

URGENCIAS EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL. PLANES DE CUIDADOS

AUTORES:

Gascón Piqueras, Magdalena Email: m.gascon@ono.com.

Mayorga Jiménez, Francisco.**.

Pozo Bonilla, Rosario Fátima.***.

Gonzalez Camacho, Isabel****.

*Enfermera. Unidad de Máxilofacial y Estomatología. Experta Universitaria en Urgencias y Cuidados Intensivos.

**Cirujano Máxilofacial. Unidad de Máxilofacial y Estomatología.

***Enfermera. Unidad de Medicina Nuclear.

****Enfermera. Unidad de Máxilofacial y Estomatología.

Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. Sevilla

RESUMEN

Las urgencias de Cirugía Oral y Maxilofacial suponen un amplio y variado grupo de patologías que hacen que un número cada vez más creciente de usuarios soliciten nuestra atención en la puerta de los hospitales.

Son patologías con una gravedad diversa desde infecciones odontológicas, patologías inflamatorias, litiasis de glándulas salivares y patologías relacionadas con la articulación temporo-mandibular.

Con este artículo pretendemos establecer el rol de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, y conocer las patologías, complicaciones y tratamientos, así como la utilización de los diagnósticos enfermeros que pueden presentar, tales como la ansiedad, temor, riesgo de traumatismo, patrón respiración ineficaz, deterioro de la comunicación verbal y dolor agudo, etc., a partir de los cuales poder realizar planes de cuidados, pudiendo así hacer guías de acción y protocolos específicos.

PALABRAS CLAVES

Urgencias oral y maxilofacial, infecciones odontológicas, patologías inflamatorias, taxonomías.

TITLE

EMERGENCIES IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY. PLANS OF TAKEN CARE.

ABSTRACT

Oral and Maxillofacial emergencies covers a wide range of diseases that has supposed a considerable increase in the number of patients who demand our attention in hospitals.

We are working with a great variety of sicknesses, with different aetiology, nature and severity: odontogenic infections, regional inflammatory processes, salivary glands litiasis, and temporomandibular joint diseases.

In this article we intend to establish the role of nursing in the diagnosis and treatment of these patients, and knowing the pathology, complications and treatments as well as the use of nursing diagnoses that may have, such as anxiety, fear, risk of injury, ineffective breathing pattern, impaired verbal communication and acute pain, etc, from which to make care plans and may well do action guidelines and specific protocols.

KEY WORDS

Oral surgery and maxilofacial, cellulite odontogenicas, facial orthopedic surgery, pathology of the glands you will salivate, taxonomias.

INTRODUCCIÓN

Las urgencias en Cirugía Oral y Maxilofacial suponen un amplio y variado grupo de patologías que hace que un número cada vez más creciente de usuarios solicite nuestra atención en la puerta de urgencias de los hospitales.

Se trata de una serie de entidades de una gravedad diversa, que pueden oscilar desde procesos banales hasta situaciones que suponen un grave riesgo para la vida del paciente.

Los grupos de patología que demandan mayor asistencia en urgencias son las infecciones odontogénicas, los pacientes traumatológicos con afectación dental o del esqueleto craneofacial, la patología inflamatoria y/o litiasica de las glándulas salivares, y la patología relacionada con la articulación temporo-mandibular.

OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es contribuir al conocimiento de los profesionales de enfermería sobre las urgencias más demandadas en nuestro ámbito hospitalario, en la especialidad de cirugía máxilo facial, así como la formación para disminuir los riesgos para el paciente, y la detección precoz de las complicaciones y su tratamiento adecuado. Pretendemos con ello que se puedan reconocer e identificar las diferentes patologías que se presentan en urgencias para priorizar y realizar una buena actuación de cuidados.

Conjuntamente, pretendemos realizar una aportación a los planes de cuidados enfermeros en esta área de los cuidados, merced a la aportación de propuestas taxonómicas que suelen ser las de principal aplicación en nuestra experiencia profesional.

URGENCIAS MÁS DEMANDADAS EN CIA.MÁXILOFACIAL:

CELULITIS ODONTOGÉNICAS.

La cavidad oral es uno de los hábitats microbianos más heterogéneos, densos y complejos del cuerpo humano. La flora de la boca se caracteriza por su gran variabilidad cuantitativa y cualitativa.

Las infecciones odontogénicas son aquellas que tienen como origen los dientes y el periodonto, constituyendo las infecciones más frecuentes de cabeza y cuello. Su progresión espontánea afecta al hueso de ambos maxilares, y avanza hasta la cortical externa del hueso y el periostio, drenando hacia la cavidad oral o hacia la piel de la cara y/o el cuello.

Habitualmente se trata de infecciones banales, localizadas y autolimitadas, pero en ocasiones se produce una diseminación secundaria hacia regiones anatómicas más alejadas, constituyéndose las celulitis bucales y cervicofaciales. Más raras son las embolizaciones vía hematógena hacia pulmón, hígado, cerebro y riñón.

La causa principal de las celulitis sigue siendo la caries dental, penetrando los gérmenes por vía pulpar hasta llegar al hueso periapical. Además, hay causas periodontales, traumáticas, iatrogénicas, etc.

La sintomatología clínica dependerá de la fase evolutiva de la infección: fase inicial, fase de afectación subperióstica, fase de flemón, fase de celulitis y fase de maduración, donde se forma el material purulento que da lugar al absceso, y que tiende a fistulizar hacia el exterior o hacia la cavidad oral. A través de las distintas fases el proceso va avanzando, y la clínica de dolor, calor, tumefacción, rubefacción y trismus, se va exacerbando. El cuadro se puede acompañar de afectación del estado general, y aparecen disfagia y disnea si hay afectación de las vías respiratorias y digestivas altas, poniendo en compromiso la vida del paciente. Los cuadros más graves son los abscesos cervicofaciales, las mediastinitis, la fascitis necrotizante cervicofacial, septicemia, complicaciones vasculares y neurológicas severas y celulitis orbitarias.

El diagnóstico se hace fundamentalmente con el TAC y RNM, donde se aprecia la localización y extensión del absceso. La ortopantomografía ayuda para identificar el diente que ha dado origen a la celulitis, y para descartar la existencia de otras patologías acompañantes. También son necesarias las técnicas de estudio microbiológicos, fundamentalmente el cultivo-antibiograma del material purulento, para poder instaurar lo antes posible el tratamiento antibiótico adecuado.

El tratamiento debe observar varios aspectos: tratamiento odontológico que se precise, a veces es necesaria la exodoncia; tratamiento médico antibiótico, analgésico y antiinflamatorio; tratamiento quirúrgico, que logre la evacuación quirúrgica del absceso purulento.

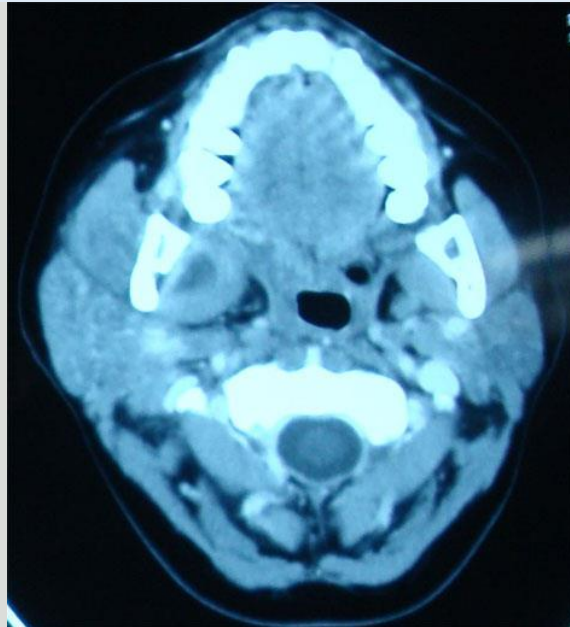


Imagen 1. Absceso pterigoideo izquierdo



Fig. 2. Absceso submental

TRAUMATOLOGÍA FACIAL.

Los traumatismos faciales se producen, a veces, en el contexto del paciente politraumatizado, lo que implica la necesidad de un correcto manejo inicial de estos pacientes y de una cooperación de distintos profesionales. Sin embargo, el traumatismo Facial aislado es el más frecuente, y puede estar causado por accidentes de tráfico, agresiones, actividades

Además, el traumatismo facial tiene unas peculiaridades propias que hay que tener en cuenta. La morbilidad de los traumatismos de cabeza y cuello está condicionada fundamentalmente por las lesiones de la vía aérea, de las vías digestivas, por su rica vascularización y por las lesiones de los grandes vasos arteriales y venosos. En los traumatismos cervicofaciales, además de las lesiones medulares, el mayor riesgo proviene de problemas obstructivos de las vías aéreas altas o por hemorragias procedentes de la lesión de la arteria carótida común, de la carótida interna, de la carótida externa, o del sistema venoso yugular.

En la traumatología facial hay que tener en cuenta que la nutrición del paciente, tan necesaria para su recuperación, estará dificultada por el hecho de que normalmente se afectan la masticación y la deglución, y la nutrición debe hacerse con sonda nasogástrica. Es importante conseguir una recuperación funcional, pero también es fundamental la reconstrucción estética.

El manejo inicial de estos pacientes es muy importante, y es realizado por un grupo amplio de profesionales en la puerta de urgencias del hospital: control de la vía aérea, del estado cardiocirculatorio y actividad neurológica.

El manejo óptimo inicial debe prestar especial atención al estado de la capacidad respiratoria; para ello es importante actuar de acuerdo con un protocolo simple y coordinado que contemple el manejo inicial de la vía aérea. Existen factores que pueden dificultar dicho manejo: la presencia de dientes fracturados o luxados que el paciente puede aspirar; la hemorragia asociada al trauma; la posible alteración de la anatomía normal de las vías aéreas altas, debido a

heridas de las partes blandas o a fracturas faciales; las fracturas de la base del cráneo y las de tipo *Le Fort*; las lesiones de la columna cervical, que implican la necesidad de colocar un collarín inicialmente rígido, que limita mucho la movilidad cervical; las lesiones intracraneales pueden hacer que el nivel de conciencia se encuentre disminuido. Cuando sea necesario hay que asegurar la vía aérea por medio de distintas técnicas que incluyen la intubación orotraqueal o nasotraqueal, la traqueostomía y la cricotirotomía.

Las fracturas faciales se clasifican según el tercio anatómico que afecten:

- 1.- Fracturas del tercio superior, que implican fracturas del frontal, esfenoides, temporal, y que a menudo exigen un tratamiento conjunto con neurocirugía.
- 2.- Fracturas del tercio medio, que engloban las fracturas nasales, de la cavidad orbitaria, del hueso malar y del maxilar.
- 3.- Fracturas del tercio inferior se corresponden con las fracturas de las distintas áreas mandibulares: cóndilo, rama ascendente, ángulo, cuerpo, parasíntesis, sínfisis y región dentoalveolar.

La clínica de las fracturas faciales es en gran medida similar a la de las fracturas de otros huesos, presentando dolor, tumefacción, rubor e impotencia funcional, pero además se caracterizan por síntomas propios de cada localización. En las fracturas que afectan la base del cráneo puede haber cefaleas, alteración del nivel de conciencia, sintomatología focal neurológica, rinoliquorrea por fístula de líquido cefalorraquídeo.

Las fracturas de las paredes orbitarias pueden acompañarse de alteraciones de la agudeza visual; es frecuente la presencia de atrapamiento de los músculos extraoculares o herniación de la grasa intraorbitaria, produciéndose visión doble o diplopia y enoftalmo o hundimiento del globo ocular.

Las fracturas que afectan a maxilar superior y a mandíbula van prácticamente siempre asociadas a maloclusión dentaria y dolor o imposibilidad para la masticación de cualquier tipo de alimento.

El diagnóstico se hace por la ortopantomografía y fundamentalmente por la tomografía computerizada, en cortes axiales, sagitales y coronales, y en las reconstrucciones tridimensionales.

El tratamiento de las fracturas faciales se hace principalmente con materiales de osteosíntesis de titanio. Se usan miniplacas y tornillos de perfiles cada vez más finos y a la vez más resistentes, lo que implica mejores resultados funcionales y estéticos.



Fig. 3. Fractura panfacial



Fig. 4. Ortopantografía. Fractura de cuerpo mandibular izquierdo

PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES.

Las glándulas salivares mayores son las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales. La patología aguda de las glándulas salivares se asocian la mayoría de las veces a procesos inflamatorios y obstructivos de sus respectivos conductos de desembocadura a la cavidad oral. El conducto de la glándula parótida se conoce como conducto de Stenon y tiene su orificio de salida en la mucosa yugal a la altura del segundo molar superior; las glándulas submaxilar y sublingual desembocan por un común conducto de Wharton, a ambos lados del frenillo lingual.

La obstrucción de los conductos de saliva puede ser originado por estenosis inflamatorias secundarias a infecciones o bien asociadas a cálculos. Las inflamaciones de repetición o los cuadros de sialoadenitis acaban produciéndose defectos de repleción de la saliva, con quistes o zonas de acúmulos que favorecen los procesos infecciosos recurrentes. El cólico salivar se caracteriza por el dolor tipo cólico, mientras que el dolor de la sialoadenitis es más continuo e insidioso. Cuando la glándula afectada es la parótida, el paciente refiere dolor o sensación de tensión preauricular, que aumenta con las comidas. Si se afectan las glándulas sublinguales, y sobre todo las submaxilares, el paciente refiere disfagia, odinofagia, y en casos más avanzados puede aparecer disnea.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pues el paciente orienta hacia el diagnóstico a través de la anamnesis y la exploración clínica. A veces, en casos de infecciones purulentas se observa como el pus sale por el orificio de drenaje de la glándula afecta. También es posible palpar u observar cálculos amarillentos en dichos orificios de salida, sobre todo en el del conducto de Wharton.

Otras técnicas diagnósticas pueden ser la sialografía, la ecografía cervical, TAC, RNM y el estudio histológico a través de la PAAF (punción aspiración con aguja fina).

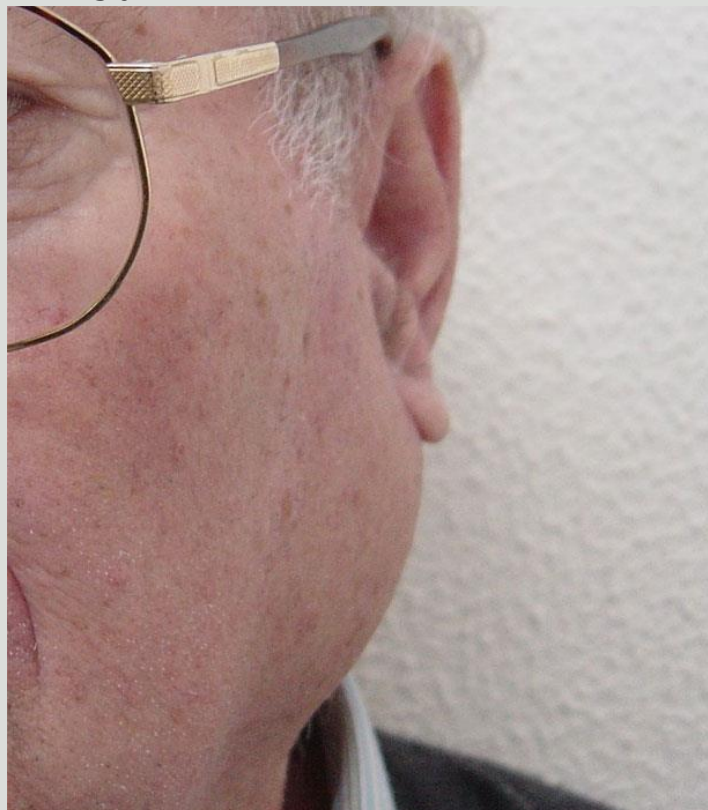


Fig.5. Parotiditis crónica



Fig.6. Pus por conducto de Stenon en parotiditis litiásica



Fig.7. Silografía submaxilar. Cálculo en conducto de Whartón

TAXONOMÍAS ENFERMERAS PARA LA REALIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA, EN URGENCIAS MAXILOFACIALES.

Basándonos en las taxonomías enfermeras (NANDA, NIC, NOC), efectuamos una propuesta para aplicarlas en los planes de cuidados de enfermería en Urgencias Maxilofaciales, según el material de apoyo, elaborado por Enrique Peña Gómez (10). Todo ello en la idea de aportar propuestas que nos ayuden a unificar internacionalmente el lenguaje enfermero en esta especialidad.

NDE. 00146 Ansiedad

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
<ul style="list-style-type: none"> . Exposición a toxinas. . Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales en la vida. . Necesidades no satisfechas. . Transmisión o contagio interpersonal. . Asociación familiar o herencia. . Crisis de maduración o situacionales. . Amenaza de muerte. . Amenaza al autoconcepto. . Estrés. . Abuso de sustancias. . Amenaza de cambio en: <ul style="list-style-type: none"> -el rol -estado de salud -patrones de interacción -las funciones del rol -el entorno -la situación económica 	<p>Conductuales.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Disminución de productividad. . Control y vigilancia. . Mal contacto ocular. . Agitación. . Lanzar miradas alrededor. . Movimientos extraños (arrastrar los pies, movimiento de la mano/brazo). . Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales. . Insomnio. . Insomnio. . Inquietud. <p>Afectivas.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Arrepentimiento. . Irritabilidad. . Angustia. . Sobresalto. . Nerviosismo. . Sobreexcitación. . Desesperanza dolorosa y creciente. . Desconcierto. 	<ul style="list-style-type: none"> . Incertidumbre. . Preocupación creciente. . Atención centrada en el yo. . Sentimientos de inadecuación. . Temor. . Distrés. . Aprensión. . Inquietud. <p>Fisiológicas.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Voz temblorosa. . Estremecimiento / temblor de manos. . Inestabilidad. . Aumento de la respiración. . Urgencia urinaria. . Aumento del pulso. . Dilatación pupilar. . Aumento de los reflejos. . Dolor abdominal. . Trastornos del sueño. . Hormigueo en las extremidades. . Excitación cardiovascular. . Aumento de la transpiración.

Ansiedad. (Continuación)

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> . Tensión facial. . Anorexia. . Palpitaciones. . Diarrea. . Dificultad para iniciar el chorro de orina. . Fatiga. . Sequedad bucal. . Debilidad. . Disminución del pulso. . Enrojecimiento facial. . Vasoconstricción superficial. . Espasmos musculares. . Disminución de la presión arterial. . Nauseas. . Frecuencia urinaria. . Desmayo . Dificultad respiratoria. . Aumento de la TA. 	<p>Cognitivas.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Bloqueo del pensamiento. . Confusión. . Preocupación. . Olvido. . Rumiación. . Deterioro de la atención. . Disminución del campo perceptual. . Miedo de consecuencias inespecíficas. . Tendencia a culpar a otros. . Dificultad para la concentración. . Disminución de la habilidad para: <ul style="list-style-type: none"> -solucionar problemas. -aprender. . Conciencia de los síntomas fisiológicos. 	<p>1300</p> <p>Aceptación: estado de salud</p> <p>1302</p> <p>Superación de problemas (afrontamiento).</p> <p>1305</p> <p>Adaptación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>1402</p> <p>Control de la ansiedad.</p> <p>1405</p> <p>Control de los impulsos</p> <p>1502</p> <p>Habilidades de interacción social</p>	<p>1850</p> <p>Fomentar el sueño.</p> <p>4920</p> <p>Escucha activa.</p> <p>5230</p> <p>Aumentar el afrontamiento.</p> <p>5240</p> <p>Asesoramiento.</p> <p>5270</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>5622</p> <p>Enseñanza: sexo seguro.</p> <p>5820</p> <p>Disminución de la ansiedad.</p> <p>5880</p> <p>Técnica de relajación.</p> <p>7310</p> <p>Cuidados de enfermería al ingreso.</p>

NDE. 00148 Temor

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO. Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro

FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> . Origen innato o natural (p.ej. ruido súbito, alturas dolor, falta de apoyo físico). . Respuesta aprendida (p. ej. Condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos). . Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej. Hospitalización, procedimientos hospitalarios). . Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales. . Barreras idiomáticas. . Deterioro sensorial. . Desencadenantes innatos (neurotransmisores). . Estímulos fóbicos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Informes de: aprensión, aumento de la tensión, reducción de la seguridad en uno mismo, excitación, sentirse asustado, inquietud, pavor, alarma, terror, pánico. <p>Cognitivas.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Identifica el objeto del miedo . Los estímulos se interpretan como una amenaza. . Disminución de la productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas. <p>Conductuales.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Aumento del estado de alerta. . Conductas de evitación o de ataque. . Irreflexión. . Estrechamiento del foco de atención en el origen del temor. 	<p>Fisiológicas.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Aumento del pulso. . Anorexia . Náuseas. . Vómitos. . Diarrea. . Tirantez muscular. . Fatiga. . Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento. . Palidez. . Aumento de la transpiración. . Aumento de la presión arterial sistólica. . Dilatación pupilar. . Sequedad bucal. 	<p>1302 Superación de problemas.</p> <p>1402 Control de la ansiedad.</p> <p>1404 Control del miedo.</p> <p>INTERVENCIONES</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento.</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5380 Potenciación de la seguridad.</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad.</p>

NDE. 00038 Riesgo de traumatismo

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (p. ej. una herida, una quemadura, una fractura).

FACTORES RELACIONADOS		
<p>Externos.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Vecindario con alto índice de delincuencia e individuos vulnerables. . Asas o mangos de los recipientes sobresaliendo por el borde de la cocina. . Cuchillos guardados descubiertos. . Mecanismos de solicitud de ayuda inadecuados para personas encamadas. . Almacenaje inadecuado de combustible o productos corrosivos (p. ej. cerillas, trapos manchados de aceite, lejía, etc.) . Juguetes o ropa de niños altamente inflamables. . Obstrucción de los pasillos. . Camas altas. . Grandes carámbanos colgando del tejado. . No utilización o uso inadecuado de las sujeciones en los asientos. 	<ul style="list-style-type: none"> escaleras o zonas de paso. . Alfombras sin fijar al suelo. . Bañera sin asideros o sin equipo antideslizante. . Uso de escaleras o sillas inseguras. . Iluminación inadecuada en las habitaciones. . Falta de barandilla en la escalera o poca resistencia de la existente. . Cables eléctricos sueltos. . Basura o líquidos en el suelo o en la escalera. . Niños que juegan en lo alto de una escalera sin barrera de protección. 	<ul style="list-style-type: none"> . Baño en agua muy caliente (p. ej. baño de los niños pequeños sin vigilancia). . Niños jugando con cerillas, velas, cigarrillos, juguetes con bordes cortantes. . Deslizarse sobre ropa de cama muy basta o luchar con sujeciones físicas en la cama. . Jugar con fuegos artificiales o armas de fuego. . Contacto con frío intenso. . Sobreexposición al sol, lámparas solares, radioterapia. . Uso de platos o vasos rajados. . Pistolas o municiones guardadas sin cerrar con llave.

<ul style="list-style-type: none"> . Suelos resbaladizos (p. ej. húmedos o muy encerados). . Acúmulo de nieve o hielo en las 	<ul style="list-style-type: none"> . Protecciones poco seguras de las ventanas en casas con niños pequeños. . Retraso en el encendido de la cocina u horno de gas. . Experimentación con productos químicos o gasolina. . Fuego o estufas sin pantalla protectora. . Uso de delantales de plástico o ropas flotantes cerca de las llamas. 	<ul style="list-style-type: none"> . Conducir sin la ayuda visual necesaria. . Llevar niños en el asiento delantero del coche. . Fumar en la cama o cerca de una fuente de oxígeno. . Sobrecarga enchufes eléctricos.
--	--	---

Riesgo de traumatismo (continuación)

FACTORES RELACIONADOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> . Almacenar residuos grasos en estufas. . Uso de agarradores para las ollas delgados o desgastados. . Jugar o trabajar cerca de una zona de paso de vehículos. (p.ej. camiones particulares, callejones, vías muertas). . Fugas de gas potencialmente combustible. . Sobrecarga de los fusibles. . Contacto con maquinaria que se mueve muy rápidamente, cadenas, poleas. . Enchufes eléctricos defectuosos, cables pelados, o aparatos eléctricos en mal estado. . Contacto con ácidos o álcalis. . Exposición a maquinaria peligrosa. . Conducir un vehículo mecánicamente inseguro. . Conducir después de haber consumido bebidas alcohólicas o drogas. . Conducir a velocidad excesiva. . Uso incorrecto del casco en los motoristas o niños pequeños transportados en bicicleta de adultos. 	<p>. Condiciones inseguras de las calles o de los cruces.</p> <p>Internos.-</p> <ul style="list-style-type: none"> . Falta de educación para la seguridad. . Recursos económicos insuficientes para adquirir equipo de seguridad o efectuar reparaciones. . Historia de traumatismos previos. . Falta de medidas de seguridad. . Mala visión. . Problemas de equilibrio. . Reducción de la sensibilidad táctil o térmica. . Debilidad. . Disminución de la coordinación de los músculos grandes o pequeños. . Disminución de la coordinación ojo-mano. . Dificultades emocionales o cognitivas. 	<p>1809 Conocimiento: seguridad personal 1909</p> <p>Conducta de seguridad: prevención de caídas. 1910</p> <p>Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar. 1911</p> <p>Conducta de seguridad: personal. 1912</p> <p>Estado de seguridad: caídas. 1913</p> <p>Estado de seguridad: lesión física.</p>	<p>5510 Educación sanitaria</p> <p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <p>5606 Enseñanza: individual. 6486</p> <p>Manejo ambiental: seguridad. 6489</p> <p>Manejo ambiental: seguridad del trabajador. 6490</p> <p>Prevención de caídas. 6580</p> <p>Sujeción física 6610 Identificación de riesgos</p>

NDE. 00032 Patrón respiratorio ineficaz

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO. La inspiración o espiración no proporcionan una ventilación adecuada.

FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> . Hiperventilación. . Síndrome de hipoventilación. . Enfermedad ósea. . Dolor. . Deformidad de la pared torácica. . Ansiedad. . Disminución de la energía o fatiga. . Obesidad. . Disfunción neuromuscular. . Deterioro musculoesquelético. . Deterioro de la percepción o cognición. . Lesión de la médula espinal. . Posición corporal. . Inmadurez neurológica. . Fatiga de los músculos respiratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> . Disminución de la presión inspiratoria / espiratoria. . Disminución de la ventilación por minuto. . Uso de los músculos accesorios para respirar. . Aleteo nasal. . Disnea. . Ortopnea. . Alteración de la excursión torácica. . Falta de aliento. . Asunción de la posición de trípode. . Respiración con los labios fruncidos. . Prolongación de las fases espiratorias. . Aumento del diámetro anteroposterior. . Frecuencia respiratoria / minuto: <ul style="list-style-type: none"> - niños < 25 o > 60 - de 1 a 4 años < 20 o > 30 - de 5 a 14 años < 14 o > 25 - mayores de 14 años ≤ 11 o > 24 . Profundidad respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> - adultos VT: 500 ml en reposo. - niños VT: 6-8 ml / Kg. . Duración de la inspiración / espiración. . Disminución de la capacidad vital. 	<p>0403 Estado respiratorio: ventilación</p> <p>0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>0802 Estado de los signos vitales.</p> <p>1402 Control de la ansiedad.</p>	<p>3140 Manejo de las vías aéreas.</p> <p>3320 Oxigenoterapia.</p> <p>3350 Monitorización respiratoria</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad.</p>

NDE. 00051. Deterioro de la comunicación verbal

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> . Disminución de la circulación cerebral. . Diferencias culturales, . Barreras psicológicas (p. ej. falta de estímulos, psicosis). . Barreras físicas (traqueostomía, intubación). . Defectos anatómicos (p. ej. paladar hendido, alteración del sistema visual, neuromuscular, del sistema auditivo, del aparato de la fonación) . Tumor cerebral. . Diferencias relacionadas con la edad de desarrollo. . Efectos secundarios de la medicación. . Barreras ambientales. . Falta de personas significativas. . Alteración de las percepciones. . Falta de información. . Estrés. . Alteración de la autoestima o del autoconcepto. . Condiciones fisiológicas. . Alteración del sistema nervioso central. . Debilitamiento del sistema musculoesquelético. . Condiciones emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> . Negativa voluntaria a hablar. . Desorientación en las tres esferas: tiempo, espacio, personas. . Incapacidad para hablar el lenguaje dominante. . No hablar o no poder hablar. . Hablar o verbalizar con dificultad. . Hablar de forma inapropiada. . Dificultad para formar palabras o frases (p. ej. afonía, dislalia, disartria). . Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (p. ej. afasia, disfasia, apraxia, dislexia). . Tartamudeo. . Pronunciación poco clara. . Disnea. . Falta de contacto ocular o dificultad para prestar atención selectivamente. . Dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual. . Déficit visual total o parcial. . Dificultad o incapacidad para usar las expresiones faciales o corporales 	<p>0900 Capacidad cognitiva.</p> <p>0902 Capacidad de comunicación</p> <p>0903 Comunicación: capacidad expresiva.</p> <p>0904 Comunicación: capacidad receptiva.</p> <p>0907 Elaboración de la información.</p> <p>INTERVENCIONES</p> <p>4920 Escucha activa.</p> <p>4974 Fomento de la comunicación: déficit auditivo,</p> <p>4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla,</p> <p>5520 Facilitar el aprendizaje.</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad.</p> <p>8100 Derivación.</p>

NDE. 00132 Dolor agudo

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> . Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos). 	<ul style="list-style-type: none"> . Informe verbal o codificado. . Observación de evidencias. . Posición antiálgica para evitar el dolor. . Gestos de protección. . Conducta de defensa. . Máscara facial. . Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas). . Centrar la atención en si mismo. . Estrechamiento del foco de atención (alteración percepción tiempo, deterioro procesos pensamiento, reducción interacción con personas o entorno). . Conductas de distracción (camina sin rumbo, busca otras personas o actividades, actividades repetitivas). . Alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez). 	<p>1605 Control del dolor.</p> <p>2101 Dolor: efectos nocivos</p> <p>2102 Nivel del dolor.</p>	<p>1380 Aplicación de calor o frío.</p> <p>1400 Manejo del dolor.</p> <p>2210 Administración de analgésicos.</p> <p>2380 Manejo de la medicación</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento.</p> <p>6482 Manejo ambiental: confort.</p>

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">. Respuestas autónomas (diaforesis, cambios en la TA, respiración y pulso; dilatación pupilar).. Conducta expresiva (llanto, gemidos, agitación, vigilancia, irritabilidad, suspiros).. Cambios en el apetito y en la ingesta. | | |
|--|--|--|--|

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2003–2004. Madrid: Elsevier España, 2004.
2. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid: Elsevier España, 2004.
3. McCloskey JC, Bulechek, GM. NIC, clasificación de intervenciones en enfermería. Madrid: Elsevier España, 2004.
4. Gordon M. Diagnóstico Enfermero: proceso y aplicación. Madrid: Elsevier España, 1996.
5. Birn H, Winther JE. Tratamiento de los abscesos. Editorial Salvat. 2ª Edición.
6. Donado M. Infecciones bucales y maxilofaciales. En Cirugía Bucal Patología y Técnica. Editorial Masson 2ª Edición (1998)
7. Ellis E. 3rd, Tan Y. Assesment of internal orbital reconstruccions for pure blowont fractures: cranial bone grafts versus titanium mesh. J Oral Maxilocac Surg 2003, 61(4): 442–53.
8. Manso PN. Traumatismos de la cara. En Cirugía Plastica. Mc Carthy editor. Ed. Panamericana. Buenos Aires 1992, pp.1–268.
9. Martinez Gimeno C, Garcia Reija MF. Síndrome de disfunción temporomandibular. En: Tratado de Cirugía Oral y Máxilofacial. Navarro y cols. Eds. tran, Madrid 2004.
10. Peña Gómez, Enrique. Material de apoyo para la elaboración del plan de cuidados. (Versión 3.2) Granada Mayo 2004 / Mayo 2005. DEPÓSITO LEGAL.– GR. 912 / 2005.