



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
OXIGENACIÓN RELACIONADO CON NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO**

QUE PARA OBTENER ÉL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ESTRADA ESTRADA YESICA NALLELY

No. DE CUENTA: 404067623

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCÍA ALBARRÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
1.- Introducción	1
2.- Justificación	3
3.- Objetivos	4
3.1 General	
3.2 Específicos	
4.- Metodología	5
5.- Marco Teórico	8
5.1 Antecedentes del cuidado	
5.1.2 Paradigma y Metaparadigma	10
5.2 Filosofía de Virginia Henderson	11
5.2.1 Antecedentes personales de Virginia Henderson	12
5.2.2 Principales conceptos	14
5.2.3 Las 14 necesidades de Virginia Henderson	17
5.3 Proceso Atención de Enfermería	22
5.3.1 Objetivos	23
5.3.2 Características	
5.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	24
5.4.1 Valoración	
5.4.1.1 Tipo de datos	25
5.4.1.2 Método para la obtención de datos	26
5.4.2 Diagnóstico	27
5.4.2.1 Fases del Diagnóstico	28
5.4.2.2 Tipos de Diagnóstico	29
5.4.3 Planeación	30
5.4.3.1 Etapas en el Plan de Cuidados	
5.4.1 Ejecución	34
5.4.5 Evaluación	35
5.5 Adulto joven	37
5.6 Anatomía y Fisiología Respiratoria	39
5.6.1 Neumotórax	41
5.6.1.1 Definición	
5.6.1.2 Fisiopatología	
5.6.1.3 Clasificación	42
5.6.1.4 Epidemiología	43
5.6.2 Neumotórax Traumático	
5.6.2.1 Diagnóstico	44
5.6.2.2 Tratamiento	45

	PÁGINAS
5.6.2.3 Toracotomía, Lavado y Decorticación	46
6.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería a un caso clínico	48
6.1 Ficha de identificación	
6.2 Valoración de Enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson	52
6.3 Identificación de necesidades afectadas	53
6.4 Jerarquización de necesidades	54
6.5. Construcción de Diagnósticos de Enfermería a la jerarquización de las necesidades	55
6.6 Plan de Cuidados	57
6.7 Plan de Alta	75
7.- Conclusiones	78
8.- Bibliografía	79

1.- INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que nace con el hombre, y que debe de satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos , cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida , y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos. Esta es la Filosofía que debemos tomar todos los profesionales, para posicionar a la enfermería en la sociedad actual. La enfermera debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

El presente Proceso Atención de Enfermería trata de un paciente con alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con Neumotórax Traumático el cual se valoró en su unidad con las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El trabajo inicia mostrando un poco de los antecedentes del cuidado para entender el concepto y a su vez realizar intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido que permita ofrecer una mejor calidad en el cuidado del paciente. Entender las bases del mismo y así poder brindar una mejor calidad de atención, también se explicará la teoría en la cual se basa el presente trabajo.

Se aborda la anatomía y fisiología del aparato respiratorio para entender la patología que cursa el paciente. Al mismo tiempo, se ilustra el procedimiento quirúrgico que se le realizó, el cual es Toracotomía con Lavado y Decorticación en pulmón derecho. Después se identifican las necesidades guiadas por el instrumento de valoración permitió jerarquizar y a su vez formular diagnósticos de Enfermería que permitieron satisfacer las necesidades del paciente.

El Proceso Atención de Enfermería se basa en método lógico y ordenado, llamado método científico. Esto quiere decir que el Proceso Atención de Enfermería es guiado por un conjunto de pasos fijados de antemano con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables.

El Proceso Atención de Enfermería se divide en 5 etapas las cuales son:

La valoración es la recogida continua de los datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a éstos.

El diagnóstico es el análisis de los datos para identificar claramente tanto los recursos como los problemas de salud reales y potenciales.

La planificación determina los resultados esperados (objetivos específicos) e identifica las intervenciones para lograr los resultados.

La ejecución es la puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales.

Y por último la evaluación determina en que grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios.

Al llevarse a cabo el Proceso Atención de Enfermería, posteriormente se realizará un plan de alta, el cual, nos ayudará a mantener las funciones de Enfermería como educadora para su recuperación total, ya que el paciente junto con la familia lo pondrán en práctica dentro de su domicilio o fuera de una institución de salud.

2.- JUSTIFICACIÓN

Gran parte de los traumatismos torácicos se originan en accidentes de tránsito, distribuyéndose el resto entre caídas de altura, aplastamientos o por arma de fuego. Toda asociación con un traumatismo torácico incrementa el riesgo de muerte. Así que el paciente que sufre cualquier tipo de accidente, no solo sufre por la pérdida de la integridad de la pared torácica, acumulación de líquidos en la cavidad pleural u obstrucción de la vía aérea, sino que también presenta complicaciones de tipo psicológico, que lo imposibilitan a seguir con su vida cotidiana.

La enfermería esta comprometida a diagnosticar y a trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de un paciente con este padecimiento; para ello, se basa en un amplio marco teórico, que da la pauta a seguir en el completo fortalecimiento del paciente traumatizado.

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo, apoyándose e identificando las necesidades afectadas del paciente con esta patología, para a su vez, ofrecer un cuidado integral y realizar intervenciones que satisfagan sus necesidades.

Por este motivo los cuidados de enfermería son el eje de nuestra atención, pero deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como el Proceso de Atención de Enfermería, utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a los pacientes con este patología de manera diferente, porque no todos los individuos somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención.

3.- OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

Se realiza el Proceso Atención de Enfermería a un paciente con neumotórax traumático, con la finalidad de identificar y proporcionar los cuidados específicos, que ayuden a incorporarlo a sus actividades diarias, por medio de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

3.2 ESPECIFICOS:

Realizar un análisis detallado de las necesidades afectadas en el paciente con neumotórax traumático, así como las limitaciones que representa esta patología.

Ejecutar actividades de enfermería que contribuyan a restaurar y satisfacer sus necesidades.

Planear con el paciente y su familia los objetivos que determinen el mantenimiento de su salud.

4.- METODOLOGÍA

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución intervención y 5) evaluación.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.¹

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere

intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos,

familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.⁸ Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características.

El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.

¹ Morán Mendoza. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Trillas 2ª edición. México 2006 pp 61-62

El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.

El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación

igual o similar. Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN

Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas

identificados en el diagnóstico.²

La planeación incluye las siguientes etapas:

1) Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

2) Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.

Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

² Ma Teresa Sor Andrade. Proceso Atención de Enfermería. Ed. MacGarw-Hill, 4ª edición. España 2000 p.p 41-42

3) Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente.

2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance

3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba

para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.³

La evolución consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.

2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.

³ Griffith Christensen. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno, 5ª edición. México 1996 p.p 206-245

5.- MARCO TEÓRICO

5.1 Antecedentes del cuidado

El cuidar constituye no sólo el valor básico de la Enfermería, sino que también es un prerrequisito básico para nuestras vidas. El cuidar es el desarrollo positivo de la persona a través del bien. El cuidado se dirige hacia la situación en que está la otra persona. En los contextos profesionales, el cuidado requiere formación y aprendizaje.

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, formando etapas que formalizaron el cuidado como tal, al principio se relacionaba el cuidado con la concepción de la salud como un mantenimiento de la vida, ya que la mujer era la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazaban y elaboran las practicas rituales que tienden asegurar la vida, su promoción y su continuidad.

Se denomina etapa doméstica debido a que los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos.⁴

En la etapa vocacional se inicia la creencia de que la salud tiene un valor religioso y se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. La sociedad cristiana atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios.

⁴ Weslwy. Historia del cuidado enfermero. Ed. Interamericana McGraw Hill, 2ª edición. México 1997 p.p 23-30

Actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios. Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Colliere llama “la mujer consagrada”

Poco después, se refiere la etapa técnica donde la enfermera centra su atención en el enfermo como sujeto de una enfermedad, por ser el paradigma de esta etapa la salud como ausencia de la enfermedad. La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos.

Se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Colliere denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización

Llegada la etapa profesional en Enfermería la actual concepción de la salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente, cambia la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina. Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atienden de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

Paralelamente a este concepto de salud, las enfermeras comienzan preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse

métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos y las enseñanzas que incluyen en la universidad. En definitiva se inicia la etapa de la Enfermería profesional.

5.1.2 Paradigma y Metaparadigma.

Dentro del área de la ciencia de la enfermería se dieron definiciones buscando un base teórica que sustentara dicha ciencia, como:

Paradigma: Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas. Esto quiere decir que representa la línea más general de cualquier disciplina, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar.⁵

Metaparadigma: Es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud y entorno) e intenta explicar sus relaciones.

Se propusieron diferentes paradigmas, como:

Paradigma de la categorización: Entiende los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En las ciencias de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones en enfermería: Una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.

Paradigma de la integración: Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

⁵ Hernández Juana. Historia de la Enfermería: Paradigma y Metaparadigma. Ed. Interamericana, 4ª edición. España 1999 p.p 112-113

Paradigma de transformación: Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro.

Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Paradigmas postpositivista e interpretativo: Han alcanzado un grado actual de aceptación en enfermería como paradigmas que orientan el desarrollo del conocimiento.

Paradigma crítico: Se describe como emergente y posmoderno y ofrece un sistema conceptual válido para indagar las interacciones entre factores sociales, políticos, económicos, sexuales y culturales y las experiencias sobre salud y enfermedad

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general. Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.

5.2 Filosofía de Virginia Henderson

Se ha dicho a menudo que “la mejor práctica es una buena teoría” no cabe duda que Virginia Henderson invoca ante uno de los desarrollos teóricos más difundidos entre la enfermería y por lo tanto inspiración de múltiples prácticas . Henderson reúne, de manera sencilla y potente a la vez, una articulación de axiomas y principios derivados de ellos que ha resultado extremadamente fecunda para el desarrollo de la enfermería. En este sentido, la propuesta de Virginia Henderson se ha comportado para muchos como la teoría que ilumina el acceso a la comprensión y al ejercicio de la enfermería profesional.⁶

⁶ Virginia A. Henderson. La naturaleza de la Enfermería. Ed. Interamericana, 1ª edición. Madrid 1992 p.p 28

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo.⁷

5.2.1 Antecedentes Personales de Virginia Avenel Henderson (1897-1996).

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

⁷ Marriner-Tomey. Teoría y modelos de Enfermería. Ed. Mosby, 1ª edición España 2000 p.p 181.

1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.

1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

5.2.2 Principales conceptos

La definición del rol de la enfermera de Virginia Henderson menciona que: la función específica de la enfermera es ayudar al individuo, enferma o sana, a conservar o recuperar la salud (o una muerte tranquila) para que puedan cumplir las tareas que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. Así como también, mencionó otros tres puntos importantes dentro de su paradigma.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. ⁸

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo. ⁹

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

⁸ Virginia A. Henderson. Principales conceptos de Enfermería. Ed. Interamericana, 2ª edición. España 1994 p.p 22.

⁹ Dossier. Conceptos y temas en la practica de la Enfermería. Ed. Interamericana McGraw Hill, 2ª edición. Madrid 1992 p.p 161.

Identificó los tres niveles siguientes de las relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como:

- 1.- Sustituta del paciente.
- 2.- Colaboradora del paciente.
- 3.- Compañera del paciente.

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.

Los elementos más importantes de su teoría son :

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

Comunicación enfermera-cliente

El proceso de cuidados a partir de este modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el cliente. En efecto, resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de los cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con el cliente. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, de comprensión empática, de autenticidad y de consideración positiva¹⁰

Método Lógico

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.

¹⁰ Robinson. Modelos conceptuales en Enfermería. Ed. Manual Moderno, 3ª edición. México 1999 p.p 22

5.2.3 Las 14 necesidades de Virginia Henderson

1.- Respirar normalmente.

Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer ésta necesidad. Para satisfacer esta necesidad, el ser humano posee un sistema respiratorio que permite la inspiración y la espiración de aire a través de las vías respiratorias permeables y una fisiología respiratoria adecuada. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, clima, vivienda y lugar de trabajo.¹¹

2.- Comer y beber adecuadamente

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurara su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: glúcidos, lípidos, próticos, vitaminas y sales minerales. La cantidad y la naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, status socioeconómico, religión y cultura.

¹¹ Piñeiro. P.L. Las catorce necesidades de Virginia Henderson. Ed. Interamericana, 2ª edición. España 1995 p.p 35.

3.- Eliminar los desechos corporales

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se producen principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: alimentación, ejercicios, edad, estrés y normas sociales.

4.- Moverse y mantener posturas deseables

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo, La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas. También, depende de la coordinación de las actividades de los huesos, de los músculos y de los nervios. Los factores que intervienen en esta necesidad son: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, cultura y roles sociales.¹²

5.- Dormir y descansar

Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en la cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. Una parte importante de la vida de los seres humanos está dedicada al sueño y al reposo. Los factores que influyen en la satisfacción de la necesidad son: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad y horario de trabajo.

¹² Félix S.R. Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. Trillas, 4ª edición. España 1996 p.p 55-56

6.- Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse

Es una necesidad del individuo. Esta debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor humedad) y permitir la libertad de movimientos. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad, talla y peso, actividades, creencias, clima, status social y empleo.

7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura mas o menos constante (la oscilación normalmente el adulto sano se sitúa entre 36.1 °C y 38 °C) para mantenerse en buen estado. La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de esta equilibrio esta asegurado gracias al mantenimiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. La temperatura corporal se mide con el termómetro colocado en una de las cavidades del cuerpo como son, bucal rectal y axilar. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, clima y vivienda.

8.- Mantener el cuerpo limpio y proteger la piel

Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo o microbios. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad, temperatura, educación, cultura y corriente social.¹³

¹³ Marriner-Tomey. Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Mosby/Doyma 1ª edición. España 2000 p.p 57

9.- Evitar los peligros del entorno

Es la necesidad del humano en la cual debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica. A lo largo de la vida, los individuos están con constante amenaza por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, estrés status socioeconómico y roles sociales.

10.- Comunicarse con los demás.

Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno y cultura.¹⁴

11.- Rendir culto según la propia fe

Es una necesidad para todo el individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología. El ser humano aislado no existe, está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, deseo de comunicar con el ser supremo, cultura y pertenencia religiosa.

¹⁴ Castro M.H. Teorías y modelos de Enfermería. Ed. Trilla, 3ª edición. México 1999 p.p 61

12.- Trabajar de tal manera que haya sensación de logro

Ocuparse para realizarse es una necesidad del individuo, éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar un sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, cultura y roles sociales.

13.- Jugar o participar en distintas formas de ocio

Recrearse es una necesidad para el ser humano, divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales (empleo, jubilación) organización social.

14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales.

Aprender es adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud. A lo largo de la vida, el ser humano debe adaptarse continuamente a los cambios del entorno, adoptando las medidas necesarias para mantenerse en salud. Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad son: edad, capacidades físicas, motivación y el entorno.

5.3 Proceso Atención de Enfermería

Valoración: En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

Diagnóstico: Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas.

Planeación: Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

Ejecución: Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados.¹⁵

Evaluación: Se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

¹⁵ Murria-Atkinson. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Panamericana, 5ª edición. Madrid 1996 p.p 133

5.3.1 Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

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

5.3.2 Características:

1. 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 recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás 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 sucesiva o conjuntamente.

5.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

5.4.1 Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida 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 a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.¹⁶

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

¹⁶ RosalesS.F. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno, 2ª edición. México 1999 p.p 210-211

En la recogida de datos necesitamos :

- Conocimientos científicos (anatomía , fisiología , etc ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones) . - Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .
- Convicciones (ideas , creencias , etc)
- Capacidad creadora .
- Sentido común .
- Flexibilidad.

5.4.1.1 Tipos de datos :

- datos subjetivos : No se pueden medir y son propios de paciente . lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos) .
- datos objetivos : se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) . - datos históricos - y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones antecedentes : Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones previas) . - datos actuales : son datos sobre el problema de salud actual.¹⁷

¹⁷ Chita López. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson, 4ª edición. España 2005 p.p 84-85

5.4.1.2 Métodos para la obtención de 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 , ésta 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, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico 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 que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración

B) Observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación

5.4.2 Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.¹⁸

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo. Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

¹⁸ Fisher. Pensamiento crítico en la practica enfermera. Ed. Masson, 2ª edición. México 2000 p.p 283

5.4.2.1 Fases de Diagnóstico

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

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

2.- Formulación de problemas:

El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir: identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.¹⁹

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

¹⁹ Ma Teresa Lwis. Los Diagnósticos Enfermeros. Ed. Masson, 3ª edición. México 2004 p.p 114.

5.4.2.2. Tipos de Diagnóstico

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 enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PESS: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.²⁰

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.

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

²⁰ Betty J. Ackley. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Ed. Elsevier Mosby, 7ª edición. Madrid 1999 p.p 44-45.

5.4.3 Planeación

Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas.

Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quien es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.²¹

5.4.3.1 Etapas en el Plan de Cuidados

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 del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

²¹ Roper Logan. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Interamericana, 3ª edición. México 2001 p.p 92-93

Elaboración de las actuaciones de enfermería. Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES :

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras.

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:

Dirigir los cuidados.

Identificar los resultados esperados.

Medir la eficacia de las actuaciones.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE :

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.

Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico. ²²

²² Vergolio J.F Pensamiento crítico y juicio enfermero. Ed. Panamericana, 2ª edición. México 2000 p.p 202

Las características de las actuaciones de enfermería son:

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados :

Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.

Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

Consulta y remisión a otros profesionales.

Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.

Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

5.4.4 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 :

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería.

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 a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras :

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

Dar los informes verbales de enfermería,

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 a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.²³

5.4.5 Evaluación

La evaluación 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 objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

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

El proceso de evaluación consta de dos partes:

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

²³ Agustín M.L. Implementación de los cuidados enfermeros. Ed. Harcourt, 2ª edición. México 1999 p.p 44

La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

-Observación directa

-Entrevista con el paciente.

-Examen de la historia

3.- Conocimientos :

-Entrevista con el paciente

-Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

Información dada por el resto del personal. Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. De forma resumida la evaluación se compone de:

Medir los cambios del paciente/cliente.

En relación a los objetivos marcados.

Como resultado de la intervención enfermera

Con el fin de establecer correcciones. La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

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

5.5. Adulto joven

El adulto joven y de mediana edad esta sometido a todo tipo de retos, estímulos y conflictos, el desarrollo del adulto joven implica tanto cambios de carácter como de actitud. Los cambios que aparecen durante el desarrollo se fundamentan en caracteres precoces que ayudan a formar la conducta y las características del adulto. Sin embargo, el desarrollo de cada persona es un proceso único. Los cambios experimentados por los adultos jóvenes incluyen los procesos naturales de maduración y socialización, atraviesan periodos alternantes de estabilidad y de cambio. La madurez precoz es el periodo entre el final de la adolescencia y los 25-30 años. Los adultos jóvenes constituyen aproximadamente el 26% de la población. Durante la madurez precoz, los individuos se separan paulatinamente de las familias de origen, establecen metas en su profesión y deciden casarse y formar familiar, o bien quedarse solteros.²⁴

²⁴ Potter Perry. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harcourt Océano, vol.1 5ª edición. Barcelona España 2003 p.p 455-458

Cambios físicos

El adulto joven completa su desarrollo físico hacia los 20 años de edad, los adultos jóvenes son activos y deben adaptarse a experiencias nuevas, pero a menudo experimentan enfermedades graves con menos frecuencia que los grupos de edad más avanzada, tienden a ignorar los síntomas físicos y, con frecuencia, posponen la búsqueda de atención médica.

Las características físicas de los adultos jóvenes empiezan a cambiar a medida que se acercan a la madurez.

Cambios cognitivos

Los hábitos de pensamiento racional aumentan de forma continua a través de los años en el adulto joven, las experiencias educativas formales e informales, las experiencias generales de la vida y las oportunidades profesionales aumentan espectacularmente las habilidades motoras, conceptuales y de resolución de problemas.

Cambios psicosociales

La salud emocional del adulto joven se encuentra relacionada con la habilidad individual para afrontar y resolver problemas personales y sociales. A menudo, el adulto joven se encuentra con el dilema de querer prolongar la irresponsabilidad de la adolescencia y, al mismo tiempo, asumir los compromisos de un adulto. Entre las edades de 23 y 28 años la persona refina su autopercepción y su capacidad para intimar. Entre los 29 y 34 años la persona concentra la mayor parte de su energía hacia el éxito y el dominio del mundo que lo rodea. El periodo de los 35 a los 43 años es una época de intenso examen de los objetivos vitales y de las relaciones personales, es un periodo de cambios, en el que se producen alteraciones en la vida personal, social y profesional.

5.6 Anatomía y Fisiología Respiratoria

Estructura y función respiratoria

Las células requieren continuamente oxígeno para realizar las reacciones metabólicas que les permiten captar la energía de las moléculas de los nutrimentos y producir ATP. Al mismo tiempo, esas reacciones liberan dióxido de carbono, el exceso de CO₂ produce acidez que puede ser tóxica para las células, por lo cual debe eliminarse de manera rápida y eficaz. Los dos sistemas que contribuyen al aporte de O₂ y eliminación de CO₂ son el cardiovascular y el aparato respiratorio. Este último realiza el intercambio de gases, participa en la regulación del pH sanguíneo, posee receptores para el sentido de la olfacción, filtra el aire inhalado, produce sonidos, y elimina una parte del agua y calor corporales en el aire exhalado.²⁵

El aparato respiratorio se divide en dos porciones:

- 1) Vías respiratorias superiores, que comprenden de la nariz, faringe y estructuras acompañantes.
- 2) Vías respiratorias inferiores, que incluyen la laringe, tráquea, bronquios y pulmones

La vía superior se inicia con la nariz, cuya principal función es conducir el aire mientras es filtrado, humedecido y calentado. La faringe esta compuesta sólo por tejidos blandos; es una vía común para funciones digestivas, respiratorias y de fonación. La vía aérea superior concluye en la laringe sostenida por estructuras rígidas de tipo cartilaginoso. La epiglotis cubre las cuerdas vocales y la vía aérea inferior. El control de la respiración permite la apertura o cierre de la glotis durante la respiración y en coordinación con la fonación. La deglución y los reflejos respiratorios.

²⁵ Tortora Grabowski. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Oxford, 9ª edición. México 2002 p.p 783-788

La vía aérea inferior se inicia con la tráquea, que dan orígenes a las generaciones subsecuentes de bronquios, bronquiolos hasta los bronquiolos terminales, sacos alveolares y alvéolos.

Los pulmones son dos órganos cónicos situados en la cavidad torácica. Son los encargados de añadir oxígeno a la sangre que pasa a través del lecho capilar de los pulmones y extraer de ella el dióxido de carbono, en los cuales la sangre venosa se transforma en sangre arterial.

Peso: En el hombre adulto es 700gr para el pulmón derecho y 600 en el pulmón izquierdo, en la mujer pesa aproximadamente 550gr el pulmón derecho y 450 gr el pulmón izquierdo.

Color: La superficie exterior de los pulmones es lisa y brillante, por que esta tapizada por la hoja visceral de la pleura. Su color es rojo oscuro antes del nacimiento, azulado en el adulto.

Los separan el corazón y otras estructuras del mediastino. Existe un revestimiento epitelial llamado pleura, que cubre y protege a cada pulmón, esta formada por dos hojas de íntimo contacto, la capa superficial reviste la pared de la cavidad torácica y se denomina pleura parietal, mientras que la mas profunda, o pleura visceral, sirve como envoltura de ambos pulmones, entre ambas una cavidad virtual, llamado espacio pleural

La ramificación del árbol traqueobronquial se inicia con la tráquea, seguido por los bronquios primarios, secundarios, terciarios, bronquiolos y bronquiolos terminales, siendo aquí donde se lleva el intercambio gaseoso mediante el alveolo, siendo la unidad funcional de los pulmones, dichos alvéolos, tienen revestimiento de epitelio escamoso y de sostén de una membrana basal elástica delgada.

La pared de los alvéolos se conforman de dos tipos de células:

Neumocitos tipo I: Forman un revestimiento casi continuo de la pared alveolar y colaboran en la expansión intraalveolar y favorecen el intercambio gaseoso.

Neumocitos tipo II: Secretan líquido surfactante, el cual, reduce la tensión superficial del líquido alveolar y, por ende, la tendencia de los alvéolos al colapso.

Los macrófagos alveolares son fagocitos errantes que retiran las partículas diminutas de polvo y otros desechos de los espacios alveolares.

La ventilación pulmonar, comúnmente llamada respiración, es el proceso mediante el que intercambian gases entre la atmósfera y los alvéolos pulmones. La inspiración o inhalación es la parte de la ventilación pulmonar en la que entra el aire a los pulmones y la espiración o exhalación, es el proceso en el que sale el aire de los pulmones.

5.6.1 NEUMOTÓRAX

5.6.1.1 DEFINICIÓN

El neumotórax se define como la presencia de aire en la cavidad pleural.

5.6.1.2 FISIOPATOLOGÍA

El aire puede entrar a la cavidad pleural proveniente de: el parénquima pulmonar el árbol traqueobronquial, el esófago, los órganos intraabdominales, del exterior a través de la pared torácica en ocasiones puede ocasionarse por una combinación de estas fuentes

Los cambios fisiopatológicos que produce el neumotórax depende de la cantidad de aire presente en la cavidad pleural y del estado de la función cardiopulmonar del paciente.²⁶

El aire acumulado en la cavidad pleural produce compresión del pulmón al hacerse positiva la presión intrapleural, comprometiendo el intercambio gaseoso. Esta situación puede ser muy grave en un paciente con enfermedad pulmonar de base, aunque el colapso del pulmón no sea grande.

²⁶ McPhee Ganong. Fisiopatología Médica. Ed. Manual Moderno, 5ª edición. España 2008 p.p 344-349

Cuando el neumotórax produce colapso pulmonar completo y persiste la entrada de aire, el mediastino se desvía hacia el lado contrario disminuyendo la capacidad residual funcional del otro pulmón, comprimiendo además los grandes vasos venosos, alterando el retorno venoso y produciendo un shock hemodinámico, además de insuficiencia respiratoria.



5.6.1.3 CLASIFICACION

El **neumotórax espontáneo primario** aparece usualmente en una persona joven, en quien no se encuentra una patología pulmonar de base y generalmente resulta de la ruptura de una bula subpleural.

El **neumotórax espontáneo secundario** es la complicación de una enfermedad pulmonar de base como asma bronquial, enfisema pulmonar, tuberculosis, absceso pulmonar, tumores y, actualmente con creciente frecuencia, en pacientes VIH positivos e infección por *Pneumocystis Earinii*.

El **neumotórax por trauma**, puede ser producido por amplio espectro de lesiones del pulmón o las vías aéreas: trauma penetrante del tórax, trauma cerrado del tórax, el barotrauma y lesiones iatrogénicas.²⁹

²⁷ www.cudi.edu.mx/salud2/libros/trauma_toracico/neumotorax

²⁸ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article>

²⁹ Guzman F, Ramirez JC, Ramirez. Trauma de torax. rev Colombia Corgi 5:38, 1990

5.6.1.4 EPIDEMIOLOGÍA

Los traumatismos son una de las causas de enfermedad y de mortalidad más importante en el mundo occidental y constituyen la primera causa de muerte en las personas jóvenes. Los accidentes de tráfico (AT) suponen más 70% de los traumatismos, y el 25% de las muertes ocurridas por AT son debidas a los traumatismo torácicos. Los TT se asocian con gran frecuencia a lesiones a otros niveles: el 31% con fracturas múltiples, el 29% con traumas abdominales, y el 18% con traumatismos cráneo-encefálicos.³⁰

5.6.2 NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

Pueden clasificarse como abiertos, cerrados, a tensión o hemoneumotórax. Los Neumotórax a tensión, abiertos y hemotórax masivos son urgencias que amenazan la vida del paciente y que necesitan ser reconocidas y tratados inmediatamente. El mecanismo es variable, puede deberse a entrada directa de aire desde el exterior a la cavidad pleural, o a través de una herida penetrante.

Otro mecanismo es la lesión directa de la pleura visceral, que permite la salida de aire desde los alvéolos. El paciente con Neumotórax abierto tiene una sintomatología variable que depende del tamaño de la herida torácica y de la presencia o ausencia de lesión pulmonar concomitante.

En los casos de traumatismo cerrado, las fracturas de costillas acompañantes, pueden lesionar la pleura visceral o bien la hiperpresión alveolar secundaria a la compresión brusca torácica puede dar lugar a la ruptura de los alvéolos y a la salida de aire perivascular. Los síntomas son variables y dependen del tamaño del neumotórax y de la coexistencia de otras lesiones.

³⁰ Greenberg. Epidemiología Médica. Ed. Manual Moderno, 3ª edición. México 2007 p.p 482

Signos y síntomas

Disnea de comienzo súbito, de intensidad variable en relación con el tamaño del neumotórax.

Movimientos respiratorios rápidos y superficiales (taquipnea e bradipnea)

Dolor torácico agudo, de carácter punzante que aumenta su intensidad con la inspiración y la tos, generalmente en región axilar propagándose a la región del hombro y/o espalda (dolor en puntada de costado).³¹

Tos seca y persistente, que se exacerba notablemente con el dolor.

Otros: cianosis, taquicardia

5.6.2.1 DIAGNOSTICO

Se basa en la historia clínica, el examen físico, la situación clínica de presentación y la radiografía del tórax.

La radiografía simple del tórax es confirmatoria

La tomografía computadorizada (TAC) del tórax tiene valor en el diagnóstico diferencial entre neumotórax y una bula gigante. Además, es importante en el diagnóstico de bulas subpleurales en el pulmón contralateral en un paciente joven con neumotórax espontáneo.

³¹ Robinson. Signos y síntomas. Ed. Manual Moderno, 4ª edición. México 2000 p.p 385.

5.6.2.2 TRATAMIENTO

El tratamiento del neumotórax consiste en la extracción del aire de la cavidad pleural y en lograr la expansión del pulmón y el adosamiento de las pleural parietal y visceral.³²

Toracentesis por aspiración con aguja: se realiza en los pacientes con un neumotórax pequeño, en quienes no se justifica el paso de un tubo de tórax o como maniobra salvadora y diagnóstica en pacientes con neumotórax a tensión, mientras se pasa un tubo de tórax.

Colocación de Sonda Endopleural, realizando una punción en el segundo ó tercer espacio intercostal sobre la línea medioclavicular, inmediatamente por encima del borde superior de la costilla inferior y avanzando hasta la cavidad pleural. Posteriormente se conecta a un sistema de sello de agua llamado Pleurovac

Cirugía: la decisión de llevar un paciente a cirugía por un neumotórax depende de la condición médica general del paciente, de la función respiratoria y de la enfermedad pulmonar de base.



33

³² Jhon J. Marini. Medicina crítica y cuidados intensivos. Ed. Jornal, 4ª edición. México 2009 p.p 223

³³ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/framing.html>

5.6.2.3 TORACOTOMIA

La Toracotomía es la incisión quirúrgica realizada en la cara lateral del tórax afectado realizando la apertura entre las costillas con el objetivo de ingresar a la cavidad pulmonar y llevar a cabo el lavado de esta cavidad y la decorticación pulmonar.³⁴

LAVADO Y DECORTICACIÓN PULMONAR

Como consecuencia de una infección pleural antigua o de una hemorragia pleural por traumatismo u otra causa, se puede formar una corteza fibrosa sobre la superficie del pulmón que le impide ventilar adecuadamente y reduce su volumen, con lo que se llega a un estado de insuficiencia ventilatoria crónica.



La decorticación pulmonar consiste en la resección quirúrgica de toda esa capa fibrótica que se produce en los procesos inflamatorios sobre toda la superficie pleural, tanto parietal como visceral, el objetivo de la misma es favorecer la

³⁴ Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed. McGraw Hill, 4ª edición. México 2003 p.p 540-541

³⁵ <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://>

expansión pulmonar, retornar la movilidad del diafragma y la flexibilidad de la caja torácica, para recuperar la capacidad y la función pulmonar.³⁶

Entonces se procede a extirpar la corteza fibrosa que envuelve al pulmón y a la pleura. Seguidamente se cierra la herida, dejando unos tubos de drenaje que deben permanecer durante un tiempo variable, generalmente entre 3 y 15 días, aunque en ocasiones puede ser más prolongado.

³⁶ Theodore R. Schrock. Manual de Cirugía. Ed. Manual Moderno, 7a edición. México 2006 p.p 223-224

6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN CASO CLINICO

6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Lugar: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Nombre: A.P.P Edad: 21 años

Sexo: Masculino Estado civil: Soltero

Religión: Católica

Escolaridad: Licenciatura

Lugar de origen: DF.

Diagnostico Médico: Neumotórax Traumático

Cama: No. 6 en el servicio de Recuperación

Fuente de información: Directa por medio del contacto con el paciente e indirecta (a través del expediente medico, notas de enfermería, observación y análisis del paciente).

Fiabilidad: 100%

Datos Generales del paciente.

Se trata de un paciente masculino de 24 años de edad que ingresa al servicio de urgencias por traumatismo de tórax, causado por accidente en vía pública, siendo él el que manejaba una moto, recibe un impacto en el costado izquierdo de su moto, por lo que fue proyectado 2 metros de distancia, hasta que el dueño del automóvil aviso a la ambulancia y a su ingreso la valoración inicial arroja los siguientes datos:

Signos vitales: TA:160/80 mmHg, FC: 50 RPM, FR:44 RPM, T°: 36.6

Valoración respiratoria: mala mecánica respiratoria, respiración paradojal, asimetría torácica, disminución de la entrada de aire en el hemotórax izquierdo

Valoración neurológica: Glasgow 6/15 (respuesta verbal :1, apertura ocular: 1, respuesta motora :4, presencia de miosis reactiva a la luz)

Valoración abdominal y digestiva: No se observa distensión abdominal, no se palpan masas patológicas

Datos de laboratorio:

Hematocrito: 41%

T de quick:100pH: 7.30

Hemoglobina: 14 g/dl

KPTT: 35

CO2: 47 mmHg

Gl blancos: 15100

Creatinina: 0.92

pO2: 70 mmHg

Plaquetas: 293000

Na+: 142

HCO3:23 mEq/L

Glucemia : 142

K+:4.3

Sat O2: 87%

Estudios complementarios:

Rx Tórax: se observa neumotórax con colapso total del pulmón izquierdo, fracturas costales en 3ra, 4ta, 5ta y 6ta arcos intercostales en hemotórax izquierdo

EGC: bradicardia sinusal, sin otros hallazgos patológicos

ECO abdominal: no hay evidencia de sangrado, ni lesiones aparentes.

EVOLUCIÓN EN LAS PRIMERAS 2 HRS

El paciente es trasladado a la unidad de choque del servicio de Urgencias, donde fue necesario realizar una intubación endotraqueal, conectándolo en asistencia respiratoria mecánica con una FIO₂ de 35 %, colocación de sonda nasogástrica. la colocación de 2 sondas endopleurales en hemotórax izquierdo conectado a pleurovac (sello de agua) colocación de sonda vesical.

Luego de estos procedimientos, el paciente mejora su mecánica respiratoria, la saturación de O₂ esta en 97 % y la gasometría pH 7.38, CO₂ 44mmhg, pO₂ 90mmHg y HCO₃ 24 mEq/L Hay buen ritmo diurético, luego del día 2° presenta buena respuesta al destete y es extubado de manera favorable, se programa su cirugía de Toracotomía con Lavado y Decorticación teniendo signos vitales de:

Temp: 36.5°C

T/A: 110/70

FC.: 80 por minuto

FR: 22 por minuto

PESO: 65 Kg.

TALLA: 1.70 mts.

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Leucocitos	5.6 miles/mcl	3.50-10.00
Eritrocitos	4.10 millón/ml	3.80-5.80
Hemoglobina	14.0 g/dl	11.00-16.50
Hematocrito	36.00 %	35.00-50.00
VCM	82 fl	80.00-97.00
HCM	28.5 pg/cel	26.50-33.50
CCMH	34.9 %	31.50-35.50

RDW	14.1 fl	10.00-14.00
Plaquetas	321 miles/mcl	150.00-390.00
Plaquetocrito	0.300 %	0.10-0.50
Ancho de Dis. Plaquetas	14.5 %	10.00-18.00

Grupo Sanguíneo	VALORES	REFRENCIA
<i>Grupo Sanguíneo</i>	O	
Factor Rh	+	
<i>Tiempo de Protrombina</i>		
TP	13.9 seg.	1.0-14.5
INR	1.19	0.50-1.50
Fibrinogeno	282 mg/dl	200.00-495.00
<i>TIEMPO DE TROMB. PARCIAL</i>	28.2 seg.	28-34
<i>TIEMPO DE TROMBINA</i>	11.2 seg.	11-18
 Química Sanguínea		
Glucosa Sanguínea	98 mg/dl	70.00-105.00
Urea	18.00 mg/dl	15.00-39.00
Creatinina Serica	0.6 mg/dl	0.50-1.20

6.2 Valoración de Enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson

OXIGENACIÓN: Esta necesidad se ve afectada severamente debido a los signos y síntomas que manifiesta el paciente, como dificultad respiratoria, dolor torácico, taquipnea, uso de músculos accesorios, tiros intercostales y disminución en la movilidad del hemitórax derecho.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: Esta necesidad se ve afectada debido a que el paciente refiere falta de apetito por el tiempo que lleva hospitalizado manifiesta angustia y tristeza.

ELIMINACIÓN: Esta necesidad se ve afectada por la incapacidad que presenta el paciente para poder evacuar, y sobre todo las molestias como dolor a la evacuación, flatulencias y distensión abdominal.

MOVIMIENTO Y POSTURA: Esta necesidad se ve afectada debido a que el movimiento corporal del paciente se encuentra disminuido considerablemente y a su vez, no puede mover la extremidad torácica derecha debido a la presencia de sondas endopleurales y cirugía torácica, al mismo tiempo manifiesta dolor a la apertura del brazo correspondiente.

DESCANSO Y SUEÑO: Esta necesidad se ve afectada severamente debido a que el paciente presenta insomnio durante su estancia hospitalaria, manifiesta que no puede dormir debido al ruido hospitalario y preocupación de su enfermedad.

TERMORREGULACIÓN: El paciente presenta hipertermia de 38° durante 2 días consecutivos, malestar general y cefalea, por lo que se decide ingresarlo a cirugía.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL: Dentro de esta necesidad se ve el riesgo que tiene el paciente para presentar una infección en las zonas de inserción de las sondas endopleurales y en la herida quirúrgica debido a la proliferación de microorganismos patógenos y a una higiene ineficaz de las mismas.

COMUNICACIÓN: El paciente refiere expresa tristeza por lo que es muy introvertido y no habla con nadie del personal de Enfermería y expresa demasiada angustia.

6.3 Identificación de Necesidades Afectadas

NECESIDAD
1.- Oxigenación
2.- Nutrición e hidratación
3.- Eliminación
4.- Movimiento y postura
5.- Descanso y sueño
6.- Termorregulación
7.- Higiene y protección de la piel
8.- Comunicación

6.4 Jerarquización de Necesidades

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA
1.- Oxigenación	Dependiente
2.- Termorregulación	Parcialmente dependiente
3.- Nutrición e hidratación	Dependiente
4.- Eliminación	Dependiente
5.- Movimiento y postura	Parcialmente dependiente
6.- Descanso y sueño	Parcialmente dependiente
7.- Higiene y protección de la piel	Dependiente
8.- Comunicación	Parcialmente dependiente

6.5 Construcción de Diagnósticos de Enfermería a la jerarquización de las necesidades.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
1.- Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con pérdida de la continuidad ósea en arcos costales derechos y presencia de aire en la cavidad pleural manifestado por disnea, dolor torácico, disminución en la expansión pulmonar, taquipnea y uso de músculos accesorios.
2.- Termorregulación	Termorregulación corporal ineficaz relacionado con cuadro infeccioso secundario a una coagulación y degradación de sangre en la cavidad pleural manifestado por hipertermia de 39°C, malestar general, diaforesis y cefalea.
3.- Nutrición e hidratación	Disminución en el aporte nutricional relacionado con angustia intrahospitalaria manifestado por falta de apetito y disminución en el peso corporal.
4.- Eliminación	Alteración en el patrón de eliminación relacionado con contractibilidad intestinal ineficaz secundario a postración prolongada en cama manifestado por disminución en los

	movimientos peristálticos y estreñimiento
5.- Movimiento y postura	Disminución del movimiento corporal y en extremidad torácica derecha relacionado con incisión quirúrgica y presencia de sondas endopleurales en hemitórax derecho manifestado por dolor intercostal y paresternal, taquicardia, angustia y diaforesis.
6.- Descanso y sueño	Alteración en el patrón descanso-sueño relacionado con angustia intrahospitalaria manifestado por incapacidad para conciliar el sueño e irritabilidad diurna.
7.- Higiene y protección de la piel	Riesgo de infección en herida quirúrgica y sitio de inserción de sondas endopleurales relacionado con limpieza ineficaz y proliferación de microorganismos patógenos.
8.- Comunicación	Disminución de la expresión verbal relacionado con tristeza y angustia manifestado por imposibilidad para expresar sus propias emociones, necesidades, temores u opiniones.

6.6 Plan de cuidados

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Fundamentación:

Las células requieren continuamente oxígeno para realizar acciones metabólicas que les permiten captar la energía de las moléculas de los nutrientes y producir ATP. Al mismo tiempo esas reacciones liberan dióxido de carbono. El exceso de CO₂ produce acidez que puede ser tóxica para las células, por lo cual debe eliminarse de manera rápida y eficaz. Los dos sistemas que contribuyen al aporte de O₂ y a la eliminación de CO₂ son el cardiovascular y el aparato respiratorio. El último realiza el intercambio de gases mientras que por el segundo fluye la sangre, que transporta gases entre los pulmones y las células de los tejidos.

Objetivo:

- Mejorar el patrón respiratorio
- Contribuir a un correcto intercambio gaseoso
- Aumentar la expansión pulmonar
- Disminuir los signos y síntomas de desgaste respiratorio

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con pérdida de la continuidad ósea en arcos costales derechos y presencia de aire en la cavidad pleural manifestado por disnea, dolor torácico, disminución en la expansión pulmonar, taquipnea y uso de músculos accesorios.</p>	<p>Identificar alteraciones en la frecuencia y profundidad de las respiraciones Explorando campos pulmonares e identificando el uso de músculos accesorios.</p> <p>Colocar al paciente en posición semifowler.</p> <p>Observar los cambios en el estado de conciencia.</p>	<p>Las manifestaciones clínicas de la fatiga de los músculos respiratorios incluyen una respiración superficial y rápida, los músculos accesorios se utilizan cuando aumenta el trabajo respiratorio.³⁷</p> <p>La posición semifowler permite aumentar al máximo la longitud de los músculos inspiratorios, fortalece el descenso del diafragma. Los órganos abdominales se relajan del diafragma y alivian la presión en la cavidad torácica, lo que permite que los pulmones y el corazón se expandan con mayor facilidad.</p> <p>Los signos de agitación, ansiedad e inquietud puede ser consecuente a un trastorno en el estado mental o alguna alteración en la conciencia, ya</p>	<p>La frecuencia respiratoria se encontró dentro de los parámetros fisiológicos normales. Campos pulmonares hipoventilados en hemitórax derecho sin presencia de tiros intercostales.</p> <p>Favoreció la expansión pulmonar y a su vez mejoró la ventilación y el intercambio gaseoso principalmente en el pulmón derecho.</p> <p>No se observaron cambios en el estado de conciencia, durante el tiempo hospitalario permaneció alerta.</p>

³⁷ Uribe BL. Tratado de Medicina Interna. Ed. Panamericana, 4ª edición. México 1999 p.p 280-281

	<p>Colocación de sondas endopleurales.</p> <p>Vigilancia de la cantidad y consistencia del líquido pleural recolectado en el sello de agua.</p> <p>Vigilar que haya fluctuación libre del nivel de agua durante la respiración y permeabilidad de la sonda.</p> <p>Alentar al paciente a que tosa frecuentemente y respire profundamente.</p>	<p>que estos son indicadores tardíos de una hipoxemia.</p> <p>Drenar líquido existente en la cavidad pulmonar ayuda a la nivelación de presión intratorácica, contribuyendo a la expansión pulmonar.</p> <p>La excesiva cantidad de líquido pleural nos indica hemorragia, manifestándose más de 1 litro/hora.</p> <p>Indica fuga costal o escape de aire en el sistema de sello de agua y por consiguiente expansión pulmonar retardada.</p> <p>Aumenta la expulsión adecuada de líquido pleural en el sistema de pleurovac y proporciona el esfuerzo respiratorio normal y ayuda a la expansión pulmonar.</p>	<p>La expansión mecánica pulmonar absoluta se presentó aproximadamente en tres días, por lo que se decide el retiro de las sondas endopleurales.</p> <p>No presento signos ni síntomas de hemorragia pulmonar. El líquido pleural en el primer día de instalación no rebaso los 20 ml/hr.</p> <p>No se presentó fuga el equipo de sello de agua.</p> <p>Favoreció la expulsión de líquido hemático de la cavidad pleural y a su vez favoreció la expansión pulmonar.</p>
--	---	---	--

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Fundamentación:

Los cambios en la temperatura corporal fuera de los límites habituales afectan el punto fijo hipotalámico. La hiperpirexia se produce debido a que los mecanismos de pérdida de calor son incapaces de mantenerse al mismo ritmo que la producción excesiva de calor, produciendo un aumento anómalo de la temperatura corporal. Las bacterias y virus provocan el aumento de la temperatura corporal, cuando entran al organismo, actuando como antígenos, disparando el sistema inmune. Por consiguiente se producen más células blancas para ayudar a fomentar la defensa del organismo contra la infección. También se liberan sustancias parecidas a hormonales para una defensa adicional, éstas también estimulan al hipotálamo para la defensa del organismo

Objetivo:

- Disminuir la temperatura corporal a parámetros normales.
- Controlar y aliviar las manifestaciones clínicas de la fiebre.
- Erradicar el agente infeccioso causante de la infección.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Termorregulación corporal ineficaz relacionado con presencia de endotoxinas sanguíneas secundario a cuadro infeccioso y a una coagulación y degradación de sangre en la cavidad pleural manifestado por hipertermia de 39°C, malestar general, diaforesis y cefalea.</p>	<p>Control por medios físicos: Aplicando compresas de agua fría principalmente en la zona de la frente, abdomen y axilas, alternándolas cada 10 minutos.</p> <p>Ministración de medicamentos antipiréticos.</p>	<p>El calor se pierde principalmente del cuerpo por conducción, convección, y evaporación en áreas de la piel. Una compresa fría extrae calor del cuerpo y alivia la fiebre y la inflamación. El frío estimula el sistema nervioso autónomo, el sistema inmunitario y la circulación. Los efectos positivos de las compresas no se limitan solamente a el área donde es aplicada, pues el estímulo que recibe la piel se transmite al resto del cuerpo a través del sistema nervioso.³⁸</p> <p>Los antipiréticos son medicamentos que disminuyen la fiebre activando mecanismos del hipotálamo (parte del cerebro responsable de la temperatura)</p> <p>El metamizol es un fármaco que actúa impidiendo la formación de prostaglandinas en el organismo, ya que inhibe la enzima ciclooxigenasa. Las prostaglandinas se producen en respuesta a la inflamación, dolor o fiebre.³⁹</p>	<p>Disminuyeron los niveles de temperatura hasta 38.5°C</p> <p>Disminuyó considerablemente la temperatura hasta 36.5°C</p>

³⁸ Saunders. Cuidados de Enfermería. Ed. Interamericana Vol.II, 3ª edición. México 2000 p.p 132-133

³⁹ Katzung. Farmacología Básica y Clínica. Ed. Manual Moderno, 9ª edición. México 2007 p.p 35

	Ministración de antibióticos.	Son sustancias químicas producidas por organismos vivientes, capaces de inhibir en pequeñas cantidades los procesos vitales de ciertos microorganismos, destruyendo e impidiendo su desarrollo y reproducción. ⁴⁰	Se mantuvo la temperatura en niveles normales durante su estancia hospitalaria.
--	-------------------------------	--	---

⁴⁰ Harold Kalant. Principios de Farmacología Médica. Ed. Oxford, 6ª edición. México 2002 p.p 413

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Fundamentación:

El organismo requiere combustible que proporcione energía para el metabolismo celular, así como para la reparación, el funcionamiento orgánico, el crecimiento y el movimiento corporal. Las necesidades de energía de un individuo están influidas por varios factores, el requerimiento energético de una persona en reposo se conoce como tasa metabólica basal, ésta, es la energía necesaria para mantener las actividades vitales básicas como la respiración, circulación, frecuencia cardíaca y temperatura durante un periodo de tiempo específico.

Los nutrientes son los elementos necesarios para los procesos y las funciones corporales, a su vez, son primordiales en la ingesta de una persona que cursa por cualquier tipo de enfermedad, de ahí se deriva la importancia del papel de la enfermera en la nutrición y terapia dietética del paciente.

Objetivo:

- Disminuir los niveles de estrés hospitalario
- Aumentar la ingesta de nutrientes
- Evitar largos periodos de ayuno
- Evitar o minimizar problemas nutricionales

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Disminución en el aporte nutricional relacionado con angustia intrahospitalaria manifestado por falta de apetito y disminución en el peso corporal.</p>	<p>Disminuir la angustia mediante conversaciones que favorezcan la ingesta de alimentos.</p> <p>Animar y ofrecer al paciente una dieta atractiva que satisfaga sus necesidades alimenticias.</p> <p>Informar y educar sobre la importancia de los nutrimentos que contienen dichos alimentos.</p>	<p>El enfermo sufre en su gravedad de angustia y miedo, transmitiéndolo de diferentes formas, la falta de apetito es una de ellas. La comunicación es un proceso que favorece el intercambio de información, ideas y sentimientos.⁴¹</p> <p>La forma de presentación de los alimentos ayuda a su mejor ingestión al organismo y así poder los niveles de hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales que necesita el organismo diariamente.⁴²</p> <p>Los nutrimentos son elementos necesarios para los procesos y las funciones corporales que ayudan al metabolismo celular, así como, el funcionamiento orgánico.</p>	<p>Disminuyó considerablemente la angustia, por lo que ingirió mayor cantidad de alimentos.</p> <p>El aporte nutricional fue mayor durante los días de estancia hospitalaria.</p> <p>Entendió la importancia que tiene los alimentos para su pronta recuperación.</p>

⁴¹ M. Cahill. Signos y síntomas. Ed. Interamericana, 4ª edición. México 1998 p.p 42

⁴² Saint Exupery. Nutrición Básica y Aplicada. Ed. Panamericana, 2ª edición. México 1999 p.p 23

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Fundamentación:

La eliminación regular de los productos de deshecho del intestino, es esencial para el funcionamiento corporal normal. Las alteraciones en la eliminación son a menudo signos y síntomas mas precoces de trastornos gastrointestinales. Debido a que el funcionamiento del intestino depende del equilibrio de distintos factores, los patrones y hábitos de eliminación entre los individuos. Para tratar los problemas de eliminación, la enfermera debe conocer su funcionamiento normal, así como los factores que promueven, dificultan o causan alteraciones.

Objetivo:

- Mejorar el patrón de eliminación.
- Aumentar la peristálsis en colon transverso y descendente
- Fomentar mayor numero de evacuaciones indoloras.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Alteración en el patrón de eliminación relacionado con contractibilidad intestinal ineficaz secundario a postración prolongada en cama manifestado por disminución en los ruidos peristálticos y estreñimiento</p>	<p>Brindar alimentación balanceada y rica en fibra.</p> <p>Motivar a la ingesta de líquidos.</p> <p>Apoyo emocional para eliminar el estrés.</p> <p>Administración de medicamentos laxantes.</p>	<p>Ayuda a mantener un ritmo regular del peristaltismo del colon. La fibra, proporciona el volumen de la materia fecal, que hace que las paredes intestinales se contraigan dando lugar al peristaltismo.⁴³</p> <p>El líquido disuelve el contenido intestinal, facilitando su paso a través del colon, reblandece las heces e incrementa su funcionamiento.⁴⁴</p> <p>Un prolongado estrés emocional, reduce los impulsos en el sistema nervioso autónomo y el peristaltismo.</p> <p>Los laxantes o catárticos reblandecen las heces y estimulan el peristaltismo.</p>	<p>Aumento el peristaltismo principalmente en colon transverso.</p> <p>Se facilitó las evacuaciones intestinales y disminuyó el dolor de las mismas.</p> <p>Aumento el peristaltismo y favoreció las evacuaciones indoloras.</p> <p>Aumento el número de evacuaciones intestinales durante el turno.</p>

⁴³ Potter Perry. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harcourt Océano 5ª edición, vol IV. México 2002 p.p 1460

⁴⁴ Ledesma. Introducción a la Enfermería. Ed. Limusa, 3ª edición. México D.F 2004 p.p 97

MOVIMIENTO Y POSTURA

Fundamentación:

La movilidad sirve muchas veces como la expresión de alguna emoción con un gesto no verbal, la satisfacción de las necesidades básicas y la practica de las actividades diarias. Muchas funciones del organismo necesitan de la movilidad para que puedan desarrollarse de manera óptima. Para mantener la movilidad física óptima, los sistemas musculoesquelético y nervioso deben estar intactos.

La practica clínica enfermera relacionada con la movilidad requiere la incorporación de los conocimientos y las actividades relacionadas con la mecánica corporal, este se emplea para describir el trabajo combinado de los sistemas musculoesquelético y nervioso para efectuar los movimientos del cuerpo para mantener equilibrio la posición y el alineamiento corporal.

Objetivo:

- Mejorar la movilidad del tórax y del miembro torácico derecho
- Disminuir los episodios de dolor
- Aumentar el movimiento corporal

MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Disminución del movimiento corporal y en extremidad torácica derecha relacionado con incisión quirúrgica y presencia de sondas endopleurales en hemitórax derecho manifestado por dolor intercostal y paresternal, taquicardia, angustia y diaforesis.</p>	<p>Ministración de analgésicos Ketorolaco 30 mg. IV cada 8 horas.</p> <p>Ministración de dosis rescate con Morfina 4 UI PRN.</p> <p>Incitar a la realización de ejercicios de abducción y aducción del miembro torácico derecho.</p>	<p>Estos medicamentos bloquean la producción de prostaglandinas necesarias para desencadenar la sensación de dolor, gracias a que inhiben la acción de las enzimas denominadas ciclooxigenasas.⁴⁵</p> <p>Los opioides actúan como inhibidores de la actividad eléctrica neuronal, tanto espontánea como inducida, y de la liberación de neurotransmisores. Alivia el dolor elevando el umbral de percepción y aminora la molestia y aumentando la tolerancia al dolor.⁴⁶</p> <p>Valora la máxima cantidad de movimiento que puede efectuar la articulación en cualquier de los planos del cuerpo, así como, fortalece el músculo deltoides, supraespinoso, pectoral mayor y músculos intercostales.</p>	<p>Disminuyó el dolor considerablemente a partir del primer día de administración.</p> <p>Disminuyó completamente el dolor en hemitórax derecho.</p> <p>A partir del segundo día de estancia pudo realizar los ejercicios de abducción y aducción.</p>

⁴⁵ Smith. Farmacología Médica. Ed. Panamericana, 4ª edición. Argentina 1993 p.p 55

⁴⁶ Walter H.E. Farmacología Básica y Aplicada. Ed McGraw Hill-Interamericana, 4ª edición. México 2000 p.p 84

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Fundamentación:

Un descanso y sueño apropiados son tan importantes para la salud como una buena nutrición. Los individuos necesitan diferentes cantidades de sueño y descanso, la salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer estas necesidades humanas. Sin las cantidades apropiadas de sueño y descanso, la capacidad para concentrarse, emitir juicios y participar en las actividades diarias, disminuye y la irritabilidad aumenta.

Conseguir la mejor calidad de sueño posible es importante para tener un buen estado de salud y para la recuperación de todos los individuos.

Objetivo:

- Mejorar el patrón de descanso y sueño.
- Identificar y tratar las alteraciones del sueño que modifiquen el ciclo normal del mismo.
- Fomentar y proporcionar un ambiente adecuado para conciliar el sueño.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Alteración en le patrón descanso-sueño relacionado con angustia intrahospitalaria manifestado por incapacidad para conciliar el sueño e irritabilidad diurna.</p>	<p>Ayudar a disminuir el estrés emocional, conversando con el paciente y abriendo espacios donde pueda expresar su preocupación por el problema de salud existente.</p> <p>Contribuir a un ambiente intrahospitalario que fomente la conciliación efectiva del sueño.</p>	<p>El estrés emocional afecta el sistema nervioso de cualquier persona, esto se manifiesta con tensión, lo que a menudo conduce a una frustración e incapacidad para conciliar el sueño fisiológico. Hablar sobre el problema estresante ayuda a liberar esa tensión emocional.⁴⁷</p> <p>El entorno físico en el que duerme una persona tiene una influencia importante sobre la capacidad de conciliar el sueño. El ruido es un factor importante para interrumpir el sueño.⁴⁸</p>	<p>Se disminuyó el estrés emocional, por lo que disminuyó la irritabilidad diurna, mostrándose cooperador durante el día.</p> <p>Concilió el sueño nocturno sin interrupciones aparentes.</p>

⁴⁷ Beare H.G Enfermería Practica. Ed. Interamericana, 1ª edición. España 1998 p.p 99

⁴⁸ Myers. Cuidados de Enfermería. Ed. Panamericana, 1ª edición, tomo II. Madrid 1993 p.p 220

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Fundamentación:

La piel o sistema tegumentario es el órgano corporal más grande. Constituye una sexta parte del peso total del cuerpo, el tegumento es una barrera protectora contra los microorganismos causantes de enfermedad, es un órgano sensorial del dolor, temperatura y tacto. Las heridas del tegumento constituyen un riesgo para la salud y desencadenan una respuesta de cicatrización. El conocimiento de los patrones de cicatrización normales ayuda a reconocer las alteraciones que requerirán una intervención.

La infección es el resultado de la presencia de gérmenes patógenos en el organismo. La infección y la fiebre aumentan las necesidades metabólicas corporales, haciendo que el tejido hipóxico sea más susceptible a la lesión isquémica.

Objetivo:

- Disminuir el riesgo de infección en herida quirúrgica y sondas endopleurales
- Valorar el estado físico y los factores que influyen en su pronta recuperación para promover la cicatrización de la herida.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de infección en herida quirúrgica y sitio de inserción de sondas endopleurales relacionado con limpieza ineficaz y proliferación de microorganismos patógenos.</p>	<p>Curación diaria del sitio de inserción de las sondas endopleurales y de herida quirúrgica.</p> <p>Movilización diaria de la sonda endopleural.</p> <p>Ministración de medicamentos antibióticos. Amoxicilina + ácido clavulínico 500 mg. cada 8 horas.</p>	<p>Disminuye el riesgo de infección en el sitio de punción.⁴⁹</p> <p>Previene la adherencia de la sonda endopleural a la pleura visceral y parietal.</p> <p>Destruyen microorganismos mediante el aumento de la estabilidad al ácido y no disminuye de manera significativa la actividad contra organismos gram positivos ni evita la hidrólisis por penicilinas.⁵⁰</p>	<p>No se presento signos de infección en herida quirúrgica ni en incisión de sondas endopleurales.</p> <p>No hubo adherencias en las sondas endopleurales.</p> <p>Se evito la proliferación de microorganismos patógenos.</p>

⁴⁹ Rosales. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno, 2ª edición. México 1999 p.p 46

⁵⁰ Retensen. Farmacología Médica. Ed. Masson, 4ª edición. Madrid 1996 p.p 112

NECESIDAD COMUNICACIÓN

Fundamentación:

La comunicación es un proceso en el que las personas se ven influidas unas a otras a través del intercambio de información, ideas y sentimientos. La comunicación interpersonal es básica en la relación humana y esencial en la práctica enfermera. La comunicación forma parte de la enfermería, el uso creativo intencional de uno mismo, basado en la habilidad y la pericia, para transmitir emoción y significado al otro. Es un proceso que requiere interpretación, sensibilidad, imaginación y participación activa. Es un intercambio de energía, un acto de compartir que se emplea para establecer y mantener relaciones con los demás.

Objetivo:

- Ayudar al paciente a manifestar sus emociones y necesidades.
- Aumentar la calidad de la comunicación
- Mejorar la relación enfermera/paciente.

COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Disminución de la expresión verbal relacionado con tristeza y angustia manifestado por imposibilidad para expresar sus propias emociones, necesidades, temores u opiniones.</p>	<p>Promover apoyo emocional y confianza interpersonal para reducir la ansiedad mediante pláticas relacionadas con su padecimiento.</p> <p>Solicitar apoyo personal especializado (programar interconsulta de Psicología).</p>	<p>El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su enfermedad y tratamiento. Ésta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la "normalidad" de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida.⁵¹</p> <p>El tener una enfermedad cualquiera que ésta sea, independientemente de su gravedad o duración, coloca a los seres humanos como personas vulnerables. Las personas no están preparadas para hacer frente a la enfermedad, es aquí donde el objetivo de la ayuda psicológica y enfermera es lograr que todo enfermo, familiares y amigos pongan todos sus recursos en juego en fin de la recuperación del paciente⁵²</p>	<p>Aumento significativamente la expresión verbal, disminuyó la angustia y tristeza, se mostró mas colaborador con el personal de enfermería.</p> <p>Logró expresar el temor que le causa la enfermedad por la que cursa y canalizó en forma positiva sus emociones.</p>

⁵¹ Wolf. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla, 4ª edición. México 1998 p.p 331

⁵² Lewis. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla, 2ª edición. México 1992 p.p 275

6.6 PLAN DE ALTA

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

Objetivos:

- Mantener al máximo la independencia funcional en las actividades de la vida diaria
- Disminuir la percepción de la disnea
- Acrecentar la salud relacionada a la calidad de vida
- Disminuir síntomas psicológicos: ansiedad, depresión.
- Incrementa la tolerancia al ejercicio.
- Incrementar la adherencia al tratamiento

1.- Educación al paciente mediante Ejercicios respiratorios:

1. Respiración diafragmática: Indicar al paciente a practicar respiraciones lentas y profundas colocando la mano derecha en el abdomen y al momento de la inspiración llenar también el estómago, relajando los músculos secundarios de la respiración.
2. Doble inspiración: Indicar al paciente realizar respiraciones profundas con 3 pausas en el momento de la inspiración y mencionarle que retenga la última.
3. Espiración lenta y prolongada con técnica de labios fruncidos.
Ayuda a restablecer la mecánica respiratoria, se inicia con resp lenta con labios ligeramente fruncidos hasta que se retraiga el abdomen 10 a 12 ventilaciones no mas por que produce estrés fisiológico

Las técnicas de reeducación respiratoria agrupan una serie de métodos en los que se intercomunican los tres mecanismos que permiten la ventilación: la caja torácica, los músculos respiratorios y el parénquima pulmonar. Estas técnicas se basan en la biomecánica diafragmática y costovertebral, con el objetivo fundamental de favorecer la flexibilidad del tórax.

El objetivo común y fundamental de estas técnicas es modular y crear un nuevo tipo de patrón ventilatorio con un mayor volumen circulante y una menor frecuencia respiratoria. Específicamente los objetivos de estas técnicas son:

Aumentar la eficacia respiratoria, mejorando las relaciones ventilación-perfusión.

Mejorar la función de los músculos respiratorios.

Incrementar la movilidad de la caja torácica.

Permitir una mejor tolerancia a las actividades de la vida diaria.

Desensibilizar la disnea.

2.- Nutrición

La consecución y mantenimiento del peso ideal. Los déficit nutricionales en estos sujetos condicionan una alteración de la motilidad de la musculatura respiratoria y trastornos ventilatorios.

La mejor dieta que se puede recomendar es aquella que contiene todos los principios inmediatos en proporciones correctas (hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y sales minerales), pero que no supere el número de calorías que habitualmente utiliza el paciente. El control de los iones (P, Ca, K y Mg) se hace imprescindible por la directa relación que tienen con el funcionamiento de la musculatura respiratoria¹⁶.

3.- Técnicas de relajación

Son técnicas para aliviar y reducir la tensión.

Su objetivo fundamental es dotar al paciente de la habilidad para disminuir el trabajo respiratorio y controlar la disnea. Específicamente, estas técnicas intentan:

Reducir la tensión muscular, fundamentalmente de los músculos accesorios de la respiración.

Reducir el coste energético de la respiración.

Reducir la ansiedad producida por la disnea.

Conseguir una sensación general de bienestar.

4.- Abandono del consumo de tabaco

Dejar de fumar es el primer paso en todo programa de rehabilitación pulmonar.

5.- Apoyo psicológico

Explicarle al paciente que su disnea es momentánea debido al problema transitorio de sus pulmones pero aclararle que es reversible teniendo un apoyo de autorrelajación y autocontrol ante sus respiraciones.

6.- Realizar ejercicios con el inspirómetro insentivo

El inspirómetro es un aparato, el cual se le indicara al paciente soplar por la boquilla del aparato hasta elevar las tres pelotas que se encuentran dentro, por lo menos 3 a 4 veces al día, esto ayuda al fortalecimiento del parénquima pulmonar así como a los músculos inspiratorios y espiratorios.

7. - Procurar no toser demasiado fuerte por lo menos 7 días después de su egreso de la unidad hospitalaria

8.- Realizar ejercicios de aducción y abducción en ambos brazos.

Lo que permite el fortalecimiento de la caja torácica y específicamente los músculos intercostales, que su vez, codifican y endurecen las formaciones de hueso debido a las fracturas costales.

9.- No cargar cosas pesadas.

10.- Se recomienda en medida de sus posibilidades, la practica de natación, por lo menos 30 min. diarios.

11.- Se concientiza sobre la importancia de practicar ejercicio cardiovascular, por lo menos 2 o 3 veces por semana

7.- CONCLUSIONES

Con base en el análisis de la información revisada se presentan las siguientes conclusiones:

El Proceso de Atención de Enfermería favorece el fin principal de la enfermera : dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, quienes a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud. Con esta participación de los interesados, nos llevaran a la salud, pues se partirá de la realidad para lograr los cambios deseados.

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite definir el ejercicio profesional y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería. Éste ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y/o servicios donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

La enfermería de hoy requiere de sustentar el cuidado enfermero, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la práctica profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

8.- BIBLIOGRAFÍA

Morán Mendoza. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Trillas 2ª edición. México 2006 pp 61-62

Ma Teresa Sor Andrade. Proceso Atención de Enfermería. Ed. MacGarw-Hill, 4ª edición. España 2000 p.p 41-42

Griffith Christensen. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno, 5ª edición. México 1996 p.p 206-245

Weslwy. Historia del cuidado enfermero. Ed. Interamericana McGraw Hill, 2ª edición. México 1997 p.p 23-30

Hernández Juana. Historia de la Enfermería: Paradigma y Metaparadigma. Ed. Interamericana, 4ª edición. España 1999 p.p 112-113

Virginia A. Henderson. La naturaleza de la Enfermería. Ed. Interamericana, 1ª edición. Madrid 1992 p.p 28

Marriner-Tomey. Teoría y modelos de Enfermería. Ed. Mosby, 1ª edición España 2000 p.p 181.

Virginia A. Henderson. Principales conceptos de Enfermería. Ed. Interamericana, 2ª edición. España 1994 p.p 22.

Dossier. Conceptos y temas en la practica de la Enfermería. Ed. Interamericana McGraw Hill, 2ª edición. Madrid 1992 p.p 161

Robinson. Modelos conceptuales en Enfermería. Ed. Manual Moderno, 3ª edición. México 1999 p.p 22

Piñeiro. P.L. Las catorce necesidades de Virginia Henderson. Ed. Interamericana, 2ª edición. España 1995 p.p 35.

Félix S.R. Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. Trillas, 4ª edición. España 1996 p.p 55-56

Marriner-Tomey. Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Mosby/Doyma 1ª edición. España 2000 p.p 57

Castro M.H. Teorías y modelos de Enfermería. Ed. Trilla, 3ª edición. México 1999 p.p 61

Murria-Atkinson. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Panamericana, 5ª edición. Madrid 1996 p.p 133

Rosales S.F. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno, 2ª edición. México 1999 p.p 210-211

Chita López. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson, 4ª edición. España 2005 p.p 84-85

Fisher. Pensamiento crítico en la práctica enfermera. Ed. Masson, 2ª edición. México 2000 p.p 283

Ma Teresa Luis. Los Diagnósticos Enfermeros. Ed. Masson, 3ª edición. México 2004 p.p 114

Betty J. Ackley. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Ed. Elsevier Morby, 7ª edición. Madrid 1999 p.p 44-45.

Roper Logan. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Interamericana, 3ª edición. México 2001 p.p 92-93

Vergolio J.F. Pensamiento crítico y juicio enfermero. Ed. Panamericana, 2ª edición. México 2000 p.p 202

Agustín M.L. Implementación de los cuidados enfermeros. Ed. Harcourt, 2ª edición. México 1999 p.p 44

Potter Perry. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harcourt Océano, vol.1 5ª edición. Barcelona España 2003 p.p 455-458

Tortora Grabowski. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Oxford, 9ª edición. México 2002 p.p 783-788

McPhee Ganong. Fisiopatología Médica. Ed. Manual Moderno, 5ª edición. España 2008 p.p 344-349

www.cudi.edu.mx/salud2/libros/trauma_toracico/neumotorax

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/framing.html>

<http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http:>

Guzman F, Ramirez JC, Ramirez. Trauma de torax. rev Colombia Corgi 5:38, 1990

Greenberg. Epidemiología Médica. Ed. Manual Moderno, 3ª edición. México 2007 p.p 482

Robinson. Signos y síntomas. Ed. Manual Moderno, 4ª edición. México 2000 p.p 385.

Jhon J. Marini. Medicina crítica y cuidados intensivos. Ed. Jornal, 4ª edición. México 2009 p.p 223

Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed. McGraw Hill, 4ª edición. México 2003 p.p 540-541

Theodore R. Schrock. Manual de Cirugía. Ed. Manual Moderno, 7ª edición. México 2006 p.p 223-224

Uribe BL. Tratado de Medicina Interna. Ed. Panamericana, 4ª edición. México 1999 p.p 280-281

Saunders. Cuidados de Enfermería. Ed. Interamericana Vol.II, 3ª edición. México 2000 p.p 132-133

Katzung. Farmacología Básica y Clínica. Ed. Manual Moderno, 9ª edición. México 2007 p.p 35

Harold Kalant. Principios de Farmacología Médica. Ed. Oxford, 6ª edición. México 2002 p.p 413

M. Cahill. Signos y síntomas. Ed. Interamericana, 4ª edición. México 1998 p.p 42

Saint Exupery. Nutrición Básica y Aplicada. Ed. Panamericana, 2ª edición. México 1999 p.p 23

Potter Perry. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harcourt Océano 5ª edición, vol IV. México 2002 p.p 1460

Ledesma. Introducción a la Enfermería. Ed. Limusa, 3ª edición. México D.F 2004 p.p 97

Smith. Farmacología Médica. Ed. Panamericana, 4ª edición. Argentina 1993 p.p 55

Walter H.E. Farmacología Básica y Aplicada. Ed McGraw Hill-Interamericana, 4ª edición. México 2000 p.p 84

Beare H.G Enfermería Practica. Ed. Interamericana, 1ª edición. España 1998 p.p 99

¹ Myers. Cuidados de Enfermería. Ed. Panamericana, 1ª edición, tomo II. Madrid 1993 p.p 220

Retensen. Farmacología Médica. Ed. Masson, 4ª edición. Madrid 1996 p.p 112