

24.7



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA DE UN PACIENTE CON HERNIOPLASTIA
INGUINAL Y PERITONITIS SEPTICA**

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a

MARTHA CHAVEZ RODRIGUEZ



México, D. F.

1988



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 está 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.

I N D I C E

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	OBJETIVOS.....	3
3.	CAMPO DE INVESTIGACION.....	4
4.	METODOLOGIA.....	5
5.	MARCO TEORICO.....	6
	5.1. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO DIGESTIVO...	6
	5.2. CONCEPTO.....	44
	5.3. EPIDEMIOLOGIA.....	44
	5.4. ETIOLOGIA.....	47
	5.5. SINTOMATOLOGIA.....	47
	5.6. DIAGNOSTICO.....	48
	5.7. TRATAMIENTO.....	50
	5.8. COMPLICACIONES.....	53
6.	HISTORIA NATURAL DE HERNIA INGUINAL Y PERITONITIS - SEPTICA.....	65
7.	HISTORIA CLINICA.....	69
8.	D.X. ENFERMERIA.....	73
9.	PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	74
10.	CONCLUSIONES.....	123
11.	GLOSARIO DE TERMINOS.....	125
12.	BIBLIOGRAFIA.....	128
13.	ANEXO.....	132

I N T R O D U C C I O N

En el presente trabajo se presentan diferentes aspectos relacionados con el padecimiento elegido, que en este caso son hernia inguinal estrangulada y peritonitis séptica; se mencionan aspectos de anatomía y fisiología, diagnóstico y tratamiento, también se incluye un plan de acciones y un diagnóstico de enfermería. Lo cual sirve para evaluar la atención que se le brinda al paciente.

Al rededor del 15% de las hernias ocurren en la ingle (inguinal indirecta, directa y femoral). Las hernias por incisión y las ventrales comprenden aproximadamente el 10%, la femorales el 6%, las umbilicales el 3% y otras 3%. El tratamiento definitivo de la hernia es la reparación operatoria temprana.

La peritonitis sigue siendo una enfermedad grave - que constituye una temible complicación de todas las operaciones intra abdominales; a pesar de los más exactos conocimientos de fisiopatología que se poseen y de las consiguientes medidas terapéuticas de alto valor. Esta circunstancia - queda expresada en la mortalidad global que ocasiona la peritonitis séptica representada con un 10 al 20% la cual sigue

siendo relativamente alta.

Es de gran importancia tener el conocimiento de -
estos datos para así poder prevenir que se presenten compli-
caciones que ponen en peligro la vida del individuo y que -
incrementan la demanda de atención del segundo y tercer ni-
vel y por ende fomentar la atención del primer nivel.

O B J E T I V O S

- Obtener el título de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Detectar las necesidades específicas del paciente con Hernioplastia y peritonitis séptica.
- Proporcionar cuidados específicos a un paciente con Her--nioplastia Colostomía y peritonitinitis séptica.
- Evaluar la atención de Enfermería que se proporciona al - paciente.

CAMPO DE INVESTIGACION

El campo de estudio será el Hospital General de Cuautitlan, "General José Vicente Villada"; perteneciente - al ISEM, localizado en el pueblo de Cuautitlan de Romero Ru bio; Estado de México.

El paciente A.A.T., se encontraba hospitalizado - en el servicio de terapia intensiva; en la cama número I, - del mismo hospital.

M E T O D O L O G I A

- Selección de un paciente con Hernioplastia, colostomía y Peritonitis séptica.
- Elaboración de Historia clínica de enfermería
- Elaboración del esquema de investigación.
- Elaboración de fichas bibliográficas.
- Realización de fichas de trabajo.
- Consulta de expediente clínico
- Planeación de los cuidados específicos de enfermería
- Análisis de datos recabados.
- Informe y presentación de los resultados obtenidos.

MARCO TEORICO

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO DIGESTIVO

El aparato digestivo se ha dividido en dos grupos principales, de los cuales el primero es el tubo digestivo ó tracto gastrointestinal; tubo continuo que va desde la cavidad bucal hasta el ano, por toda la cavidad ventral del cuerpo. La longitud del tubo digestivo es un poco menor de nueve metros ya que sus paredes se encuentran en estado tónico; los organos que lo componen son: cavidad oral (boca), faringe, esófago, estómago, e intestino delgado y grueso.

El segundo grupo es el de los órganos accesorios: dientes, lengua, y glándulas orales (salivales); glándulas gástricas e intestinales, hígado y vesícula biliar; páncreas y apéndice vermiforme.

Es importante conocer las fases de la digestión, ya que la mayor parte de los alimentos que consumimos son demasiados grandes para atravesar las membranas plásmáticas de las células, por lo tanto debe llevarse a cabo la digestión.

El sistema digestivo prepara a los alimentos para su consumo por parte de las células, mediante cinco actividades básicas que son:

- 1.- Ingestión, que es la introducción de alimentos en el organismo.
- 2.- Peristalsis (peristaltismo) que es el movimiento de los alimentos a lo largo del tubo digestivo.
- 3.- Digestión en sus aspectos mecánico y químico: Químico, consiste en un conjunto de reacciones catábolicas mediante las cuales se degradan las grandes moléculas de carbohidratos, lípidos, y proteínas de los alimentos que se consumen, y quedan reducidos a moléculas utilizables por parte de las células del organismo. Mecánico, se refiere a los diversos movimientos que facilitan la fase de este proceso como son: los alimentos deben ser masticados por dientes, después son deglutidos, en seguida las fibras del músculo no estriado del estómago y del intestino delgado revuelven los alimentos, de tal forma que se mezclan con --

las enzimas que catalizan las reacciones correspondientes.

4.- Absorción, que es el paso de los alimentos digeridos presentes en el aparato digestivo, hacia los sistemas circulatorio y linfático, para su distribución a las células.

5.- Defecación, es la eliminación o expulsión de las sustancias no digeribles por parte del organismo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Las paredes del tracto digestivo, y en especial desde el esófago hasta el canal anal; poseen básicamente las mismas capas de tejido; son cuatro túnicas o recubrimientos que dentro a afuera son:

- La túnica mucosa: es el recubrimiento interno del tubo digestivo, es una mucosa unida a una delgada capa de músculo visceral, y se compone a su vez de dos capas que son:

* Epitelio de recubrimiento que esta en contacto directo con el contenido del tubo. Está esta compuesta de células no que-

ratinizadas, estratificadas en la boca y el esofago, pero - una capa sencilla en el resto de las vías digestivas.

Las funciones del epitelio estratificado son las de protección y secreción, mientras que las de el epitelio simple son las de secreción y absorción. No obstante la ausencia de queratina permite que tenga lugar la absorción moderada de todo el conducto alimentario.

* Lámina propia que es un tejido subyacente de tejido conectivo liso que incluye muchos vasos sanguíneos y - linfáticos, y algunos nódulos linfáticos. Es una capa de -- sosten para el epitelio, al cual une con la lámina muscular de la mucosa además de procurar el aporte de linfa y sangre. La lámina propia también incluye epitelio glandular que secreta sustancias necesarias para la fase química de la digestión.

* Debajo de esta se encuentra la capa de músculo visceral, a la que se denominó lámina muscular de la mucosa, está compuesta por fibras de músculo visceral no estriado -- (liso), que en el intestino hacen que la mucosa forme pequeños pliegues, con lo que se incrementa el área para diges--- tión y absorción.

- La túnica submucosa es una capa de tejido conec-

tivo laxo que une a la túnica mucosa con la túnica muscular. Se trata de una capa muy vascularizada e incluye una porción del plexo submucoso (plexo de Meissner), que es una parte de la inervación autónoma de la lámina muscular de la mucosa.

- La túnica muscular de boca, faringe y esofago, - consiste en parte, en músculo esquelético mediante el cual - se lleva a cabo la deglución voluntaria. En el resto del con ducto está capa se compone de fibras de músculo no estriado que se encuentran dispuestas en dos hojas; un anillo interno de fibras circulares y una capa externa de fibras longitudinales. Las contracciones de las fibras del músculo no estria do facilitan la maceración de los alimentos, su mezcla con - las secreciones digestivas y su desplazamiento por el tubo - digestivo.

- La túnica serosa es la capa más externa del tubo digestivo es una membrana compuesta de tejido conectivo y -- epitelio, también se le denomina peritoneo. (1)

El peritoneo es una serosa que cubre las paredes -

(1) Tortora J. Gerard. et. at. PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA. - Edt. Harla S.A., Tercera edición, México 1984. p.p. 726 - 729

abdominopélvicas y envuelve a las vísceras contenidas en dicha cavidad. En su conjunto forma una cavidad cerrada en el hombre y abierta en la mujer, al nivel del éstium abdominal de la trompa úterina.

El peritoneo posee dos hojas, uno que tapiza las paredes abdominopélvicas o peritoneo parietal, y otra que tapiza las vísceras o peritoneo visceral; ambos se continúan sin interrupción alguna.

Formaciones peritoneales. El peritoneo, después de tapizar una porción del tubo digestivo, adosa sus hojas y las fija a la pared abdominopélvica. Formando así un repliegue llamado meso, al cual se agrega el nombre del órgano correspondiente; mesocolon, mesenterio.

Cuando estos repliegues parten de una víscera que no sea el tubo digestivo, pero que va a fijarse también a la pared abdominopélvica, reciben el nombre de ligamentos, ligamentos del ovario etc.

Cuando los repliegues peritoneales de una víscera van a otra víscera, donde se desdoblán para envolverla, reciben el nombre de epiplón, así tenemos el epiplón gastrocóli-

co, el gastrohepático, etc.

Para facilitar la comprensión del peritoneo se mencionará a partir del ombligo hacia abajo y luego hacia arriba, considerando separadamente el peritoneo que constituye la retrocavidad de los epiplones.

PERITONEO SUBUMBILICAL

A partir del ombligo, el peritoneo cubre la cara posterior de la pared anterior del abdomen, reviste en la línea media el uraco y a los lados los cordones de las arterias umbilical y epigástrica hasta alcanzar el arco femoral, continuándose por la fosa iliaca interna. Formando así las fosetas inguinales. Una interna situada entre el uraco y el cordón de la arterial umbilical; otra media, entre el cordón de la arteria umbilical y la arteria epigástrica y corresponde al orificio profundo del conducto inguinal.

El peritoneo subumbilical llega a la vejiga y cubre su vértice y sus caras laterales, así como su cara posterior. A los lados se continúa con el peritoneo de la fosa iliaca a la izquierda, con el de la Siliaca y a la derecha con el del ciego.

En la cara posterior de la vejiga, en el hombre, desciende hasta cubrir parte de las vesículas seminales y del conducto deferente, y se refleja hacia arriba para revestir la cara anterolateral del recto, formando el fondo de saco vesicorrectal o de Douglas. En la mujer, después de cubrir la cara posterior de la vejiga, se refleja para revestir la cara anterior del útero a partir del istmo, formando el fondo de saco vesicouterino; después pasa a la cara posterior a la cual reviste en su totalidad hasta alcanzar la parte superior de la cara anterior de la vagina. -- Aquí se refleja para cubrir la cara anterolateral del recto y forma el fondo de saco recto vaginal o de Douglas.

El peritoneo que ha cubierto al útero, aplica sus hojas al nivel de sus bordes y forma los repliegues transversales que caen a las paredes pélvicas, constituyendo los ligamentos anchos.

El peritoneo que cubre al recto asciende por la pared posterior del abdomen, reviste el colon iliopélvico, el cual forma un meso que se fija en la pared de la pélvis, donde cada una de sus hojas se continúa a derecha e izquierda con el peritoneo pélvico. Del lado derecho el peritoneo parietal encuentra al ciego y al colon ascendente y del la-

do izquierdo al colon descendente, al que cubre y origina un mesocolón y cuya hoja externa se continua con el peritoneo de las paredes lateral y anterior del abdomen; la hoja interna se dirige a la columna vertebral, donde va a reunirse y aplicarse para constituir el mesenterio.

El mesenterio, constituido por dos hojas peritoneales, sostiene al yeyunofleon y lo fija a la pared posterior del abdomen. Su borde fijo o adherente, oblicuamente dirigido de arriba a abajo y de izquierda a derecha, se extiende desde la segunda vertebra lumbar, al nivel del ángulo duodenoyeyunal, hasta la sínfisis sacroiliaca derecha -- que corresponde a la valvula ileocecal. Este borde posterior del mesenterio mide de 15 a 18 cm. de longitud, corresponde a la cuarta porción del duodeno, a la arteria mesentérica superior, a la aorta abdominal y a la vena cava inferior, así como a la vena y arteria iliacas primitivas derechas.

Las dos hojas constitutivas del mesenterio contienen en su interior los vasos sanguíneos, arteria y vena mesentérica superiores y linfáticos del yeyunofleon, y en su borde libre envuelven las asas intestinales, de manera que el borde anterior del mesenterio tiene una longitud igual al yeyunofleon.

La hoja derecha del mesentérico, al nivel del ciego, lo cubre y aun forma un mesociego; al pasar del intestino delgado al ciego, origina las fosetas cecales superior e inferior y forma al apéndice un repliegue mesoapéndice, que lo fija al ciego y al mesenterio, que más bien es un epiplón cecoapendicular.

La hoja izquierda del mesenterio, confundida con la hoja interna del mesocolon descendente y del mesocolon -- iliopélvico donde presenta en la parte más alta la foseta in tersigmoidea.

Las hojas peritoneales derecha e izquierda del mesenterio al nivel de la tercera vertebra lumbar, se dirigen confundidas hacia adelante y abajo para alcanzar el borde -- posterior del colon transversal. Envuelven a este por su cara inferior y parte de la anterior y se aplican a la hoja que cubre su cara superior para formar las hojas posteriores del epiplón mayor.

La hoja izquierda e inferior del mesenterio, al pasar del mesenterio al mesocolon, reviste la tercera y cuarta porción del duodeno donde forma las fosetas duodenales. --- Asiende después hasta la cara anterior del páncreas, cara an terior del riñón derecho y parte media de la cara anterior -

de la segunda porción del duodeno, puntos que marcan su reflexión para constituir la hoja inferior del mesocolon -- transverso.

PERITONEO SUPRAUMBILICAL

A partir del ombligo, encuentra el cordón fibroso de la vena umbilical, al que cubre, formando un repliegue - que constituye al ligamento suspensor del hígado. Este ligamento es de forma triangular y su base se extiende del om-- bligo al borde anterior del hígado; su vértice corresponde a la cara anterior de la vena cava inferior; al borde infe-- rior concavo, corresponde a la cara superior del hígado, y el superior convexo a la cara inferior del diafragma.

Las dos hojas de este repliegue peritoneal, al -- bordar el diafragma, se extiende a la derecha y a la iz--- quierda, cubren la cúpula diafragmática en toda su exten--- sión y se continúan por delante con el peritoneo de la pa-- red anterior del abdomen, y por atrás y a los lados van a - reflejarse para constituir la hoja superior de los ligamen-- tos coronarios y triangular.

Las mismas hojas del ligamento suspensor, cuando

alcanzan la cara superior del hígado, la revisten en toda su extensión y se continúan al nivel de su borde anterior con el peritoneo que cubre la cara inferior de este órgano. --- Atrás y a los lados, se prolongan hasta la pared abdominal -- correspondiente, luego se refleja hacia delante, hacia el -- borde posterior del hígado, constituyendo la hoja superior -- de los ligamentos coronario y triangulares.

El peritoneo de la cara inferior del hígado cubre sus lóbulos izquierdo y derecho y se continua a los lados -- hasta abordar la pared abdominal; forma la hoja inferior del ligamento triangular correspondiente y se prolonga con el pe ritoneo parietal. Hacia atrás, los límites de la cara infe-- rior se prolonga hasta la pared posterior del abdomen, for-- mando la hoja superior del ligamento coronario. Se refleja -- en seguida para continuarse con el peritoneo parietal poste-- rior que va a cubrir la cara anterior del riñón y de la cap-- sula suprarrenal derecha, la cara anterior de la segunda por-- ción del duodeno y la cara anterior de la vena cava inferior del lado derecho. Del lado izquierdo encuentra al esófago y va a continuarse con el peritoneo gástrico.

El peritoneo de la cara de la cara inferior del hí gado, cuando alcanza el surco transversal, adosa sus hojas y

forma el repliegue peritoneal que de allí se dirige a la pe-
queña curvatura del estómago constituyendo el epiplón gas--
 trohepático. Su borde superior corresponde al hígado y su -
 borde inferior se extiende del cardias al píloro, con borde
 libre y cóncavo hacia la derecha que contiene en su inte---
 rior la vena porta, la arteria hepática y el conducto colé-
 doco.

El epiplón gastrohepático, al abordar la pequeña
 curvatura del estómago, se desdobra en una hoja anterior --
 que cubre la cara anterior de ese órgano hasta su gran cur-
 vatura. Aquí se aplica a la hoja posterior procedente de la
 hoja posterior del epiplón gastrohepático y que ha cubierto
 la cara posterior del estómago hasta su gran curvatura. --
 Constituyen ambas el gran epiplón que va a dirigirse hacia
 el púbis.

A la izquierda, en la gran tuberosidad del estóma-
go, la hoja anterior del peritoneo gástrico se dirige hasta
 el hileo del bazo, formando la hoja anterior epiplón gas---
 trosplénico. Esta se prolonga con el peritoneo del bazo has
 ta alcanzar el borde posterior del hileo de este órgano don
 de se continúa con la hoja posterior del epiplón pancreati-
 cosplénico. Esta es de corta extensión y se continúa con el
 peritoneo parietal que cubre la cara anterior del riñón iz-

quierdo.

La hoja posterior del peritoneo gástrico, en la gran tuberosidad, se prolonga hacia el hileo del bazo, se aplica a la hoja anterior y forma el epiplón gastrosplénico que contiene los vasos cortos. Al llegar al hileo del bazo, se continúa con la hoja anterior del epiplón pancreaticosplénicos y con el peritoneo parietal que cubre la cara anterior del páncreas. El peritoneo que reviste la cara anterior del cardias y del esófago pasa de la gran curvatura al diafragma, constituyendo el ligamento frenogástrico.

RETROCAVIDAD DE LOS EPIPLONES.

Es un divertículo de la gran cavidad peritoneal, que se extiende desde el borde libre del epiplón menor hasta el hileo del bazo, pasando por detrás del estómago. El punto de comunicación de la trascavidad con la cavidad peritoneal, es el hiato de Winslow y tiene la forma de una estrecha hendidura vertical, su contenido es la vena porta, la arteria hepática está limitada en la parte anterior por el epiplón gastrohepático, hacia atrás por la vena cava inferior, hacia arriba por la primera porción del duodeno, revestidas estas últimas por el peritoneo.

El hiato de Winslow comunica con una porción del gran divertículo retrogástrico que recibe el nombre de vestíbulo de la retrocavidad de los epiplones. Se haya limitado por delante por el epiplón gastrohepático; por detrás, - por la pared posterior del abdomen, en una extensión comprendida entre la vena cava inferior y la arteria coronaria estomáquica; a la derecha por el hiato de Winslow, y a la izquierda por el foramen bursae omentalis.

El vestíbulo o atrium bursae omentalis de His se prolonga hacia arriba entre el hígado y el diafragma, teniendo como fondo el ligamento coronario. Sus caras anterior y posterior se ponen en contacto una con otra.

El foramen bursae omentalis se observa fácilmente abriendo el epiplón gastrohepático transversalmente y haciendo tracción hacia adelante de la primera curvatura del estómago. Aparece como un orificio más o menos circular, -- vuelto hacia arriba y a la derecha. Está limitado hacia delante por la mitad superior de la pequeña curvatura del estómago; hacia atrás y arriba, por el repliegue peritoneal de la arteria coronaria; hacia atrás y abajo, por el repliegue peritoneal de la arteria hepática, donde se forma el llamado ligamento duodenopancreático. El repliegue peritoneal -- postero superior que se extiende de la pequeña curvatura a

la cara anterior del páncreas, o mejor, del cardias al borde superior del páncreas, cerca de la línea, recibe el nombre de ligamento gastropancreático de Huschke y contiene en su interior la arteria coronaria estomáquica y su vena.

A la izquierda del foramen bursae omentalis, se encuentra la parte principal de la retrocavidad de los -- epiplones situada entre el estómago por detrás, con los órganos que se fijan a ella: páncreas, riñón, etc.

Esta porción de la retrocavidad epiplónica, se prolonga hacia la izquierda por detrás de la tuberosidad -- del estómago y por delante del hileo del bazo. Queda com--- prendida entre el epiplón gastropiléico y la cola del pán-- creas o el epiplón pancreaticosplénico, cuando existe.

Igualmente se prolonga hacia abajo hasta las cercanías del pubis, entre las dos hojas anteriores y las dos hojas posteriores que constituyen el epiplón mayor.

También presenta una prolongación derecha, que es el vestíbulo de la retrocavidad de los epiplones, la cual -- comunica con la gran cavidad peritoneal por medio del hiato de Winslow.

Epiplones.- Los epiplones contribuyen a formar por medio de su hoja posterior la retrocavidad epiplonica. Son tres: el - epiplón gastrocólico o epiplón mayor, el epiplón gastrohepático o epiplón menor y el epiplón gastroplénico.

Epiplón gastrocólico o epiplón mayor. Se extiende de la curvatura mayor del estómago al colon transversal. Es constituido por las dos hojas del peritoneo gástrico que, - al nivel de la gran curvatura, se aplican y descienden unidades hasta el pubis, donde se reflejan hacia atrás y hacia arriba.

Adosadas o fundidas más o menos íntimamente, se - prolongan hasta abordar el colon transversal, donde se desdoblan para envolver ese órgano hasta su borde posterior y -- luego se aplican nuevamente para constituir el mesocolon -- transversal.

El epiplón mayor tiene un borde superior que corresponde a la gran curvatura del estómago; un borde inferior convexo e irregular que flota por arriba del pubis y - desbordantes, a la derecha y a la izquierda, respectivamente.

Los bordes laterales del epiplón mayor, como el -

borde inferior, son cerrados y al nivel de ellos las hojas constitutivas del epiplón se continúan sin interrupción, de manera que en conjunto forman un gran fondo de saco peritoneal, donde se puede introducir la mano, pasándola primero entre el colon transversal y el estómago. Sin embargo, esta maniobra no se realiza siempre con facilidad, debido a la fusión que sufren las hojas entre sí o a la presencia de pe lotones de grasa más o menos abundante. La cara anterior -- del epiplón mayor se pone en relación con la pared anterior del abdomen y, la posterior, con las asas de intestino delgado.

Epiplón gastrohepático o epiplón menor. Es un repliegue peritoneal que se extiende de la curvatura menor del estómago al surco transversal de la cara inferior del hígado. De forma más o menos cuadrangular, se distinguen en él borde inferior, comprendido entre la primera porción del duodeno y el píloro, en una extensión de cuatro a cinco centímetros; un borde superior que corresponde al surco transversal del hígado, al conducto venoso, de dirección anteroposterior que se adoprolonga hasta el diafragma y al borde derecho del esófago.

El borde superior adopta una dirección muy irregular, siendo primero transversal al nivel del surco trans---

verso; anteroposterior, al nivel sucro venoso, y transversal en el diafragma y en el esófago, donde se continúa con el -- borde izquierdo que parte del esófago, pasando por el car--- días y la pequeña curvatura hasta el píloro. Un borde dere-- cho que limita por delante el hiato de Winslow y que contiene en su interior al conducto colédoco, y en su parte supe-- rior el cuello de la vesícula biliar. Este borde del epiplón menor se llama también ligamento hepaticoduodenal, y la porción más alta de su borde izquierdo o porción izquierda de -- su borde superior, recibe el nombre de ligamento frenoesofá-- gico.

Epiplón gastrosplénico. Es un repliegue peritoneal extendido de la tuberosidad mayor del estómago al hilio del bazo, de forma más o menos cuadrangular, con el borde infe-- rior que corresponde al estómago; un borde externo que co--- rresponde al bazo; un borde inferior que se continúa con el borde izquierdo del epiplón mayor, y un borde superior que -- se continúa con el ligamento gastrofrénico.

De las caras del epiplón gastrosplénico, una es anterior y se pone en relación con la cara interna del bazo y el estómago; la otra es posterior y limita la prolongación -- esplénica de la retrocavidad de los epiplones.

Este epiplón contiene en su interior los vasos cortos y se desprenden, como se dijo, de la tuberosidad mayor - del estómago.

Al llegar al hileo del bazo, la hoja anterior se - refleja para envolver totalmente a este órgano hasta alcan--zar la cara posterior de la cola de páncreas y la arteria esplénica.

Aquí va a formar la hoja posterior del epiplón pan-creaticosplénico, mientras la hoja posterior, al llegar al - hileo del bazo, se refleja a la derecha, formando la hoja anterior del epiplón pancreaticosplénico.

CONSTITUCION ANATOMICA

Vasos y nervios del peritoneo. El peritoneo está formado por una capa de células aplanadas, delgadas y transparentes, de naturaleza endotelial, que descansa en una capa de tejido conjuntivo y de fibras elásticas, con substancia amorfa, intercalada entre estos elementos constituti--vos del peritoneo. En conjunto se pone en relación por me--dio de un tejido celular flojo con los órganos que cubre.

El peritoneo recibe arterias en su hoja parietal procedentes de las arterias correspondientes a las paredes. Su hoja visceral recibe la sangre de las arterias correspondientes a las vísceras que cubre.

Las venas que nacen de las redes peritoneales, -- forman troncos satélites de las arterias correspondientes.

Los linfáticos se originan en una red superficial y en otra profunda. La primera está constituida por lagunas que comunican entre sí por conductos delgados y, ampliamente, con los ganglios correspondientes.

Los nervios siguen el trayecto de los vasos y terminan en ramificación muy delgadas con aduntamientos fusiformes.

De éstos parten múltiples fibras de trayecto flexuoso que terminan formando arcos, o bien, ensanchamientos. Estas terminaciones nerviosas han perdido su envoltura de mielina y forman ricos plexos, donde algunos autores han encontrado corpúsculos más o menos bien constituidos. (2)

(2) QUIROZ G. Fernando. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA. Tomo III; Edit. - Porrúa. S.A., Edición Décima séptima, México, D.F., 1977, p.p. - 342 - 353.

O R G A N O S

Cavidad oral (boca) está formada por los carrillos que son las paredes de esta cavidad, y son estructuras musculares cubiertas en su parte externa por piel y recubiertas - en la interna por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Las porciones anteriores de los carrillos terminan - en los labios superior e inferior, pliegues musculo membrano que rodean al orificio de la boca y están cubiertos en el exterior por la piel, y en el interior por mucosa. La zona de transición entre los dos tipos de tejido no está queratinizada.

La cara interna de cada labio está unida en la línea media a la encía por un pliegue de mucosa al que se denomina frenillo del labio, superior o inferior. Entre el tegumento externo y el recubrimiento interno se encuentra el músculo orbicular de la boca y una capa de tejido conectivo. -- Los carrillos y los labios ayudan durante la masticación y - participan en el habla.

El vestíbulo de la cavidad oral es el espacio situado entre los carrillos y los labios, por fuera, y las encías y los dientes, por dentro. La cavidad oral propiamente

dicha es la que se extiende por dentro del vestíbulo hasta las fauces, que es la abertura entre la cavidad bucal y la faringe.

Paladar duro es la porción anterior del techo de la boca esta formado por los maxilares superiores y los palatinos y están recubiertos por mucosa. El paladar blando es la porción posterior del techo de la boca, y es una estructura muscular en forma de arco, situada entre las porciones oral y nasal de la faringe, recubierta también por mucosa.

La úvula es una prolongación blanda de forma cónica que cuelga en la línea media del borde inferior del paladar blando. A los lados de está se observan dos pliegues musculares que se dirigen en sentido descendente hacia el borde lateral del paladar blando. Por delante, el arco palatogloso (pilar anterior del velo del paladar) se dirige en sentido inferior, lateral y anterior hacia el borde lateral de la base de la lengua. Por detras, el arco palatofaríngeo (pilar posterior del velo del paladar) se proyecta en dirección inferior, lateral y posterior hacia un lado de la faringe. Las amígdalas palatinas están situadas entre los arcos, y las linguales lo están en la base de la lengua, el borde posterior del paladar blando, la boca se comunica por

la porción nasal de la faringe através de las fauces.

Lengua y los músculos vinculados con ella forman el suelo de la cavidad bucal. Es un órgano compuesto de músculo esquelético recubierto por mucosa y se divide en mitades simétricas por un septo o tabique que se extiende a lo largo de toda la lengua y esta unido por debajo al hueso hioides. Cada mitad de la lengua consiste en conjuntos idénticos de músculos extrínsecos que son los que se originan fuera de la lengua pero se insertan en ella, e incluyen el hiogloso, el cendrogloso, el geniogloso, el estilogloso y el palatogloso. Efectúan el movimiento transversal de la lengua y participan en las actividades de masticación y deglución y mantienen a la lengua en su posición.

Los músculos intrínsecos se originan e insertan en la lengua y modifican el tamaño y la forma de la misma, para el habla y la deglución; estos músculos incluyen el longitudinal superior, el longitudinal inferior (linguales) el transverso de la lengua y el vertical de la lengua. El frenillo de la lengua es un pliege de mucosa en el plano medio de la cara inferior de la lengua, que limita el movimiento de la lengua en sentido posterior. Las caras superior y lateral de esta están cubiertas por papilas, prominencias de la lámina propia, recubiertas por epitelio; los elementos gustato-

rios yemas están contenidos en algunas de ellas. Las papilas filiformes son prolongaciones cónicas distribuidas en hileras paralelas sobre los dos tercios anteriores de la lengua, no incluyen calículos.

Las papilas fungiformes son eminencias en forma de hongo distribuidas entre las papilas filiformes y más numerosas cerca de la punta de la lengua, la mayor parte de ellas incluyen calículos gustatorios. Las papilas circunvalladas están dispuestas de modo que forman una V abierta hacia adelante en el tercio posterior de la lengua y todas ellas incluyen calículos gustatorios.

Glándulas salivales, la mucosa que reviste la cavidad oral incluye numerosas glándulas pequeñas, glándulas salivales menores, que secretan pequeñas cantidades de saliva.

Las glándulas salivales mayores su función principal es la de secretar saliva y vacían su contenido a la cavidad oral mediante conductos especiales y son tres:

Las glándulas parotídeas, se localizan por delante y debajo de las orejas, entre la piel y el músculo masticatorio, y vacían sus secreciones en el vestíbulo de la cavi-

dad bucal por medio del conducto parotídeo (o Stenon), el cual perfora el músculo buccinador para abrirse en el vestíbulo, a la altura del segundo molar superior.

Las glándulas submandibulares se localizan por debajo de la base de la lengua en el tercio posterior del suelo de la boca. Sus conductos de Wharton cursan en plan superficial la línea media del suelo de la boca y llegan a la cavidad bucal por detrás de los incisivos. Las glándulas sublinguales se localizan por delante de las submandibulares y se abren en el suelo de la boca.

D I E N T E S

Los dientes están alojados en cavidades denominadas alveolos, de la porción alveolar de la maxila y la mandíbula. Está esta cubierta por las encías, que se repliegan al rededor de cada diente y forman el surco gingival, mientras que los alveolos dentales lo están por el periódontio, que consiste en tejido conectivo fibroso denso que une a la raíz del diente con las paredes alveolares, de tal manera que fija a los dientes en su posición y actúa como un mecanismo para amortiguar los impactos derivados de la masticación.

Los dientes consisten en tres porciones principales que son: La corona del diente es la que sobresale de la encía; las raíces del diente son prolongaciones rodeadas -- por el alveolo, y el cuello es el ligero estrechamiento donde se inserta la encía, siendo la línea de unión entre la corona y la raíz.

El componente principal de los dientes es la dentina, que confiere al diente su rigidez y forma básica, y -- que rodea y delimita a una cavidad. La cavidad dental o cavidad pulpar es la cámara central de la corona de un diente y contiene la pulpa dental, tejido conectivo que incluye -- nervios y vasos sanguíneos y linfáticos. El canal de la -- raíz del diente (conducto radicular) es la porción estrecha de la cavidad dental que se extiende hasta el extremo inferior de la raíz en la existe el agujero del apice del diente (agujero apical) por el cual entran y salen los vasos -- sanguíneos, los vasos linfáticos y los nervios. La dentina de la corona está recubierta por esmalte constituido por -- fosfato y carbonato de calcio, es la substancia más dura -- del organismo y protege contra el desgaste por la masticación y constituye una barrera que impide el paso de substancias ácidas.

La dentina de la raíz está cubierta por el cemento, que une a la raíz con el periodontio.

Denticiones a los seis meses aparece la primera dentición que es la decidua formada por 20 dientes y a partir de los seis años estos dientes empiezan a desprenderse y aparecen los dientes permanentes los cuales son 32 dientes.

E S O F A G O

Es un tubo muscular susceptible de estrechamiento, situado por detrás de la tráquea. Su longitud varía de 23 a 25 cm se inicia en el extremo inferior de la faringe, atraviesa el mediastino por delante de la columna vertebral, -- perfora al diafragma con el hiato esofágico y termina en la porción superior del estómago.

La túnica mucosa del esófago consiste en epitelio escamoso estratificado y no queratinizado, lamina propia y muscular de la mucosa. La túnica submucosa incluye tejido conectivo y vasos sanguíneos. La túnica muscular del tercio superior del esófago está compuesta por fibras estriadas, -- la media y la inferior por fibras no estriadas; la capa externa del esófago recibe el nombre de túnica de adventicia,

ya que es una capa que no contiene membrana serosa.

El esófago secreta moco y transporta los alimentos hacia el estómago por medio de movimientos musculares especiales denominados peristaltismo.

El esófago se estrecha un poco justo por arriba del diafragma, lo cual a sido atribuido a la existencia de un esfínter fisiológico.

E S T O M A G O

Es la porción más amplia y dilatada del tubo digestivo, está situado por debajo del diafragma, en las regiones epigástrica e hipocondriaca del abdomen, la porción superior representa la continuación del esófago y la porción inferior termina en el duodeno, la posición y el tamaño del estómago varía continuamente incluso en el mismo individuo. El estómago se divide en cuatro áreas que son:

El cardias que está rodeado de las fibras inferiores del estrato circular del esófago, la porción redondeada situada por arriba y a la izquierda de la porción cardial es el fondo del estómago; la gran porción central comprende el cuerpo del estómago y la región inferior y más estrecha

es la región pilórica. El borde superior, medial y cóncavo es la curvatura menor y la curvatura mayor es el borde lateral y convexo. El píloro es el orificio que comunica al estómago con el duodeno y está provisto del músculo esfínter del píloro.

La pared estomacal se compone de las mismas cuatro capas básicas que el resto del tubo digestivo, con algunas modificaciones, la túnica mucosa presenta arrugas notables cuando el estómago está vacío, recibe el nombre de pliegues.

Las glándulas gástricas, están recubiertos por tres tipos de células que son:

Células zimogenas principales secretan la enzima más importante que es el pepsinógeno.

Células parietales son las productoras del ácido clorhídrico que activa al pepsinógeno.

Células mucosas secretan el moco y el factor intrínseco, el cual participa en la absorción de la vitamina B 12.

Estás secreciones gástricas reciben el nombre de -
jugo gastrico.

La túnica submucosa la posee tres capas de músculo -
no estriado, una longitudinal externa, otra media circular y
la otra oblicua interna, esto permite que el estómago se con-
traiga en diversas formas.

P A N C R E A S

Es una glándula acinotubular de consistencia blan-
da, de unos 2.5 cm de longitud y 2.5 cm de grosor. Está por
detrás de la curvatura mayor del estómago, se divide en:

Cabeza es la porción dilatada, el cuerpo de posi-
ción central y la cola, extremo terminal de forma cónica.

Está compuesto por pequeñas agrupaciones de célu-
las epiteliales glandulares y son:

Islotes del pancreas (Langerhans) porción endocri-
na y consiste en células alfa y beta que secretan glucagon e
insulina.

Acinos porción exocrina y sus células secretoras liberan el jugo pancreático.

Este jugo sale del páncreas por medio del conducto pancreático (Wirsung), que por lo general se une al conducto colédoco, y entra en el duodeno por la ampolla hepato pancreática (ampolla de Vater) y llega a la papila duodenal a unos diez cm. por debajo del píloro.

El conducto pancreático accesorio (de Santorini), se comunica con el duodeno, y llega a éste unos 2.5 cm. por arriba de la ampolla hepatopancreática.

H I G A D O

Pesa aproximadamente 1.4 kg. en el adulto, se localiza por debajo del diafragma y ocupa la mayor parte del hipocondrio derecho y una porción del epigástrico. Se divide en lóbulo derecho e izquierdo, separados por el ligamento --falciforme del hígado. El lóbulo derecho además de ser más grande presenta dos eminencias conocidas como lóbulos cuadrado y caudado, de situación anterior y posterior respectivamente, El ligamento redondo del hígado, es un cordón fibroso que representa los restos de la vena umbilical del feto.

Los lóbulos consisten en numerosas unidades funcionales llamadas lobulillos y éstos a su vez por cordones de - hepatocitos dispuestos en forma radial al rededor de una vena central. Los sinusoides son conductos recubiertos por endotelio por los cuales circula la sangre, también están recubiertos parcialmente por células fagocíticas (células de Kupffer) a las cuales se les atribuyen la desintegración de las bacterias y los glóbulos blancos y rojos destruidos.

La arteria hepática aporta sangre oxigenada y de la vena porta recibe sangre desoxigenada que incluye los nutrientes recién absorbidos.

La bilis es sintetizada por las células hepáticas, en los conductos bilíferos y pasa a los conductillos biliares, que desembocan en pequeños conductos que al unirse forman los conductos hepático derecho e izquierdo. (o biliares). Los cuales se unen y salen del hígado formando el conducto hepático común, y este último se fusiona con el conducto cístico proveniente de la vesícula biliar, formando el conducto colédoco; desemboca en el duodeno al nivel de la ampolla hepatopancreática.

El hígado sintetiza el anticuagulante heparina y otras proteínas plasmáticas, almacena glucógeno, cobre, hie-

rro y vitaminas A, D, E, y K; sintetiza la bilis, que utiliza el intestino delgado para aumentar la solubilidad y absorción de lípidos.

VESICULA BILIAR

Es un saco situado en la cara inferior del hígado, sus paredes internas consisten en una mucosa dispuestas en arrugas que semejan a las gástricas, éstas permiten la expansión de la vesícula cuando se llena de bilis. La capa muscular o media de la pared consiste en fibras del músculo no es triado, cuya contracción provocada por estimulación hormonal, expulsa la bilis hacia el conducto cístico.

INTESTINO DELGADO

Se inicia al nivel del píloro, serpentea por las partes central e inferior de la cavidad abdominal, y finalmente se continua con el intestino grueso. Mide en promedio 2.5 cm. y unos 6.35 m. de longitud.

El intestino delgado se divide en tres segmentos que son:

El duodeno es la porción más amplia, se inicia al

nivel del pfloro y alcanza una lóngitud de 25 cm., se continúa con el yeyuno, de unos 2.5 m. y se comunica con el ileon porción final y mide unos 3.6 m. y se une al intestino grueso al nivel de la valva ileocecal.

Su pared está compuesta por cuatro tónicas que son:

La mucosa y submucosa presentan modificaciones que permiten al intestino delgado completar prácticamente los -- procesos de digestión y absorción. Incluye muchas depresiones recubiertas por epitelio glandular, a las que se conocen como glándulas intestinales (Lieberkühn), que secretan las -- enzimas intestinales. La submucosa incluye las glándulas duodenales (Brunner) que secretan moco alcalino.

El epitelio que recubre a la mucosa, es columnar -- simple, y algunas de sus células son caliciformes, por lo -- que secretan moco adicional. Las microvellosidades, son prominencias filiformes de la membrana plásmatica, incrementan el área superficial de la misma: miden de 0.5 a 1 mm. de altura y están constituida por un núcleo de lámina propia que es la capa del tejido conectivo de la mucosa en la cual se encuentran incluidos una arteriola, una vénula, una red de -- capilares y un vaso central línfatico. El área de absorción se incrementa por un conjunto deprominencias denominadas --

pliegues circulares, son dobleces permanentes y profundos - de la mucosa y submucosa. La túnica muscular consiste en -- dos capas de músculo no estriado; la externa, más delgada - está compuesta por fibras longitudinales; mientras que las fibras de la interna son circulares.

Las paredes del intestino delgado poseen abundante tejido de linfoide. Los nódulos o folículos linfáticos - son agrupamientos de células linfáticas más numerosas en la parte terminal del ileón; lo mismo ocurre con los nódulos - o folículos linfoideos agregados (placas de Peyer).

INTESTINO GRUESO

Las funciones globales del intestino grueso son - las de completar la absorción, sintetizar algunas vitaminas y formar y expulsar las heces.

Tiene una longitud aproximada de 1.5 m. y su diámetro es de 6.5 cm.; se extiende desde el fleon hasta el -- ano se divide en cuatro porciones principales, la abertura - que comunica al fleon con el intestino grueso está guardada por un pliegue de mucosa denominada valva ileocecal, (Bahuín, Varolio), estructura que regula el paso de materiales desde el intestino delgado al grueso.

En plano inferior a la válvula está el ciego, fondo de saco que tiene unos 6 cm. de longitud y representa la primera porción del intestino grueso. El ápndice vermiforme es un tubo en forma de gusano que mide unos 8 cm. de longitud.

El extremo abierto del ciego se une con un tubo - de gran longitud el colon mismo que se divide en:

Colon ascendente se dirige hacia arriba en el lado derecho del abdomen hasta llegar a la cara inferior del hígado. Punto en el que gira bruscamente a la izquierda y - representa la flexura cólica derecha (héptica). El colon - transversal se extiende de uno a otro lado del abdomen está la flexura cólica izquierda (esplénica), situado en el extremo inferior del bazo, que es el punto en donde se inicia el colon descendente, que se continua en sentido caudal hasta el nivel de la cresta iliaca. (3)

Colon pélvico, se halla comprendido entre el borde interno del pазas izquierdo y el cuerpo de la tercera --

(3) TORTORA J. Gerard; Op. Cit. p.p. 729 - 769.

vertebra sacra; presenta dos cintas longitudinales, una anterior y la otra posterior, que van desapareciendo a medida que se aproxima al recto.

Su dirección es hacia abajo y adentro hasta alcanzar el piso de la pelvis o los órganos contenidos en ella; aquí se acoda a la derecha y hacia arriba para alcanzar la pared derecha de la pelvis; se dobla entonces hacia atrás, abajo y a la izquierda para alcanzar la cara anterior de la tercera vertebra sacra, donde se continua con el recto. (4)

El recto que constituye los 20 últimos cm. de tubo digestivo ocupa un plano anterior al sacro y el cóccix, y se da el nombre de canal anal, a sus 2 o 3 cm. terminales. La mucosa del canal anal está dispuesta en pliegues longitudinales o columnas anales, que incluyen una red de arterias y venas. La abertura del canal anal al exterior es el ano, guardado por un esfínter interno de músculo no estriado y otro externo de músculo esquelético. En condiciones normales el ano está cerrado; este apto cuando tiene lugar la expulsión de los desechos de la digestión. (5)

(4) QUIROZ G. Fernando; Op. Cit. p.p. 170 - 171.

(5) TORTORA J. Gerard; Op. Cit. p.p. 769.

HERNIA INGUINAL.

EPIDEMIOLOGIA:

Al rededor del 75% de las hernias ocurren en la ingle (inguinal directa, indirecta y femoral). Las hernias por incisión y las ventrales comprenden aproximadamente el 10%, las femorales el 6%, las ubilicales el 3%, y otras aproximadamente el 3%.

El tratamiento definitivo de la hernia es la reparación operatoria temprana. (6)

Las hernias inguinales son las que aparecen con -- más frecuencia y atacan de preferencia a los varones; las mu jeres suelen sufrir en mayor proporción hernia umbilical y - crural.

C O N C E P T O :

El término hernia puede ser empleado en relación - con la protusión de cualquier órgano de la cavidad en que es-

(6) DUNPHY J. Englebert; et. at. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO. 2a. Edición. Edt. Manual Moderno; México D.F. p.p. 766.

tá normalmente. (7)

Se clasifican en:

- Internas, se incluye a la hernia diafragmatica, a las hernias adquiridas provocadas por adherencias y a las hernias congénitas del agujero de Winslow y espacios produo denales.

- Externas, constituye una procidencia anormal de tejidos intraabdominales, a través de un defecto congenito ó adquirido en la pared abdominal. (8)

- Hernia inguinal indirecta pasa através del anillo inguinal interno y desciende a lo largo del conducto inguinal con el cordón espermático. Es debido a la falla en la fusión del proceso del peritoneo vaginal después de que los testiculos han descendido al interior del escroto.

- Hernia inguinal directa hace procidencia a tra-

(7) SIMITH Germain, ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA. 4a. Edición. Edt. Interamericana; México, D.F. p.p. 678.

(8) SCHROCK R. Theodore, MANUAL DE CIRUGIA, 4a. Edición; Edt. Manual Moderno México, D.F. p.p. 446.

vés de la zona de Hesselbach, lateral al borde del músculo - recto e inferomedial a los vasos epigástricos inferiores, -- ocurre habitualmente como una protuberancia difusa debido a una debilidad de la aponeurosis del transverso que comprende el piso del conducto inguinal. (9)

T I P O S :

- Reducible: es cuando el contenido del saco herniario regresa al abdomen de manera espontánea o con presión manual.

- Encarcelada ó irreducible: es cuando el contenido del saco herniario no puede regresarse al abdomen con pre si ón manual.

- Estrangulada: la vascularización sanguínea del - contenido del saco se encuentra comprometida.

- Hernia de Richter: es la parte de la circunferencia de un asa intestinal que se encarcela en un saco herniario. (10)

(9) DUNPHY J. Englebert; Op. Cit. p.p. 768

(10) SCHROCK R. Theodore, Op. Cit. p.p. 447.

ETIOLOGIA :

Gran número de hernias dependen de defectos congénitos, incluidas las que aparecen después de la niñez. La hernia puede surgir en la infancia ó hacerlo en el principio de la edad adulta, en respuesta al aumento de la presión intraabdominal como la que ocurre al levantar objetos pesados, tos crónica, estornudar, pujo para defecar, cambios bioquímicos y físicos durante el embarazo.

La obesidad y el debilitamiento de los músculos -- pueden hacer que aparezca hernia en la mitad de la vida. (11)

SINTOMATOLOGIA:

Las hernias no causan síntomas, excepto la aparición de un tumor en el abdomen cuando el paciente tose, se pone de pie o levanta algún objeto pesado.

El enfermo nota una masa o hinchazón sobre la ingle y se queja de una sensación de arrastre; en las hernias inguinales indirectas habrá radiación hacia el escroto, a -

(11) SMITH Germain. Op. Cit. p.p. 878

medida que la hernia se agranda produce mayor sensación de malestar y dolor.

Signos: una manifestación típica de una hernia es la hinchazón y una masa irreducible o reducible. Y la persistencia de la protusión del órgano de la cavidad abdominal.⁽¹²⁾

D I A G N O S T I C O :

Se realiza por exploración física.

La hernia directa rara vez puede disecar su camino a través de los planos aponeuróticos. La hernia directa aparece como una hinchazón simétrica en el anillo inguinal externo en posición de pie y desaparece en posición de decubito dorsal.

La pared posterior del conducto inguinal se relaja o está ausente en las hernias directas; cuando el paciente tose o puja la hernia directa hace prociencia hacia el dedo examinador, una hernia directa hará prociencia a través del triángulo de HESSELBACH.

(12) DUNPHY J. Englebert, Op. Cit. p.p. 769

Una hernia que desciende en el interior del escroto es casi ciertamente una hernia indirecta, está aparece como una hinchazón elíptica que desciende por el conducto. Puede reducirse o no con facilidad, se debe examinar al paciente en posición de decubito supina y en posición erecta; invaginando el escroto y localizando el tubérculo púbico se identifica con facilidad los puntos anatómicos de referencia y el anillo inguinal externo; la pared posterior del conducto inguinal está firme.

La hernia indirecta desciende a lo largo del conducto inguinal contra la cara lateral del dedo, a menos que esté este dirigido lateralmente y hacia arriba del conducto inguinal. La reducción de una hernia indirecta puede mantenerse por compresión externa sobre el anillo externo hasta que la presión se acabe.

En los niños la única evidencia de hernia puede ser el aumento del espesor del proceso vaginal que proporciona al tacto una sensación de seda que se desliza abajo del dedo examinador, a medida que rueda a través de la zona del tubérculo púbico (signo de la bolza deslizante). (13)

(13) DUNPHY J. Englebert. Op. Cit. P.p. 770.

TRATAMIENTO.

Las hernias pequeñas y asintomáticas no requieren tratamiento debido a que rara vez se estrangulan o se encarcelan.

Debido a la posibilidad de extragulación, una hernia encarcelada dolorosa ó hipersensible requiere generalmente operación de urgencia.

1.- Una hernia indirecta deberá ser aislada anatómicamente y disecada hasta su origen del peritoneo en cuyo punto es ligada.

2.- Si una hernia encarcelada se ha reducido espontáneamente se debe decidir si hay que explorar el abdomen para asegurarse que el intestino esté viable. Si hay líquido claro o sanguinolento en el saco de la hernia ó si hay signos clínicos de peritonitis o leucocitosis, debe explorarse el abdomen.

3.- La reparación quirúrgica de la hernia directa requiere juicio y experiencia ya que implica la reconstrucción de un piso inguinal atenuado usando los tejidos circunvecinos.

En la hernia inguinal directa, el saco por lo general no es abierto, en su lugar se invagina por abajo del plata

no de la aponeurosis del transverso.

4.- En los adultos obesos o en aquellos mayores de 45 a 50 años de edad suele ser necesaria la reparación bilateral de la hernia inguinal indirecta como un solo procedimiento, ya que la mayor tensión en las reparaciones aumenta la recurrencia y la tasa de mortalidad.

En niños la reparación bilateral de la hernia es - el procedimiento de elección y le ahorra al niño una segunda anestesia. (15)

METODOS COMUNES DE REPARACION QUIRURGICA.

a) Ligadura alta del saco herniario; es el procedimiento de elección para lactantes y niños con una hernia indirecta.

Ocasionalmente puede necesitarse que un gran anillo interno tenga que estrecharse mediante puntos de sutura, pero sin lastimar el cordón espermático y el tendón conjunto.

(15) DUNPHY J. Englenbert. Op. Cit. I. p.p. 770, 771, 776

b) Reparación de Bassini, se abre el saco de la -- hernia indirecta se explora y se liga, se refuerza el piso -- inguinal mediante puntos de sutura de la aponeurosis del -- transverso al ligamento inguinal atras del cordón espermático. Los casos de las hernias directas por lo general no se -- habren, sino que se imbrincan. Este método es popular para -- las hernias indirectas en los adultos.

c) Reparación de Halstead, es semejante a la de Ba ssini, pero también se sutura la aponeurosis del obliquo externo al ligamento inguinal, atras del cordón colocando el -- mismo en el tejido subcutáneo. Algunos cirujanos prefieren -- este método para la reparación de las hernias directas.

d) Reparación de Mc. Vay ó Lothaisen; se sutura -- la aponeurosis del transverso al ligamento de Cooper atrás -- del cordón después de la ligadura de cualquier saco de her-- nia indirecta. Esta operación es a menudo usada para las -- hernias directas y femorales.

e) Reparación de Shouldice; se divide la aponeurosis del transverso longitudinalmente y los dos colgajos se -- imbrincan al ligamento inguinal. Las suturas del músculo o-- blicuo refuerza la reparación. Está técnica es aplicable a -- las hernias directas e indirectas.

PRONOSTICO :

La cicatrización promovida por la evitación de la carga de objetos pesados ó el pujar. los trabajadores manuales no deben regresar al trabajo si no hasta 4-6 semanas después; las personas con trabajo sedentario pueden regresar a trabajar algunos días después de la operación.

La hernia inguinal directa recurre en 2-3% de los enfermos; las hernias indirectas recurren en hasta el 10% de los enfermos la reparación de una hernia recurrente va seguida por otra recurrencia en 10-20% de los enfermos.

COMPLICACIONES ;

1) Encarcelamiento.- no implica la obstrucción ni el estrangulamiento intestinal en si no es una complicación.

2) Obstrucción del intestino en el saco herniario tiene las características clínicas de cualquier otra forma de obstrucción del intestino delgado ó del colon. El estrangulamiento constituye un riesgo con el intestino obstruido - pero no está necesariamente presente.

3) Estrangulación provoca signos y síntomas de obs
trucción intestinal si la víscera estrangulada es intestinal,
también puede estrangularse el epipión. Puede haber eritema,
adema y dolor sobre la hernia; pero a menudo los hallezgos -
abdominales enmascaran las manifestaciones inguinales en es-
pecial en los enfermos obesos. (16)

(16) SCHROCK R. Theodore. Op. Cit. 3. p.p. 447. 449.

P E R I T O N I T I S

EPIDEMIOLOGIA:

Actualmente la peritonitis sigue siendo una enfermedad grave que constituye una temible complicación de todas las operaciones intrabdominales; apesár de los más exactos conocimientos de fisiopatología que se poseen y de las consiguientes medidas terapéuticas de alto valor. Estas circunstancias quedan expresadas en la mortalidad global de la peritonitis que con un 10 a 20% sigue siendo relativamente alta. (17)

Antes de la introducción de los antibióticos la peritonitis ocurría con relativa frecuencia en adultos y niños saludables.

C O N C E P T O :

La peritonitis es la inflamación del peritoneo, -- una capa endotelial delgada, con una rica vascularización.(18)

(17) LAWIN Peter. CUIDADOS INTENSIVOS. 2a. Edición. Edt. Salvat. Editores, p.p.

(18) DUNPHY J. Englenbert. Op. Cit. I. p.p. 1341.

Es un proceso inflamatorio que puede ser localizado o generalizado y puede presentarse en forma aguda o crónica.

La peritonitis es la complicación más importante de una gran variedad de alteraciones abdominales y se clasifica en:

Peritonitis primaria: es la resultante de la contaminación por vía hematógica de la cavidad peritoneal.

Peritonitis secundaria: sigue a la infección aguda o a la perforación del sistema genitourinario y digestivo es más común que la forma primaria. (19)

ETIOLOGIA :

La peritonitis puede deberse a la entrada de bacterias en la cavidad peritoneal por una perforación en el aparato gastrointestinal o a consecuencia de una herida externa penetrante. Puede ser secundaria o graves reacciones químicas por la liberación de enzimas pancreáticas, jugo digestivos de la parte alta del aparato gastrointestinal.

(19) SCHROCK R. Theodore, Op. Cit. 3. p.p. 350.

Las causas más frecuentes de peritonitis bacteriana son:

- 1) Apendicitis.
- 2) Perforación por diverticulitis.
- 3) Úlcera péptica.
- 4) Gangrena de la vesícula.
- 5) Obstrucción gangrenosa del intestino delgado.
- 6) Adherencias en bandas.
- 7) Hernia encarcelada o vólvulo.

Cualquier lesión que permita el escape de las bacterias intestinales puede ser una fuente. (20)

SINTOMATOLOGIA:

Síntomas: generalmente se observa malestar general, postración, distensión, náuseas, vómito, imposibilidad de expulsar heces o gases. leucocitos (mayor de 20 000 células - mm^3 , desequilibrio electrolítico, hipotensión, taquicardia, sed y oliguria. (21)

Signos:

- Fiebre séptica mayor de 38 grados centígrados.

(20) HARRISON Thor. MEDICINA INTERNA Tomo II. 5a. Edición. Edt. La Prensa Médica Méx., México, 1983. p.p. 1869.

(21) HARRISON, Thor. Op. Cit. 15 p.p. 1869.

- Dolor abdominal timpánico ó con dolor de rebote, la localización de éste depende de la causa subyacente y de si la inflamación es localizada o generalizada.

- Rígidez muscular, los músculos se encuentran es pásticos cuando la peritonitis es generalizada; se instala - rígeidez en toda la pared abdominal (rígidez de madera de ab domen).

- Ileo paralítico, se inhibe notablemente la moti- lidad intestinal, y el peristaltismo varía de disminuido a ausente; la dilatación es más generalizada que localizada.

- Distención abdominal progresiva.

- Acumulación de secreciones gastrointestinales y gas del cual el 70% es aire deglutido. (22)

DIAGNOSTICO:

Se realiza exploración física.

Se solicitan estudios de laboratorio como son:

(22) KRUP A. Markus, DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. 19a. Edición. Edt. Manual Moderno, México, D.F. p.p. 419.

Biometría hemática (BHO para la determinación de electrolitos.

Química sanguínea (QS)

Gasometría para la determinación del PO₂ y Del -- PCO₂.

Se solicitan estudios radiológicos, RX de abdomen.

Punción abdominal (Paracentesis) obtención de líquido ascítico para cultivo y examen citológico.

TRATAMIENTO:

Los objetivos del tratamiento son:

- 1) Controlar la infección.
- 2) Disminuir al mínimo los efectos del íleo paralítico.
- 3) Corregir los trastornos de líquidos, electrolitos y nutricionales. (23)

En la peritonitis primaria, si se establece el -

(23) KRUP. A. Marcus. Op. Cit. 17 p.p. 419. .

diagnóstico mediante hallazgos clínicos y paracentesis abdominal; la antibioticoterapia constituye el tratamiento de elección, en ocasiones puede ser necesario una laparotomía exploratoria.

En la peritonitis secundaria temprana el tratamiento consiste en la extirpación de la causa mediante el procedimiento quirúrgico, combinado con la antibioticoterapia.

La peritonitis avanzada y ya establecida requiere también procedimientos quirúrgicos para su control.

Medidas generales:

- Reposo semifowler.
- Iniciar succión nasogastrica
- Suprimir ingestión de alimentos.
- Terapéutica con soluciones, líquidos y electrolitos.
- Tratamiento con antibioticos.
- Transfusiones sanguíneas, según sea necesario para controlar la anemia.

Tratamiento preoperatorio:

Se requiere un período de preparación preoperatorio. Tan pronto como la circulación, está estabilizada y se ha establecido un intercambio respiratorio razonable, deberá practicarse el tratamiento quirúrgico.

1.- Líquidos se inician desde que llega el paciente a la sala de urgencias, se inician con soluciones balanceadas o con inyecciones de Ringel - Lactato. El potasio se restringe hasta que este establecido un gasto urinario adecuado. El ajuste final de la administración de electrólitos se realiza en base a los datos de laboratorio.

2.- Gasto urinario, en la peritonitis inicial o algo avanzada se evita el cateterismo vesical; para descartar una puerta de entrada a las bacterias.

En la peritonitis avanzada con choque o insuficiencia renal ó circulatoria, se recomienda un cateter a permanencia para llevar un control del gasto urinario y valorar los requerimientos de líquidos.

3.- Presión Venosa Central debe vigilarse en todos

los enfermos graves que estan amenasados de insuficiencia renal o circulatoria, aunque estan amenasados de insuficiencia renal o circulatoria, aunque no constituya por si sola un indice confiable de volemia ni de la función cardiaca.

4.- Analgésicos, los narcóticos y sedantes deberán ser administrados según se necesiten para el dolor.

La sedación inicial con morfina 10 y 5 mg., debera evitarse la administración repetida en el preoperatorio. Si el paciente tiene dolor intolerable y está chocado se administrará por vía intravenosa, en dosis pequeñas repitiendose según sea necesario.

5.- Antibióticos, constituye el pilar del tratamiento y deberá iniciarse lo antes posible. Combinando un agente efectivo contra los germen es coliformes con uno activo contra los aneirobios.

6.- Oxígeno, la peritonitis impone notorios aumentos en las demandas metabólicas las cuales se acompañan por demandas proporicionalmente elevadas, de ventilación oxigenación. "Insuficiencia Respiratoria del gasto Elevado". Debido a la distención abdominal acentuada, la elevación de los

hemidiafragmas y quizá la insuficiencia pulmonar asociada - con el efisema, el paciente está incapacitado para enfren- - tarse a los requerimientos aumentados de oxígeno.

Es necesaria la determinación de los gases sanguí- - neos para determinar el grado de insuficiencia respiratoria.

La oxigenoterapia, ventilación asistida, en algu- - nos casos la traqueostomía pueden ser necesaria. La succión - nasogastrica puede no aliviar la distención lo suficiente - como para mejorar la capacidad vital; por lo cual la inter- - vención quirúrgica aliviara la distención y la descompre- - sión puede constituir parte esencial de un intercambio res- - piratorio.

Técnicas quirúrgicas:

Los procedimientos quirúrgicos están determinados - por la naturaleza de la causa primaria, pero existen varios - puntos adicionales en el tratamiento de la misma:

- Limpieza peritoneal.
- Descomposición intestinal.
- Irrigación de la cavidad peritoneal
- Desague de la cavidad peritoneal.

Tratamiento Post operatorio:

Se continuaran todas las medidas instituidas en el preoperatorio.

P R O N O S T I C O :

El pronóstico dependerá de la causa de la peritonitis.

La edad del paciente y la duración del padecimiento antes de la intervención quirúrgica son decisivos.

En el lactante y en el anciano la peritonitis tiene un pronóstico muy grave.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones principales son:

- Choque.
- Insuficiencia respiratoria con gasto alto.
- Necrosis tubular renal aguda.
- Insuficiencia Hepática.
- Abscesos Hepáticos.
- Pileflebitis.
- Formación de adherencias intraperitoneales. (24)

HISTORIA NATURAL DE HERNIA INGUINAL

HERNIA: ES LA PROTUSIÓN DE CUALQUIER ÓRGANO DE LA CAVIDAD EN QUE ESTÁ NORMALMENTE

AGENTE: DEFECTOS CONGENITOS

HUESPED: MAYOR PREDISPOSICIÓN EN VARONES
CUALQUIER EDAD
PREDOMINA EN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO

AMBIENTE: COSMOPOLITA O UNIVERSAL

HORIZONTE CLINICO

CAMBIOS TISULARES Y
ANATOMOPATOLÓGICOS

- VAINA DE MUSCULOS RECTOS MÁS DELGADA DE LO NORMAL.
- VARIACIONES CONGENITAS
- REDUCCIÓN DE SÍNTESIS DE COLÁGENO.

ESTÍMULO DESENCADENANTE

PERIODO PREPATOGENICO

PREVENCIÓN

PROMOCIÓN A LA SALUD

- EDUCACIÓN HIGIÉNICA
- EDUCACIÓN DIETÉTICA
- EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO
- SANEAMIENTO AMBIENTAL.

PRIMARIA

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

- CONTROL MÉDICO PERIÓDICO
- CHARLAS EDUCATIVAS DE HERNIAS INGUINALES
- TRATAMIENTO OPORTUNO DE LAS HERNIAS.

			MUERTE
	SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS	COMPLICACIONES	
SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - MASA REDUCIBLE O IRREDUCIBLE - FORMA DE LA PROTUBERANCIA - PERSISTE Y CONTINUA LA PROTRUSION DEL ÓRGANO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL. - DISMINUCIÓN DEL RIEGO SANGUÍNEO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ENCARCELAMIENTO DE LA HERNIA - OBSTRUCCION INTESTINAL - EXTRANGULACIÓN DE LA HERNIA - PERITONITIS 	
<ul style="list-style-type: none"> - HINCHAZÓN - DOLOR. 			RECUPERACION.
PREVENCION	PERIODO SECUNDARIA	PATOGENICO PREVENCION	TERCIARIA
DX, PRECOZ	TX, OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
<ul style="list-style-type: none"> - HISTORIA CLÍNICA - EXPLORACIÓN FÍSICA - EXAMENES DE LABORATORIO BH, QS - EXAMENES DE GABINETE RAYOS X 	<ul style="list-style-type: none"> - REDUCCIÓN POR COMPRESIÓN - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO 	<ul style="list-style-type: none"> - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OPORTUNO. - CONTROL MÉDICO 	<ul style="list-style-type: none"> - REINTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD, EXTERNA. - ASISTENCIA ADECUADA A CONSULTA EXTERNA. - CHARLAS EDUCATIVAS - RESTABLECER EL EQUILIBRIO BIOSOCIAL. - ASESORÍA PSICOLÓGICA.

HISTORIA NATURAL DE PERITONITIS

PERITONITIS: ES LA INFLAMACION DEL PERITONEO

AGENTE:

- ENTRADA DE BACTERIAS A LA CAVIDAD PERITONEAL
- LIBERACION DE ENZIMAS PANCREATICAS
- LIBERACION DE JUGOS DIGESTIVOS.

HUESPED:

- SER HUMANO
- CUALQUIER SEXO
- CUALQUIER EDAD
- PREDOMINA EN EL NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO
- MAYOR FRECUENCIA EN
 - A) APENDICITIS
 - B) PERFORACION POR DIVERTICULITIS.
 - C) ULCERA PEPTICA
 - D) HERNIA INCARCELADA O VOLVULO
 - E) CUALQUIER LESION QUE PERMITA EL ESCAPE DE LAS BACTERIAS INTESTINALES A LA CAVIDAD PERITONEAL.

AMBIENTE: COSMOPOLITA O UNIVERSAL

HORIZONTE CLINICO

CAMBIOS TISULARES Y ANATOMOPATOLOGICOS

LEUCOCITOSIS MAYOR DE 20000 CELULAS POR MM³
 DISEMINACION DE BACTERIAS PROCEDENTES DEL
 INTESTINO EN LA CAVIDAD PERITONEAL.

ESTIMULO DESENCADENANTE.

PREVENCION PRIMARIA

PROMOCION A LA SALUD

- EDUCACION HIGIENICA
- EDUCACION DIETETICA
- EXAMEN MEDICO PERIODICO
- SANEAMIENTO AMBIENTAL

PROTECCION ESPECIFICA

- CHARLAS EDUCATIVAS DE PERITONITIS.
- TRATAMIENTO DE PADECIMIENTOS PREDISPONENTES COMO:
 - APENDICITIS AGUDA
 - HERNIA INCARCELADA
 - ULCERA GASTRICA
 - PERFORACION POR DIVERTICULITIS
 - OBSTRUCCION DEL INTESTINO DELGADO Y OTRAS.

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS		SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS	COMPLICACIONES	MUERTE
<ul style="list-style-type: none"> - MALESTAR GENERAL - POSTRACIÓN - DISTENCIÓN ABDOMINAL - VÓMITO - SED - OLIGURIA - DOLOR ABDOMINAL. 		<ul style="list-style-type: none"> - DISTENCIÓN ABDOMINAL - DIFICULTAD PARA EXFALSAR GASES. - HIPOTENCIÓN - TAQUICARDIA - RIGIDES MUSCULAR - PERISTALTISMO DISMINUIDO O AUSENTE. - ACUMULACION DE SECRECIONES GASTROINTESTINALES; - INFLAMACIÓN LOCALIZADA O GENERALIZADA. - RIGIDEZ DE LA PARED ABDOMINAL. - SEPSIS ABDOMINAL; 	<ul style="list-style-type: none"> - CHOQUE SEPTICO - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA - NECROSIS RENAL - INSUFICIENCIA HEPÁTICA - ABCESO HEPÁTICO - PILEFLEBITIS - ADHERENCIAS. 	<p>RECUPERACION</p>
PREVENCIÓN		SECUNDARIA	PREVENCIÓN	TERCIARIA
DX. PRECOZ		TX. OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
<ul style="list-style-type: none"> - HISTORIA CLÍNICA - EXPLORACIÓN FÍSICA - ESTUDIOS DE LABORATORIO - BH, QS - GASOMETRÍA - ESTUDIOS DE GABINETE - RAYOS X DE ABDOMEN - PARACENTESIS ABDOMINAL. 		<ul style="list-style-type: none"> - SUSPENDER INGESTA DE ALIMENTOS - REPOSO SEMIFOWLER - INICIAR SUCCIÓN NASOGÁSTRICA - TX. LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS - TX. ANTIBIÓTICO - TRANSFUNCIONES SANGUÍNEAS - TX. QUIRÚRGICO URGENTE - PREPARACIÓN PRE-TRANS Y POST OPERATORIA. 	<ul style="list-style-type: none"> - TX. QUIRÚRGICO - SEGUIR ESQUEMA ANTIBIÓTICO - CONTROL MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> - REINTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD, - ASISTENCIA ADECUADA A CONSULTA EXTERNA. - CHARLAS EDUCATIVAS, - RESTABLECER EL EQUILIBRIO BIOPSIICOSOCIAL, MEDIANTE ASESORÍA PSICOLÓGICA,

HISTORIA CLINICA

NONBRE: Aurelio Avila Tellez. **SEXO:** Masculino, **EDAD** 70 años.

SERVICIO: U.C.I. **ESTADO CIVIL:** Viudo.

ESCOLARIDAD: Analfabeta, **OCUPACION:** Campesino.

RELIGION; Católico, **NACIONALIDAD:** Mexicano.

LUGAR PROCEDENCIA: Estado de México.

DOMICILIO: Calle del Rosal No. 12, Barrio Trinidad. Sta. Mónica.

RESPONSABLE: Ma. Socorro Avila V.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Sin importancia para el padecimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS, Casa rentada, construida de tabique, con regular ventilación e iluminación; -- cuenta con dos habitaciones, cocina y baño; fosa séptica con agua intradomiciliaria; la basura la queman; si cuenta con - iluminación la colonia y calle de terracerfa, con vías de comunicación solo autobuses, sin ningun recurso para la salud. Baño completo en tina cada 8 días, y cambio de ropa, aseo de manos antes de comer, aseo bucal no se realiza.

ALIMENTACION: Desayuno 7:00 a.m. (leche, pan) Comida.- 2:00 p.p. (carne y pollo 1 vez por semana, verduras, leguminosas

y agua, cena 8:30 p.m. en ocasiones (NO ACOSTUMBRA CENAR).

Alimentos de preferencia y desagrado ó intolerancia no refiere ninguno.

ELIMINACION VESICAL.- De 5 a 6 veces, de características normales, sin ninguna molestia.

ELIMINACION INTESTINAL.- una vez al día sin ninguna alteración, de características normales.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS. No refiere ningún padecimiento.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.- Aparato respiratorio: presenta hipoventilación y estertores audibles.

Cardiovascular: sin compromiso.

Digestivo.- presenta herida gx, de 10 cm. longitudinal; secreción purulenta y fétida, distensión abdominal.

Urinario.- adema escrotal.

Musculo Esquelético.- no refiere ninguna alteración.

Nervioso.- refiere estar angustiado.

Aparato reproductor; sin compromiso.

EXP. FISICA.

HABITUS EXTERIOR.

SEXO.- MASCULINO.

EDAD.- 70 AÑOS.

TACIES.- DOLOROSA

BIOTIPO.- Endomesomorfica

ACTITUD.- Somática forzada semifaculter psicológica adaptado

MARCHA.- Marcha. claudicante artropático.

SIN MOVIMIENTOS ANORMALES.

Estado socioeconómico y cultural bajo.

I.Q. de 60 a 70.

PROCEDENCIA: Estado de México.

EXPLORACION:

A la exploración física se encuentra cráneo normocefalo sin depresiones ni exostosis, cabello bien implantado, corto canoso, conjuntivas normales, mucosas orales -- deshidratadas, cuello normal; con presencia de ruidos cardiacos, aparato pulmonar sin compromiso con respiraciones - por minuto; abdomen distendido con herida Qx de longitud, - distendido; secreción purulenta y fétida, dolor a la palpación.- genitales, con presencia de adema escrotal, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.

PAD. ACTUAL:

Inicia 6 meses, notando presencia de tumoración o masa en la región inguinal, con molestias al realizar esfuerzos por lo cual acude a esta Institución Hospital de Cuautitlan "Hospital General José Vicente Villada". El cual se programa para cirugía, realizándose esta y encontrándose una hernia extrangulada, resto de la cirugía, sin accidentes ni incidentes, en el post. operatorio mediado se desde su internamiento en U.C.I. debido a efectos colaterales de la anestesia, en donde dos días después presenta datos clínicos de peritonitis generalizada debido a una perforación de sigmoides y se interviene quirúrgicamente otra vez.

DX. Médico.

Hernia Inguinal.

Perforación sigmoides.

Peritonitis séptica.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente del sexo masculino, de edad aparente igual a la cronológica, ligeramente confuso, inquieto; proveniente de nivel socioeconómico bajo, pálido, diaforético, deshidratado, con hipertermia de 38°C, sonda nasogástrica a permanencia, drenando material fétido; con insuficiencia respiratoria y -- abundantes secreciones; con cateter subclavio izquierdo y derecho; con frecuencia cardiaca de 110 por minuto y extrasístoles ventriculares, monitorización continua; distensión abdominal, herida quirúrgica longitudinal de aproximadamente 10 cm. drenando secreción purulenta y fétida: colostomía izquierda, sonda saratoga en contra abertura en flanco izquierdo y derecho drenando pus; sonda vesical a permanencia, adema escrotal y de muslos.

PROBLEMAS REALES

Peritonitis séptica

PROBLEMAS POTENCIALES

Deficientes hábitos higiénicos-dietéticos.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACION AVILA TELLEZ AURELIO. DX. ENFERMERIA: Paciente del sexo masculino -
EDAD: 70 años, SEXO: masculino: ESTADO CIVIL: edad aparente igual a la cronológica, ligera-
viudo, nacionalidad mexicana, fecha de ingre- mente confuso, inquieto, proveniente de nivel
so 28-mayo-88; servicio U.C.I., cama número 1. socioeconómico bajo, pálido, diaforético, des-
hidratado, con hipertermia de 38° C; sonda na-
Dx. Médico: Hernia inguinal estrangulada sogastrica a permanencia drenando material fé-
- Perforación de sigmoides tico, con insuficiencia respiratoria y abun---
- Peritonitis séptica. dante secreciones, con catéter subclóvio iz---
- quierdo y derecho; con frecuencia cardiaca de
- 110Xminuto y extrasistoles ventriculares; moni-
torización continua; distensión abdominal; he-
OBJETIVO: rida quirúrgica longitudinal de aproximadamen-
Proporcionar cuidados específicos de te 10 cm, drenando secreción purulenta y fétii-
enfermería a un paciente con perito- da, colostomía izquierda, sonda saratoga en --
nitis séptica. centra abertura drenando pus, sonda vesical a
permanencia adema escrotal y de muslos.

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION DE LA MANIFESTACION	ACCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA ACCION DE ENFER.	EVALUACION DE LAS ACCIONES
	Confusión	Estado mental en	Vigilar el estado de	La conciencia es	Se logro detec-

Peritonitis
Septica

Inquietud

que el individuo debido a una -- grave obnubilación de la conciencia, sufre -- transtornos de -- la percepción es decir tiende a -- confundir hechos y personas. Puede deberse a intoxicación, envenamamiento, traumatismos craneanos o traumas psicológicos en este caso se debe a la hipertermia y a la acidosis metabólica.

La inquietud puede ser favorable ya que indica -- que el paciente puede estar recuperando la conciencia sin embargo la inquietud

conciencia

CAMBIO DE POSICION
C/2 HORAS.,

el estado de alerta general que se origina en la porción mesencefálica del cerebro en tanto que en la porción talámica provoca la conciencia estado de vigilia o el despertarse -- del sueño profundo. Los seres humanos experimentamos este último a diferentes niveles, como son alerta, -- atención, relajamiento, confusión, coma e inconciencia.

El cambio de posición a intervalos regulares, alivia las áreas de presión y ayuda a conservar los pulmones limpios, al movilizar las secre-

tar el estado de conciencia que -- el paciente presentaba el cual evoluciono de la confusión a la -- inquietud.

Se evito la aparición de úlceras por de cubito y se mejora -- la circulación -- de el paciente.

tud es muy común en la anoxia cerebral ó cuando hay obstrucción parcial de las vías aéreas, distensión abdominal, hemorragia, fractura,; puede ser una manifestación de lesión cerebral.

Vigilancia Estrecha.

Apoyo psicológico

Cama con Barandas.

ciones; también faece la circulación del organismo. La presión prolongada en las extremidades produce parálisis nerviosa, úlceras por presión y deformaciones óseas.

Es importante mantener vigilado al paciente para detectar oportunamente alteraciones en el organismo y brindarle protección.

Es importante el hablar con el paciente, pues de esta manera se le brinda confianza y seguridad.

La cama con barandas es necesaria para proporcionarle al paciente, seguridad y protección.

Se le brindo al paciente seguridad y se evito que se lastimará, así como también mantuvo en observación al paciente y se mantuvieron aseadas las cavidades oral y

Aseo de Cavidades

Bucal y de ojos

Se debe realizar la higiene de la boca con la frecuencia necesaria para conservar esta zona, limpia y húmeda. Se usará el dentrífico preferido del paciente ó se puede usar agua con un poco de sal, ó con peróxido de hidrógeno se procurará no usarlo por largo tiempo pues se puede dañar el esmalte; se humedecerán la boca y los labios, para protegerlos de la sequedad.

Se debe eliminar toda secreción de los ojos con la frecuencia necesaria y se realiza con torunda de algodón húmedas

de ojos

Flunitrazepam
i.v
C/ 6 hrs.
Dosis 2mg.

en agua estéril 6
solución salina y
se pasa la torun-
da desde el ángu-
lo interno del --
ojo hacia el exter-
no.

Es una benzodiazepina y como tal posee estructura química y características farmacológicas semejantes; sus efectos se originan sobre sus acciones en el Sistema Nervioso Central y producen sedación, disminución de la ansiedad, hipnosis, relajación muscular y tiene propiedades anticonvulsivas. Disminuye la T/A, el trabajo cardiaco y aumenta por vía refleja la frecuencia cardia-

Con la ministración de este medicamento se mantuvo bajo sedación lo cual disminuyo su inquietud.

ca. Las biotrans--
formaciones pare--
cen producirse --
principalmente en
el hígado y el me--
tabolito más impor--
tante que se elimi--
na por la orina es
el 7 amino y su vi--
da media aproxima--
da es de 20 hrs.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

<p>Diaforesis e hipertermia de 38°C</p>	<p>Diaforesis es la transpiración excesiva en este caso es debida a la Hipertermia. Hipertermia es la elevación de la temperatura por arriba de lo normal (37°) Los signos comunes de este estado son hiperemia de la piel, aumento del calor de la piel el tacto, inquietud y sed. La causa mas frecuente son las infecciones bacterianas y virales ó estados patológicos. No se conoce del todo el mecanismo de producción de la hipertermia pero se piensa que las protefnas extrañas (antígenos)</p>	<p>Registro de signos vitales por hora.</p>	<p>Los signos vitales -- son temperatura, pulso, respiraciones y tensión arterial. Todo cambio en las funciones corporales se reflejan en estos -- pues su mecanismo de regulación es muy sensible. La temperatura del -- cuerpo suele permanecer dentro de límites constantes, por un -- equilibrio entre la -- producción y la pérdida de calor, que es -- regulado por el hipotálamo. Se ha considerado que la temperatura corporal normal varía entre 36 a 38°C, con un promedio de -- 37°C. La temperatura corporal se registra con un termometro de mercurio el cual indica en grados centígrados la temperatura --</p>
---	--	---	---

afectan el hipotálamo y fijan el termostato en una temperatura más elevada. Y el aumento de la temperatura va a producir, pulso rápido (taquicardia) y respiraciones rápidas (taquipneas) Mas que un signo de patológico es un mecanismo de defensa del organismo que avisa que algo anda mal.

corporal. La temperatura del paciente oscila entre 37°C y 38°C . El pulso indica el número de veces en que el corazón late cada minuto. -- Las cifras normales de la frecuencia del pulso en el adulto son de 50 a 100 latidos por minuto. Muchos factores incluyen en el pulso como -- son edad, ejercicio, emociones, dolor, elevación de la temperatura corporal y diversas patologías. La frecuencia del pulso suele medirse por palpación y se emplea una arteria que este superficial y que se encuentra sobre una

superficie osea.

La respiración es el acto de inspi--rar y espirar aire. En circunstancias normales los adultos respiran unas 16 a 20 veces por minuto. El regis--tro de la respira--ción se realiza, -mediante la obser--vación; este tam--bien se modifica -con la hipertermia.

La tensión arte---rial es la fuerza que ejerce la san--gre contra la pa--red de las arterias. Es el resultado de los latidos cardia--cos y la resisten--cia que ofrecen los vasos sanguíneos a la sangre que es im--pulsada desde el co

razón. El punto máximo de presión en las arterias recibe el nombre de -- presión sistólica; y el punto mínimo es la presión diastólica. La presión arterial promedio en la edad adulta es de 120/80. Para medir la presión, se utiliza un baumanómetro de mercurio o de aire y un estetoscopio auricular.

CURVA TERMICA

La curva térmica ó curva de la temperatura, es el registro de está en forma gráfica y periódica. Es el método más práctico para observar y valorar las alteraciones en la temperatura corporal.

Con el registro de los signos vitales y la -- realización de la curva termica se pudieron valorar mejor -- las alteraciones que se pusieron a presentarse como hi--

Aplicación de Com
presas Frías y --
Bolsas de Hielo.

El afecto inmedia-
to de la aplica---
ción de frío es --
que los vasos san-
guíneos se contri-
ñen.

Con la aplicación
de las compresas -
frías y bolsas de
hielo se equilibra
la temperatura ya
que al ponerse en
contacto dos cuer-
por con temperatu-
ras opuestas tien-
den a equilibrarla.

DIPIRONA C/6 HRS.
1 gr. I.V.

Analgesico, antipi
retivo y antinfla
matorio. Es una --
sal soluble en --
agua. Es derivado
de las pirazonas
y al igual que es-
tas es semejante a
los solícilatos. -
No es ácido, se --
conjugua en menor -
grado con protef--

pertermia de --
38°C ó más, ta
quicardia del
15 x', así co-
mo hipoventila
ción ó altera-
ción de la T/A.

Se logro con--
trolar la hi--
pertermia con
esta acción.

La aplicación
del analgesico
agudo a dismi-
nuir, la hiper
termia aproxi-
madamente en -
1°C.

Palidez de --
Tagamentos.

Es el tono blan-
que sino más o -
menos extenso, -
acentuado y dura
dero de los tegu
mentos sobre to-
do al nivel de -
la cara. Es debi
do a una disminu
ción del flujo -
de sangre a la -
piel y se presen
ta con frecuen--
cia en casos de
fuerte irrita--
ción o susto emo
cional. Si es --
una palidez per
sistente puede -

Vigilas cifras de
hemoglobina.

Realiza
B. H. de control.

nas plasmáticas y
no es uricosurico.
No causa irrita--
ción gástrica y -
no produce las al
teraciones ácido
básicas de los sa
licilatos; causa
hipotensión como
efecto secundario.

Las cifras norma-
les son en los --
hombres 14-18 ---
g/100 ml (2.09 a
2.79 mmol/l2) en -
mujeres es de 12-
16 g/100 ml (1.86
-248 mmol/l2.) -
Hemoglobina serí-
ca 2-3 mg/100 ml.
Es el principal -
constituyente de
los glóbulos ro-
jos, hasta en un
95% de su masa ce
lular y permite
que realicen su -
función principal
que es la de trans

ser síntoma de enfermedad; y si -- ocurre despues de un grave trauma-- tismo puede signi-- ficar presencia -- de una hemorragia -- interna. También -- puede deberse a -- pérdida hématica -- importante lo que -- origina anemia. -- En este caso se -- debio a la pérdi-- da hématica por -- la perforación -- del sigmoides y -- las cirugfas rea-- lizadas.

portar oxígeno en-- tre los pulmones y -- los tejidos. Es im-- portante vigilar -- los valores de he-- moglobina para de-- tectar si se pre-- senta anemia. En -- el paciente se re-- gistro el nivel de -- hemoglobina en -- 9.9 g/ml.

Con la prácti-- ca de BH de -- control de de-- tecto anemia -- en el paciente.

Mucosas y piel secas. Desequilibrio Hidro-electrolítico.

El desequilibrio hidro-electrolítico, están muy relacionados ya que el agua en el organismo se encuentra en solución y el traslado del agua -- del espacio extracelular, al intercelular, o la pérdida de esta van acompañados del traslado ó perdidas de -- electrolitos. Normalmente hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua el cual se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada entre los diferentes espacios.

CONTROL DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS. MEDICION SERICA DE Na, K.

PERDIDAS INSENSIBLES C/HORA.

Es el control estricto de ingresos y egresos en el organismo para observar y detectar una ingesta excesiva ó déficiente de líquidos, ó bien una pérdida anormal de líquidos. Es importante para planear la asistencia del paciente.

La medición serica de Na y K. es de gran importancia para valorar el nivel de electrolitos -- que se encuentran en el organismo, - Los valores normales de Na son 136 a 145 meq (136-145 mmol/lit). los de K son 3.5 a 5 mEq/6t (3.6-5 mmol/lit). La pérdida insensible u obligatorias: son las pérdidas de

Se evaluo el - balancé de líquidos y los - parametros de los electrolitos.

Y de acuerdo a estas se modificaron las indicaciones terapéuticas.

Los electrolitos desempeñan un papel muy importante en los procesos metabólicos y deben mantenerse concentraciones adecuadas de electrolitos tanto intra, como extra celularmente para que el funcionamiento celular sea eficaz.

RESTITUCION DE LIQUIDOS.

agua que se realizan por los pulmones y la piel, se llevan a cabo diariamente sin importar otros factores se calculan las --perdidas insensibles, tomando en cuenta el peso corporal del paciente y la temperatura corporal, así como el tiempo.

El agua es el principal componente de todos los organismos vivos. Del 45 al 60%, del cuerpo del adulto esta constituida por agua, mientras que en el RN la cifra aumenta a 80% Un poco más de la mitad del agua corporal se encuentra localizado en el -

espacio celular y el resto esta en el espacio extracelular. En el adulto sano en promedio, hay aproximadamente 42 litros de agua, 23 de los cuales se encuentran en el espacio intracelular y 19 en el extracelular. Los ingresos y egresos diarios son de 2100-2900ml.

SOL. CLORURO DE SODIO. P/8 Hrs.

Es una solución isotónica, para infusión parenteral, es usada generalmente en síndromes asociados con pérdidas de sodio. acción diabética, pérdida de líquidos gastrointestinales, insuficiencia adreno cortical y quemaduras. Es la más importante para conservar

y restituir el líquido extracelular. Su concentración iónica es de Na 855 y Cl 855.

SOL. MIXTA.

P/12 Hrs.

Solución que ayuda a conservar ó restituir los depósitos de agua y electrolitos, restablecer el equilibrio ácido base, restituir el volumen sanguíneo. Es una solución isotónica equilibrada y contiene líquidos y electrolitos y algunas calorías; como Na. K, Mg, Cl, HCO₃ y gluconato.

SOLUCION

HARTMAN. P/12 Hrs.

Es una solución isotónica que tiene la misma presión osmótica externa, que la que se encuentra a través de la membrana se-

mipermeable dentro de la célula, proporciona líquidos y electrolitos Na. K. Cl, Ca. lactato. Ayuda a conservar y restituir -- los líquidos corporales contiene 18 a 22 mg, CaCl X. 2H2O, 27 a 33 mg de KCl, 570 a 630 mg NaCl; y 290 a 330 de lactato de sodio.

PLASMA FRESCO
I.V
300 ml
c/12 Hrs.

Es aquel que se ha se parado inmediatamente de la sangre fresca. Es una mezcla completa de agua con proteínas, sales inorgánicas, lípidos, glucosa, productos de desecho del metabolismo vitaminas, gases, enzimas, hormonas y anticuerpos. Con excepción de las proteínas todas estas sustancias pueden difundir libremente a través de las pa

redes de los capilares sanguíneos - hasta el líquido intersticial y de este a los vasos. La concentración sérica normal de proteínas totales en plasma son de 7.0 a 7.5g% y de albumina son de 3.5 a 5.5 g%. Se utiliza para restituir líquidos y factores de coagulación.

PAQUETE GLOBULAR
P/4 Hrs. 300 ml.
1. U
C/12 Hrs.

Son los eritrocitos superados de una unidad de sangre entera por centrifugación ó sedimentación; se elimina 80% del plasma dejando un hematocrito de 60 a 70%. Son el más útil de todos los componentes ya que proporciona la misma

capacidad de transporte de oxígeno - que la sangre entera se debe descongelar el paquete - globular, y colocarlo a la temperatura ambiente; verificar con la requisición si es el paciente señalado, vigilar en busca de signos de choque. Se le ministró al paciente debido a la pérdida de líquidos que presentaba.

1 AMPOLLETA CLORURO DE POTACIO - EN LAS SOLUCIONES PARENTERALES, DEPENDIENDO DIURESIS HORARIA.

Es uno de los principales cationes intracelulares. -- Las acciones fisiológicas del potasio están relacionadas con la concentración del catión en el líquido extra celular, aunque la concentra--

ción intracelular puede tener alguna influencia. De sepeña una parte importante en la concentración muscular, conducción de impulsos nerviosos, acción enzimática, y funcionamiento de la membrana celular. La concentración de potasio del líquido extracelular esta estrechamente regulada entre 3.5 y 5m/k. Debido a la dificultad de establecer la dosis ideal es necesario que los pacientes tengan buen funcionamiento renal y estén bien hidratados, de lo contrario dosis normales pueden resultar -

GLUCONATO DE
CALCIO.

excesivas produciendo depresión, arritmias y paro cardíaco.

El calcio funciona como un ion esencial, para muchas enzimas. Es un constituyente de las mucoproteínas y de los mucopolisacáridos y es esencial para la coagulación de la sangre, ejercen un efecto importante sobre el potencial de la membrana celular a la permeabilidad, se manifiesta prominentemente en la función neuromuscular. La función nerviosa es sensible a la concentración de calcio del líquido intersticial. La excitabilidad es menor, por la concen-

tracción alta de --
calcio y aumenta -
con la concentración
disminuida. Esta -
última produce dis-
minución de la con-
tractilidad del co-
razón y alargamien-
to del intervalo -
Q-T. El calcio --
constituye cerca -
del 2% del peso --
corporal pero solo
el 1% está en sol-
ución en los líqui-
dos.

ALIMENTACION
N.P.T.
1000 ml.
p/24 hrs.

La nutrición paren- La restitución -
teral total o hi- de líquidos es -
per alimentación - muy importante y
se ministra por -- si fue posible -
vía intravenosa -- realizarla, mi--
(cateter subclavio) nistrándose ade-
y es una forma de cuadamente las -
proporcionar al or- soluciones men-
ganismo los nutrien- cionadas. Así --
tes necesarios acon- también se trato
sejables cuando no de proporcionar
es posible utilizar los electrolitos
las vías digestivas necesarios para

Oliguria

Es la producción y excreción de orina en pequeñas cantidades. La excreción de orina normal es de 1000 a 2500 ml en un lapso de 24 hrs. y el promedio es de 1200 ml. La orina es de color amarillento, tiene olor característico, es ácido y transparente. En es-

INSTALACION DE -
SONDA FOLEY Y --
DIURESIS HORARIA.

normales. Proporciona la concentración de calorías deseadas; a través del sistema intravenoso que diluye rápidamente los nutrientes que recibe, hasta las concentraciones satisfactorias de tolerancia del organismo y proporciona el volumen necesario de líquidos.

El sondeo de la vejiga es la introducción de un tubo fino ó sonda a través de la uretra para extraer la orina. El sondeo a veces es necesario cuando por cualquier causa el individuo no puede orinar y han fracasado las medidas asistenciales para

restaurar el equilibrio hidro-electrolítico.

No se obtuvo una uresis adecuada con la instalación de sonda foley; pero se pudo llevar a cabo un control de líquidos exacto.

te caso se presento debido al desequili
brio hidroelectrolitico del organismo.

Edema postu-
ral.

Es la acumulación -
excesiva de líquido
en los espacios in-
tersticiales. El --
edema puede ser lo-
calizado ó generalj
zado y puede formar

FUROSEMIDE
I.V.
1 amp.
c/8 hrs.

medir la micción -
También puede usar
se antes de una --
operación para va-
ciar la vejiga. Es
necesario en el ca-
so de pacientes se
minconscientes por
que no tienen con-
trol de esfinteres
y para prevenir ma
ceración de la ---
piel, también para
llevar un control
de líquidos estric
to. Se debe obser-
var el buen funcio
namiento de la son-
da para detectar -
cualquier falla ó
dato de alteración
del organismo.

Es un diurético --
que se absorbe con
rapidez en el orga-
nismo El farmaco -
se liga fuertemen-
te con las protei-
nas. Aunque la ex-

se en el tejido areolar laxo, en los pulmones y en el cerebro, en la cavidad abdominal etc. El adema en las partes de el-
ves del cuerpo es consecuencia de la gravedad. El adema ayuda a diluir las toxinas que se encuentran en el liquido intersticial y protegen a las celulas del desequilibrio electrolitico. Tambien se debe a la retención de liquidos en el organismo.

creción urinaria - se verifica por -- filtración glomerular y por secreción tubular proximal solo sale con la orina aproximadamente dos tercios de la dosis ingerida. Su acción no es otra -- que la realizada por el riñón sus acciones farmacológicas son:
-obra directamente en el tubulo, renal.
-resnuesta diurética pronta.
-Produce ligera vaso dilatación renal.
-Acrecenta la secreción distal del fosfato. Ayuda a corregir el desequilibrio hidro electrolitico.

La ministra--
ción del diurético dio resultados favorables pues si se presento la uresis y se pudo valorar mejor la terapéutica a seguir.

ACIDOSIS METABOLICA HPOVENTILACION.

La acidosis es un estado en el cual el PH de la sangre arterial alcanza niveles inferiores de 7.4. La acidosis metabólica es aquella que no tiene relación con el bioxido de carbono, cualquier factor que disminuya la ventilación pulmonar puede provocar acidosis metabólica, ya que se aumenta la concentración de ácido carbónico en la sangre y aumentan los iones de hidrógeno en los líquidos extracelulares. En este paciente se presenta debido a la disminución de la ventilación provocada por la dis-

GASOMETRIAS POR TURNO O PRN.

Demuestran valores arteriales, idealmente obtenidos -- cuando se respira aire ambiental, en reposo, en posición sedente y antes de la prueba de funcionamiento pulmonar, o de la evaluación con broncodilatadores. Se valora el PO2 (tensión de oxígeno) valor normal -- 104 mm Hg menos -- (0.4xedad en años) que es la cuantificación apropiada de la sangre; el PCO2 (tensión de bioxido de carbono) normal 38-42 mg Hg refiere la evaluación más fidedigna de lo adecuado de la ventilación y el PH que es cuando se combina con la determinación --

tención abdominal
progresiva que --
presenta el pa---
ciente.

REGISTRO DE RES-
PIRACION CADA --
HORA.
VIGILAR SUS CA--
RACTERISTICAS.

de CO2 y permite -
el diagnóstico y -
tratamiento de las
alteraciones ácido
básica.

Se realizan con --
una jeringa y agu-
ja estéril, previa
mente heparinizada,
se coloca en un re
cipiente con hielo

Se toman muestras
de sangre arterial
exclusivamente las
gasometrías del pa
ciente reportaron
cifras de: PH=7.2
PCO= 21.3, ---
PO2 = 53.3.

Una respiración -
comprende una ins-
piración que es la
entrada de aire a
las vías respirato
rias y una espira
ción que es su sa-
lida. En el acto -
respiratorio el or
ganismo recibe el
oxígeno que necesi

La toma de ga-
sometrías por
turno nos indi
carón el nivel
de acidosis me
tabólica, para
así proporcio-
nar las medi--
das asistencia
les adecuadas,
como la Entuba
ción endotra--
que al y la --
ventilación me
cánica.

del aire y elimina el bioxido de carbono que es el producto de desecho.

Los diferentes tipos de respiración son,:

-Eupnea.-es la respiración normal en reposo y consiste en respiraciones - superficiales ó -- profundas; o unacombinación de ambas.

-Toracica.-es la - respiración superficial.

-Diafragmática.-es la respiración profunda.

-Hiperventilación: es el incremento - del ritmo respiratorio.

-Hipoventilación; se le denomina el ritmo lento de la respiración.

-Apnea.-es el cese temporal de la res

piración.

-Disnea.-respira--
ción breve y diffi-
cil (sed de aire).

-Cheyne. Stoke res-
piración irregular
que comienza con -
respiraciones su--
perficiales que se
incrementan en pro-
fundidad y rapidez
despues disminu-
yen hasta cesar 75
o 20".

-Estertorosa es la
respiración ruido-
sa.

-Estridor respira-
ción ruidosa en --
que hay un sonido
estridente.

-Sibilancia respira-
ción ruidosa que se
produce un sonido -
silbante.

Se presento en el -
paciente hipoventi-
lación con esterto-
res audibles a dis-
tancia.

Se observo y -
detecto a tiem
po el tipo de
respiración --
que presentaba
el paciente la
cual fue de hi-
poventilación
con estertores
audibles.

GLUCOCETONURIAS
POR TURNO.

Las glucosurias -- nos señalan la presencia de glucosa en orina, muestra el cambio de color originado por la presencia mayor de 2% de glucosa (4+). La cetonurias señalan la presencia de cetonas en orina y da determinaciones semicuantitativas de cetonas en suero plasma o sangre entera. En este caso se -- presentan debido al desequilibrio de ácido base y -- electrolítico.

Permitieron valorar el nivel de glucosa y de cetona en orina; las cuales resultaron. Acetes negativos y Glucotest negativo.

INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA

La función de los pulmones y de la vasculatura pulmonar, estriba en proporcionar la oxigenación adecuada para las necesidades metabólicas de los tejidos, a fin de mantener un equilibrio ácido-base normal.

La insuficiencia respiratoria se define como una tensión de oxígeno arterial a 55 mmHg ó menos, una tensión de bioxido de carbono igual a 45mm Hg ó más alta. Los signos de la insuficiencia respiratoria son hipoxemia e hipercapnia, -- así como hip ventilación. En este caso se presentó

ENTUBACION ENDOTRAQUEAL. VENTILACION MECANICA DE PEEP --
FIO₂ al 50%
F R 21 X'
PEEP 7 cc.
Y VIGILANCIA CONTINUA.

La intubación puede llevarse a cabo con una canula endotraqueal. Se deberá usar una canula lo más grande posible, para reducir al mínimo la resistencia de las vías respiratorias superiores. Se usan las de calibre 16.

El ventilador mecánico es un dispositivo para respiración con presión positiva que puede conservar la respiración automáticamente con períodos prolongados. Está indicado cuando el paciente, no puede conservar los valores adecuados del bioxido de --

carbono o de oxígeno arterial con su respiración espontánea.

PEEP (presión respiratoria final positiva) consiste en conservar una presión por arriba del nivel atmosférico durante todo el ciclo ventilatorio. Impide el colapso de las unidades alveolares durante la espiración.

Y en consecuencia aumenta la superficie para la transferencia de oxígeno. La presión intrapulmonar positiva, puede ser útil para reducir los efectos del edema pulmonar, al disminuir, el ritmo de trasudación da lí-

La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica fueron de provecho para disminuir la insuficiencia respiratoria; así como mejoral el equilibrio ácido-base del paciente.

2 AMPOLLETAS DE
AMINOFILINA EN
1000 ml. SOL. -
MIXTA P/12 Hrs.

quido de los capi-
lares pulmonares a
los alveolos.

Es la sal soluble
de la teofilina --
que más se usa. --
Consiste en una --
combinación aproxi-
madamente de 85 --
por 100 de teofili-
na anhidra y 15 -
por 100 de etileno
de amina. Es el --
broncodilatador --
que se utiliza más
comunmente. Su ac-
ción es de estimu-
lación del SNC, de
la respiración, --
presenta efectos -
sobre el sistema -
cardiovascular, --
tiene acción diure-
tica y estimula la
acción gástrica y
de enzimas por el
estómago.

Con la minis--
tración de ami-
nofilina se lo
gro ayudar en
la respiración
por su afecto
broncodilata--
dor; aunque no
se resolvió la
problemática.

Abundantes secreciones de vías respiratorias superiores Estertores audibles.

Los pacientes con insuficiencia respiratoria, a menudo tienen dificultad con las secreciones aumentadas ó espesas. Los esfuerzos enérgicos por expulsar las secreciones dan por resultado una mejoría rápida.

La Neumonía hpostática ó bacteriana infecciosa por falta de movilización son aquellas en las cuales los cultivos o frotis muestran varios microorganismos y ninguno de los cuales pueden considerarse claramente como el agente causal. Estas neumonías son habitualmente debidas a complica-

Aspiración de secreciones PKN y lavado Bronquial.

La aspiración de secreciones se debe realizar con técnica estéril para evitar el paso de microorganismos a las vías aéreas superiores las cuales se encuentran estériles. Al igual que el lavado bronquial este último tiene como fin fluidificar las secreciones para su mejor expulsión. Antes de la aspiración hay que hiperventilar al paciente con un ventilador con oxígeno al 100%. La aspiración no debe exceder de 15 segundos desde desconcección hasta la reconec

ciones de la anestesia, tratamiento quirúrgico, aspiración, traumatismo, enfermedades, crónicas diversas, inmovilización prolongada sus síntomas son expectoración, esputo verde-amarrillento (purulento) disnea.

Fisioterapia Pulmonar por turno y cambios frecuentes de posición.

ción del ventilador. Se debe oxigenar al paciente -- uno ó dos minutos antes de cada aspiración y después -- de la segunda introducción de sonda. El lavado bronquial se realiza con solución fisiológica ó solución de bicarbonato de sodio 5ml. Observar la cantidad color y consistencia de las secreciones.

La puñopercusión -- es una técnica manual para aflojar y despejar las secreciones y facilitar el drenaje de moco y secreción -- de los pulmones.

La puñopercusión -- es un movimiento -- que se hace gol--

La aspiración de secreciones y el lavado bronquial ayudaron a -- que el paciente estuviera más tranquilo y previno la broncoaspiración.

peando la pared -
del torax en for-
ma ritmica con --
las manos acopa--
das sobre el seo-
mento del torax -
por drenar se gol-
pea el torax sin
causar dolor.

El cambio de posi-
ción también favo-
rece el drenaje -
de las secreciones
además de favore-
cer la circulación
sangüfnea.

Con la fisiote-
rapia pulmonar
se pudo lograr
que las secre--
ciones drenaran
más fácilmente
de las vías ae-
reas superiores.

<p>Extracístoles Ventriculares (Arritmias).</p>	<p>Es la alteración de un ritmo normal. Extracístola es la <u>contracción</u> cardíaca -- prematura respecto al ritmo normal se produce como respuesta a un <u>impulso</u> originado en un lugar distinto al punto en el cual se forman normalmente los estímulos que hacen <u>contraer</u> el corazón Se percibe como un latido apresurado o desordenado del corazón. Normalmente después de una serie de extracístoles, sigue un tiempo más largo que el normal durante el cual el corazón no late y luego vuelve a</p>	<p>Monitorización y Vigilancia continua.</p>	<p>Es el registro eléctrico de las <u>contracciones</u> cardíacas, tiene como fin el detectar alteraciones en la <u>contractilidad</u> del corazón. Se debe checar la frecuencia cardíaca ya que los monitores a veces presentan fallas y nos muestran datos falsos.</p>	<p>Con la monitorización se pueden detectar oportunamente alteraciones en el ritmo cardíaco, como fueron las extracístoles.</p>
		<p>Cedilanid. I.V. 1 amp c/ 8 hrs.</p>	<p>Glucosido cardíaco, obtenido de hojas de digitalis lanata. Es útil en insuficiencia cardíaca, control de arritmias. El efecto del medicamento es adecuado si disminuye el edema; el tamaño del corazón y la frecuencia cardíaca</p>	

latir con ritmo normal. Se presentan durante periodos de tensión nerviosa alta, puede indicar la presencia de enfermedades orgánicas del corazón. Las extrasístoles puede significar la contracción prematura de la aurícula o del ventrículo o de ambos.

XILOCAINA

10 ml.

1.V

P.V.M.

disminuye la pvc. el tamaño del hígado y aumenta la tolerancia al ejercicio. Acción colateral es hipocalcemia si se usa en forma concomitante con diuréticos.

Es un anestésico local usado para tratar las arritmias ventriculares ya sea en la profilaxis rutinaria o en la presencia de extrasístoles ventriculares. Posiblemente premonitorias de taquicardia. - Es metabolizado por el hígado y - menos del 10% de una dosis se excreta por el riñón sin modificarse.

Se logra inhibir la presencia de extrasístoles con la administración de ambos medicamentos.

P . V . C

c/ Hora

Es la presión a la que se encuentra la sangre en la aurícula derecha normalmente. y varia de 5 a 12 cm. de H₂O. Se interpreta considerando el cuadro clínico total del paciente, diuresis horaria, frecuencia cardiaca, T/A y los valores del gasto cardiaco, sirve para la restitución de líquidos, y para estimular los déficit de volumen sanguíneo, determina las presiones en la aurícula derecha y las venas centrales. La PVC. aumenta cuando la función cardiaca se debilita y la sangre que regresa al corazón no puede ser bombeada en forma adecuada.

La Pvc sirvió para valorar como se encontraba el gasto cardiaco - el volumen -- del corazón.

Distensión
Abdominal.

La distensión es una expansión o -lurgencia. La distensión abdominal suele aparecer en enfermedades ó -- después de una -- operación.

La distensión es causada por gases y el conjunto recibe el nombre de flatulencia; los gases son expulsados normalmente - por el ano. En este caso se debio a la disminución del peristaltismo como consecuencia de un proceso infeccioso causado por una hernia estrangulada.

Succión Gástrica In-
termitente a Baja --
Presión. Caracterís-
ticas y Cuantificar
Secreciones.

Es la aspiración - que se realiza pa-
ra extraer el con-
tenido del estóma-
go y del intestino
delgado es una téc
nica que continua
por un lapso de --
tiempo dado, es im-
portante el regis-
tro del ingreso y
egreso de líquidos.
Su finalidad es la
de elimniar líqui-
do y gas del apar-
to gastrointesti-
nal; prevenir o --
eliminar náuseas y
vómitos determinar
el grado de presión
y la actividad mo-
tora del aparato -
gastrointestinal,
así como tratar pa-
cientes con obs--
trucción mecánica.
Es importante cono-
cer las caracterís-
ticas de las secre-
ciones gástricas -

cuando son:

- Da calor amari-
llento ó verdoso, -
puede contener bi-
lis que indica que
el piloro esta ---
abierto.

- Cuando tiene com-
ponentes fecales, -
indica obstrucción
o infarto intesti-
nal.

- Sangre rojo o bri-
llante (Arterial) -
suele deberse a he-
morragia por ulcera
péptica.

- Sangre rojo obscu-
ra (Venosa) sugiere
hemorragia por vari-
ces esofagicas gas-
trica, ya fue dige-
rida.

- Asientos de cafe
puede indicar san-
gre digerida por he-
morragia gastrica -
lenta o lesión duo-
denal.

Con la aspira-
ción gastrica
o baja presión
se logro dismi-
nuir la disten-
ción abdominal,
asi como obser-
var la canti-
dad y caracte-
rísticas de --
las secreciones
las cuales --
eran fetidas y
de color verde
so.

CIMETIDINA.

I.U

300 mg.

c/8hrs.

- Alimento no digerido, suele depender de un tumor gastrico u obstrucción por úlcera.

- Si es agrio ó ácido puede indicar contenido gastrico.

- Si el sabor es amargo sugiere bilis.

- Inodoras.

- Con olor agrio.

- Lfquidos.

- Con moco o pus.

- Fetidas.

Antihistaminico, - antiulceroso, Se presenta como un solido cristalino soluble en agua. - Inhibe la secreción ácido gastrica; por lo que es de utilidad en los estados de hipersecreción. Reduce inportantemente el -

volumen y la secreción de hidrógeno, tanto en estado basal (ayuno) como en la secreción inducida por alimentos, histamina, insulina, cafeína. - Antagoniza, selectiva e irreversiblemente las acciones de la histamina, que se ejercen a través de los receptores H2 sin influir sobre las acciones medidas por los receptores histamínicos tipo 1. Se absorbe en un 60% por vía oral se liga escasamente a proteínas (19%); las concentraciones plasmáticas máximas se logran en 60 a 90 minutos, manteniendo concentraciones afectivas por 4 ho

La ministra---
ción de cimetidina sirvió para inhibir la un poco el estado de hipersecreción gástrica que el paciente mantenía y también para reducir la concentración de hidrógeno.

Herida quirúrgica drenando secreción purulenta.

Una herida es una lesión de los tejidos del cuerpo que altera el patrón tisular normal, esta lesión es causada por medios físicos o quirúrgicos. Una herida infectada es aquella que quizá no este cerrada y puede contener material desvitalizado ó infectado con --

Curación de Herida Quirúrgica. Y colocación de apósitos.

ras. Su vida media plasmática es de 2 horas. Casi toda la dosis oral se excreta sin modificaciones por la orina en, 24 hrs; una fracción se excreta por la bilis que se elimina por las heces junto con el farmaco no absorbido.

Se necesita técnica de asepsia quirúrgica. para la limpieza de una herida. La herida se limpia con abundante jabón con una solución antiséptica y con abundante agua (solución fisiológica) y con gasas estériles. Posteriormente se seca la herida y se coloca un apósito seco y estéril y se

Se logro mantener la herida lo más limpia y seca posible y se mantuvo también cubierta con apósitos estériles.

abundante secre-
ción purulenta. -
Es una herida con
laminada cuando -
es expuesta a nū-
merosas bacterias
como en este caso
por peritonitis -
y por las condi--
ciones generales
del paciente.

Ministración de
P.S.C
4 millones
I. V.
C/4 hrs.

fija con el fin de
impedir el paso de
microorganismos a
la herida.

Antibiótico, su me-
canismo de acción
lo ejerce al inhi-
bir la reacción de
transp idación,
para impedir de --
esa manera la for-
mación de peptido
glicano, que forma
parte de la pared
celular bacteriana,
La tapenicilina G es i-
nactivada por la -
penicilinasa; pro-
ducida por algunas
capas de germenés.
Alcanza su concen-
tración plasmática
máxima entre 15 y
30 minutos después
de su aplicación -
intramuscular, se
distribuye amplia-
mente y se une en
un 65% a la albúmi

Gentamicina
500 mg
1.U
c/8 Hrs.

na plasmática. Se elimina fundamentalmente por orina (60a90%), por medio de secreción tubular. Generalmente se utiliza en infecciones graves como septicemias, neumonías empiemia entre otros.

Es un antibiótico de amplio espectro derivado de dos especies de Microspora purpurea. El modo de acción de la gentamicina es cualitativamente semejante al de otros antibióticos aminoglucósidos. - No se absorbe en grado importante por el tubo digestivo. Después de la inyección intramuscular, es rápidamente absorbido

Metronidazol
500 mg.
I. V.
c/ 8 Hrs.

y distribuida a --
a: los tejidos. Su
acción bactericida
se debe a la inhi-
bición de la sinte-
sis protefca.

Tiene un amplio --
uso como antiproto-
zoico. El medica-
mento se difunde -
bien en todos los
tejidos incluyendo
el S.N.C. y pene-
tra en los abscesos
y empie más unien-
dose escasamente a
las proteínas. Al
parecer proviene -
las infecciones --
post-operatorias -
por anaerobios.

La ministra---
ción de los an-
tibioticos no
dio del todo -
un resultado -
satisfactorio,
pues la infec-
ción fue muy -
rebelde al tra-
tamiento.

Colostomfa

Es una operación que entraña la creación de un orificio artificial en el organismo por medios quirúrgicos. La colostomfa aboca parte del colón a la pared abdominal y se realiza con el fin de expulsar las heces fecales. El orificio artificial en el abdomen no posee esfinter. En este paciente se realizó por presentar estrangulación de una hernia inguinal y perforación del sigmoides.

Cuidados a la colostomfa.

Colocar una bolsa de colostomfa con el fin de controlar los olores y la constante salida de materia fecal.

- Lavar la colostomfa con agua o solución salina, con esto se estimula el peristaltismo, con el fin de controlar la eliminación de heces.
- Limpiar y secar la piel para evitar irritación de la misma.
- Proteger la piel del contacto con las heces.
- Aplicar lubricante a la piel seca evitar irritación de la misma.
- Colocación bolsa.
- Irrigación.
- Mantener limpia la piel.
- Lubricar la piel.

Se dieron los cuidados necesarios a la colostomfa, más aún así se presentaron zonas de tejido necrozado debido al nivel de infección que mantenía el paciente.

C O N C L U S I O N E S

La peritonitis es una de las complicaciones de mayor incidencia en una gran variedad de operaciones intra abdominales, se presenta aproximadamente en un 10 a 20%.

Generalmente puede deberse a la entrada de bacterias a la cavidad peritoneal, por deficientes técnicas de asepsia y antisepsia, por traumatismos abdominales que provoquen la ruptura de alguna viscera, por estrangulamiento de apéndice o alguna porción del intestino, o como en este caso por el estrangulamiento de una hernia; también puede deberse a graves reacciones químicas.

Es un padecimiento de mal pronóstico, a pesar de realizar medidas terapéuticas de alto valor.

Se debe controlar la infección corregir los trastornos subyacentes como son: líquidos, electrolitos y nutricionales. Así también se deben realizar técnicas quirúrgicas para tratar de resolver el estado del paciente.

El pronóstico depende de la etiología, la edad, la evolución del padecimiento y las condiciones del individuo antes de la intervención quirúrgica. Por lo cual se ve la importancia que tiene, que el personal de enfermería proporcione orientación a familiares, ya que la peritonitis es un padecimiento que nos puede originar varias complicaciones y un mal pronóstico a corto plazo.

G L O S A R I O

- 1.- APOSITO: Trozo de gasa cubierto por un vendaje impermeable, que se aplica sobre la piel con fines terapéuticos.
- 2.- APONEUROSIS: Membrana de tejido conjuntivo fibroso, blanca y resistente, que sirve principalmente de envoltura a los músculos.
- 3.- DECUBITO SUPINO: Posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano más ó menos horizontal y sobre la espalda.
- 4.- DEGLUCION: Acto fisiológico por el cual los alimentos y bebidas son empujados desde las fauces a la faringe y luego al esófago y estómago.
- 5.- DESHIDRATACION: Es la disminución importante de líquidos en los tejidos corporales.
- 6.- DIAFORESIS: Es la transpiración excesiva, y en esta situación toda la piel se encuentra húmeda.
- 7.- EDEMA: Acúmulo anormal de líquido en los tejidos, y provoca su tumefacción.
- 8.- EPIPLON: Omento, repliegue del peritoneo (membrana que cubre el interior de la cavidad abdominal), que une a las vísceras entre sí.

- 9.- FISIOPATOLOGIA: Indica los procesos y actividades que se originan en el organismo ocasionados por la presencia de una enfermedad.
- 10.- GASOMETRIA: Es la medición en sangre arterial de P02, PCO2 y PH.
- 11.- HEMOGLOBINA: Es el principal constituyente de los globulos rojos y confiere a los mismos su color característico, sirve para transportar oxígeno de los pulmones a los tejidos.
- 12.- HERNIA: Salida de un órgano a tejido abdominal o pelvia no de su cavidad natural, es consecuencia de un defecto ó debilidad de la pared de dicha cavidad.
- 13.- LIGAMENTO: Haz de tejido fibroso y resistente que sirve para mantener en su sitio un órgano.
- 14.- MESENTERIO: Repliegue de la parte posterior del peritoneo. Su margen libre, rodea el yeyuno e ileón, teniendo la función de fijarlos y sostenerlos.
- 15.- MESOCOLON: Repliegue del peritoneo que une el colón a la pared posterior de la cavidad abdominal.
- 16.- OLIGURIA: Disminución de la cantidad de orina eliminada diariamente.
- 17.- PALIDEZ: Disminución ó mengua del color normal de la piel.

- 18.- PEEP: Presión espiratoria final positiva.
- 19.- PERITONEO: Membrana serosa muy delgada, que reviste la cavidad abdominal internamente, y recubre el estómago, intestino y otros órganos abdominales.
- 20.- PERITONITIS: Es la inflamación aguda ó crónica del peritoneo.
- 21.- PCO_2 : Tensión de bioxido de carbono.
- 22.- PO_2 : Tensión de oxígeno.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ANN Marriner.
"EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN ENFOQUE CIEN-
TIFICO". Edt. Manual Moderno 2a. Edición 325 p.p.
- 2.- AÑORVE LOPEZ, Raquel.
"MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESENCIALES DE FUNDAMENTOS DE -
ENFERMERIA". U.N.A.M. - E.N.E.O. 1a. Edición 1984, --
85 p.p.
- 3.- ATKINSON Morray.
"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA" Edt. Manual Moderno,
2a. Edición, 141. p.p.
- 4.- BAENA PAZ Guillermina.
"MANUAL PARA ELABORAR TRABAJOS DE INVESTIGACION DOCUMEN-
TAL" Edt. Mexicanos Unidos S.A. 4a. Edición México 1984
124 p.p.
- 5.- BRUNNER SCHLITS Lillian et. at.
"ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA" 3a. Edición. Edt. Iberoa-
mericana. Max. 1982. 1340 p.p.
- 6.- DUNPHY J. Englebert. et. at.
"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTC QUIRURGICOS."
2a. Edición, Edt. Manual Moderno S.A. México, D.F. 1978.
1341 p.p.

- 7.- ELLIAZON L. Edridge an Sholtis.
"ENFERMERIA QUIRURGICA" 10a. Edición. Edt. Interamericana. México, D.F. 1980. 638 p.p.
- 8.- GONZALEZ REYNA Susana.
"MANUAL DE REDACCION E INVESTIGACION DOCUMENTAL" Edt. Trillas., 3a. Edición 1984. 204 p.p.
- 9.- GOODMAN S. Louis.
"BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA" 4a. Edición, - Edt. Interamericana. México, D.F. 1970. p.p. 1472
- 10.- HARRISON, Thor.
"MEDICINA INTERNA TOMO II" 5a. Edición, Edt. La Prensa Médica Mexicana. México, 1983. 249 p.p.
- 11.- HOROL, ELLIS, WASTELL, CHISTOPHER.
"MANUAL DE ENFLRMERIA QUIRURGICA" Edt. Limusa, Tomo I, México, D.F. 1987. p.p.
- 12.- HAUNSER, Hans.
"MANUAL DE ENFERMERIA QUIRURGICA." Vólumen I, II,III,IV, 1a. Edición. Edt. Nueva Comunicación. México. 160 P.p.
- 13.- KRUP A. Markus. et. at.
"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO" 19a. Edición. Edt. Manual - Moderno México. 1984, 1204 p.p.
- 14.- LAWIN, Peter.
"CUIDADOS INTENSIVOS" 2a. Edición, Edt. Salvat Editores. Exp. 1979. p.p. 1300.

- 15.- LEMAITRE, Fanhegan.
"ENFERMERIA QUIRURGICA" 2a. Edición; Edt. Interamericana. México, 1973.
- 16.- LOUVERNE, Wolf. Lewis.
"FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA" 2a. Edición, Edt. Harla S.A. de C.V. México , 1983. 550 p.p.
- 17.- MEYERS H. Frederik. et. at.
"FARMACOLOGIA CLINICA" 5a. Edición. Edt. Manual Moderno. México, 1982. 920 p.p.
- 18.- NORDMARK F. Madelin et. at.
"BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA" 4a. Edición, Edt. La Prensa Médica Méx. S.A. México 1979. 712 p.p.
- 19.- QUIROZ GUTIERREZ Fernando.
" ANATOMIA HUMANA TOMO III" 10a. Edición, Edt. Porrúa. S.A. México, D.F. p.p. 513.
20. READER'S, Digest.
"DICCIONARIO MEDICO FAMILIAR" 1a. Edición. Edt. Raaders Digest. Méx. S.A., de C.V. 1982. p.p. 756.
21. ROBINS, Stanley
Patología Básica Edit. Interamericana, 2a. Edición.
México, 1979. 739 pp.
22. ROPER, Nancy R.
Proceso Atención de Enfermería
Edit. Interamericana, 1a. Edición 1983.
121 pp.

23. ROSAS SORIANO, Raul
Gufa para realizar Investigación Social.
Textos Universitarios México, 1982. U.N.A.M. 274 pp.
24. SABISTON C. David.
Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher.
11a. Edición. Edit. Interamericana.
México, 1987 1336 pp.
25. SAN MARTIN, Hernan
Proceso Salud Enfermedad
3a. Edición. Edit. Prensa Médica Mexicana S.A.
México, 1979. 712 pp.
26. SCHOCK. R. Theodora.
Manual de Cirugía
4a. Edición, Edit. Prensa Médica Mexicana.
Méxic, 1984. 1740 pp.
27. SMITH GERMAIN.
Enfermería Médico Quirúrgica
4a. Edición, Edit. Interamericana. México, 1978. 1096
pp.
28. TORTORA J. Gerarld et. al.
Principios de Anatomfa y Fisiología
3a. Edición. Edit. Harla. S.A. de C.V. México, 1984.
1330 pp.

29. VILCHIS RIVAS F. José.

Manual de Prescripción Medicamentosa

1a. Edición. Edit. A.G.T. Editores. México, D. F.

pp.118

30. WATSON Jeannette E.

Enfermería Médico Quirúrgica

2a. Edición. Edit. Interamericana. México, D. F. 1983.

996 pp.

C R O N O G R A M A

- 27 al 29 Revisión de expedientes para la selección
M A Y O del paciente.
1988
- 29 MAYO Aplicación del P.A.E.
- 7 JUNIO
1988
- 1 - 10 JULIO Elaboración y presentación del proyecto .
- AL - 15 AGOSTO
1988
- 15 al 30 AGOSTO Elaboración Marco Teórico e H. Natural.
1988
- al 15 SEPT. Asesoría continua.
1988
- 16 al 30 Integración del trabajo o; asesoría.
SEPTIEMBRE
1988
- 1 - 15 Trámites administrativos.
OCTUBRE
1988
- 30 OCTUBRE EXAMEN PROFESIONAL.
1988