



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PERSONA CON AFECCIONES
RESPIRATORIAS**

ESTUDIO CLINICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBTETRICIA

P R E S E N T A

DIANA ANGELICA RUBIO GONZALEZ

CON LA ASESORIA DE LA PROFESORA
LIC. ROCIO AMADOR AGUILAR



MÈXICO, D.F. SEPTIEMBRE 2009.



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

I. INTRODUCCION.....	3
II. JUSTIFICACION.....	4
III. OBJETIVOS.....	5
IV. METODOLOGIA.....	6
V. MARCO TEORICO.....	7
5.1 Enfermería.....	7
5.1.1 Virginia Henderson.....	8
5.1.2 Catorce necesidades básicas de Virginia Henderson.....	10
5.1.3 Conceptos básicos de Virginia Henderson.....	13
5.2 EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	16
5.2.1 Definición.....	16
5.2.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	16
5.3 CONCEPTOS ANATOMICOS DEL APARATO RESPIRATORIO.....	24
5.4 HISTORIA NATURAL DE LA MEDIASTINITIS NECROTIZANTE POR ABSCESO MOLAR.....	27
5.4.1 Definición.....	27
5.4.2 Epidemiología.....	28
5.4.3 Etiología.....	29
5.4.4 Fisiopatología.....	30
5.4.5 Manifestaciones Clínicas.....	31
5.4.6 Métodos de diagnóstico.....	31
5.4.7 Tratamiento farmacológico.....	32
5.4.8 Tratamiento quirúrgico.....	33
5.4.9 Complicaciones.....	34
5.5 Prevención.....	34
5.5.1 Pronóstico.....	35
VI. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	36
6.1 Descripción del problema.....	36
6.2 Plan de atención de enfermería.....	41
VII. CONCLUSIONES.....	51
VIII. GLOSARIO DE TERMINOS.....	52
IX. ANEXOS.....	54
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56

I. INTRODUCCIÓN

Todo ser humano requiere de atención a sus diferentes necesidades de salud a lo largo de la vida. En especial si se encuentra vulnerable ante la aparición o establecimiento de alguna enfermedad.

Es por ello que en este Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una persona hospitalizada en el la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), con un diagnóstico de Mediastinitis Necrotizante Descendente, se abordaran las diferentes necesidades que afectan a la persona y que comprometen su salud y su independencia para realizar sus actividades y poder llevar una vida normal.

La Mediastinitis Necrotizante por absceso molar es una acumulación de pus en los tejidos de la parte posterior de la garganta y es una afección potencialmente mortal.

Así mismo se abordara la forma en que las 14 necesides de la persona que se ven afectadas al estar hospitalizada.

Es responsabilidad del personal de enfermería brindar una atención integral al paciente que se encuentra hospitalizado y cuando su estado de salud se ve mermado y seriamente comprometido en alguna de sus necesidades de vida.

La teoría de Virginia Henderson, así como sus valores postulados se adapta muy especialmente a la atención holística y lo hace comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el liderazgo de la enfermera dentro del equipo de atención ante las necesidades de las personas.

II. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo es de gran relevancia para la praxis de enfermería en lo que se refiere a la salud respiratoria, ya que la atención a la salud de las personas es actualmente un ámbito extraordinariamente cambiante, en el cual podemos identificar las necesidades de las personas a través del PAE para dar una atención de calidad.

Los pacientes que presentan Mediastinitis Necrotizante Descendente, posterior a absceso retrofaríngeo, por infecciones molares. Son padecimientos infrecuentes, los cuales afectan la fascia cervical con compromiso mediastínico, debido a una infección letal, principalmente de origen orofaríngeo.

El pronóstico depende del diagnóstico precoz basado en la alta sospecha clínica aunque cabe mencionar que de lo contrario este puede ser letal.

Es muy importante identificar las necesidades y problemas como una posible complicación mortal de absceso molar logrando un tratamiento temprano y un plan de cuidados de enfermería apropiado con el fin de evitar un desenlace fatal.

Pero que sobre todo dar a conocer que es un padecimiento altamente prevenible y que desafortunadamente en la mayoría de los casos termina en un desenlace mortal.

En México La mediastinitis necrotizante descendente (MND) requiere un manejo precoz y agresivo por su alta morbimortalidad.

En Junio 2007- 2008. La Información de base por el Equipo de Cirugía Cardiotorácica quien describe edad, género, características clínicas, etiología, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y evolución. Para determinar factores de riesgo de letalidad se realiza el análisis. El cual nos muestra que en México se presenta el 40% de casos a nivel nacional y es muy común en cualquier etapa de la vida después de la adolescencia hasta adultos mayores.

El 20% de los pacientes que atiende el INER presentan Mediastinitis Necrotizante descendente, posteriores a absceso retrofaríngeo, principalmente por infecciones molares.

Esta es una patología infrecuente, por lo que realice un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con el fin de que sea reconocida como una posible complicación mortal de absceso molar logrando un tratamiento temprano y apropiado con el fin de evitar un desenlace fatal. Aportando así una visión de la teoría de Virginia Henderson y del PAE, basados en la reflexión sobre la práctica clínica.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Este trabajo aportara una visión de la teoría de Virginia Henderson y del PAE, basados en la reflexión sobre la práctica clínica.

Así mismo da a conocer los cuidados que desempeña la Enfermería a una persona con Mediastinitis Necrotizante Descendente. Al igual que la identificación de las necesidades alteradas, causadas principalmente por dicha afección respiratoria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar el proceso de atención de enfermería a una persona hospitalizada en la Unidad de cuidados intensivos del INER
2. Aplicar la valoración pertinente de la persona, tomando en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson
3. Identificar las necesidades alteradas.
4. Elaborar los diagnósticos de enfermería basándose en lo encontrado en la valoración, correspondientes a la persona, ya sea reales o potenciales.
5. Realizar el plan de atención indicado según los diagnósticos de Enfermería elaborados.
6. evaluar los cuidados de enfermería implementados.
7. Actuar para cubrir y resolver las necesidades de vida de la persona, o bien prevenir la enfermedad.

IV. METODOLOGÍA

El siguiente PAE se llevo a cabo con un paciente con alteración en la necesidad de oxigenación, hospitalizado en el servicio de UCIR deL Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

En un primer lugar, se realizo una revisión de diversas referencias bibliografías, misma que profundizan en el conocimiento de la profesión de enfermería, se hace énfasis sobre la filosofía de Virginia Henderson. Dado que es sustento de este estudio.

En un segundo momento se eligió un paciente, a quien se le aplico el instrumento de valoración de enfermería, mismo que se extrajo de la Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia, Instrumento del Adolescente, Adulto y Anciano, el instrumento cuenta de 160 reactivos, los cuales son preguntas abiertas para el paciente, la entrevista se lleva a cabo de manera indirecta debido a las condiciones de salud de la persona.

Con la información obtenida a través del instrumento, el cotejo con expediente clínico, personal de la salud y familiares, se realizo el análisis de los datos subjetivos y objetivos, identificando el nivel de dependencia e independencia de la paciente en cada una de sus necesidades, se establecieron los diagnósticos de enfermería potenciales y reales de acuerdo con las necesidades comprometidas. Se creo el plan de cuidados, una vez que se realizaron estas actividades se procedió a la aplicación del cuidado a la paciente durante su estancia hospitalaria. Simultáneamente se realizo la evaluación de los cuidados que se le proporcionaron.

El estudio se realizó y se aplico en el periodo de tiempo del 10 de diciembre al 17 de Marzo del 2009.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERÍA

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional. En su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió Enfermería en términos funcionales. La única función de la Enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, la voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de Enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de Enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce Componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.

5.1.1 VIRGINIA HENDERSON



VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996).

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

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Guerra Mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996. (MARRINER, 1999)

FUENTES TEÓRICAS.

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando. (FERNANDEZ, 1993)

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado

por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

EL METAPARADIGMA EN ENFERMERÍA

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaradadigma enfermero son:

ENFERMERÍA.

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

SALUD

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.

ENTORNO

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

PERSONA (paciente)

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

LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de enfermería, biología, antropología como sociología, entre otras, que puede evaluar las necesidades humanas básicas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar a las personas. (MARRINER, 1999)

5.1.2 LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

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.

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

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

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

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

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física
- **Variables:** estados patológicos

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

1.- Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

2.- Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolito, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.

3.- Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial presión diferencial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, tegumentos

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9.- Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10.- Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status Social.

11.- Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral religión, ritual espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y

Crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13.- Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14.- Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno. (BEVERLY DUGAS, 2000)

5.1.3 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO VIRGINIA HENDERSON

Entendemos la necesidad fundamental como un requerimiento, más que como una carencia.

Los requerimientos que precisa una persona para cubrir de forma independiente una necesidad fundamental son de tipo físico, psicológico, social y espiritual.

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

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

Aprendemos que la alteración en la satisfacción de una de las 14 necesidades fundamentales produce alteraciones en la satisfacción de todas y cada una de las restantes.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

La persona debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

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

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

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

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

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

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

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

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

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

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e Independiente.

Al realizar la valoración de la persona anciana según el Modelo Henderson y evaluar en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, incluimos las líneas generales de la valoración geriátrica que son: las de valorar la persona anciana en los aspectos fisiológico, psicológico, social y funcional.

(<http://www.hege/almacen/VirginiaHendersonmodelo>).

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:
La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

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

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. (MARRINER, 1994)

5.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.2.1 DEFINICIÓN

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumentos para valoración)
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico)
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar)

5.2.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Es primordial seguir un orden en las etapas del PAE, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en los siguientes criterios:

- Valoración
- Diagnósticos
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

VALORACIÓN

Es primordial seguir un orden sistemático en la valoración.

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

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud
- En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:
- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

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.

Tipos de datos a recoger:

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

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los 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, antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Cuando nos referimos a los diagnósticos, nos referimos a la utilización del código NANDA.

Para que sea una herramienta útil a la intervención enfermera, es necesario que la formulación diagnóstica cumpla un mínimo de coherencia entre diferentes aspectos de índole diversa, todos ellos presentes en cualquier nivel de la atención, en nuestro escenario sociosanitario.

En la persona, coinciden múltiples causas orgánicas y psicológicas en sus problemas de salud y es especialmente vulnerable a los estímulos y condiciones del entorno en cuanto a sus respuestas, manifestaciones y síntomas. No es tarea simple realizar un diagnóstico.

La multicausalidad y la interdependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, a las que ya nos hemos referido, condiciona también la formulación diagnóstica, tanto en la elección de una etiqueta, dependiendo del enfoque y orientación del problema, como en las características definitorias (causas) del problema elegido, moviéndonos constantemente en un terreno resbaladizo entre el diagnóstico enfermero y/o el problema de enfermería.

Desde la patología. Trastornos circulatorios, metabólicos, neurológicos, osteoarticulares, psiquiátricos, neoplásicos, etc., tan frecuentemente coincidentes en el tiempo, en una misma persona. Si es así, formularemos diagnósticos de causas difícilmente abordables y, en personas, frecuentemente irreversibles. Además, será necesario tener en cuenta el marco legal de competencias de la enfermera en nuestro país y el nivel tecnológico, la filosofía y cultura de la organización donde se desarrolla la atención enfermera a la persona.

Desde la autonomía funcional. Deterioro de la movilidad física, intolerancia a la actividad, síndrome de desuso, por citar una serie de etiquetas diagnósticas relacionadas con la movilidad, pero lo mismo podríamos decir de las relacionadas con la incontinencia o con la alimentación, etc. Será imprescindible tener en cuenta los recursos estructurales, técnicos, humanos y personales para intervenir de una forma efectiva en estos aspectos.

Desde los aspectos conductuales. Agitación, confusión, agresividad, trastornos sensorio-perceptivos, trastornos de la conducta. Será necesario valorar previamente los recursos especializados para una intervención científica y éticamente correcta.

Desde las hipótesis emocionales. Pérdidas, duelos, ansiedades, procesos adaptativos. Se hará necesario revisar las actitudes, valores, conocimientos y preparación específica del propio profesional y de todo el equipo de atención, para una valoración y abordaje efectivo.

Definir el enfoque será una cuestión trascendental y prioritaria que tiene mucho que ver con los valores del profesional respecto al ser humano y a su rol profesional y con los recursos del equipo en el que interactúa la enfermera.

Formularemos el diagnóstico enfermero priorizando planificar los cuidados desde el rol autónomo, a riesgo de obviar algunas posibles causas trascendentes en la valoración del problema de salud de la persona es una opción posible.

Partiremos de las funciones y actividades establecidas para el rol enfermero en una determinada institución, sin plantearnos una intervención desde el rol autónomo y partiendo de un modelo enfermero. Es otra opción que nos llevará a formular, preferentemente, problemas de enfermería.

La formulación diagnóstica estará orientada por los objetivos terapéuticos y los recursos tecnológicos del contexto específico, donde tiene lugar la atención de la persona: agudos, crónicos, paliativos, larga estancia, domicilio, centros de día, centros residenciales.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

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

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 PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. (GORDON, 1990).

PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas

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.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad. **(CARPENITO, 1987)**

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. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar

sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, que favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad (MASLOW, 1972).

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.

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, y 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. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer 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

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- 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 y siguiendo 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. (LYER, 1987).

5.3 CONCEPTOS ANATÓMICOS DEL APARATO RESPIRATORIO

Es un conjunto de órganos que tienen la función vital de realizar la respiración llevar la O_2 hasta los glóbulos rojos de la sangre de todo el cuerpo, eliminando el CO_2 de manera continua por que el aparato respiratorio debe de estar en optimas condiciones para el buen funcionamiento de este y de todo el organismo esta constituido por fosas nasales, faringe, laringe, traquea, bronquios y pulmones.

Cada proceso de respiración se compone de una inspiración que es la absorción de oxígeno y una espiración que expulsa el dióxido de carbono.

Al inspirar el aire, este entra por las fosas nasales, pasa por la faringe, la laringe y la traquea. Las mucosas que recubren la traquea y los bronquios poseen una pestañas que se mantienen en continuo movimiento para recoger las partículas de polvo y otros cuerpos extraños y enviarlas de nuevo en la laringe. El árbol bronquial conduce al aire hacia los alvéolos pulmonares donde se efectúa el intercambio gaseoso entre la sangre y el aire exterior. La sangre purifica el oxígeno se encarga de oxigenar todos los tejidos y células del organismo. Finalmente el bióxido de carbono se elimina por la sangre y se expulsa por los pulmones durante la inspiración. A este proceso de oxigenación y pérdida de gas carbónico, realizado por la sangre se le denomina hematosis.

FOSAS NASALES: Se encuentran situadas en la parte media de la cara recubiertas por la mucosa pituitaria y que ya se describió en los órganos de los sentidos. Estas fosas forman un conjunto con la faringe, laringe, traquea y bronquios un todo funcional denominado vías respiratorias superiores, los cuales no son simples pasadizos de aire si no que son increíbles maquinas de filtrado y limpieza. Tiene las siguientes funciones:

Proteger el cuerpo de las películas de polvo que flotan en el aire sobre las cuales viajan los gérmenes de las más peligrosas enfermedades. Para realizar esta función cuenta con los siguientes mecanismos:

FARINGE: Es un conjunto membranoso situado por detrás y por debajo de las fosas nasales.

Preemite el paso del aire inspirado, de fosas amásales a la laringe, así como permite el paso del alimento de la boca al esófago.

LARINGE: Órgano que se encuentra situado en el cuello por debajo de la faringe y por arriba de la traquea. Esta constituido por cartílagos y membranas musculares. Los cartílagos son los siguientes:

A) **TIROIDES:** se encuentra en la parte anterior y se le conoce como manzana de adán.

B) **CRICOIDES:** se encuentra en la parte de debajo del anterior.

C) **ARITENOIDES:** son dos cartílagos que cierran por de atrás de la laringe.

D) **EPIGLOTIS:** este cartílago funciona a manera de una tapa, cerrando la laringe durante la deglución.

Entre los cartilagos se encuentran las cuerdas bucales, las cuales vibran al paso del aire emitido por los sonidos, las cuerdas bucales están dispuestas en dos partes: superiores e inferiores, las podemos hacer vibrar aunque no pase el aire, ya que posee un músculo voluntario llamado tiroaritennoide. Por esta razón las cuerdas bucales inferiores se les denomina cuerdas bucales verdaderas.

TRAQUEA: Órgano que se encuentra situado por debajo de la laringe y formado de 15 a 20 cartílagos de semicírculos sobrepuestos. Cada anillo esta serrado por detrás, por el músculo liso.

BRONQUIOS: Son conductos cartilaginosos que se originan de la traquea y penetran los pulmones existen dos bronquios: bronquio derecho, es mas vertical mas corto y tiene mayor calibre que el izquierdo cada bronquio penetra el pulmón correspondiente junto con la arteria estas ramificaciones son parecidas a las ramas y ramillas que brotan en el tronco de un árbol. Los bronquios se abren en los alvéolos.

PULMONES: Es una parte inferior tiene unas ramificaciones mas pequeñas las que pasa el aire atmosférico y en su parte final se une a los alvéolos que están formadas unos sacos pequeños que tienen una capa delgada de células y es tan rodeadas de los vasos capilares que proporcionan la circulación a los pulmones.

El pulmón derecho es un poco más grande que el izquierdo y esta dividido en 3 lóbulos el superior, el medio. Los pulmones están cubiertos por una membrana transparente denominado pleural una adherida a las costilla se denomina pleura parietal. Otra adherida al pulmón se le denomina pleura visceral.

Los pulmones no se duermen en sus laureles: una vez que dejen llegar O_2 a la sangre, simultáneamente, entre ella CO_2 se desecha que resulta de la combustión de los compuestos de la célula. Recogidos de ellos y llevados por la sangre en su viaje a los pulmones para tomar, mas oxígeno.

El intercambio entre oxígeno y dióxido de carbono se le denomina hematosis aunque los dos gases pasen por la misma membrana tiene poco que ver el uno con el otro, son como desconocidos que suben y bajan de un tren a una sola señal. De los pulmones del cuerpo con la misma ruta que siguió el oxígeno para entrar.

RESPIRACIÓN: El proceso de la respiración se divide en 3 etapas.

- 1.- Ventilación pulmonar: en la que se realiza entrada y salida del aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares.
- 2.- La difusión: del oxígeno y del bióxido de carbono que se realiza entre los alvéolos pulmonares y la sangre.
- 3.- El transporte de oxígeno en la sangre.

EL TÓRAX: Es la parte del cuerpo humano que está entre la base del cuello y el diafragma. Contiene a los pulmones, al corazón, a grandes vasos sanguíneos como la arteria aorta (ascendente, arco y descendente), a la vena cava inferior, a la cadena ganglionar simpática de donde salen los esplénicos, la vena ácigos mayor y menor, al esófago, conducto torácico y su división es el mediastino.

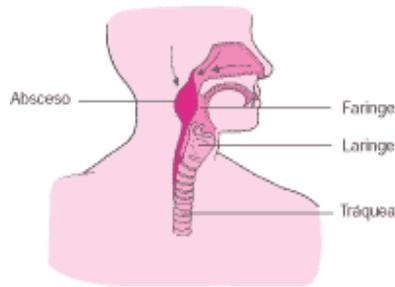
Tiene la forma de cono truncado o pirámide cuadrangular y su pared está formada por las costillas y los músculos intercostales por los lados, que se unen por delante al hueso esternón por medio de los cartílagos costales, y por detrás a la columna vertebral dorsal. La función de esta "caja" es la de proteger los órganos internos de traumatismos mecánicos que de otra manera podrían lesionarlos.

La caja torácica tiene la particularidad de ensancharse para permitir la inspiración. Además, el último par de costillas es denominado flotante, ya que solo está unido a las vértebras en la parte posterior. Anteriormente, este par es libre: esto permite su ensanchamiento en el embarazo.

MEDIASTINO: Es el compartimento anatómico extrapleural situado en el centro del tórax, entre los pulmones derecho e izquierdo, por detrás del esternón y las uniones condrocostales y por delante de las vértebras y de la vertiente más posterior de las costillas óseas. Está limitado por el músculo diafragma por debajo y por el istmo cervicotorácico por arriba. En su interior se alojan el corazón, la arteria aorta, las venas cavas, la vena ácigos, las arterias y venas pulmonares, la tráquea y los bronquios principales, el esófago, el conducto torácico, el timo en los niños y otros vasos linfáticos, ganglios linfáticos y algunos troncos y ganglios nerviosos importantes.

El mediastino (del latín, estar en medio) es la región media entre los dos sacos plurales. Se extiende desde el orificio superior del tórax hasta el diafragma y desde el esternón y los cartílagos costales por delante hasta la superficie anterior de las 12 vértebras dorsales por detrás. Los cuerpos vertebrales no se encuentran en el mediastino. El mediastino contiene al corazón, grandes vasos, restos del timo, parte distal de la tráquea, partes proximales de los bronquios derecho e izquierdo, esófago, nervios vagos, nervios frénicos y el conducto torácico. Estas estructuras están rodeadas por tejido conectivo laxo, ganglios linfáticos y grasa. A lo largo de la vida del individuo, la laxitud del tejido conectivo y de la grasa, así como la elasticidad de los pulmones y pleura, permiten que el mediastino se acomode al movimiento y cambios de volumen de la cavidad torácica (por ejemplo, movimiento de la tráquea y bronquios durante la respiración, movimientos pulsátiles de los grandes vasos y cambios de volumen del esófago durante la deglución).

5.4 HISTORIA NATURAL DE LA MEDIASTINITIS NECROTIZANTE POR ABSCESO MOLAR



5.4.1 DEFINICIÓN DE LA M.N.D.

La Mediastinitis Necrotizante Descendente es una infección mediastínica que comienza en la región orofaríngea y se disemina a través de los espacios faciales hacia el mediastino. Es una complicación primaria de una infección cervical u odontológica que se disemina hacia el mediastino bajo a través de los espacios anatómicos, en algunos casos esta complicación es secundaria a la diseminación de infecciones desde otros sitios o a trauma, las causas se agrupan en 4 categorías: perforación esofágica, infección de cabeza y cuello, infección originada en otro sitio y cirugía cardiorácica. La causa más común en nuestro medio es la odontológica seguida de infecciones de vías aéreas superiores.

Existe una forma localizada que es la infección que abarca el mediastino superior (por arriba de la Carina), y extensa que va al mediastino inferior. Existe una ruta potencial para la extensión de la infección, la **retrofaríngea**. La flora bacteriana reportada en la literatura es muy variada, *Streptococcus B Hemolítico* y bacterias anaerobias se mencionan como causas frecuentes, así como: *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Micrococcus sp*, además *Prorotheca wickerhami*, *Stenotrophomonas maltophilia* y *Candida albicans*.



5.4.2 EPIDEMIOLOGÍA

La Mediastinitis presenta un alto índice de mortalidad que oscila entre 40 y 50 %, ocasionada por el diagnóstico tardío y un drenaje inadecuado, aunque en los últimos cinco años el índice de supervivencia ha aumentado de 60 % aproximadamente.

No existen cifras en la literatura que señalen la prevalencia o incidencia de mediastinitis como complicación de infecciones profundas de cuello, sólo se informan algunas series de casos. De 1995 a 2003, se estudió a cinco pacientes con mediastinitis necrotizante, en cuatro de ellos el origen de la infección fue dental y en el otro no encontró la causa; en su serie no hubo mujeres afectadas y la edad media fue de 44 años. En México, se informa una serie de casos de mediastinitis necrotizante descendente y su manejo. La frecuencia de mediastinitis posterior a absceso profundo de cuello en México, es de uno o dos casos por cada 100 pacientes con abscesos en esta región anatómica. El objetivo de este trabajo es informar los resultados del tratamiento de pacientes con mediastinitis derivada de infección profunda de cuello debido a abscesos molares.

Esta predomina en hombres (85%) con edad promedio de 35 años. Se le atribuye una alta letalidad cercana al 40%, aunque autores reportan una mortalidad del 20 al 40%.

Esta es una enfermedad que pone en grave peligro la vida del paciente afectado. En el último tiempo ha mejorado su tratamiento y disminuido su mortalidad, gracias a la acabada comprensión de su fisiopatología y de los espacios anatómicos comprometidos. Haciéndose hincapié en el diagnóstico oportuno frente a los procesos sépticos orocervicofaciales y a una aproximación terapéutica con un adecuado y oportuno drenaje quirúrgico.

Esta complicación es muy agresiva. Los pacientes que presentan infección por absceso molar, aunque es un padecimiento menos habitual y pese al logro alcanzado con el tratamiento oportuno, este padecimiento ha logra arrancar la vida de muchas personas a nivel mundial.

Las cifras de son bajas pero letales y alcanzan hasta un 40% en las diferentes series, a pesar de la correcta administración de antibióticos de amplio espectro y de la realización de la tomografía axial computada para su diagnóstico temprano. El retraso en el diagnóstico y el drenaje incompleto son las principales causas de letalidad, observándose un descenso sustancial de ésta en las últimas series mediante la utilización de una correcta metodología diagnóstica, y un temprano y completo tratamiento.

5.4.3 ETIOLOGÍA

Se puede manifestar en estos pacientes que presentan:

Por trauma

Cáncer

Perforación o fístulas

Infecciones pulmonares

Infecciones molares extremas (Absceso retrofaríngeo)



Siendo estas últimas la más predominante a causa de este problema.

Las causas de MND son variables e involucran a todas aquellas estructuras cervicales y torácicas que, en forma directa o por vecindad, constituyan un foco infeccioso capaz de llegar a comprometer el mediastino. En cuanto a las infecciones cervicofaciales, lo más frecuente son las infecciones odontogénicas. Éstas, a través de las comunicaciones existentes con el mediastino, descienden hacia este compartimiento, Posibilitando la diseminación del proceso séptico. De esta misma forma, cualquier proceso infeccioso cervicofacial puede evolucionar hacia una MND, pudiendo ser causada también por una epiglotitis complicada, o abscesos retrofaríngeo y amigdalinos. Otra fuente frecuente la constituye la perforación esofágica; la mayoría de éstas son iatrogénicas y se han incrementado con los procedimientos endoscópicos. Además, existen las lesiones esofágicas traumáticas. Las mediastinitis postoperatorias, cuya causa más frecuente es la cirugía cardíaca, son clínicamente distintas a las MND. Pueden comenzar desde unos pocos días, hasta un mes después del acto quirúrgico, lo que en ocasiones retarda el diagnóstico, especialmente porque en este último caso los pacientes están fuera del centro hospitalario. Este tipo de infecciones acarrea problemas adicionales, como reingresos hospitalarios, reintervenciones, mayor morbimortalidad, baja satisfacción del paciente e incluso, aumento del costo del procedimiento realizado. Desde el punto de vista anatómico involucran casi exclusivamente el mediastino. (HANLEY, 2002).

5.4.4 FISIOPATOLOGIA

La infección comienza a raíz de una infección no tratada a tiempo de cualquiera de los molares existentes, esta infección se extiende al espacio retrofaríngeo por el compartimiento visceral anterior o por los espacios pretraqueales, o rodeando el espacio vascular. Los abscesos periamigdalinos y odontogénicos se diseminan por el espacio submandibular, parafaríngeo y retrofaríngeo que se comunican con todos los espacios cervicales y el compartimiento visceral posterior del mediastino. La infección mediastinal y la inflamación secundaria producen aumento de los ganglios del mediastino, derrame pleural y compromiso pericárdico que puede llegar al taponamiento cardíaco.

La (MND) es un trastorno poco común que se caracteriza por una proliferación excesiva de bacterias en el tejido mediastinal, que puede comprimir las estructuras que se encuentran en este y por ende una afección acentuada en la profundidad del cuello.

Una infección por absceso molar es considerada su etiología más frecuente. Se ha descrito asociación con otras enfermedades tales como, (tuberculosis, e infecciones pulmonares propiamente), así como con patologías no infecciosas como son las inmunodeficiencias aunadas a otra patología pulmonar. Existen dos patrones de afectación del mediastino: primero, un absceso generalmente localizado en la región paratraqueal, con calcificación punteada o densa. Este patrón está asociado casi siempre con una infección previa odontogénica y se encuentra en la mayoría de los pacientes adultos. Segundo, una masa infiltrante no calcificada que afecta múltiples compartimentos mediastínicos. Otros hallazgos, además de las masas de tejido fibroso anormal, son aquéllos secundarios a la distorsión de la vía aérea y la compresión de las estructuras vasculares

- Inflamación: mediastinitis agudas
- Infecciones profundas
- Aire: neumomediastino
- Sangre: hemorragias

5.4.5 MANIFESTACIONES CLINICAS

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor en el cuello
- Sensación de malestar general
- Disnea
- Abscesos infecciosos odontogénicos
- Aumento de volumen cervical
- Taquicardia
- Disfagia
- sepsis

El paciente tiene uno de los antecedentes mencionados cirugía dental, infección o trauma orofaríngeo, intubación orotraqueal, y ha sido genuinamente tratado en forma adecuada inclusive con drenaje. A pesar de esto la infección se desarrolla y llega al mediastino. El diagnóstico temprano es infrecuente porque los pacientes se quejan de síntomas inespecíficos. El enfermo manifiesta signos de sepsis, rigidez, edema y dolor en el cuello o tórax, disfagia y ocasionalmente enfisema subcutáneo. El compromiso mediastinal aparece en horas o dura hasta dos semanas, pero es común en las primeras 48 horas después de la infección.

Al examen se encuentra taquicardia, fiebre, taquipnea e induración difusa del cuello y de la pared torácica anterior y superior con edema marcado y crepitación en esta zona. Aparece dolor subesternal, disfagia progresiva, tos y disnea. Puede presentarse pulso paradójico.

Por extensión directa de la inflamación a los ganglios linfáticos, síndrome de vena cava superior también por ser vecino del mediastino, parálisis de cuerda vocal por compromiso del nervio laríngeo recurrente e incluso del diafragma por afección del nervio frénico.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Cuello>

5.4.6 METODOS DE DIAGNÓSTICO

(Hallazgos radiológicos)

Se deben solicitar radiografías de cuello y tórax PA y lateral.

Se encuentran dos características en las radiografías

1. Ensanchamiento del espacio retrocervical.
2. Enfisema mediastinal.

Se puede evidenciar igualmente derrame pleural.

Una TAC de tórax puede mostrar la mediastinitis con mayor detalle. Así mismo, el médico puede insertar una aguja en el área de la inflamación y extraer una muestra

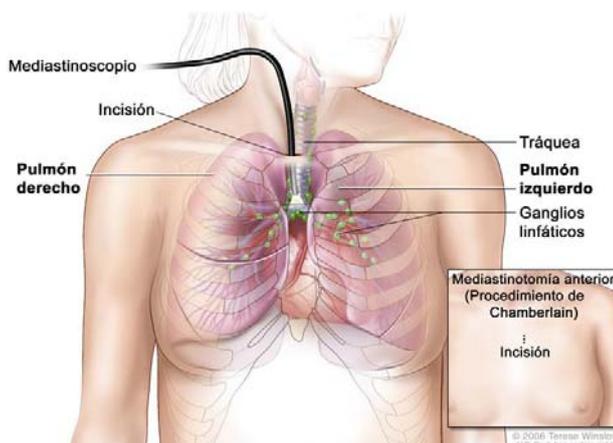
para enviarla a tinción de Gram. Y cultivo con el fin de identificar la fuente de alguna infección.

En la escanografía se encuentran

1. Formación de absceso.
2. Presencia de gas.
3. Extensión bajo la cuarta vértebra torácica.
4. Compromiso pericárdico o pleural.

Mediastinotomía o mediastinoscopia diagnóstica

La mediastinotomía y mediastinoscopia es una exploración quirúrgica del mediastino (espacio comprendido entre los dos pulmones, la columna vertebral y el esternón), que se utiliza para obtener muestras de biopsia de ganglios linfáticos y tumoraciones de mediastino anterior no accesibles por mediastinoscopia. Se usa fundamentalmente para conocer si existe afectación ganglionar en las neoplasias pulmonares izquierdas, con el fin de evitar toracotomías o dar otros tratamientos antes de la cirugía de resección pulmonar.



Endoscopia Esofágica

Por medio de endoscopia se detectan lesiones de hipofaringe. Se utiliza azul de metileno intraoperatorio para ubicar la lesión y en el postoperatorio se usa para determinar el cierre o la persistencia de la ruptura. Se emplean también radiografías con medio de contraste hidrosoluble. (KRUYT Y COLS, 1999)

5.4.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se pueden administrar antibióticos si la persona tiene una infección. Frecuentemente, los pacientes con mediastinitis se deben someter a cirugía para desbridar (extirpar) el área de la inflamación.

Se utilizan **antibióticos** que cubran los gérmenes esperados. Esto va a depender de la bacteria encontrada en el cultivo y existen las siguientes opciones.

1. Sulbactam 3 g IV C/6 horas.
2. Clindamicina 600-900 mg IV C/6 horas.

3. Penicilina G, 24 millones en infusión continua o cada 4 ó 6 horas
4. metronidazol 1 gramo y luego 500 mg cada 6 horas.
5. Ampicilina
6. Vancomicina 500 mg IV C/6 horas, si se obtiene en los cultivos estafilococo resistente.

Antiinflamatorios esteroideos que pueden ser utilizados

1. Metilprednisolona 500 mg c/8 horas
2. Hidrocortisona 500mg c/8 horas

Analgésicos que pueden ser utilizados

1. Ketorolaco 10 mg c/8horas
2. Diclofenaco 100mg c/8horas
3. Metamizol sádico 1 gr. c/8 horas

Los antibióticos deben ser específicos una vez se obtienen los reportes de cultivos. Es innecesario utilizar la vancomicina en los casos donde la infección proviene de la flora bucofaríngea. (RODRIGUEZ, 1997).

5.4.8 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Drenaje quirúrgico

Si la infección no ha descendido de la cuarta vértebra torácica, la mediastinotomía cervical anterior unilateral o bilateral puede ser suficiente colocando drenes de penrose. Cuando la escanografía demuestra infección por debajo de este nivel, se debe realizar toracotomía y drenaje amplio del mediastino. El esófago o la hipofaringe se pueden manejar con simple drenaje. Cuando hay compromiso pericárdico se drena esta cavidad con punción y catéter o se abre y se permite su drenaje postoperatorio a través de sondas o tubos.

Es indispensable realizar un drenaje de cuello cuando el problema es muy severo.

La traqueotomía recomendada en forma rutinaria y considerada opcional, es un procedimiento que debe individualizarse en los casos de inflamación que comprime la vía aérea. El solo drenaje torácico con tubos o toracocentesis como se recomienda, tiene la desventaja de no limpiar toda la cavidad torácica y mediastinal.



Lavado quirúrgico en cuello

Otro punto muy importante es **el lavado y decorticación** en pacientes con Mediastinitis a causa de abscesos molares, sobre todo cuando persiste ya un derrame pleural. (Kruyt y cols)

5.4.9 COMPLICACIONES

Entre las complicaciones se pueden mencionar:

Diseminación de la infección a:

- corazón
- vasos sanguíneos
- pulmones Mediastino
- sepsis
- Neumonía
- Hemotórax
- Infección herida
- Neumotórax

Se debe buscar asistencia médica si el paciente ha tenido una cirugía abierta de tórax y presenta dolores en el pecho, fiebre, escalofríos, dificultad para respirar o drenaje de una herida.

5.5 PREVENCIÓN

La única forma de prevención de la Mediastinitis relacionada con la cirugía de tórax es mantener las heridas quirúrgicas limpias y secas después del procedimiento para evitar complicaciones.

Y por otro lado es indispensable llevar a cabo una limpieza minuciosa de las piezas dentarias.

Cuando ya se encuentre una infección primaria se sugiere tratarla adecuada y precozmente para evitar complicaciones.

5.5.1 PRONÓSTICO

La recuperación de la persona depende de la causa de la mediastinitis. Los pacientes que la sufren una infección por absceso molar tienen un riesgo significativo de muerte como resultado de esta afección.

La mediastinitis necrotizante descendente es un cuadro grave, infrecuente y que tiene causas muy diversas. El pronóstico global de la enfermedad no ha mejorado, a pesar de los avances en cuanto a antibioterapia, tratamiento intensivo y técnicas diagnósticas. El tratamiento debe ser multidisciplinario con énfasis en el aspecto nutricional, manejo intensivo y tratamiento quirúrgico agresivo.

(<http://www.tuotromedico.com.mx>).

VI. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (VALORACIÓN)

Datos generales.

Nombre: F. P. G.

Sexo: femenino.

Edad: 42 años.

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Escolaridad: primaria terminada.

Por Absceso Molar.

Estado civil: casada.

Ocupación: hogar

Diagnóstico Médico: Mediastinitis
Necrotizante

Se trata de una mujer de 42 años que consulta por cuadro de ocho días de evolución de odinofagia. Es evaluada y tratada por faringoamigdalitis. Vuelve a consultar por presentar fiebre, dolor torácico severo, y disnea. Se hospitaliza en el instituto y le ordenan exámenes y radiografías de tórax donde ya existe evidencia de gas en el mediastino y derrame pleural izquierdo.

En la placa lateral se observa gas en el mediastino anterior, por delante del corazón. En la placa Postero-Anterior (PA) se observa gas rodeando todo el mediastino y el derrame pleural izquierdo.

Había presentado dolor e infección a nivel molar, no se atendió a tiempo, se presentó una infección y posteriormente un absceso orofaríngeo, como resultado de un mal seguimiento y una nula atención oral.

Cuando llego al INER se catalogo como una infección a nivel orofaríngeo, con proliferación a cuello y mediastino. Por lo que se comienza a trabajar con la paciente, como parte de la valoración de enfermería, se ingresa al INER en la sala de urgencias y en donde fue intubada y sedada por déficit respiratorio y posteriormente trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos fue ahí específicamente donde se llevo a cabo la valoración y los cuidados de enfermería.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Requiere apoyo mecánico ventilatorio, por traqueostomía.

A la exploración física

- se auscultan sibilancias en el Lóbulo superior pulmonar izquierdo en su región anterior. Con abundantes secreciones las cuales fluyen con dificultad. La exploración física se observa una frecuencia respiratoria de 22 x'.

- A la palpación, movimientos inspiratorios y espiratorios simétricos, débiles.

Cardiovascular: mucosas oral y conjuntiva. Ligera cianosis distal (++) . Llenado capilar de 3". Se ausculta una frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto en región apical. Ruidos cardíacos definidos; sin compromiso. Pulso radial distal débil, a causa de edema (+++). Pulso carotídeo firme y definido, sincrónico con el radial.

Tensión arterial de 100/60mmHg, valorada en brazo izquierdo, en posición dorsal.

Hallazgos en exámenes de laboratorio:

- Gasometría: PO₂ 85.6mmHg, PCO₂ 33.7mmHg, ph. 7.33, bicarbonato 24.4meq/l.
- Biometría hemática: leucocitos 11.7, eritrocitos 2.96, hemoglobina 9.2, hematocrito 37.5, plaquetas 255.
- Química sanguínea: potasio 3.7meq/l, cloruros 106meq/l, Magnesio 2.5mg/dl, sodio 148Meq/l, calcio 9mg/dl
- Tiempos de coagulación: TPT 33", TP 14"
- Química sanguínea: glucosa 166mg/dl
- Hemoglobina: 9.2
- Hematocrito: 37.3

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Dieta polimérica para diabético de 1200 Kcal. De 1000ml para 24hrs, la cual es administrada por sonda orogástrica en tres tomas durante dos horas cada toma.

Se mantiene con catéter subclavio trilumen # 7 fr. instalado en el lado izquierdo, instalado por 15 días, con manejo estéril y curación del mismo.

Solución fisiológica 0.9% 500cc para 24hrs, a 20.8gx` en bomba de infusión.

Refiere su familiar que antes de sufrir el daño a nivel de molares era de "buen" apetito aunque su alimentación era deficiente y un poco escasa debido a sus múltiples actividades.

Anteriormente solo padecía pirosis al ingerir alimentos irritantes.

A la exploración física se observa piezas dentales faltantes (ya que extrajeron todas a causa de los abscesos infecciosos en molares.

Se auscultan ruidos intestinales de 5x' en epigastrio, 8x' en flanco izquierdo y 7x' en hipogastrio.

Abdomen globoso con abundante panículo adiposo a la palpación y percusión en epigastrio e hipocondrio derecho, abdomen blando y depresible.

Se ausculta ruido semi-mate en hipocondrio derecho a la percusión. Ruido hiperresonante en fosa ilíaca izquierda.

Dextroxtix preprandial, de 145mg/dl

Insulina preprandial con esquema de insulina rápida >135mg – 175mg de glucosa = 6UI, 176-249mg=8UI, +250mg=10UI.

Química sanguínea: glucosa 166mg/dl

Peso estimado: 60kg. refiere el expediente clínico, pérdida de 9kg en un mes aproximadamente.

Administración de metoclopramida 10mg IV preprandial y Ranitidina 50mg I. V. C/12hrs.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Incontinencia fecal y urinaria.

Diuresis cuantificada 600ml en 8hrs. Color amarillo ámbar, luce un poco turbia. Sonda Foley # 16 fr. a permanencia.

Evacuaciones presentes 1 vez al día, de consistencia pastosa, color café, olor suigeneris, con cambio de pañal cada vez que fuera necesario.

Refiere su familiar que anteriormente presentaba estreñimiento e ingería laxantes (no específico cuales) sin prescripción médica.

Menstruación en periodo menopáusico.

Hallazgos en exámenes de laboratorio: creatinina 0.54mg/dl, nitrógeno ureico 9.4mg/dl.

EGO: color amarillo ámbar, densidad 1.012, ph. 7.0, leucocitos (-), nitritos (-), proteínas (-), glucosa 300, cetonas (-). Urocultivo (+) con especies de Candida albicans. Cuenta bacteriana >de 100 000 Ufc/ml. orina de 24hrs, volumen 2900ml, sodio urinario 287meq/24hrs, potasio urinario 96.0meq/24hrs.

Coprocultivo (-) sin enteropatógenos, abundante flora polimicrobiana normal del intestino

4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA.

Presenta inmovilidad generalizada, parpadea sin problemas y puede hacer algunas muecas. Ausencia de tono muscular. Permanece en una sola posición por horas (decúbito dorsal o semifowler). Sin embargo es movilizada pasivamente, ya que el movimiento interfiere con su estado respiratorio, el cual es deficiente.

Presenta edema de miembros torácicos (++) , de miembros pélvicos (+++).

Manifiesta dolor a la movilización por las características en fascies.

Recibe fisioterapia diariamente durante 15 a 30 minutos.

5. NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO.

Dormía de 8 a 9 hrs. al día, refiere su familiar y que es sensible al ruido. Permanece en este momento sedada por lo que se ve afectada la necesidad ya que los tiempos reales de vigilia han sido modificados.

A la exploración física Refiere su familiar que en ocasiones abre los ojos y llora. Su expresión es de angustia y tristeza cuando se le realiza algún procedimiento, en ocasiones llora.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Es dependiente completamente para vestirse y desvestirse.

Se le proporcionan una bata y una sabana extra para cubrirla mientras se encuentra hospitalizada.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Presenta fiebre debido a la infección durante exploración física (38.6°C, valorada bajo axila derecha). Piel seca, calida. Refiere su familiar que le agrada la temperatura calida y le desagradan el frío y el calor extremos, refieren las enfermeras que también por las noches “se siente fría”.

Administración de paracetamol 1gr IV PRN en caso de fiebre.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE PIEL.

Se le realiza baño de esponja diariamente. Refiere su familiar que desde su ingreso casi no se le ha realizado aseo de la cavidad oral. A la exploración física se observa lengua saburral, piezas dentarias faltantes y placa bacteriana, halitosis.

Refiere su familiar, le cortaron el cabello ya que lo tenía enredado. Se observa el cabello seco, opaco y con presencia de nudos, se observa piel reseca, uñas largas y con hiperqueratosis.

A causa de la traqueostomía, se ensucia frecuentemente de secreciones, presenta maceración en cuello e ingles.

Presencia de ulcera por decúbito de primer grado en región sacra, de 5x5cm de extensión, sin datos de infección, con bordes eritematosos. Realización de curación de ulcera por presión una vez al día, aplicación de crema Allevyn y protección con parche hidrocoloide.

Refiere su familiar que la higiene personal no siempre fue muy importante para ella.

Aseo de la unidad del paciente y cambio de ropa de cama a diario.

Aspiración de secreciones cada vez que fuera necesario, con previa valoración.

Presencia de cerumen en oídos.

Presenta salida de secreción purulenta y fétida por fasciotomía

Curación de catéter subclavio de cinco a siete días o antes si era necesario.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Cuenta con esquema de inmunizaciones aparentemente completo.

Realización de D. O. C. Cada año, con hallazgo de VPH en 2004, no se especifica tratamiento.

Refiere su familiar la utilización de lentes ya que padece miopía. Escucha adecuadamente.

Permanece demasiado tiempo en una misma posición. (Realizar movilización para evitar úlceras por presión)

Instalación de sonda Foley a permanencia. (Realizar cambio cada diez días para evitar infecciones de tracto urinario).

Instalación de catéter subclavio. (Se realiza curación de tres a cinco días, dependiendo de las condiciones en las que se encuentre el catéter).

Hallazgos en exámenes de laboratorios: leucocitos 18,000

Administración de 40mg de enoxaparina S. C. c/24hrs.como profilaxis de trombosis venosa.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Imposibilidad para comunicarse ya que se mantiene bajo efectos de sedación, solo parpadea ligeramente, Escucha lo que se le dice, permanece en su entorno.

Refiere su familiar llevar muy buena relación con ella y con sus demás hermanos.

11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

Profesa la religión cristiana, cumplía con los ritos propios de su religión además de ser muy apegada a la iglesia, sin embargo refiere su hija que en últimas fechas ha sentido la necesidad de acercarse más a su religión. Es devota de Dios, con quien rezaba anteriormente en compañía de su hija. Cuenta con algunas imágenes.

12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.

Ejerce el rol familiar de madre, se dedicaba al hogar

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Anteriormente asistía a un grupo religioso en el lugar donde vivía

En el hospital no cuenta con una actividad recreativa, sus hijas platican con ella y ocasionalmente le leen una revista y le ponen música para que la escuche.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Le hubiera gustado estudiar una carrera refiere su familiar.

siempre la apoyo e incentivo para que estudiara ya que para ella siempre fue muy importante la preparación académica, aunque nunca tuvo la oportunidad de prepararse profesionalmente.

6.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD: DE OXIGENACIÓN.

Diagnostico: Perfusión tisular alterada relacionado con inflamación del tejido pulmonar manifestado por disnea, cianosis, aleteo nasal y retracción xifoidea.

Objetivo: mejorar la perfusión tisular.

Fundamentación. Los pacientes con daño pulmonar tienen como consecuencia daño a nivel del bulbo raquídeo por lo que tienen problemas en mantener la respiración autónoma, y es necesario para mantener la vida, el apoyo ventilatorio por medio de intubación endotraqueal o en este caso de traqueostomía, cuando los datos clínicos muestran dificultad respiratoria.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>1. En caso de que el paciente cuente con apoyo de ventilador, la enfermera debe capacitarse y conocer el funcionamiento de este.</p> <p>2. Vigilar que el aporte de oxígeno sea correcto según las indicaciones.</p> <p>3. Vigilar el buen estado de la cánula de traqueostomía.</p> <p>4. Vigilar la colocación y la permeabilidad del tubo de traqueostomía.</p> <p>5. Mantener en buen estado la sujeción de la cánula.</p> <p>6. Realizar cambio del conector cada tercer día con el fin de evitar contaminación.</p> <p>7. Realizar aspiración de secreciones una vez por turno o según lo necesite el paciente.</p> <p>8. Vigilar las necesidades de oxigenación del paciente según estudios de laboratorio y sus manifestaciones clínicas.</p> <p>9. Reportar cualquier eventualidad.</p>	<p>1. La enfermera debe conocer el funcionamiento del equipo de Ventilador para poder brindar un cuidado óptimo al paciente que requiere de apoyo ventilatorio.</p> <p>2. Una oxigenoterapia deficiente puede ocasionar un grave deterioro, daño e hipoxia en el paciente e incluso la muerte, es responsabilidad del personal de salud que interactúa con el paciente vigilar cualquier signo que indique una inadecuada oxigenación.</p> <p>3. La integridad del equipo es indispensable para brindar un adecuado apoyo ventilatorio.</p> <p>4. Si la cánula o tubo de traqueostomía es removida de su sitio puede causar daño tisular directo además de hipoxia por déficit de oxígeno a los tejidos.</p> <p>5. Es responsabilidad de la enfermera y del resto del equipo de salud el mantener en buen estado el equipo ventilatorio que asiste al paciente.</p> <p>6. El manejo adecuado del equipo ventilatorio y sus accesorios es fundamental para evitar contaminación del equipo y por consiguiente infecciones intrahospitalarias. Debe guardarse especial precaución de mantener el equipo y sus accesorios de manera estéril ya que es un procedimiento invasivo.</p> <p>7. La remoción de secreciones traqueo bronquiales por medio de la aspiración es uno de los cuidados indispensables en la terapia respiratoria ya que facilitan la permeabilidad del flujo de aire y por tanto el intercambio gaseoso.</p> <p>8. La Gasometría arterial es un indicador de los niveles de gases en sangre arterial y la alteración en sus valores indica exceso o déficit de oxígeno o de bióxido de carbono entre otras alteraciones.</p> <p>9. Es fundamental permanecer alerta ante cualquier cambio o eventualidad que presente el paciente en su estado general y sus constantes vitales así como cualquier evento de importancia que llegara a presentar el equipo de apoyo ventilatorio.</p>	<p>1. Los cuidados de enfermería descritos anteriormente se pudieron llevar a cabo en su totalidad, en conjunto con el personal de inhaloterapia, ya que ambas áreas estamos capacitadas para brindar un cuidado integral.</p> <p>2. Se vigilaron valores del ventilador como fueron Fio2 45%, modo ventilatorio el cual se encontraba alternado A/C y SIMV, con la finalidad de que la paciente recupere el automatismo respiratorio. Se brindo el mantenimiento vigilancia, y funcionamiento de la unidad de apoyo ventilatorio así como suministrar la dosis e oxígeno indicada.</p> <p>3. Se vigilo que la cánula se encontrara en buenas condiciones de higiene siempre. se realizaba frecuentemente limpieza de la misma.</p> <p>4. Se vigilo la permeabilidad del tubo de tarqueostomia para evitar se fuera a tapar, y se realizo aspiración de secreciones cada vez que lo requería el paciente.</p> <p>5. La cánula se sujetaba diariamente o antes si lo requería para evitar desprender el tubo conector.</p> <p>6. El conector se cambio cada tercer día y el circuito diariamente.</p> <p>7. Se realizo la aspiración de secreciones con técnica cerrada.</p> <p>8. Cabe mencionar que su saturación de oxígeno se encontraba entre al 80% y 85% a pesar de tomar las medidas pertinentes como la aspiración de secreciones y pese a ello la deficiencia de oxígeno era notoria.</p> <p>9. Todos los sucesos ocurridos se le reportaban al medico, para una mayor valoración y atención del cuidado.</p>

NECESIDAD: DE OXIGENACIÓN.

Diagnostico: limpieza ineficaz de las vía aérea relacionado con mucosidad excesiva manifestado por acumulo de secreciones, sibilancias y estertores.

Objetivo: mantener libre de secreciones la vía aérea para mejorar el intercambio gaseoso; por medio de palmopercusion, drenaje postural y aspiración, para la eliminación de las secreciones.

Fundamentación: la acumulación de secreciones a nivel alveolar impide una adecuado intercambio de oxigeno y bióxido de carbono.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el estado de la paciente, y si es necesaria la aspiración 2. realizar aspiración de secreciones una vez por turno o según las necesidades de la paciente 3. Brindar fisioterapia pulmonar mediante drenaje postural y palmoperkusión. 4. Brindar apoyo ventilatorio. 5. Administración y ministración de fármacos expectorantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La aspiración de secreciones es un método invasivo y agresivo para el paciente, es un estímulo vagal que puede conducir la paro respiratorio, comprometiendo seriamente el estado del paciente e incluso conducirlo a la muerte 2. El retiro de las secreciones traqueobronquiales, garantiza permeabilidad de la vía aérea y por lo tanto favorece el intercambio gaseoso a nivel alveolar. 3. El drenaje postural favorece la eliminación de secreciones de las porciones pulmonares a trabajar según la posición que adopte el paciente. La palma percusión y la vibración favorecen el desprendimiento de secreciones desde la región basal de los pulmones hasta su ápice. 4. La oxigenoterapia brinda al paciente que así lo requiera. Mayor oxigenación, permitiendo u mejor intercambio gaseoso cuando las condiciones del paciente lo demanden. 5. Estos fármacos facilitan el desprendimiento de las secreciones, así como su expectoración. 	<p> Pudieron llevarse a cabo las intervenciones tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar al paciente por medio de auscultación de campos pulmonares, y a través de la monitorización, como fue la SAO2. Con base a ello se realizó la aspiración de secreciones cada vez que el paciente lo necesito. 2. Se realizó la aspiración de secreciones y así mismo se verifico la cantidad como las características de estas. Las cuales eran amarillentas, fétidas y en abundante cantidad. 3. No se realizó fisioterapia pulmonar. El drenaje postural estaba restringido en la paciente a causa de que esta puede aumentar la presión arterial, además de que presentaba saturación de 85% y si se manipulaba demasiado podría agravarse 4. Se brindo el apoyo ventilatorio por parte del servicio de inhaloterapia con FIO2 de 45%, micronebulizaciones para humidificar las secreciones y así ser expectoradas mas fácilmente. 5. Así mismo se ministraron broncodilatadores y expectorantes prescritos. Tales como bromuro de ipatropio, convibent para mejorar la función respiratoria y ayudar a liberar fácilmente las secreciones.

NECESIDAD: DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnostico: Alteración del patrón alimenticio relacionado con múltiples caries e inflamación de la mucosa oral, manifestado por incapacidad para deglutir

Objetivo: cubrir las necesidades alimenticias y nutricionales de la paciente, facilitando su alimentación.

Fundamentación. Debido al daño pulmonar causado, la paciente perdió la autonomía para alimentarse por si sola así como la capacidad para deglutir, por lo que es necesario la alimentación por medio de sonda orogastrica con dieta polimérica acorde a sus necesidades.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>1.Brindar posición Fowler para evitar el riesgo de aspiración.</p> <p>2.Administrar y ministrar la dieta polimérica indicada.</p> <p>3.Regular la velocidad de ministración de la dieta.</p> <p>4.Vigilar la SOG y verificar un correcto flujo del alimento hacia la cavidad gástrica.</p> <p>5.Al terminar, lavar la sonda de gastrostomía con 10 a 30 ml de solución fisiológica.</p> <p>6.Medir residuo gástrico.</p> <p>7.Vigilar a la paciente y detectar síntomas de alarma.</p> <p>8.Realizar Destroxtix prepancial.</p> <p>9.Administrar metoclopramida 10mg prepancial.</p>	<p>1. Los pacientes con daño pulmonar se encuentran en riesgo constante de aspiración, debido al, deterioro de la capacidad para deglutir y por que también en ocasiones se forman fistulas traqueoesofágicas lo cual nos puede llevar a una broncoaspiración que pudiera ser fatal. En la administración dietas por SOG se debe de tener este aspecto en consideración, sobre todo si existe regurgitación.</p> <p>2. Es responsabilidad de la enfermera verificar que a la dieta a administrada corresponda al paciente indicado.</p> <p>3. Si la dieta es administrada a una gran velocidad puede provocar un aumento de la motilidad gástrica y regurgitación.</p> <p>4. El buen estado de la SOG garantiza un a adecuada administración de la dieta.</p> <p>5. Los residuos de alimento en la sonda de gastrostomía pueden representar el riesgo de colonización de microorganismos. Es importante tomar en cuenta la cantidad de líquido administrado para la limpieza de la sonda, que no exceda la cantidad indicada en caso de cuantificación de líquidos.</p> <p>6. La medición del residuo gástrico es un indicador de la correcta digestión y asimilación de los alimentos, debe ser menor as 90ml, de lo contrario queda contraindicado administrar la dieta por lo menos en las 4-6hrs subsecuentes.</p> <p>7. La metoclopramida es un antiemético que disminuye la motilidad gástrica, administrado de modo prepancial previene la emesis de los alimentados a ingerir. La dosis estándar es de 10mg cada 8 hrs.</p> <p>8. En este caso la paciente es diabética, por lo que su dieta es polimérica para diabético. El Destroxtix prepancial es un examen sencillo que mide la glicemia antes de administrara alimento s y fármacos y es un indicados acerca de los niveles de glucosa.</p>	<p>1. En esta necesidad, pudieron realizarse satisfactoriamente las acciones de enfermería ya que se coloco a la paciente a 45º para obtener la posición deseada.</p> <p>2. Se instalo la SOG y a través de esta se brindo la dieta polimérica de 1.200 Kcal.</p> <p>3. Se regulo el goteo ya la dieta estaba indicada en 5 tomas durante 24 horas.</p> <p>4. Se verifico que el alimento llegara adecuadamente a la cavidad gástrica, auscultando por medio del estetoscopio.</p> <p>5. Se realizo un lavado de sonda para mantenerla siempre limpia y permeable.</p> <p>6. Se realizo medición de residuo gástrico para valorar la absorción de la dieta y que esta fuera adecuada. La paciente siempre tuvo menos de 100cc de residuo gástrico.</p> <p>7. Se le ministraban 10 mg de Metoclopramida antes de cada alimento, para evitar emesis en la paciente.</p> <p>8. No se presentaron dificultades ni complicaciones, cabe mencionar que también se realizo la aspiración de secreciones previa a la administración de la dieta, lo que también contribuye a disminuir el riesgo de broncoaspiración. Se realizo toma de destroxtis prepancial los cual nos ayudo a valorar a la paciente estrechamente.</p>

NECESIDAD: DE MOVILIDAD Y MANTENER LA POSTURA.

Diagnostico: Deterioro de la movilidad e integridad cutánea relacionado con limitación de habilidades motoras manifestado por ausencia del tono muscular e inmovilidad

Objetivo: ayudar a al paciente a moverse, para evitar lesiones, favorecer la circulación, evitar úlceras por presión o bien minimizar el daño.

Fundamentación. A causa del daño la paciente sufre de una limitación generalizada que la obliga a permanecer en cama y estar inmovilizada ya que es incapaz de moverse por ella misma pues ha estado postrada durante un largo periodo y el sistema músculo esquelético se degenero y ahora es difícil el movimiento para la paciente.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ol style="list-style-type: none">1. Mover a la paciente cada 2 hrs.2. Realizar ejercicios pasivos de arco de movimiento una vez por turno.3. Realizar masaje para activar la circulación sanguínea una vez por turno.4. Proteger las prominencias óseas para evitar lesiones.5. Colocar colchón de agua.6. Colocar rollos trocántericos para disminuir la presión de los miembros.	<ol style="list-style-type: none">1. La movilización constante permite disminuir al espasticidad de los miembros y de las articulaciones.2. Los ejercicios pasivos de arco de movimiento son el más indicado en pacientes con inmovilidad permanente, ayudan a mantener la circulación sanguínea y a mantener la movilidad de las articulaciones. Y ayudan al restablecimiento del tono muscular.3. Es de suma importancia mantener la circulación sanguínea para evitar el éxtasis venoso en pacientes con estancia prolongada en cama.4. En pacientes con estancias prolongadas en cama es frecuente la aparición de úlceras por decúbito en las prominencias óseas (talones, escápulas, sacro y coxis, codos, etc.)5. La utilización de colchón de agua o de piel de borrego disminuye la presión del cuerpo sobre el colchón.6. La espasticidad y flacidez de los miembros puede aumentar la fricción y favorecer la aparición de lesiones.	<ol style="list-style-type: none">1. Se le dieron cambios de posición cada dos horas de cada lado tanto lateral derecho como izquierda con lo cual se logro que disminuyera la úlcera por presión que presentaba a nivel de cóccix.2. El personal de terapia física diariamente realizaba ejercicios 3 veces por turno. Y en conjunto con ellos se movilizaba a la paciente y le proporcionaba los ejercicios de arco de movimiento.3. se realizaba masaje pasivo después de su baño de esponja.4. se le pidieron almohadillas de alpiste al familiar para proteger zonas expuestas y así evitar úlceras por presión.5. se logro adquirir un colchón de agua y esto favoreció la circulación de la paciente y evito la presión sobre prominencias expuestas.6. La realización de las intervenciones de esta necesidad estuvo apoyada por el servicio de fisioterapia y de los familiares para evitar fricción de la piel de la paciente, se hicieron rollos de tela de algodón para proteger trocánteres.

NECESIDAD: DE HIGIENE.

Diagnostico: deterioro de la higiene personal relacionado con inmovilidad y estancia hospitalaria prolongada manifestado por cabello enredado, uñas largas e hiperqueratosas, lengua saburral.

Objetivo: brindar un cuidado en la higiene de la persona, mantenerla limpia y cómoda.

Fundamentación. Los pacientes con estancias hospitalarias prolongadas, por lo regular experimentan un deterioro en su autocuidado, además de si la patología que padecen les impide realizarlo, esto es frecuente en pacientes con daño cerebral, quienes son totalmente dependientes de otros para su cuidado.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ol style="list-style-type: none">1. Realizar baño de esponja diariamente.2. Realizar corte de uñas cada 7 días o antes si lo necesita.3. Realizar cepillado dental o colutorios con agua carbonatada cada 3hrs.4. Cepillar el cabello 2 veces al día.5. Hidratar la piel.6. Realizar cambio de ropa de cama y de bata diariamente o antes si lo necesita.7. Cambio de pañal cada vez que lo requiera.8. Arreglo de la unidad de la paciente.	<ol style="list-style-type: none">1. El baño diario es importante para la remoción de células muertas, favorece la relajación y la comodidad.2. Mantener cortas las uñas del paciente ayuda a evitar lesiones autoinfligidas o accidentales.3. El aseo bucal es importante para disminuir la población bacteriana de dicha cavidad. El bicarbonato de sodio es auxiliar en la prevención y tratamiento de micosis bucales.4. El cepillado ayuda a la eliminación de células muertas y residuos, favorece el crecimiento y la irrigación capilar.5. La piel hidratada es mucho menos susceptible a lesiones.6. En las sábanas y demás ropa de cama se guardan depósitos de células muertas, desechos y microorganismos, por lo que es importante realizar su cambio mínimo cada día.7. Los pañales de materiales desechables tienden a provocar irritaciones, sumado esto a la humedad provocada por las excretas, que favorece la formación de micosis y úlceras8. Favorece un ambiente agradable y cómodo.	<p>Las intervenciones pudieron llevarse a cabo con ayuda del familiar de la paciente, cabe mencionar que le cortaron un poco el cabello a causa de que lo tenía demasiado enredado y no sirvió el uso de shampoo y enjuagues.</p> <p>La paciente se mostraba incomoda al momento de bañarla.</p> <p>Algunos de los recursos materiales como cortaúñas, cremas y shampoo fueron proporcionados por el familiar. Y así mismo se realizó cambio de ropa diariamente o a veces en cada turno con ayuda de los camilleros.</p>

NECESIDAD: EVITAR PELIGROS.

Diagnostico: deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y estancia hospitalaria prolongada manifestado por ulcera por presión. Eritema, calor, enrojecimiento y zona edematosa.

Objetivo: brindar movilización cada dos horas, disminuir el daño presente y evitar la formación de nuevas úlceras por presión. De tal forma que la paciente se sienta limpia y cómoda.

Fundamentación. Los pacientes con inmovilización prolongada, por lo regular experimentan un deterioro en su autocuidado, sobre todo en la piel, de tal forma que se llega a lesionar por un mal manejo.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar ropa de cama adecuada evitando arrugas y elementos extraños (restos de alimentos, termómetros, etc.) 2. Movilización adecuada. 3. Alimentación equilibrada a sus necesidades. 4. Aporte hídrico adecuado. 5. Elementos protectores para utilizar en las zonas enrojecidas: geles de silicona, almohadas, parches hidrocoloides. 6. Si hay incontinencia urinaria, utilizar medidas para evitar la humedad (sondajes, colectores y realizar su cambio oportuno) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ropa limpia de cama y sin arrugas favorece la circulación y evita fricción y formación de úlceras en la piel. 2. La movilización favorece la circulación y evita puntos de presión en la piel. 3. Una dieta equilibrada permite que la piel se mantenga íntegra por medio de los nutrientes esenciales para la misma. 4. El aporte hídrico permite que la piel se mantenga hidratada lo cual la hace mucho más resistente y firme. 5. Los geles Hidocoloides, los parches favorecen la circulación, evitan continúe el punto de presión en la piel y sirven como barrera protectora para la piel 6. la orina y los líquidos corporales suelen ser irritantes para la piel y sirven como reservorio de bacterias lo cual produce prurito, eritema, y úlceras en la piel. 	<p>Las intervenciones pudieron llevarse a cabo con ayuda del familiar de la paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las sábanas se mantuvieron limpias y se dejaban sin arrugas para evitar roces y fricción, se cambiaban una vez por turno. 2. la paciente se movilizó cada dos horas y esto evito el eritema que ya se hacia presente en la piel. 3. la paciente estaba a base de una dieta polimérica, lo cual significa que la paciente tuvo una dieta adecuada a sus necesidades y por ende la piel no siguió degenerándose. 4. la paciente se le ministraron líquidos a través de su catéter lo cual permitió mantener hidratada la piel y evitar deterioro. 5. se utilizaron geles y parches hidrocoloides de Allewyn y mejoro en cinco días la ulcera que se había presentado por presión. 6. La paciente se mantuvo con sonda foley a derivación lo cual evito la humedad, sin embargo se colocaba un pañal para evitar que las heces se expandieran, este se cambiaba inmediatamente después de ser evacuada la paciente para evitar nuevamente la aparición de úlceras por presión.

NECESIDAD: DE EVITAR PELIGROS.

Diagnostico : Riesgo potencial de traumatismo relacionado con ausencia de barandales elevados en la cama, ausencia de sistema de frenado en la cama

Objetivo: evitar al máximo el riesgo de traumatismo.

Fundamentación. Los pacientes con ventilación mecánica e inmovilidad están especialmente expuestos a sufrir cualquier tipo de lesión ya que son dependientes en todo momento del cuidado que otros les brinden así como son vulnerables del descuido y negligencia de quienes interactúan con ellos.

Cuidados de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ol style="list-style-type: none">1. subir siempre los barandales de la cama del paciente.2. siempre que se tenga que movilizar la cama por algún motivo cerciorarnos de dejar puesto siempre el freno de la cama para evitar riesgos.3. Si es posible retirar cosas cercanas a la paciente que en un momento determinado pueda ocasionarle un daño.4. No colocar objetos pesados o que pudieran caer fácilmente, sobre la cabecera de la paciente.5. Si es necesario, realizar sujeción gentil de miembros torácicos, para evitar que ella jale las cosas y se lesione.6. Nunca dejar sin vigilancia a la paciente.	<ol style="list-style-type: none">1. Los barandales de la cama siempre deben estar arriba y son parte importante de la seguridad del mobiliario.2. Las camillas cuando permanecen inmóviles siempre deben mantener los frenos puestos pues la movilización accidental podría provocar la caída del paciente.3. La unidad del paciente debe mantenerse libre de cualquier objeto que pudiera representar un riesgo, siempre y cuando dicho objeto sea obsoleto para el tratamiento o la asistencia del paciente.4. Los objetos personales del paciente pueden guardarse en cajoneras bajas.5. La sujeción está indicada cuando el paciente está inquieto y prevalece la posibilidad de que pudiera hacerse daño.6. El paciente es completa responsabilidad de la enfermera, por lo cual nunca debe dejarlo sin vigilancia, sobre todo si su estado e independencia se encuentran comprometidos.	<p>En esta necesidad las intervenciones se pudieron llevar a cabo satisfactoriamente puesto que la política del hospital y los recursos materiales lo permitieron, sin embargo se sugirió al familiar que nunca dejara sola a la paciente y que una vez que ella se fuera nos avisara para subir los barandales otra vez. Se le hizo la sugerencia a los camilleros que siempre usaran el freno para evitar algún riesgo o daño en la paciente.</p>

VII. CONCLUSIONES

El realizar un proceso de atención de enfermería a una paciente en ese estado fue una buena experiencia, ya que los cuidados fueron variados e integrales, puesto que todo lo que se realizó involucra al ser humano, el cual tiene un estado de salud severamente comprometido.

Resultado satisfactorio el poder brindar un cuidado al paciente, por mínimo que fuera este, ya que se procuró que en todo momento fuese de manera integral, con el fin de brindar un poco de alivio tanto físico como emocional y espiritual.

Es importante tener en cuenta que el cuidado debe ser integral en todo momento ya que no solo se trata de la atención al cuerpo y al malestar físico, ya que cualquier alteración del estado de ánimo repercute directamente en la recuperación y evolución del estado de salud en general de la persona. Ya que de nada servirá que se administren todos los medicamentos y todos los procedimientos se lleven a cabo si no se toman en cuenta los demás aspectos del paciente como su estado emocional así como su incomodidad y disposición, el simple hecho de llamar a la persona por su nombre puede hacer la diferencia.

El proceso de atención de enfermería se logró realizar de manera satisfactoria, ya que se contó en todo momento con el apoyo y aprobación de la enfermera responsable, sin embargo surgieron algunas dificultades, la principal fue el mismo estado de salud de la paciente, ya que este era muy delicado, su cuidado fue difícil ya que es totalmente dependiente, la realización de ciertas actividades como las que implicaban su movilización fueron complicadas y difíciles de realizar a pesar de contar con la colaboración del resto del personal.

El conocimiento de las complicaciones hace que éstas se diagnostiquen tempranamente y puedan ser tratadas en forma adecuada con resultados óptimos. Quien no conoce las complicaciones no puede brindar una atención de calidad.

En esta patología como lo es la Mediastinitis Necrotizante es preciso un reconocimiento y tratamiento temprano el cual constituye la única oportunidad del paciente para evitar un desenlace fatal. La toracoscopia puede ser una herramienta nueva y útil entre otros.

VIII. GLOSARIO DE TERMINOS

CARIES: La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta.

CUELLO: En anatomía, el cuello es la parte más estrecha del cuerpo que une la cabeza con el tronco

DISFAGIA: (procedente del griego, literalmente significa dificultad para comer) es el término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución (problemas para tragar). Esta dificultad suele ir acompañada de dolores, a veces lancinantes (disfagia dolorosa u odinofagia).

EMPIEMA: Es una acumulación de pus en la cavidad que se encuentra entre el pulmón y la membrana que lo rodea (espacio pleural).

FASCIA CERVICAL: Las fascias del cuello son más de tres:

1. La fascia cervical superficial que rodea todo el cuello exteriormente, por debajo de la piel, envolviendo al esternocleidomastoideo, al músculo trapecio y a la vena yugular superficial.
2. La fascia cervical media que rodea a los músculos infrahioideos por delante, al espacio vascular carotídeo con su contenido (arterias carótidas, vena yugular interna, y nervio neumogástrico) y a las vísceras del cuello (tráquea, esófago y glándula tiroides).
3. La fascia cervical profunda envuelve a la musculatura prevertebral y paravertebral y músculos escalenos.

FASCITIS NECROTIZANTE: La fascitis necrotizante es una infección aguda que se extiende por el tejido celular subcutáneo y la fascia, produciendo una rápida necrosis tisular, con grave afección del estado general.

FARINGE: La faringe es un tubo musculoso situado en el cuello y revestido de membrana mucosa; conecta la nariz y la boca con la tráquea y el esófago.

FARINGOAMIGDALITIS: La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y de las amígdalas, es decir, de la garganta y de las anginas. Se trata de una de las infecciones más comunes durante la infancia, sobre todo en la edad escolar.

MEDIASTINO: El mediastino es el compartimento anatómico extrapleural situado en el centro del tórax, entre los pulmones derecho e izquierdo, por detrás del esternón y las uniones condrocostales y por delante de las vértebras y de la vertiente más posterior de las costillas óseas. Está limitado por el músculo diafragma por debajo y

por el istmo cervicotorácico por arriba. En su interior se alojan el corazón, la arteria aorta, las vena cavas, las vena ácigos, las venas hemiacigos, las arterias y venas pulmonares, la tráquea y los bronquios principales, el esófago, el conducto torácico, el timo en los niños y otros vasos linfáticos, ganglios linfáticos y algunos troncos y ganglios nerviosos importantes.

MEDIASTINITIS: Es una inflamación del tejido areolar del mediastino, así como de los vasos, ganglios linfáticos que lo abastecen, y el área que se encuentra entre los pulmones. Esta área contiene el corazón, los grandes vasos sanguíneos, la tráquea, el esófago, la glándula del timo y tejidos conectivos y esta puede ser aguda o crónica.

NEUMOTORAX: El neumotórax es la presencia de aire en el espacio pleural que es la capa serosa que rodea a los pulmones, lo cuál produce a su vez una pérdida del volumen pulmonar.

ODINOFAGIA: La Odinofagia es el término médico para describir el síntoma consistente en un dolor de garganta producido al tragar, frecuentemente como consecuencia de una inflamación de la mucosa esofágica o de los músculos esofágicos.

PLEURA: La pleura es una membrana serosa de origen mesodérmico que recubre ambos pulmones, el mediastino, el diafragma y la parte interna de la caja torácica

PLEURA PARIETAL: La pleura parietal es la parte externa, en contacto con la caja torácica

PLEURA VISCERAL: la pleura visceral es la parte interna, en contacto con los pulmones.

ESPACIO RETROFARINGEO: Espacio celular situado entre la faringe y la columna vertebral. Por delante esta delimitado por la faringe y la aponeurosis perifaríngea, por detrás por la aponeurosis prevertebral, los músculos prevertebrales y la columna cervical, a los lados por los tabiques sagitales. La extremidad superior corresponde a la apófisis basilar del occipital y por debajo se continua con la porción subyacente del espacio retrovisceral hasta el mediastino posterior. Está ocupado por tejido celular laxo, algunos vasos y los ganglios linfáticos retrofaríngeos.

SEPSIS: Es una enfermedad grave en la cual el torrente sanguíneo se encuentra inundado de bacterias.

TUBERCULOSIS: La tuberculosis (abreviada TBC o TB) es una enfermedad infecciosa, causada por diversas especies del género mycobacterium, todas ellas pertenecientes al Complejo Mycobacterium Tuberculosis. La especie más importante y representativa, causante de tuberculosis es el Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch.

IX. ANEXOS

LA SALUD ORAL

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ORALES

El Cepillado y La Pasta de Dientes

La importancia del cepillado:

La mejor manera de eliminar la placa dañina - una película delgada y pegajosa de bacteria - de los dientes y las encías es cepillar los dientes adecuada y regularmente.

Técnica para cepillado de dientes

Ya que cada boca es distinta, existe más de una técnica eficaz de cepillado. Decidir cuál es la técnica más apropiada para usted depende mucho de la posición de sus dientes y la condición de sus encías. Consulte a su médico y, o a su dentista para determinar la técnica de cepillado más adecuada para su boca.

A menudo, la mayoría de los dentistas recomiendan una técnica circular de cepillado. Esto incluye el cepillado de sólo un pequeño grupo de dientes a la vez, - cubriendo toda la boca gradualmente. Se enfatiza la importancia de mantener un movimiento circular o elíptico ya que un movimiento hacia adelante y hacia atrás puede causar lo siguiente:

- Superficie encogida de las encías.
- Superficie de la raíz expuesta y delicada.
- Desgaste de las encías.

En su lugar, los dentistas recomiendan el siguiente método:

Paso 1: coloque el cepillo al lado de los dientes en un ángulo de 45°.

Paso 2: cepílese los dientes suavemente; sólo un grupo pequeño de dientes a la vez (en movimiento circular o elíptico) hasta que se cubra toda la boca.

Paso 3: cepílese la parte exterior de los dientes, la parte interior de los dientes, las superficies de masticación y entre los dientes.

Paso 4: cepílese la lengua suavemente para eliminar la bacteria y refrescar el aliento.

Paso 5: repita los pasos del 1 al 4 por lo menos dos veces al día, en especial después de las comidas o pasabocas (bocados entre comidas).

Frecuencia para cepillarse los dientes

Generalmente, se recomienda el cepillado dos veces al día durante al menos tres o cuatro minutos cada vez. Los pacientes generalmente creen que ya se cepillaron lo suficiente cuando, en realidad, la mayoría de las personas pasan menos de un minuto cepillándose los dientes. Además, es mejor cepillarse los dientes de 3 a 4 minutos dos veces al día que cepillarlos rápidamente cinco o más veces durante el día.

Los dentistas aconsejan cepillarse los dientes durante el día mientras se esté en el trabajo, escuela o jugando. Tener un cepillo a mano - en el escritorio o en la bolsa - aumenta la probabilidad de que se cepille los dientes durante el día.

La importancia del cepillado:

La mejor manera de eliminar la placa dañina - una película delgada y pegajosa de bacteria - de los dientes y las encías es cepillar los dientes adecuada y regularmente.

El fluoruro es el ingrediente más importante de la pasta de dientes. Mientras la pasta de dientes contenga fluoruro, no importa la marca ni el tipo (pasta, gel o polvo). Todos los tipos de pasta de dientes con fluoruro funcionan con eficacia para combatir la placa y las caries así como para limpiar y pulir el esmalte de los dientes. La marca que usted escoja debe tener el sello de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, su sigla en inglés es ADA) en su envase; ello significa que se ha demostrado que existe evidencia de su seguridad y eficacia en estudios clínicos controlados.

Algunos tipos de pasta de dientes ofrecen pirofosfatos para el control del sarro que evitan la formación de depósitos blandos en los dientes, mientras otros ofrecen fórmulas para eliminar las manchas con seguridad logrando dientes más blancos y brillantes. Sin embargo, al contrario de lo que dicen los anuncios publicitarios y de las creencias populares, el fluoruro es el ingrediente activo que protege mejor sus dientes. (<http://www.sdpt.net/>).

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carpenito, Linda J. Manual de diagnósticos de Enfermería. 9ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 2002. Pp 931.
2. Cosío Villegas Ismael. Aparato Respiratorio. 15ª Ed. Editorial. Méndez Editores, México, D.F. Pp. 1233
3. Diccionario de Medicina Mosby. Editorial Océano. México, 2001. Pp 856.
4. Dugas, Beverly. Tratado de Enfermería Practica. 4ª ed. Interamericana, México, 2000. Pp. 725.
5. Escribano Martín Pedro. Neumología Atención Primaria. Editorial. Aula Médica. Madrid, España. 1999. Pp 988.
6. Fernández Ferrin Carmen. El Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson. Bacerlona, 1993. pp. 1158.
7. Farreras. Valenti Pedro. Medicina interna Vol. II. 14ª. Ed. Editorial Harcourt/Océano. México, 2004. Pp 1155.
8. Gordon Saver. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª ed. Madrid. Mosby/Doyma Libros, Madrid 1996. Pp. 894.
9. Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. 7ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, 2005. Pp 1824
10. Michael. E. Hanley. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Pulmonares. Editorial. Manuel Moderno. México, Bogota, 2002. Pp 551.
11. Myers, Judith. Enfermería, principios y práctica. Tomos 2, 3 y 4. 1ra. Ed. Editorial Médica Panamericana. España, 1993. Pp
12. Nanda. Diagnósticos enfermeros. Editorial Elsevier, Madrid, España, 2005-2006. Pp 525.
13. Pacheco Carlos R. Neumología Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. Editorial. La prensa Médica mexicana. México. 2001. Pp 1968
14. Potter, Patricia A. Fundamentos de enfermería. Vol. II. 5ªta. Ed. Editorial Harcourt/océano. España, 2002. Pp 1748.
15. Rodríguez Carranza Rodolfo. Vademecum Académico de Medicamentos. 4ª Ed. Editorial. Mc Graw Hill, Interamericana. México 1997. Pp 887.

16. Tamayo y Tamayo Mario. El Proceso de la Investigación Científica. 4ª Ed, Editorial. Limusa. México 2003. Pp 440
17. Torres, Antonio. Cuidados Intensivos Respiratorios. Editorial, Ibérica. Barcelona, 1997. Pp. 216.
18. Tortora, Gerard. Principios de Anatomía y fisiología. 9a. Ed. Editorial Oxford. México, 2002. Pp 1175.
19. Tomey Ann Marriner. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª Editorial, Mosby. Madrid, 1999. Pp. 555.
20. Revista Internacional de Enfermedades Cardiovasculares. Vol. 60, # 8, Agosto 2007.
21. Oxigenoterapia y Ventilación Mecánica. Revista Inframedica, México, 2008.
22. Revista INER. Enfermedades que obstruyen la Vía Aérea. Fascículo 7. México, 2002
23. <http://www.tuotromedico.com.mx>,
24. <http://web.upaep.mx/alumnos/Ebsco/ebsco.asp>
25. <http://www.odontologia-online.com/php/phpBB2E/about282.html>
26. <http://encolombia.com/medicina/pediatria/pedi36101-celulitis1.htm>
27. <http://www.terra.es/personal/duenas/diagnos.htm>
28. <http://www.hege/almacen/VirginiaHendersonmodelo>.
29. <http://www.sdpt.net/>