocardiográficos son: visualización directa del trombo (raro), dilatación de VD, hipokinesia de VD, movimiento anormal del septum, insuficiencia tricuspídea, dilatación de la arteria pulmonar, falta de disminución del colapso inspiratorio de la vena cava inferior".

MANEJO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y DEL EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Profilaxis: Constituye el modo más efectivo para reducir la mortalidad debida al Tromboembolismo Pulmonar y la morbilidad por síndrome post trombótico. Los pacientes pueden clasificarse en riesgo alto, moderado o bajo de desarrollar Trombosis Venosa Profunda, sobre bases de criterios clínicos. La elección de la misma debe ir de acuerdo al riesgo.

La profilaxis se logra ya sea modulando los factores de coagulación o previniendo el éxtasis venoso.

Los siguientes tipos de profilaxis tienen una eficacia comprobada: heparina s. c. en dosis baja, compresión neumática intermitente de ext. inf., anticoagulantes orales, dosis ajustada de heparina s. c., heparinas de bajo peso molecular, compresión graduada de extremidades inferiores.

Elección de la profilaxis:

- 1.- Cirugía general y enf. Crónicas: Dosis bajas de heparina s. c. Si hay riesgo de sangramiento se debe usar compresión neumática.
- 2.- Cirugía de cadera: Heparina de bajo PM, anticoagulantes orales o dosis ajustada de heparina. De las tres, la primera es la más conveniente, ya que no requiere monitoreo de laboratorio.
- 3.- Cirugía mayor de cadera: Heparina de bajo peso molecular y compresión neumática intermitente. Es mejor la primera.
- 4.- Cirugía genitourinaria, neurocirugía y cirugía ocular: compresión neumática intermitente con o sin compresión graduada es efectiva y no aumenta el riesgo de sangramiento.

10.1.6 TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y DEL EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Los objetivos del tratamiento son: impedir la extensión del trombo, impedir la embolia y en ciertas situaciones, acelerar la fibrinólisis. Los anticoagulantes son efectivos pero deben mantenerse por semanas o meses después del evento agudo. De los dos tipos de anticoagulantes en uso, la heparina actúa de inmediato, catalizando la inhibición de los factores de la coagulación activados (principalmente la trombina y el factor Xa) por antitrombina III, mientras que los cumarínicos actúan en forma más lenta, inhibiendo la síntesis de los factores Vit K dependientes. Ambos inhiben la generación de factor Xa y trombina, cuando se administran en dosis bajas; las AC orales no inhiben la actividad de trombina directamente, pero modulan la generación posterior disminuyendo los factores funcionales. Heparina en cambio puede inhibir la actividad de trombina como su generación.

Las enzimas fibrinolíticas: Streptokinasa, urokinasa y el activador tisular del plasminógeno (ATP) aceleran la velocidad de disolución del trombo y émbolo. La Trombolisis es más cara que la terapia anticoagulante y se asocia con alto riesgo de sangramiento, por lo tanto el uso debe restringirse a enfermos seleccionados, en casos de Tromboembolismo Pulmonar severo o masivo y los que tienen una Trombosis Venosa Profunda mayor.

Con respecto a la remoción quirúrgica del trombo (trombectomía venosa) o el émbolo (embolectomía pulmonar), la indicación es rara ya que el Tromboembolismo Pulmonar puede ser prevenido con gran efectividad por los anticoagulantes.

Existe evidencia científica que los pacientes con Tromboembolismo Pulmonar tienen una alta, mortalidad y alta tasa de recurrencia si no se tratan, y por otro lado, hay evidencia que los que tienen trombosis de la pierna o próxima sintomático tienen alta tasa de recurrencia sin tratamiento. Los anticoagulantes reducen por lo tanto la mortalidad y recurrencia del Tromboembolismo Pulmonar y de la Trombosis Venosa Profunda.

Heparina: Su uso se inicia con un bolo de 5000 U. seguido por una infusión continua de 1.400 U/h o una inyección sc. De 17.500 U dos veces al día. También se puede indicar un régimen ajustado al peso: bolo de inicio de 80 U/kg. Seguido de una infusión continua de 18 U/kg x hr. La dosis luego se ajusta con un control de TTPa a las 6 hrs. Siguiendo un monograma se programa las dosis siguientes. Posteriormente se hará al menos un control diario cuando se ha logrado el rango terapéutico. El anticoagulante oral puede iniciarse ya en las primeras 24 hrs. y la heparina se continúa por 5 días o más hasta que el tiempo de protrombina esté, en rango, terapéutico por 2 días.

Rango terapéutico: Este concepto se basa en estudios experimentales en animales y en dos estudios prospectivos en humanos (10-11). Se demostró que el crecimiento del trombo se previene prolongando el TTPa \pm 2 veces el control y por otra parte se vio que el riesgo de recurrencia está aumentado si el TTPa era menor de 1,5 v que la media de un rango normal. Para muchos de los kits de TTPa disponibles en el comercio, el rango terapéutico es de 1.8 - 3.0 v, aunque para algunos reactivos menos sensibles puede ser de 1.5 - 2.0 v. Hay una gran variación paciente a paciente en la dosis requerida para lograr un TTPa terapéutico. Cuando se usa una infusión continua en dosis de 32.000 U/24 hrs., el ajuste se hace de acuerdo a monogramas con controles de TTPa cada 6 hrs. Así más del 80% tendrá un rango útil a las 24 hrs. y más del 90% lo hará dentro de las 48 hrs.

Duración del tratamiento con Heparina: La práctica de usarla durante 7 - 10 días ha cambiado debido a los resultados de dos estudios randomizados en enfermos con TVR. En ellos se demostró que 4 - 5 días de heparina era tan efectivos como 9 - 10 días. Sin embargo, esto no es aplicable a los pacientes que tengan una trombosis ileofemoral mayor o un Tromboembolismo Pulmonar severo, recomendándose en estos casos tratarlos por 7 - 10 días y retrasar el inicio del anticoagulante oral hasta que el TTPa esté en rango terapéutico por 3 días.

Heparina Subcutánea: Se ha comprobado en ensayos randomizados que puede ser tan eficaz como la heparina en infusión continua e igualmente segura, asumiendo que se da en dosis de ataque adecuada y que luego se ajusta de acuerdo al TTPa. Se ha visto que cuando se usa en dosis de hasta 15.000 U los efectos son subterapéuticos en un gran de los casos, en cambio, en dosis de 17.500 U, 2v/día luego de un bolo inicial de 5.000 U es segura y eficaz. Su uso está limitado en pacientes en shock o insuficiencia cardíaca ya que el flujo sanguíneo en estos casos es bajo y variable.

Heparinas de bajo peso molecular: Se ha comparado su uso en dosis fijas por vía subcutánea con heparina en infusión continua en Trombosis Venosa Profunda. Los resultados en meta-análisis indican que son tan efectivas y seguras como la heparina standard. Esto es importante por cuanto algunas de las Trombosis Venosa Profunda pueden ser manejadas en su domicilio. También se postula su eficacia y seguridad en el embarazo y que se asocian con menos incidencia de trombocitopenia y osteoporosis inducida.

10.1.6.1 ANTICOAGULANTES ORALES

Existen dos estudios randomizados que demuestran que la incidencia de recurrencia podría ser marcadamente reducida si la heparina es seguida por un curso de tres meses de warfarina, con una intensidad moderada. Vale decir un INR de 2.0 - 3.0 la incidencia de sangramiento es 4 veces más baja que con un INR de 3.0 - 4.0, aunque este rango más alto ha sido recomendado para pacientes con presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

Efecto antitrombótico: Durante las primeras 24 hrs. del tratamiento existe el riesgo potencial de un estado de hipercoagulabilidad, debido a la disminución de los niveles de Proteína C antes de que se produzcan los efectos en los factores X y II en forma completa. Por experimentos se demostró que el efecto antitrombótico requiere 6 días, mientras que el efecto anticoagulante se refleja \pm dentro de los 2 días. La actividad antitrombótica requiere una disminución del factor II que tiene una vida x de 60 horas. Este hecho apoya la racionalidad de sobreponer heparina + warfarina hasta que el factor II esté bajo, o sea \pm 4 días.

Duración del tratamiento: En general varía de 3 - 6 meses. El riesgo de recurrencia es bajo en Trombosis Venosa Profunda de la pierna y con factor reversible (2ª cirugía o trauma), pero no así en Trombosis Venosa Profunda, asociada a neoplasia o idiopática. De este modo, en caso de primer episodio de Trombosis Venosa Profunda la duración puede ser 6 semanas a 3 meses; y de 3 a 6 meses en caso de Trombosis Venosa Profunda idiopática. La duración será indefinida en casos de déficit de anti trombina III, proteína C, proteína S, anticoagulante lúpico y en los que tienen 2 episodios documentados de Trombosis Venosa Profunda.

10.1.7 SÍNDROME ANÉMICO

Anemia

CONCEPTO

Reducción del volumen de glóbulos rojos o de la concentración de Hb por debajo de los límites de los valores presentes en los individuos sanos, debida a la pérdida de sangre, alteración de la producción o aumento de la destrucción de hematíes o a una combinación de estas alteraciones .

Síndrome Anémico

CONCEPTO

Conjunto de síntomas y signos determinados por la anemia

Manifestaciones dependientes de la anemia síntomas:

Astenia, irritabilidad, insomnio, cefalea, disnea, palpitaciones

Examen físico:

Palidez de piel y mucosas, soplos cardiacos, taquicardia

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ANEMIAS MAS FRECUENTES

A. FERROPENICA

Adinamia, fatiga fácil, glositis, disfagia, digestiones pesadas, molestias en epigastrio, alteraciones del cabello, uñas frágiles (coiloniquia), Pica-pagofagia o geofagia, irritabilidad, perdida de la concentración, disminución de la memoria.

A. HEMOLITICA

Palidez-Ictericia y Esplenomegalia (S. hemolítico)

Palidez cutáneo mucosa, ictericia discreta, esplenomegalia frecuente asociada a veces a hepatomegalia, pleocromia fecal, orinas hipercoloreadas, alteraciones cardiovasculares, alteraciones somáticas, paladar ojivar-turricefalia, úlceras maleolares.

Aplasia Medular:

Palidez cutáneo mucosa, fiebre, anginas graves, celulitis, ulceraciones, necrosis en la mucosa oral, vulvar y anoperineal, trastornos hemorrágicos, epistaxis, gingivorragias, púrpura, metrorragia, hematuria.

Déficit Vit B12 y Acido fólico

Debilidad y vértigo

Trastornos digestivos: Ardor lingual, glositis, molestias epigástricas con estreñimiento, diarreas, pérdida del gusto, flatulencia y digestiones pesadas.

Trastornos nerviosos: parestesias en manos y pies, ↓ de la sensibilidad vibratoria, batiestecia (0 sentido de posición), debilidad y rigidez de los miembros inferiores, inestabilidad par la marcha,

Signo de ROMBERG positivo, manos rígidas, espasticidad y paraplejia, disfunción intestinal vesical, sensibilidad táctil térmica y dolorosa, hiporreflexia, arreflexia o hiperreflexia, síntomas cerebrales (apatía, irritabilidad, torpeza y perdida de la capacidad de concentración (psicosis).

TRATAMIENTO

El tratamiento Inmediato consiste en la hemostasia, restauración del volumen sanguíneo y tratamiento del shock.

La transfusión de sangre, el único medio fiable de restaurar rápidamente el volumen de sangre, esta indicada en hemorragias graves con riesgo de colapso vascular.

El plasma es el sustituto temporal más satisfactorio de la sangre.

El efecto de la perfusion intravenosa. de suero fisiológico o de dextrosa es solo transitorio.

Están indicado el reposo absoluto, los líquidos por vía oral que se toleren y otras medidas estándares para tratar el Shock.

- El tratamiento posterior puede incluir Fe para restaurar el perdido durante la hemorragia.

Premisas para la transfusión:

Identificar componente que esta en déficit.

En cuánta que el paciente lo necesite

Reponer componente isogrupo

Reponer en el tiempo necesario

Causas transfusionales:

1. Para reponer volumen
2. para reponer Hb
3. para reponer albúmina, factores de la coagulación, etc.

10.1.8 SÍNDROME ICTERICO

Ictericia es la pigmentación amarilla de las escleras, piel y membranas mucosas, que ocurre como consecuencia del depósito tisular del exceso de bilirrubina serica. La acumulación de bilirrubina en el torrente circulatorio ocasiona una pigmentación amarilla del plasma, la cual posteriormente se acompaña de coloración en los tejidos mejor perfundidos. La bilirrubina plasmática se acumula cuando su liberación del grupo hem supera su metabolismo y eliminación, este desequilibrio es consecuencia del exceso de liberación de los precursores de la bilirrubina en la sangre o de alteraciones fisiopatológicas en la captación, metabolismo o excreción hepática de dicha sustancia.

Existen muchas enfermedades que se asocian con ictericia y es un reto para él médico establecer el diagnóstico preciso de la causa que origina el problema, ya que de esto dependerá el tratamiento adecuado. El diagnostico de la causa de la ictericia es un proceso en el cual se debe correlacionar la impresión diagnostica, los resultados de las pruebas bio-químicas y los hallazgos de procedimientos especiales. Es obvio que para dar el primer paso debemos conocer de manera precisa el metabolismo de la bilirrubina.

METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA

La bilirrubina es el producto final del metabolismo del hem, procedente de la hemoglobina, la mioglobina y algunas enzimas respiratorias. Aproximadamente 35 gr. de hemoglobina son rotos diariamente y 300mg. de bilirrubina son formados, todo esto ocurre en el sistema reticuloendotelial por acción de la hem oxigenasa microsomal. Casi el 80% de la bilirrubina circulante procede de la destrucción de los glóbulos rojos en el sistema reticuloendotelial. La oxidación del grupo hem genera biliverdina la cual se metaboliza a bilirrubina. EL restante 20% de la bilirrubina procede de la eritropoyesis ineficaz en la médula ósea o por el metabolismo de otras proteínas que contienen el grupo hem, como son los citocromos hepáticos y la mioglobina muscular. Este componente esta incrementado en la anemia perniciosa, la porfiria eritropoyetica congénita y en el síndrome de Crigler-Najjar.

Cuando los hematíes pasan de la médula ósea al torrente sanguíneo, normalmente circulan 120 días en promedio, antes de ser destruidos. Al envejecer, los sistemas metabólicos de los eritrocitos son menos activos y las células más frágiles por lo que se rompen fácilmente en sitios estrechos de la circulación como el bazo, el hígado y la médula ósea. La hemoglobina es fagocitada de inmediato por los macrófagos, quienes liberan el hierro para que sea transportado por la transferrina y la porción porfirina convertida a biliverdina y posteriormente a bilirrubina, la cual es liberada en el plasma.

Esta bilirrubina se denomina no conjugada o indirecta, no es soluble en agua y para ser transportada se une firmemente a la albúmina. Algunas sustancias como ácidos orgánicos, ácidos grasos y drogas como sulfonamidas y salicilatos compiten con la bilirrubina por los lugares de unión a la albúmina, desplazándola y aumentando los niveles séricos de la misma; esto tiene relevancia clínica en los recién nacidos, quienes no han desarrollado la barrera hematoencefalica, lo cual permite el paso de bilirrubina indirecta que se une a los ganglios basales del cerebro, produciendo un daño cerebral irreversible conocido como kernicterus.

La bilirrubina ligada a la albúmina llega al hígado y en la membrana plasmática del hepatocito el conjunto es tomado por una proteína específica para la albúmina; luego la bilirrubina se une a la ligandina que es una proteína que la transporta hasta el retículo endoplasmico e impide su retorno al plasma. Esta bilirrubina indirecta es no polar (liposoluble) y debe ser convertida en polar o hidrosoluble para poder ser excretada, esto se logra por un proceso de conjugación por la enzima Glucoronil transferasa, formando glucuronido de bilirrubina (en menor proporción de puede formar también sulfato de bilirrubina). Este proceso puede ser inducido por algunos fármacos como el Fenobarbital. Pueden encontrarse cantidades reducidas de la enzima en los neonatos y en los síndromes de Gilbert y Crigler-Najjar.

La enzima esta normal en las ictericias hepatocelulares y puede aumentar en las colestáticas.

Una vez formada la bilirrubina conjugada es excretada en la bilis contra un gradiente de concentración, por lo que se requiera alta cantidad de energía y un transportador específico; esto hace que la excreción biliar del glucuronido de bilirrubina sea el factor limitante en el transporte de bilirrubina del plasma a la bilis. Luego de excretada la bilirrubina hace parte de la bilis y llevada por el intestino hasta el colon, donde es hidrolizada por bacterias Beta Glucuronidasas que forman urobilinogeno, el cual se absorbe en un 5% a nivel del colon y llevado por la vena porta hasta el hígado, siendo luego reexcretado por hígado y riñón (circulación entero hepática). Si hay daño hepatocelular, la reexcreción hepática disminuye y aumenta la renal, por lo que grandes cantidades de urobilinogeno se detectan en la orina de pacientes con hepatitis viral o alcohólica. Al contrario, en la colestasis se interfiere el metabolismo intestinal de la bilirrubina, lo cual disminuye el urobilinogeno.

Cuando aumentan los niveles séricos de bilirrubina, esta se encuentra circulando unida a las proteínas, por lo que los líquidos corporales ricos en proteínas se ven más ictericos, esto ocurre con los transudados y el líquido cefaloraquídeo en las meningitis. En las ictericias profundas se encuentran pigmentos biliares en orina, sudor, semen, leche materna, líquido sinovial, ascitis, derrames pleurales, quistes y líquidos oculares, por lo que puede ocurrir xantopsia (visión amarilla). La bilirrubina esta ausente de otras secreciones como lágrimas, saliva y jugo pancreático.

La bilirrubina se fija firmemente a los tejidos elásticos como piel, esclera y vasos sanguíneos, por lo cual durante la recuperación del paciente puede no haber correlación entre el grado de ictericia y la bilirrubina sérica, ya que el pigmento puede persistir unido a estos tejidos durante largo tiempo a pesar de niveles sanguíneos normales.

Usualmente no hay bilirrubina en la orina y lo mismo ocurre si aumenta la bilirrubina indirecta, ya que la albúmina no es filtrada por el glomérulo renal. Como la bilirrubina directa se encuentra libre en el plasma, puede ser filtrada y aparecer en la orina. Por eso, la bilirrubinuria siempre indica que la ictericia es de tipo directo o conjugada. Si hay colestasis, aumentan también las sales biliares circulantes, las cuales mejoran la excreción renal de bilirrubina manteniendo estables sus niveles séricos cuando hay obstrucción biliar; esto no ocurre si hay lesión hepatocelular severa, por lo que la bilirrubina sérica continúa aumentando.

CLASIFICACION DE LA ICTERICIA

El aumento de la bilirrubina sérica puede ocurrir por cuatro mecanismos: sobreproducción, disminución de la captación hepática, disminución en la conjugación y disminución en la excreción de la bilis (intra o extrahepática). Esto ha llevado a clasificar las ictericias en: hemolíticas, hepatocelulares y obstructivas o colestáticas, de acuerdo al mecanismo alterado. Sin embargo en algunos casos puede haber más de uno alterado; por ejemplo en la cirrosis hay disfunción hepatocelular y también hemólisis; en la ictericia colestática la causa puede ser daño hepatocelular u obstrucción en la vía biliar. Por todo esto recomendamos primero clasificar las ictericias de acuerdo al predominio de la bilirrubina directa o indirecta.

Mediante pruebas bioquímicas (reacción de Van den Bergh) la bilirrubina se determina en directa (conjugada) o indirecta (no conjugada). Hay predominio de la bilirrubina directa si esta es superior al 30% del total y es indirecta cuando es superior al 70% de la bilirrubina total.

DIAGNOSTICO DE LA ICTERICIA

El primer paso consiste en determinar la bilirrubina predominante; si es no conjugada indica la presencia de un trastorno hemolítico o la reabsorción de un hematoma, las excepciones son el síndrome de Gilbert o el de Crigler-Najjar. Si predomina la bilirrubina conjugada pensamos en tres grupos de trastornos: enfermedad hepatocelular, obstrucción biliar intrahepática o extrahepática. La evaluación clínica orienta el diagnóstico inicial e indica las ayudas diagnósticas necesarias para confirmarlo.

DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Varios datos de la anamnesis nos ayudan a dilucidar el diagnóstico del paciente icterico. La presencia de coluria indica aumento de la bilirrubina conjugada, que se asocia con colestásis intra o extrahepática. También se asocia con colestásis la presencia de prurito y si hay acolia debemos pensar en la obstrucción de la vía biliar.

Si el paciente refiere fiebre y dolor en el hipocondrio derecho puede presentar colangitis por obstrucción biliar debida a cálculos, tumores de la vía biliar, quistes del colédoco o compresión extrínseca. No olvidemos que también puede haber fiebre en las hepatitis virales o tóxicas, aunque en la hepatitis viral raramente ocurre durante la fase icterica, por que deberíamos investigar causas infecciosas como Bruscelosis, Lectospirosis, Fiebre tifoidea, Paludismo o Fiebre amarilla.

Si el dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio derecho es constante, se debe descartar Pancreatitis crónica, Ca de páncreas o Colesistitis crónica; si el dolor es de iniciación súbita puede tratarse de una pancreatitis aguda o una colédocolitiasis.

Existen algunas asociaciones que se deben tener en cuenta en el paciente icterico:

Mujeres obesas, multíparas, en la edad media de la vida, con antecedentes familiares de colelitiasis y dolor en el hipocondrio derecho pueden tener cálculos en la vía biliar.

Si en la fase prodrómica el paciente presentó fiebre, artralgias y rash cutáneo, podría presentar una Hepatitis B, la posibilidad aumenta si tiene antecedentes de instrumentación odontológica, transfusiones, tratamientos de acupuntura, tatuajes y perforación de orejas o piel.

En la fase preictérica de la Hepatitis A puede haber fiebre, náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal y congestión nasal; si además refiere contacto con personas ictericas o haber viajado recientemente a nuestras costas, esta opción parece razonable.

Recordemos también que algunas enfermedades o condiciones previas predisponen a la enfermedad hepatobiliar. La colitis ulcerativa se asocia con colangitis esclerosante primaria. Las enfermedades autoinmunes como Sjögren, tiroiditis, vitiligo, CREST y dermatomiositis se asocian con cirrosis biliar primaria. En el embarazo puede haber colestasis recurrente, hígado graso agudo y eclampsia. La insuficiencia cardíaca puede causar congestión pasiva crónica hepática y la sepsis colestasis intrahepática por interferencia en el transporte selectivo de la bilirrubina.

La ictericia recurrente en el paciente o en otros miembros de su familia nos pone en alerta para investigar trastornos hemolíticos hereditarios, enfermedad de Gilbert, colestasis benigna intrahepática, enfermedad de Wilson, etc.

Siempre investiguemos los antecedentes de ingesta de alcohol o de medicamentos como estereoides anabolizantes, clorpromazina, acetaminofen, isoniacida, rifanpicina, eritromicina y metildopa.

DATOS DEL EXAMEN FÍSICO

La ictericia es clínicamente evidente cuando la bilirrubina esta sobre 2.5 mg% y donde primero se detecta es en el frenillo de la lengua. La ictericia de la hemólisis generalmente es de poca intensidad y toma un color verde limón; en los procesos necroinflamatorios hepáticos es más, intensa y generalmente es amarillo naranja o zapote y en las colestásis es verde oscura.

En las colestasis prolongadas hay excoriaciones de la piel originadas por el rascado constante debido al prurito y son frecuentes los xantomas alrededor de los ojos y en las superficies de extensión de las extremidades. Si se palpa hepatomegalia dolorosa puede ser debida a hepatitis aguda o a un tumor de rápido crecimiento; la vesícula palpable dolorosa puede ser por colesistitis aguda y cuando no duele sugiere obstrucción biliar distal por un tumor maligno.

Si hay esplenomegalia y/o ascitis puede haber hipertensión portal y pensaremos en cirrosis hepática de acuerdo a los antecedentes o si encontramos un estado hiperestrogénico que se manifiesta por ginecomastia, atrofia testicular, arañas vasculares (nevus arácnidos), eritema palmar y telangiectasias faciales.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

EXÁMENES DE LABORATORIO.

Debemos solicitar cuadro hemático, parcial de orina y perfil hepático (bilirrubinas, aminotransferasas, fosfatasa alcalina y tiempo de protrombina).

Determinar la bilirrubina predominante se considera fundamental para el diagnóstico, ya sabemos que es directa cuando es el 30% o más de la bilirrubina total e indirecta cuando es más del 70%. Los niveles de bilirrubina también pueden brindar alguna ayuda en el diagnóstico. En las hemolisis no complicadas y en el síndrome de Gilbert la bilirrubina total rara vez sobrepasa los 5 mg%. Cuando hay obstrucción biliar incompleta o intermitente, como cuando hay cálculos, la bilirrubina total generalmente es inferior a 10 mg%; niveles superiores pueden deberse a obstrucción completa, como en las neoplasias. En las hepatitis virales no complicadas el nivel máximo de bilirrubina está alrededor de 15 mg%, concentraciones mayores a 25 mg% sugieren compromiso multifactorial como lesión hepatocelular, obstrucción y hemólisis.

Los niveles de bilirrubina no son pronóstico de la enfermedad, excepto en cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, hepatitis alcohólica y hepatitis por halotano.

En los procesos necroinflamatorios hepáticos, como las hepatitis agudas, hay gran aumento de las aminotransferasas y en menor proporción de la fosfatasa alcalina. El aumento de la fosfatasa alcalina predomina en las colestasis, especialmente extrahepáticas.

El cuadro hemático es de gran ayuda en el estudio del paciente icterico, pues puede mostrar leucocitosis en los casos de colangitis, abscesos hepáticos, hepatitis alcohólicas, hepatitis virales complicadas (en las no complicadas es normal), leptospirosis y hepatitis fulminante. La presencia de eosinofilia acompaña a las hepatitis tóxicas.

En el examen de orina puede detectarse bilirrubina conjugada o urobilinogeno aumentado antes de que aparezca la ictericia; también puede haber albuminuria en las hepatitis virales.

El tiempo de protrombina no debe faltar en el paciente icterico, se puede prolongar en la colestásis de larga evolución, por déficit en la absorción de vitamina K o en los procesos hepatocelulares porque el hígado es insuficiente para producir factores de coagulación. La diferenciación de estas

dos posibilidades se hace administrando al paciente vitamina K parenteral durante tres días, después de los cuales se repite el examen. Si el tiempo de protrombina mejora, la causa era colestasis y en caso contrario, enfermedad hepatocelular.