

se debe generalmente a alguna forma de obstrucción nasal ó rinitis crónica, a ataques repetidos de faringitis aguda al abuso del tabaco ó alcohol y a la inhalación de vapores irritantes.

ANATOMIA PATALOGICA.- Esta afección ocasiona con frecuencia la inflamación de los folículos mucosos llamándose entonces Faringitis Folicular; cuando la faringe adquiere aspecto liso y brillante se llama Faringitis Seca ó Atrofica.- Esta última forma parte de un proceso atrófico que afecta por arriba la mucosa nasal y abajo la mucosa laringotraqueal.

En estas zonas existen ulceraciones, costras y puntos hemorrágicos dispersos ó esparcidos en mayor ó menor número; en las afectaciones externas pueden expulsarse con la tos.

SINTOMAS.- Existe una sensación de sequedad e irritación detrás de la nariz y en la parte superior de la faringe.

Las mucosidades viscosas y tenaces de la rinofaringe originan garraspeo, ronquera espec toración.- Secundariamente se presenta la laringitis y disminución auditiva.

" ANATOMIA DE LA LARINGE "

La laringe tiene un esqueleto formado por cartílagos unidos entre sí por articulaciones, ligamentos y formaciones fibrosas movidos por músculos, todos estos elementos se han revestidos por una mucosa.

MUSCULOS.- Se califican en dos grupos: Músculos Entrincicos y Músculos Intrincicos.-

Los primeros son aquellos que de las partes vecinas, se dirigen a la laringe y le imprime movimientos de conjunto, tales como esterboidea, el tirohioideo, constrictor inferior de la laringe el estilo laringeo y faringostafilino.

Los segundos ó sea los intrincicos tienen sus puntos de inserción en los cartílagos, laringeos y actúa sobre ellos.- Son un número de once y se pueden dividir en pares ó impares,-

ó bien teniendo en cuenta su acción, sobre las cuerdas bucales y sobre la glotis incensores - de las cuerdas bucales dilatadores, de la glotis y constrictores de la glotis.

MUCOSA DE LARINGE.- Toda la laringe está tapizada por una mucosa que se continúa por arriba con la de la lengua y en la faringe y debajo - con la tráquea.

ARTERIAS.- El número de tres se originan en -- las arterias tiroideas: son las arterias, la-- ríngica superior, la laringe inferior y la la-- ríngica posterior.

NERVIOS.- Proviene del neumogastro y el simpá-- tico.- Son el laringeo superior y el laringeo-- inferior o recurrente.

La laringe varía de tamaño según el sexo y la edad y los individuos, en el hombre está más - desarrollada que la de la mujer.

" FISIOLOGIA DE LA LARINGE "

La laringe tiene dos funciones principales, - la Biológica y la Social ó de la expresión.- Su función biológica, la primera desde el pun-- to de vista filogenético depende de su caract-- er valvular y consiste en la intervención de la función respiratoria y la protección de -- las vías aéreas.

Su función social ó de la expresión reside en fonación ó producción de la voz y puede ser - voluntaria e involuntaria, según la acción -- del mecanismo vocal.

Actuando como una válvula, la laringe es el - órgano protector que impide que la comida, --- cuerpos extraños y secreciones penetren en la tráquea.

" LARINGITIS AGUDA "

ETIOLOGIA.- Este tipo de laringitis es conse-- cutivo a ciertos estados que producen hipere-- mia local, como el abuso de la voz, irrita-- ción química ó mecánica, cambios del clima ó-- contigüidad de tejidos infectados.- Las in--- fecciones pueden ser de origen hemático.- El-

hombre es mucho más susceptible que la mujer a la irritación laríngea, seguramente porque está más expuesto a lesiones profesionales y es más propenso a vicios y costumbres, perniciosos; por ejemplo uso excesivo de la voz, ingestión de alimentos calientes ó sobre cargados de especias, dietas variadas y vida irregular, así como el abuso del alcohol y el tabaco.

La inflamación puede extenderse a la laringe por continuidad de tejidos a causa de los efectos de una exposición indebida y otros factores predisponentes, sobre la mucosa más arriba de la laringe; el abuso de la voz pre-dispone además a lesiones por irritación.

Así por ejemplo, las lesiones obstructivas intranasales que obligan a respirar por la boca, son a veces directas ó indirectamente, agentes causales; también lo son con frecuencia la rinitis y faringitis crónicas.

El trauma producido por heridas, lesiones, extrangulaciones y cuerpos extraños provoca así mismo laringitis.

Los exantemas agudos (escarlatina, sarampión, viruela y varicela), la gripe, tosferina, tifoidea, difteria y erisipela se acompañan con frecuencia de complicaciones laríngeas, constituyendo por lo tanto factores etiológicos.

ANATOMIA PATOLOGICA.- Debido a los diferentes tipos de afección y a la multiplicidad de los factores causales deben considerarse gran cantidad de alteraciones patológicas.

La infección laríngea puede ser de origen hemático ó linfático, por contaminación local ó indirecta ó por la irritación mecánica ó química.

La laringitis aguda es de naturaleza hiperémica exudativa ó ulcerosa.- Puede afectarse distintivamente en todas las partes de laringe, incluso las zonas subglóticas.- La tumefacción de ésta última basta a veces para provocar su

proyección más allá de los bordes de las cuerdas (laringitis subglótica) al principio existe un proceso inflamativo ordinario con hiperemia de tejidos laringeos acompañados de un ligero exudado seroso que luego se vuelve mucoso.

Cuando hay edema de las cuerdas, se establece una presión mutua entre ellas, que produce ulceras.

Las úlceras por contacto se desarrollan cerca de la apófisis vocales de los aritenoides, a consecuencia del abuso de la voz durante la fase aguda de una laringitis.

Los gérmenes que se encuentran ordinariamente son: el neumococo, estreptococo, bacilo de la gripe y colibacilo común.- En ocasiones a consecuencia de la propagación de una infección tipo vicent de origen faringeo, se observan lesiones destructivas de carácter grave producidas por micro-organismos fusospirales.- Se cree que los gérmenes penetren en la profundidad de los tejidos a través de erupciones minúsculas de superficie ó siguiendo los conductos linfáticos ó sanguíneos.

" SINTOMATOLOGIA "

Los síntomas de la laringitis simples varían según la intensidad del proceso local, que puede ser desde una inflamación serosa simple hasta un edema de carácter grave que requiere una traqueotomía urgente.

Por lo general el comienzo de una enfermedad es agudo, con síntomas que dependen de la causa y la gravedad de la afección.- En los individuos en quienes el uso de la voz es el regular y corriente trastorno laringeo a menudo va precedido de un ataque de rinitis aguda.- Hay malestar escalofríos y elevación de la temperatura que alcanza de 38.5o C a 39.o C.- Disminuye el tono de la voz y el paciente se queja de una sensación de cosquilleo, de sequedad, de ulceración y de un deseo constante de desembarazar la garganta de

mucosidades y a veces de una sensación de --
constricción.- La dificultad en la emisión --
de la voz, que al principio se debe a la se-
quedad de la garganta, va seguida de altera-
ciones en el timbre y tono.- Más tarde con --
la infiltración y engrosamiento de cuerdas --
la voz se vuelve ronca y cascada.- Cuando e-
xiste paresia de las cuerdas se presenta afo-
nía.- La voz se fatiga con facilidad y el u-
so continuado de la palabra prolonga, el --
proceso inflamatorio y puede alterar de modo
permanente la integridad de los órganos buca-
les.- Al principio suele haber tos con poca-
expectoración debido a la sequedad de la mu-
cosa, y más tarde empieza la producción de --
secreciones fluidas que paulatinamente de --
vuelven viscosas, como gelatina y generalmen-
te más abundantes y de caracter mucopurulen-
to.

Las secreciones pueden ser espesas, pegajo-
sas y parduscas; a veces tan espesas que pue-
den dar lugar a la formación de membranas.-
Otras veces después de un acceso violento de
tos la expectoración es ligeramente sanguino-
lenta.- En algunas ocasiones hay dolor a la
deglución y sensibilidad a la presión externa
sobre la región laríngea.- La Disnea es lige-
ra, pero en aquellos casos en que existe ede-
ma y ulceración puede intensificarse y tam-
bién puede ser debido a espasmo bronqueal en
obstrucción de los bronquios por las secre-
ciones.

Según la mayor ó menor gravedad de la in-
fección varía, como es natural el cuadro la-
ringoscópico.- A veces el exámen no revela --
sino ligeras señales de inflamación.

Existen diversos grados de Hiperemia que van
desde la inflamación simple, en la cual los-
vasos destacan sobre la mucosa de las cuer-
das, zonas interarritenoideas y otras partes --
de la laringe, hasta la inflamación profunda-
en toda la laringe adquiere una coloración --
roja oscura como de fresa.- El enrojecimien-
to de tipo irritativo varía desde el que se-
observa en una inflamación simple al de una-
equimosis.

DIAGNOSTICO.- El tratamiento de un ataque sú

bito de disnea requiere por parte del médico una decisión lógica y rápida.- En el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta el estridor laríngeo, las fracturas, los diversos procesos inflamatorios, edema y difteria, las neoplasias, los cuerpos extraños de las vías respiratorias y la parálisis laríngea.

PRONOSTICO.- Ordinariamente un ataque de laringitis aguda remite en pocos días sin ulteriores consecuencias.

El pronóstico es bueno, excepto en las formas graves.- La formación del tejido cicatricial dificulta la función laríngea de manera notable.

" CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIPERTERMIA, "

El paciente con fiebre tiene temperatura superior a la normal.- La temperatura media normal varía en las diferentes partes del cuerpo.- Ejemplo, la temperatura media en la boca es de 37.0 C en el recto 38.0 C y en la axila 36.0 C.

La fiebre suele ser síntoma de padecimientos infecciosos, enfermedad neoplásica avanzada, lesión traumática, trastorno ó enfermedad del sistema nervioso central y reacción hipersensibilidad a los medicamentos etc.

Se considera que la fiebre es una defensa importante del cuerpo contra la infección; por lo tanto, no se usarán con frecuencia medidas para evitarla excepto cuando esté muy elevada.

El paciente con fiebre necesitará mucho reposo, puede estar indicado el baño parcial ó completo, el cambio frecuente de ropa de cama, la higiene bucal darán al paciente comodidad.

El equipo de enfermería debe evitar las causas que quiten descanso al medio ambiente del paciente; algunos de estos factores son: reducir la intensidad de luz, disminuir el número de personas que entran en el cuarto etc.

La resequedad de los labios y alrededor de la nariz puede aliviarse con la aplicación de algún lubricante.

La enfermera debe estimular al paciente a ingerir gran cantidad de líquidos recordando que el paciente los está perdiendo en gran cantidad, a través del aumento en la frecuencia respiratoria y la transpiración etc.

Cuando la fiebre es muy alta suele prescribir el médico fricciones con alcohol ó un baño de agua tibia y una bolsa de hielo en la cabeza ó en otro sitio.- Antes de dar el baño y aplicar las bolsas de hielo deberá tomarse la temperatura del paciente, el pulso, la respiración y repetirlo cada treinta minutos.

Después de una fiebre alta y prolongada, el -

paciente puede sentirse débil, respirar con dificultad y cansarse fácilmente por lo cual debe ponerse especial interés para brindar el cuidado de enfermería a estos pacientes.

Aunque varía según los hospitales, se acepta en general que debe tomarse la temperatura del paciente febril cada dos ó cuatro horas.

Proporcionar al paciente un ambiente terapéutico para que pueda permanecer en reposo sobre todo en la etapa más aguda, para que sus defensas no bajen y pueda venir una complicación.

Al ingreso del paciente al hospital la enfermera deberá tomar signos vitales, somatometría etc.- Observar las condiciones físicas del paciente para poder elaborar el diagnóstico de enfermería y así proporcionar los cuidados asistenciales.

El cuidado de enfermería a los pacientes con padecimientos de faringitis, y laringitis es básico, durante el tratamiento y al proporcionar cuidados de enfermería de óptima calidad dependerá el éxito del tratamiento y evolución satisfactoria que permita reducir el día estancia hospitalización.

Enseñar al paciente la importancia de usar pañuelos desechables, pedacitos de tela bien lavados para que puedan depositarse en una bolsa y posteriormente quemarse, así como cubrirse la boca cuando se despierta, el reflejo tussígeno para evitar la deseminación.

Examinar la piel una ó dos veces al día, en busca de exantema probable pues la faringitis aguda puede preceder alguna otra enfermedad contagiosa, de ser así reportar al médico.

Cuando se prescribe un tratamiento indicado calor ó frío la enfermera debe proporcionar el equipo necesario (calor: solución salina tibia para hacer gargarismos, frío: collar de hielo).- Explicará a los pacientes el procedimiento en especial sí para ellos es una nueva experiencia.

En la etapa aguda de la Faringitis se dificulta la deglución por lo tanto la enfermera deberá verificar que la dieta sea fácil deglución, como son dieta blanda y abundantes líquidos.

" DIETA BLANDA "

La dieta blanda tiene como finalidad corregir las perturbaciones funcionales del aparato digestivo y facilitar la deglución.- En el caso de la Faringolaringitis.

ALIMENTOS QUE SE INCLUYEN EN LA DIETA BLANDA.

FRUTAS:	Platano y papaya, tomando en cuenta las que consiguen en el mercado.
COCIDAS:	Manzanas, duraznos, peras etc.- Jugos de frutas, (si el paciente tolera jugos citricos se pueden agregar a la dieta.
VERDURAS:	Papas, calabacitas, camotes, zanahorias, chícharos, (todo esto bien cocido).
CARNES:	Jamón, pollo, cordero, camarones y ostiones.
HUEVOS:	Tibios, estrellados ó revueltos.
PAN:	Blanco sin migajón, pan tostado, pan de caja, galletas saladas y marías.
GRASAS:	Aceites y mantecilla con moderación.
POSTRES:	Gelatina, flan, cajeta, jalea de frutas en almibar, crema de leche, arroz con leche.

ALIMENTOS PROHIBIDOS EN TODA LA DIETA BLANDA:

Condimentos, picantes, grasas, carnes enlatadas, carnes frías, refrescos gaseosos y bebidas alcoholicas etc.

LOS ALIMENTOS PROHIBIDOS ESPECIALMENTE A LOS-
PACIENTES CON " LARINGOFARINGITIS " SON:

Picantes, grasas, refrescos gaseosos y bebi--
das alcoholicas.

" CUIDADOS DE ENFERMERIA A PA-
CIENTES CON TERAPIA HUMEDECE
DORA. "

" BASES DE TERAPIA HUMEDECEDORA "

EQUILIBRIOS ACUOSOS PULMONARES:

La humedad relativa es la cantidad de vapor de agua necesaria para saturar completamente un volumen de aire a una temperatura.

La humedad absoluta viene expresada por el número de gramos por peso de agua, por 450 g. de aire seco, cifra que permanece constante independientemente de las variaciones de presión y temperatura de la atmósfera.

El aire que se encuentra en los alveolos está siempre saturado al 100% de humedad.- La mayor parte proviene de la mucosa que durante el proceso de la respiración está constantemente segregando humedad.

GASTOS PULMONARES:

Los gastos de humedad de un niño sano son aproximadamente de 20 ml., por kilo de peso por día.- Aproximadamente estos gastos se incrementan con la elevación de la temperatura, hiperventilación, mayor producción de moco, aspiraciones, espectoración etc.

COMPENSACION:

Para compensar el deficit de humedad, que se puede hacer?

- a) Hidratar al paciente por vía oral ó venoclisis.
- b) Utilizar el recurso de terapia por inhalación.

Se conoce como nebulización a una cantidad de pequeñas gotas de agua en oposición de la humedad relativa.

Para producir una "Nebulización" se cuenta con aparatos fabricados con principios de ingeniería denominados precisamente nebulizado

res.

Estos se conocen como:

- a) Tipo yet con efecto venturi.
- b) De disco.

Los nebulizadores con efecto venturi (paso de un gas por un tubo que al encontrar una reducción ejerce un vacío el cual llena con lo que encuentra a su paso).

Bird 500, Ohio de Luxe, puritan, formist.- Proporcionan pequeñas gotas de agua de seis a treinta micras.

Para su funcionamiento necesitan gases comprimidos aire, oxígeno a 40 libras por pulgada cuadrada.

Dependiendo de la humedad que se desee, se puede utilizar de tres a ocho litros por minuto, las fracciones de oxígeno que se pueden administrar varían de 21% a 100%.

La velocidad con que son depositadas las gotas, producen un estímulo en el tracto respiratorio, y esto hace que el paciente espere.

Por medio de un termostato aplicamos calor en los gases húmedos, las temperaturas recomendables son de 35.0 C aún cuando se pueden aplicar temperaturas de 32.0 C a 38.0 C (no se debe utilizar calor cuando se están aplicando fármacos).

INDICACIONES:

En proceso de vías respiratorias altas como:- Traqueitis, Laringotraqueitis, bronquitis, edema, post-extubación, etc.

Se anexan los nombres comerciales para una mejor identificación de los nebulizadores.- Existen algunos nebulizadores tipo yet que son desechables (foremist).

OBJETIVOS:

- a) Humedecer, b) calentar los gases inspirados, c) movilizar y fluidificar secreciones, d) reducir el edema.- Con lo que se logra me-

jorar la ventilación pulmonar.

Tiempo permitido de uso: En forma continua 24 horas máximo (laringotraqueitis).- En forma - intermitente 20 minutos cada tres horas (tos - irritativa), por un total de diez días como - máximo, únicamente en pacientes traqueostomi- zados se puede utilizar por tiempo prologado- usando humedad mínima.

Se adapta al paciente, en línea T-mascarilla, tienda facial ó mascarilla de traqueostomía.

EFECTOS NOCIVOS:

Sobrehidratación, provoca un aumento de las - resistencias inspiratorias favorece focos neu- mónicos y de micro-telectasias, infección y - tos irritativa si se aplican temperaturas de- 35.0 C en los gases inspirados.

NEBULIZADORES DE DISCO (ULTRASONICO) MARCA -- VILBIS O MONAGHAN.

(En este aparato el agua se parte en peque- ñas gotas a través de un disco vibrador: Deno- minado transductor).

Funciona con corriente eléctrica, no cuenta - con control térmico, proporciona gotas de pe- queñas partículas (de .5 a 3 micras), que -- son depositadas en vías respiratorias bajas.

Teóricamente la velocidad con que viajan las- gotas es igual a la del sonido y tres segun- dos son depositados en alveolos, la fracción- de oxígeno inspirado es de 21% se puede pro- porcionar variantes con algunas adaptaciones.

Los fármacos usados en éste nebulizador son: Agua bidestilada, solución fisiológica, vaso- constrictor, mucolíticos y broncodilatadores.

INDICACIONES.

Procesos de vías respiratorias bajas (neumo- nías).

OBJETIVOS.

Fluidificar y movilizar secreciones, reducir- el edema, mejorar la ventilación y la aplica-

ción de fármacos.

El tiempo máximo de uso es de diez minutos cada dos horas en niños de más de diez kilos. No es aconsejable usarlo en recién nacidos y prematuros, porque es fácil ocasionarles problemas de sobrehidratación, se aconseja su uso máximo de diez días.

EFFECTOS NOCIVOS POR USOS PROLONGADOS.

Sobrehidratación, aumento de la resistencia - inspiratoria, infección, zonas de micro-atelectasia, disminución del tensio-activo pulmonar.

CONCLUSIONES.

La terapia humedecedora se realiza a través de los nebulizadores Ohio, Bird, puritan que son útiles en problemas de vías respiratorias altas.

El uso de una temperatura mayor de 35.0 en los gases inspirados producen tos irritativa.

Los nebulizadores ultrasónicos son útiles en procesos de vías respiratorias bajas no es aconsejable usarlos en recién nacidos y prematuros.

Los pacientes que reciben este tipo de terapia deberán incluir la fisio-terapia torácica (percusiones, aspiraciones, sesiones de tos y llanto etc.).

La valoración de los excesos ó déficit de humedad deberá hacerse periódicamente.

HUMIDIFICACION.

Se conocen como humidificadores a los aparatos que proporcionan vapor de agua (tipo cascada de Bennet).

Funcionan con corriente eléctrica y la cantidad de vapor de agua que proporcionan se relaciona con la temperatura, las temperaturas que se utilizan varían entre 31.0 a 39.0 C, la aconsejable es de 33.0 a 35.0 C.

Generalmente este humidificador de cascada --

forma parte de un circuito para ventilación - prolongada de los respiradores de volumen y - Fio2 que proporcione es de 21 a 100%.

INDICACIONES.

Cuando el paciente está traqueostomizado ó en ventilación prolongada.

EFFECTOS NOCIVOS.

Puede ocasionar hipertermia al paciente si no se tiene una buena vigilancia sobre las temperaturas aplicadas en el humidificador.

Depósito de agua en los sistemas de ventilación a temperaturas mayores de 35.0 C.

INHALACIONES EN EL HOGAR:

El paciente aspira inhala el vapor del agua - caliente, llevando así directamente el calor - a las membranas de la nariz, garganta y bronquios los cuales pueden estar inflamados ó adoloridos como resultado de la infección.- Al gunas veces se recetan medicinas que se vaporizan para que de esta manera el vapor las ponga en contacto con los tejidos.

EQUIPO PARA INHALACIONES EN EL HOGAR:

- a) Un recipiente con agua de preferencia una-jarra.
- b) Una palangana para mayor seguridad.
- c) Una bolsa de papel grueso con una ventana-para que salga el vapor.
- d) Una toalla para cubrir el cabello.

Procedimiento, el paciente sentado con el cabello y los hombros protegidos.

El recipiente con agua hirviendo se coloca en una palangana a una altura adecuada; la bolsa de papel se invierte sobre el recipiente, el paciente se inclina hacia adelante y aspira - el aire tibio y húmedo a través de la abertura en la bolsa de papel.

INHALACIONES A BEBES Y NIÑOS PEQUEÑOS.

Los bebés y niños que sufren de bronquitis, faringitis, laringitis, resfriados complicados, tosferina ó asma, se benefician inhalando aire tibio y húmedo.- Para humedecer el aire en el cuarto, casi siempre es suficiente tener una jarra ó vaporizador con agua hirviendo en cualquier lugar seguro del cuarto y a distancia de la cama.- En algunas ocasiones el médico ordena Cámara para Crup.- Arreglar una cama ó pabellón sobre la cuna del niño y dejar que el vapor del vaporizador ó jarra se extienda entre cámara sin que moleste al niño.

Si el niño tiene suficiente edad explicarles que es lo que se va hacerse.

ANEXO DE LA UNIDAD DE TERAPIA HUMEDCEDORA.

FARMACOS: Los más utilizados son:

1).- Vasoconstrictores locales.

Fenilefrina (neosinefrina) 1 c.c., al 0.50% con dilución a complementar 5 c.c. con presión positiva, cinco sesiones veinticuatro horas en pacientes de 10 kg. de peso.- Al 1% en igual forma en pacientes de más 10 kg. 5 c.c., al 0.50% para nebulizaciones continuas (dos horas), con diluciones de 50 c.c., de agua, 50 c.c., de suero fisiológico para 10 kg. de peso 5 c.c., al .50% en la misma forma de 10 kg. en adelante tres días máximo.

OBJETIVOS.

Reducir edema.

EFFECTOS NOCIVOS.

Resequedad.

2).- Mucolíticos:

Acetilcisteina (muscomist) Amp. 0.4 gr.- 2 ml. 0.5 c.c. con dilución a completar 5 c.c. agua a solución fisiológica, tres veces en veinticuatro horas p.p.I. en pacientes de 10 a 15 kg. 1 c.c. con dilución a completar 5 c.c. tres sesiones en

veinticuatro horas de 15 kg. en adelante.
6 c.c. con dilución de 50 c.c. H2O y 50 -
c.c. solución fisiológica en ultrasónico-
diez a quince minutos, tres sesiones en -
24 horas.

Nunca se usa por más de tres días y de --
preferencia se debe asociar con un broco-
dilatador.

OBJETIVOS:

Fluidificar y movilizar secreciones.

EFFECTOS NOCIVOS.

Tos irritativa, broncoespasmo.

3).- Broncodilatadores.

Aminofilina (amp. de 10 c.c.), 250 mgr.,
1 c.c., a completar 5 c.c. con dilución-
en presión positiva cinco sesiones en --
veinticuatro horas para 10 kg. de peso.

2 c.c. a completar 5 c.c. con dilución --
en la misma forma para niños mayores de-
10 kg. de peso.

3 c.c. por kg. en veinticuatro horas, --
con diluciones para veinticuatro horas, --
partos iguales (suero y agua bidestila--
da) con nebulizaciones intermitentes --
veinte minutos cada dos ó tres horas, du-
rante cinco días.

OBJETIVOS.

Eliminar el brocoespasmo, la tos productiva -
persistente, y disminuir la producción de mo-
co.

EFFECTOS NOCIVOS.

Broncoconstricción.

Isoproterenol (Isuprel-Isorrenin) AMP de 1 - ml. 0.15-0.50 ml. a completar 5 c.c. para presión positiva.- Un máximo de cinco veces en veinticuatro horas, en niños de 10 a 20 kg.- En la misma forma 0.75 ml. para pacientes mayores.

INDICACIONES:

En presencia de broncoespasmo.

EFFECTOS NOCIVOS:

Taquicardia y diaforesia.

4).- Antiespumantes.

Alcohol etílico al 30%, 1 c.c. a completar 5 c.c. de dilución para presión positiva.- Cinco sesiones en veinticuatro horas.

INDICACIONES.

Edema agudo pulmonar.

DILUYENTE.

Solución fisiológica, agua bidestilada.

El paciente debe de estar comodo, es prudente que la enfermera le explique con tranquilidad porque no deben emplear aditamentos electricos en la tienda, subrayando la necesidad de que los visitantes no fumen en la habitación mientras dure el tratamiento.

La enfermera debe serciarse de que no existen cerillos ni cigarrillos en la mesilla del paciente.- Los avisos colocados sobre la tienda y en la puerta de la habitación del paciente necesitan ser repetidos verbalmente tanto al paciente como a los familiares y visitantes.

La enfermera debe de estar pendiente de no desperdiciar el flujo de oxígeno, la tienda no se abrirá más que lo necesario y debe aprovechar para brindar los cuidados de enfermería en los momentos en que se tiene que abrir la tienda.

Mantener el nivel del agua y usar unicamente agua destilada, solución fisiológica hasta el nivel indicado.

Evitar que el paciente permanezca con ropa húmeda ó sobre ella.

Como medida de seguridad siempre deberá estar una persona con el niño que tiene inhalaciones, debe asegurarse de que el vaporizador ó jarra este colocado sin peligro fuera del alcance del niño y que el vapor suba lo necesario, se deben evitar los enfriamientos.

Vigilar y controlar la temperatura del paciente.- Durante los breves períodos en que el paciente está sin tienda, la enfermera lo examinará cuidadosamente en busca de signos de anorexia.

CUIDADOS DEL MATERIAL Y EQUIPO.

Todos los aparatos mencionados necesitan una vigilancia continua sobre los siguientes puntos para evitar el mal funcionamiento.

Los tubos de conducción ó mangueras deben de estar permeables de líquidos ó cualquier objeto extraño.

La presión de los gases ó corriente eléctrica para su funcionamiento debe ser la adecuada - en cantidad.

El sistema de limpieza y desinfección debe -- practicarse cada veinticuatro horas.

En las instituciones donde esto queda a cargo de las enfermeras, éstas harán lo siguiente:

Lave el exterior de la cabina con solución de detergente y desinfectante, utilizando cepillo para las aspas de ventilación; enjuague con agua y seque.- Los filtros y tubos se lavan - con detergente y desinfectante.

Después que se ha secado la unidad ponga juntas todas las partes y guardelas en su lugar, donde queda lista para volverlas a usar.

" CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS "

La enfermera debe advertir que su responsabilidad con ciertos pacientes, consiste no solo en mantener las vías aéreas libres, sino también la de reconocer los síntomas de alarma perjudiciales:

Anorexia, características respiratorias, (aceleración, hundimiento en las regiones supraclaviculares, supraexternal, epigástrica, subcostal con cada inspiración.

El cambio de color, de la palidez a la cianosis es síntoma de obstrucción respiratoria y debe reportarse al médico inmediatamente para que valore si es necesaria la traqueostomía u otro tratamiento.

Se mencionan los cuidados de enfermería porque en este padecimiento puede ser necesario la -- Traqueotomía ó Traqueostomía.

DESCRIPCION:

Consiste en la comunicación quirúrgica de la luz de la tráquea con el exterior a nivel del cuello por la cual puede respirar el paciente.

OBJETIVOS:

- a) Salvar un obstáculo en la ventilación pulmonar.
- b) Asistencia respiratoria.

" ASISTENCIA DE ENFERMERIA "

La aspiración no debe ser demasiado intensa, ni debe aspirar mientras se inserte el cateter, para no lesionar la mucosa de la tráquea que es demasiado delicada.

La enfermera puede introducir la sonda de 12 a 15 cm. la aspiración más profunda sólo puede efectuarla una enfermera adiestrada.- Para impedir la contaminación de la sonda de aspiración

se recomienda que la persona que haga este mé todo use guantes estériles.

Esta sonda podrá sustituirse por otra sonda - estéril cada vez que se haga la aspiración, - esta debe ser intermitente.- La sonda no debe permanecer en la tráquea más de lo necesario- porque puede lesionar las mucosas.

Durante el primer día la enfermera debe qui- tar la cánula interior cada hora y con inter- valos más largos después.

Es importante mantener la cánula limpia para- impedir la acumulación de secreciones y obs- trucción.- Antes de volver a colocar el tubo- interior debe hacerse la aspiración.

La enfermera no quita la cánula exterior, sin embargo cuando se efectúa la traqueostomía -- permanente esto lo puede hacer después de -- unos diez días.

Cuando el apósito se ensucia con facilidad, - debe cambiarse con frecuencia cuidando de no- extraer y mover el tubo de la traqueotomía.

Durante algún tiempo después de la operación- mucho cirujanos acostumbran cubrir el orifi- cio de la cánula con algunas capas de gasas - húmedas con solución salina para humedecer el aire inspirado y se impide que entre el polvo, funciones que en estados normales correspon- den a la nariz y la laringe.

Es necesario, la humidificación continúa del- aire cuando menos los dos ó tres primeros --- días de la operación lo cual se puede lograr- administrando vapor muy saturado en la tienda de Crup, por medio de niebla ó agua nebuliza- da.

La ingestión adecuada de líquidos también ayu- da a la humidificación.

Hay casos de obstrucción laringea que se pre- sentan de urgencia donde hay que efectuar la- traqueostomía ó traqueotomía; la vida del en- fermo peligrá y tienen importancia secundaria las técnicas de asepsia, preparación psisoló- gica y la anestesia.

Sin embargo hay veces que la traqueostomía es electiva y no se dispone de tiempo para explicarle al paciente las finalidades de la operación, lo cual permite que este se adapte mejor a las circunstancias después de que respirará a través del tubo colocado en la tráquea.

" CUIDADOS POST-OPERATORIOS INMEDIATOS "

El paciente debe ser asistido constantemente por la enfermera al menos durante las primeras veinticuatro horas que siguen a la operación, si esto es imposible debe quedar cerca del puesto principal de enfermeras, donde pueda vigilarse estrechamente.

La operación se efectúa para aliviar la obstrucción; la enfermera tiene el deber de mantener libre la nueva abertura.

Otro objetivo de la asistencia es aliviar la aprehensión del paciente; las circunstancias son nuevas para él y a menudo tiene temor verdadero de asfixiarse.

Por lo general la primera secreción que sale por la cánula de traqueostomía es moco algo sanguinolento.

A medida que pasa el tiempo la cantidad de sangre debe disminuir gradualmente hasta desaparecer, cuando no ocurre así, puede indicar hemorragia y debe informarse al cirujano.

Las secreciones deben quitarse con cuidado y rápidamente, antes que sean aspirados por el paciente, teniendo siempre un aspirador, recipiente para recolectar secreciones, agua para impedir que el moco se adhiera en la sonda.

La sonda de caucho debe ser de calibre 8 y 10 para niños y de 12 a 16 para adultos.

" CUIDADOS PSICOLOGICO Y DE SOSTEN "

El día de la operación pueden administrarse líquidos; después si no hay contraindicaciones,

se dá alimentación según la tolere.- Antes y después de las comidas y cuando sea necesario debe asearse escrupulosamente la boca, -- puede colocarse en posición de Fowler ó sentado.

Deben ponerse cerca del paciente papel y lápiz para que pueda expresar sus deseos.- Necesita ser tranquilizado sobre todo en la primera noche, pues experimenta el comprensible temor de que se asfixiará durante el sueño.- Debe tener a su alcance una campanilla ó timbre eléctrico.

Durante el primer día deben tomarse al menos cada media hora el pulso y la presión sanguínea, para descubrir cualquier signo de hemorragia, pues ésta no siempre se manifiesta -- por escurrimiento en el tubo de traqueostomía; la hemorragia puede ocurrir hacia el interior.

La aprehensión y la intranquilidad crecientes pueden indicar anoxemia (disminución del oxígeno en la sangre), es posible que la secreción esté obstruyendo la cánula y la aspiración alivia los síntomas; cuando no se produce mejoría se llama al médico.- Las características de la respiración pueden indicar dificultades, cualquier desviación del tipo respiratorio normal puede sugerir un trastorno; si la respiración se acelera gradualmente y parece asociarse por silbidos, quizá haya obstrucción.- Esta también puede manifestarse -- por hundimiento en las regiones supraclavicular, supraesternal, epigástrica y subcostal -- con cada inspiración.

El cambio de color, de la palidez a la cianosis es síntoma de obstrucción respiratoria.- Cuando el enfermo no se alivia con la aspiración, debe llamarse al médico inmediatamente.

También puede suceder que por la herida escurren alimentos ó si el paciente tose ó se ahoga inmediatamente después de comer ó beber -- quizá se haya producido una fístula esofágica; estos síntomas deben informarse sin tardanza al médico.- En ocasiones por la tos por

las cintas mal puestas la cánula de traqueostomía es expulsada y el orificio traqueal se colapsa.

En estas circunstancias de urgencia la enfermera debe recordar que el orificio de traqueostomía pueda mantenerse abierto con el dilatador de trousseau ó con unas pinzas, lo cual - permitirá respirar al paciente hasta que el - médico pueda introducir una nueva cánula.

" MATERIAL QUE DEBE EXISTIR EN LA UNIDAD
DE UN PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO PARA U
NA EMERGENCIA "

- 1.- Charola especial que contenga:
 - a) Dos cánulas de traqueostomía de diferentes números con sus obturadores.
 - b) Dilatador de trousseau.
 - c) Pinzas hemostáticas.
 - d) Tijeras.
 - e) Dos separadores traqueales.
 - f) Pinzas de anillos.
 - g) Guantes estériles.
- 2.- Charola que contiene:
 - a) Solución salina estéril (para lavar la sonda del aparato de aspiración).
 - b) Solución antiséptica.
 - c) Sonda estéril para aspiración.
 - d) Un recipiente con gasas.
 - e) Vaselina (para protección de la piel).

" CUIDADOS DE LA CANULA "

El agua corriente fría quita gran parte de las secreciones; para el moco más adherente - se recomienda el siguiente método de limpieza:

Coloquese la cánula en un recipiente con agua oxigenada, bicarbonato sódico que ayuda a reblandecer las secreciones, pueden emplearse - gasas colocadas sobre un alambre doblado, también sirven los escobillones para tubos de en sayos pequeños.

Después de una limpieza puede usarse con el fin de eliminar las manchas una pasta pulidora para plata.

Luego la cánula puede hervirse por espacio de diez minutos ó se esteriliza en autoclave para reinstalarla con rigurosa técnica estéril.

Es importante manejar con cuidado las cánulas de traqueostomía pues son de metal blando y se dañan con facilidad.

" ENSEÑANZA O EDUCACION AL PACIENTE "

Tan pronto como sea posible, se enseña al paciente el cuidado del tubo de traqueostomía.- La enfermera puede indicarle las partes de -- que consta el instrumento y su funcionamiento.- Valiéndose de un espejo puede mostrarle como quitar e introducir la cánula interior.- El cuidado de este instrumento delicado debe explicarse y demostrarse en detalle, y el paciente debe repetir la demostración ante la enfermera.- Si el operado es incapaz de valer se por si mismo, tendrá que enseñarse a un -- miembro de su familia antes de darlo de alta.

A veces la traqueotomía es medida transitoria para vencer una obstrucción respiratoria aguda.- En estas circunstancias, el paciente debe volver poco a poco a su respiración normal.- Esto se logra produciendo obstrucción limitada en la vía aérea en la cánula de traqueostomía mediante tapones que la ocluyan -- parcialmente.- La primera vez que se ponen deben vigilarse la aparición de signos de obstrucción respiratoria.

Se le explicará al paciente que podrá hablar obstruyendo la vía aérea, ya sea con tapones como dijo anteriormente ó simplemente con el dedo; que su voz será diferente profunda pero fuerte, útil para la comunicación.

Se debe advertir al paciente el peligro de aspirar agua; por ello no debe nadar y ha de observar precauciones antes de tomar una ducha.

En lo que se refiere al aspecto, las mujeres pueden usar collares hechos expresamente por el joyero, bufandas, lazos y cosas por el estilo, de manera que oculten el tubo de la traqueostomía; por lo general el hombre la camisa le cubre el orificio.