

329521



ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS

ESTUDIOS INCORPORADOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO:

CLAVE 3295

METODO ENFERMERO

"FRACTURA DE FEMUR"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MARTINEZ ROMERO ALFONSO

ASESORA DE TESIS:

LIC. MARIA TERESA URIBE ORTIZ

MEXICO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS

ESTUDIOS INCORPORADOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO: CLAVE 3295

MÉTODO ENFERMERO

"FRACTURA DE FÉMUR"

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y

OBSTETRICIA

PRESENTA: MARTÍNEZ ROMERO ALFONSO

ASESORA DE TESIS

LIC. MARÍA TERESA URIBE ORTÍZ.

MÉXICO 2004

ASESORA DE TESIS

Lic. Enf. MARÍA TERESA URIBE ORTÍZ

PRESENTE

Pongo a su disposición el método enfermero de fractura de femúr.

AUTORIZADO

María Teresa Uribe Ortiz

Asesora de tesis

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a todos mis seres queridos que de alguna manera han contribuido a mi formación como persona, entre ellas se encuentran familiares, profesores y amigos.

A mis hermanos que siempre me ayudaron, en situaciones difíciles y cuando los necesitaba siempre trataron de alentarme y estimularme para poder salir de los obstáculos a los que me he tenido que enfrentar, también me brindaron su confianza y su amistad que es lo que más valoro de ustedes que son parte de mi vida personal y profesional.

Agradezco en especial a mis padres que siempre me apoyaron y me guiaron a través de las diferentes circunstancias a las que me he enfrentado durante el transcurso del tiempo en que hemos convivido juntos. Además estuvieron animándome para realizar este trabajo .

En especial a mi mamá que es a la persona que más respeto y admiró por sus consejos y enseñanzas que ha sido la base de lo que soy como persona. Ella es una buena madre que brinda cariño y amor.

GRACIAS

Ni tu silencio duro cristal de dura roca , ni el frío de la mano que me tiendes ni tus palabras secas, sin tiempo ni color, ni mi nombre, ni siquiera mi nombre que dictas como una cifra sin sentimiento.

CONTENIDO

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN-----pag 1

CAPITULO II

OBJETIVOS-----pag 2

CAPITULO III

Sistema esquelético-----pag 3

Fracturas

Fracturas del cuerpo fémoral

Artritis

CAPITULO IV

Sistema nervioso-----pag 44

Dolor

Ansiedad

CAPITULO V

Sistema digestivo-----pag 69

Estreñimiento

CAPITULO VI

Sistema tegumentario-----pag 85

Dermatitis por contacto

CAPITULO VII

Hoja de valoración de enfermería de respuesta humana-----pag 95

CAPITULO VIII

Intervenciones de enfermería-----pag 114

Conclusión-----pag 149

Glosario-----pag 151

Bibliografía-----pag 154

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La patología de fractura de fémur afecta al hueso y esta consiste en una rotura de la continuidad del hueso y presenta como sintoma principal un dolor intenso. Es importante decir que este problema se presenta en personas de la tercera edad. El método enfermero es un aprendizaje diseñado para introducir al personal de enfermería en las actividades diarias que realiza durante la jornada laboral.

El método enfermero esta pensado para los estudiantes de la carrera de enfermería y para los profesionales que deseen aprender la elaboración de un estudio de caso utilizando las etapas de; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Así como de las intervenciones de enfermería. Tambien nos ayuda a tener un razonamiento crítico en las intervenciones de enfermería además de mostrar los diferentes roles que desempeña el profesional de enfermería.

Espero que el siguiente método enfermero sea de gran apoyo e ilustre las situaciones con las que se puede encontrar el estudiante y el profesional de enfermería.

CAPITULO II

OBJETIVOS

CAPITULO II

OBJETIVO GENERAL

- Realizar un método enfermero por medio de la investigación bibliográfica y la práctica clínica orientando mis intervenciones de enfermería en la satisfacción de las necesidades de la cliente que se encuentra con fractura de fémur.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Detectar las necesidades espirituales y físicas de la cliente por medio de la valoración de respuesta humana para dar prioridad en la satisfacción de estas.
- Proporcionar la asistencia de enfermería oportuna por medio de las intervenciones adecuadas para mantener la calidad de vida de la cliente.
- Crear un ambiente terapéutico durante su rehabilitación proporcionándole apoyo espiritual y terapéutico para conservar su autoestima sobre llevando su enfermedad con agrado hasta obtener la recuperación total.

CAPITULO III

SISTEMA ESQUELETICO

CAPITULO III

SISTEMA ESQUELÉTICO

El esqueleto es un sistema compuesto por huesos necesarios para los movimientos como caminar, masticar, etc, y la protección de órganos blandos. Además de los huesos incluyen cartílago en nariz, laringe, oído externo y otras estructuras óseas.

FUNCIONES

La estructura que sostiene el cuerpo es un armazón de huesos, articulada, llamada esqueleto. Le permite al hombre estar en posición erecta, y llevar a cabo proezas extraordinarias de diversión artística, de esfuerzo atlético y resistencia física.

Al contrario de su aspecto, los huesos individuales del esqueleto son realmente tejidos vivientes. Se atribuyen cinco funciones generales al esqueleto como un todo.

1. Sostén de los tejidos circundantes.
2. Protege órganos vitales y otros tejidos blandos del cuerpo.
3. Ayuda al movimiento corporal, dando inserción a los músculos y proporcionando palancas.
4. Fabrica de células sanguíneas. Esta función hematopoyética ocurre en la médula ósea roja.
5. Proporciona un área de almacenamiento para las sales minerales, sobre todo fósforo y calcio, a fin de satisfacer las necesidades corporales.

A Leonardo da Vinci se le reconoce como el primer anatomista que ilustró en forma correcta el esqueleto, con sus 206 huesos. El médico belga, Andreas Vesalius (1514-1564), reconstruyó un esqueleto humano que en la actualidad todavía existe y es la muestra anatómica más vieja. La investigación actual gira alrededor de la función real de las células óseas en salud y enfermedad.

COMPOSICIÓN ÓSEA

El hueso es una forma de tejido conectivo y como tal, consta de células y una matriz de fibras y sustancia fundamental. El hecho notable del hueso es que la sustancia fundamental está calcificada, y por tanto rígida. Las fibras colágenas de la matriz le dan su resistencia esta es una característica de cuando se aplica tensión, en tanto que las sales de calcio depositadas en la misma (que equivalen al 65 por 100 del peso óseo), evitan la rotura cuando se aplica presión. También existen pequeñas cantidades de carbonato de calcio.

CÉLULAS ÓSEAS

En el hueso existen tres tipos de células: osteoblastos (activas en la formación del hueso), osteoclastos (funcionan en la resorción ósea), y osteocitos (las células principales del hueso maduro), cada tipo se identifica fácilmente, en el hueso en crecimiento y hay transformación reversible de una a otra.

DEPÓSITO DE HUESO POR LOS OSTEÓBLASTOS

El hueso se desarrolla a partir de células fusiformes llamados osteoblastos (del griego osteo, hueso y blasto, germen). Esto sucede no sólo cuando se empieza a formar el hueso, sino también para remodelar y reparar el hueso ya formado.

La primera función de los osteoblastos es secretar los componentes de la matriz orgánica, las proteínas polisacáridas amorfas y es un precursor de la colágena, proteína fibrosa que después de modificaciones químicas se polimeriza en fibrillas. La disposición geométrica de las fibras de colágena (son semejantes a la estructura de un puente), insertadas en la sustancia fundamental amorfa y toma forma para dar a la matriz una consistencia semejante al cuero.

Las sales de calcio se precipitan dentro de la matriz, dando al hueso su dura característica. Para que estas sales se depositen es necesario que el calcio se combine primero con el fosfato, produciendo fosfato de calcio, esta sustancia adquiere poco a poco la trama de la hidroxiapatita en un período de varias semanas.

REGULACIÓN DEL DEPOSITO

La concentración ósea es regulada en parte por el grado de tensión al que está sometido el hueso; es decir, mientras mayor es la tensión, mayor es el depósito. Por lo tanto, los huesos enyesados sufrirán contusión, en tanto que el esfuerzo o tensión continuo y excesivo hará que el hueso crezca grueso y fuerte. Además, la fractura del hueso estimulará a los osteoblastos dañados a que proliferen y secreten grandes cantidades de matriz para la formación de el hueso nuevo.

RESORCIÓN ÓSEA POR LOS OSTEOCLASTOS

Se lleva a cabo por la liberación de enzimas lisosómicas que dirigen la porción proteínica del hueso y liberan las sales. Estas sales de fosfato y calcio se absorben también dentro del líquido extracelular circundante en los conductillos óseos.

La resistencia y en algunos casos el tamaño del esqueleto óseo dependerá en la actividad comparativa del hueso. Por ejemplo, es notable que durante el período de crecimiento el depósito es más activo que la resorción. Los osteoclastos tienen como función extraer el hueso muerto del lado interno, durante la remodelación. A consecuencia de ello, se evita que el hueso se vuelva demasiado grueso y pesado.

El depósito osteoblástico continúa para contraponerse y equilibrar el proceso sin fin de la resorción aún cuando el hueso puede crecer más.

OSTEOCITOS

Los osteocitos, que son los osteoblastos que se han rodeado de matriz ósea a medida que se formó el hueso, son las células principales del hueso completamente formado. Los osteocitos al parecer participan en la reasorción ósea bajo la influencia de la hormona paratiroidea.

TIPOS DE TEJIDO ÓSEO

Hay dos tipos de tejido óseo, compacto y esponjoso; el primero es denso y fuerte. En cambio el segundo tiene muchos espacios abiertos (médula) que dan al tejido aspecto esponjoso, aún a simple vista. Las placas del hueso que forman la red abierta del tejido esponjoso se llaman trabéculas (palabra latina, para rayos pequeños).

El hueso esponjoso ó trabeculado, contiene grandes espacios de médula ósea roja. Este tipo de tejido óseo compone la mayor parte de los huesos planos, cortos y de forma irregular, constituye un área de almacenamiento de la médula.

El hueso compacto o denso, por contraste contiene pocos espacios y está depositado en forma de una capa que recubre el hueso esponjoso, es más gruesa en la diáfisis que en la epífisis de los huesos largos.

CLASIFICACIÓN DE LOS HUESOS

Los huesos del esqueleto se dividen según su forma, en cinco tipos:

1. HUESOS LARGOS

Consta de una zona cilíndrica, la diáfisis y dos extremos llamados cada uno epífisis. La diáfisis, esta formada básicamente por tejido compacto, el cual esta engrosado en la porción media del hueso, donde el esfuerzo sobre él es mayor. La resistencia de un hueso largo ésta asegurada, por una ligera curvatura en la porción cilíndrica. El interior de la misma es la cavidad de la médula, llamado también conducto medular. Las porciones más anchas de cada extremo de la diáfisis y las epífisis están formadas de un núcleo central de hueso esponjoso rodeado de una capa delgada de hueso compacto. En el hueso en crecimiento las epífisis y diáfisis están separadas por las laminillas epifisiarias cartilaginosas o de crecimiento, donde hay crecimiento longitudinal.

Las extremidades son en general, anchas y extendidas, comparadas con la diáfisis, para facilitar la articulación con otros huesos y proporcionar una superficie más grande para la unión muscular. Por ejemplo, húmero, radio, tibia y peroné.

2. HUESOS CORTOS

Tienen forma algo irregular y una capa delgada de tejido compacto cubre al tejido esponjoso de un hueso corto típico. Por ejemplo los del carpo y los del tarso.

3. HUESOS PLANOS

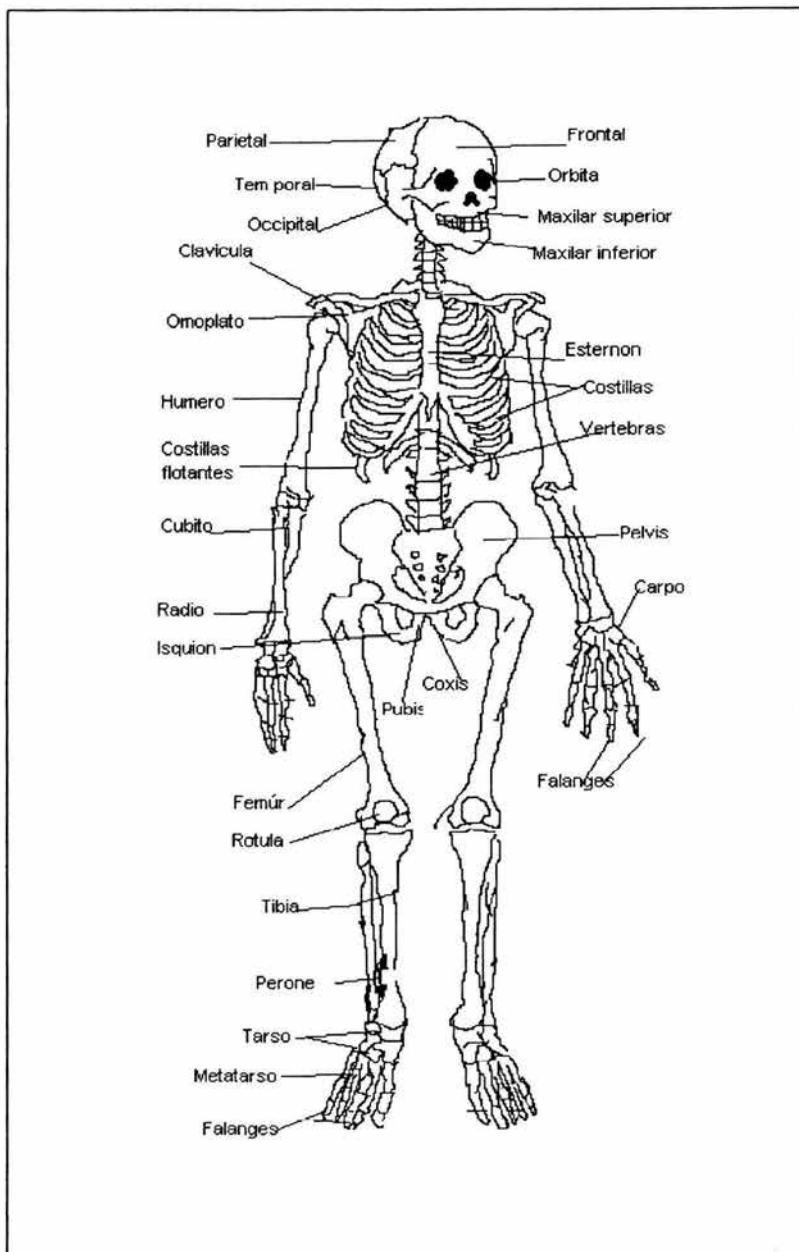
Se encuentran en donde se necesite protección de partes blandas del cuerpo o un lugar para inserción muscular extensa. Las costillas, omóplato, partes de la cintura pélvica, y los huesos del cráneo. Estos huesos se componen de dos láminas planas de tejido compacto que encierra una capa de hueso esponjoso.

4. HUESOS IRREGULARES

Tienen la misma composición y estructura básica que los cortos y los planos; sin embargo, este último grupo comprende huesos de forma característica y diferente, como son las vértebras y los huesecillos del oído.

5. HUESOS SESAMOIDEOS

En general se consideran un tipo separado, ya que son huesos pequeños, redondeados. Están incluidos en el tejido tendinoso y aponeurótico y se encuentran junto a las articulaciones. Su función es incrementar la función, es decir, la palanca de los músculos. La rótula está incluida entre los 206 huesos.



Esqueleto Humano

MEMBRANAS DEL HUESO

El periostio (del griego peri, alrededor; y osteo, hueso), es la cubierta de tejido conectivo que cubre la superficie externa del hueso, excepto en las superficies articulares. La parte más externa del periostio es relativamente acélular, densa y vascular; la capa interna es laxa y durante el crecimiento contiene osteoblastos.

En el adulto, la capa interna contiene abundantes células fusiformes de tejido conectivo, que cuando son estimuladas por esfuerzo mecánico normal o lesión, toma el aspecto de osteoblastos y su actividad osteosintética. El periostio esta unido al hueso por fibras colágenas que penetran en la matriz.

El endostio (del griego endo, dentro), es una membrana delgada, delicada, que cubre todas las actividades del hueso, incluyendo la cavidad de la médula ósea de los huesos largos, los espacios medulares del hueso esponjoso y los conductos de Havers tienen funciones osteogénicas y hematopoyéticas.

MÉDULA

Los espacios dentro del hueso esponjoso de las costillas, vértebras, esternón y pélvis, en los adultos normales están llenos con médula ósea roja. Esta médula que está muy vascularizada, consta principalmente de células sanguíneas y sus precursores. Su función principal, la hematopoyesis, es la formación de células sanguíneas rojas, blancas y megacariocitos, que se fragmentan para formar plaquetas (necesarias para la coagulación de la sangre). Por tanto dentro de ellas se encuentran células en todas las etapas de desarrollo.

En el nacimiento hay abundancia de médula roja en los extremos del húmero y fémur, pero disminuye de manera gradual a través de los años.

La médula amarilla, es tejido conectivo formado en su mayor parte por células grasas y se encuentra en las diáfisis de huesos largos dentro de la actividad medular.

HISTOLOGÍA DEL HUESO

El sistema haversiano, llamado así por el anatomista inglés Clopton Havers, quien fue el primero que lo describió, tiene el aspecto histológico del hueso compacto. Este sistema permite el metabolismo eficaz de las células óseas que llevan oxígeno y alimento y elimina productos de desecho. Los conductos haversianos contienen vasos sanguíneos y están rodeados de anillos óseos concéntricos en cada laminilla. Entre cada laminilla de hueso compacto están varias cavidades pequeñas llamadas lagunas. Las lagunas están comunicadas unas con otras y finalmente, con los conductos haversianos más grandes mediante conductos pequeños o canalículos.

Cada laguna se compone de un osteocito, o célula madura que forma hueso, suspendido en líquido tisular. Es este el líquido que circula a través del hueso compacto por vía del sistema haversiano consiste en conservar a los osteocitos vivos y sanos.

El sistema haversiano se compone de una laguna y su osteocito conteniendo en ella, los canalículos, un conducto central con vasos sanguíneos y las laminillas que lo rodean.

Los vasos sanguíneos en los conductos de Havers se conectan entre sí por medio de conductos transversos y oblicuos, y comunican a través de los conductos de Volkman, con los vasos sanguíneos de la superficie perióstica y el endostio que cubre la actividad medular. Los sistemas de Havers del hueso compacto están muy juntos, con las laminillas intersticiales que llenan espacios entre ellos.

En la trabécula del hueso esponjoso, los osteocitos también se encuentran en lagunas entre laminillas y se conectan entre sí por conductillos. Los osteocitos se nutren por comunicación directa entre la red de conductillos y el endostio de los espacios medulares.

FORMACIÓN Y CRECIMIENTO ÓSEO

Osificación Intramembranosa. Hay dos tipos de osificación, la primera de éstas es la osificación intramembranosa, un proceso en el cual las membranas conectivas densas son reemplazadas por depósitos de sales de calcio inorgánicas y así se forma hueso. La membrana se convierte en periostio, en tanto que inmediatamente por dentro del periostio puede encontrarse hueso compacto con un núcleo interno del hueso esponjoso. Solamente los huesos del cráneo se forman por completo con este proceso. La mayor parte de los huesos se forman por el proceso de osificación endocondreal.

En los huesos largos, la osificación endocondreal comienza en el centro de la diáfisis, suceden algunas cosas, en forma casi simultánea, incluyendo las siguientes:

1. El crecimiento de células cartilaginosas y calcificación de la matriz en la región del crecimiento que interfiere con la nutrición de la células hipertróficas.
2. Diferenciación de las células en el pericondrio en osteoblastos (señalando la transformación de pericondrio a periostio), que depositan un collar óseo alrededor del centro de la diáfisis.
3. Invasión de la región de células cartilaginosas hipertrofiadas, por osteoblastos y vasos sanguíneos a través de las aberturas en el collar óseo.
4. Reemplazo de células cartilaginosas muertas, por hueso esponjoso que se conoce como centro de osificación primario.

Después que se ha establecido el centro primario de osificación, hay crecimiento del modelo cartilaginoso principalmente en longitud. Las células cartilaginosas se multiplican y crecen, y hacia el extremo diafisario de la región de calcificación, hay muerte de células y osificación.

La expansión del centro primario de osificación en la diáfisis se acompaña de resorción del hueso primario, es reemplazado por hueso compacto, y por remodelación continua.

Además la diáfisis se ahueca para formar la cavidad medular. Por la fecha del nacimiento, se establecen los centros secundarios de osificación en cada epífisis, en el cual se forma hueso esponjoso.

En forma gradual, todos los cartílagos en cada epífisis son reemplazados por hueso, excepto en las superficies articulares y entre las epífisis y diáfisis como en los discos transversos conocidos, como placas epifisarias o de crecimiento, donde hay alargamiento subsecuente del hueso largo, cuando el hueso aumenta de longitud, hay proliferación temporal de células cartilaginosas que ensanchan la placa, y el hueso esponjoso reemplaza el cartílago en la misma forma. Cuando aumentan de longitud a en los huesos largos, hay aumento proporcional en el diámetro debido al depósito de hueso compacto encima del periostio y crecimiento de cavidad medular por resorción ósea. La resorción ósea aumenta también la cavidad medular a medida que el crecimiento a lo largo es mayor que el crecimiento a lo ancho.

El crecimiento longitudinal de los huesos continua en una secuencia definida hasta los 50 años. Cuando va a finalizar el período de crecimiento, disminuye la proliferación de células cartilaginosas en la placa del crecimiento. Cuando estos sitios son reemplazados por huesos éste deja de crecer.

En el hueso del adulto es visible una zona densa llamada línea epifisiaria en el sitio de la unión de la epífisis y la diáfisis. La contribución relativa de la placa de crecimiento proximal y distal en el alargamiento óseo varía de un hueso a otro.

La forma que adquiere un hueso durante su formación depende de mecanismos genéticos. Tienen importancia en la forma de un hueso, factores extrínsecos como tensión muscular, tensión mecánica y medio bioquímico. El hueso lleva un cambio interno en su estructura y también en su forma externa.

REGULACIÓN POR VITAMINAS Y HORMONAS DE LA FORMACIÓN Y CRECIMIENTO ÓSEO

1. Vitamina D. Transtorno en el cual la calcificación del hueso es inadecuada debido a que la absorción de calcio por parte del intestino delgado es inferior a lo normal, se le llama raquitismo.

2. La hormona somatotrópica es secretada por la hipófisis, tiene un sin número de acciones en todo el cuerpo. Su efecto en el hueso esta inducido por el hígado, para que este libere en el torrente circulatorio, una sustancia llamada somatomedina, que estimula la proliferación de células cartilagosas en la placa del crecimiento. Consecuencia de deficiencia de la hormona de crecimiento es el alargamiento inadecuado de los huesos.

3. La vitamina C. Se requiere para la hidroxilación del aminoácido prolina. La deficiencia durante el período de formación o crecimiento óseo, da como resultado debilidad de la matriz ósea.

4. Tiroxina de las funciones de la tiroxina, es aumentar la rapidez de reemplazo de cartilago por hueso, en la placa del crecimiento. Y es esencial para la funciones esenciales de la hipófisis que secreta la hormona de crecimiento.

5. Estrogenos y androgenos. Son hormonas sexuales femeninas y masculinas, entre otras cosas, estimulan la síntesis de matriz ósea durante toda la vida y la osificación durante el crecimiento.

6. Vitamina A. Esta vitamina estimula la liberación de enzimas de los lisosomas que realizan la resorción ósea. Su deficiencia puede impedir la formación del conducto y deformación del hueso.

HOMEOSTASIA

El 99% del calcio total del cuerpo está en el hueso, el 1% restante está en el plasma sanguíneo y en el líquido intersticial, en donde la forma ionizada del calcio interviene en reacciones químicas vitales.

El calcio tiene varias funciones que se comprenden mejor si se observan los efectos de la deficiencia grave del calcio. La pérdida de calcio produce lo siguiente:

1. Despolarización de las membranas de las fibras nerviosas con transmisión de impulsos, sin control, en esta situación hay *tetania*, o espasmo de la musculatura esquelética.
2. Debilitamiento del músculo cardíaco; en consecuencia hay aporte inadecuado de sangre a la circulación total del cuerpo.
3. Interferencia en el proceso de coagulación sanguínea.

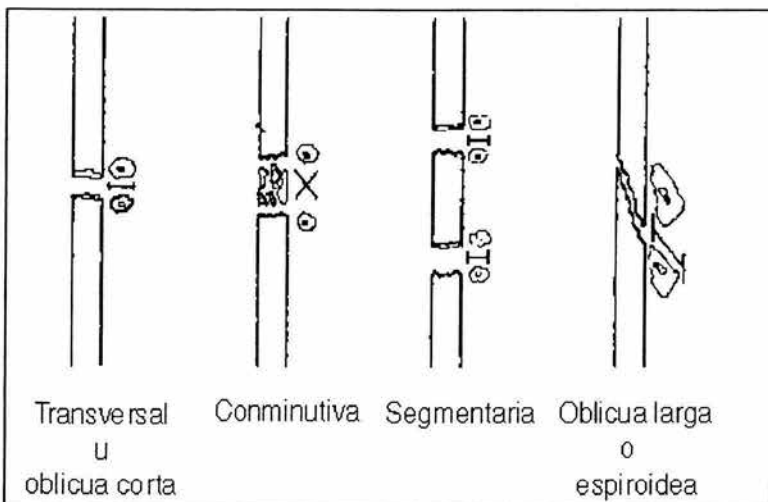
FRACTURAS

La fractura se define como una rotura de la continuidad en un hueso. El espectro de lesiones incluidas en una exposición sobre fracturas va de una simple infracción en la continuidad del hueso cortical a lesiones devastadoras que ponen en peligro la vida.

Una fractura generalmente se acompaña de lesión del tejido blando circulante.

TIPOS DE FRACTURA

1. Fractura puede ser abierta (compuesta), si la rotura del hueso se abre y pasa a través de la piel.
2. Fractura cerrada (simple), si la rotura del hueso no pasa a través de la piel.



Tipos de fracturas

a) Una fractura es completa o incompleta dependiendo si la línea de fractura se extiende o no en forma parcial o completa a través de la sustancia del hueso.

Las fracturas son clasificadas por la localización o dirección en línea de fractura en el hueso; por lo tanto se han denominado, transversas, si la línea principal de fractura transcurre perpendicularmente respecto del eje longitudinal del hueso.

b) Las fracturas oblicuas se disponen con un ángulo algo menor que la perpendicular al eje longitudinal cuando se les observa en un plano.

c) Las fracturas espirales parecen ser oblicuas tanto en el plano anteroposterior como en el de perfil. Un patrón conminuto presenta al menos tres fragmentos principales y dos líneas de fracturas pero en realidad pueden presentar muchos o más.

El desplazamiento provoca la deformidad observada clínicamente, se describe como la ubicación relativa del fragmento distal de la fractura en relación con el fragmento proximal.

La rotación de una fractura puede ser interna o externa dependiendo de la posición del fragmento distal cuando se le observa en posición anatómica.

d) Una fractura por compresión se produce a través de hueso esponjoso y determina una pérdida de volumen de ese hueso. Esto a menudo se traduce en una pérdida de altura de la estructura .

e) Las fracturas por avulsión se producen en la zona de inserción de los tendones y ligamentos en el hueso. Un músculo se contrae tomando como base una articulación fija y en lugar de mover la articulación a través de su arco de movimiento se produce la avulsión de la inserción miotendinosa y de cierta porción del hueso.

f) Una fractura en tallo verde implica una interrupción de la cortical sobre el lado de tensión de la fractura y la deformidad plástica del hueso sobre el lado de compresión.

h) Las fracturas en hebilla se producen en la región metadiáfisiarias de los huesos largos, el radio y la tibia se producen como respuesta a cargas excesivas.

CONSOLIDACIÓN DE LAS FRACTURAS

La secuencia de acontecimientos que conforman la consolidación de una fractura son:

- La fase inflamatoria tiene lugar al poco tiempo en que el hueso fue fracturado. La fractura incluye la lesión sobre las estructuras óseas, también los elementos medulares, periostio y partes blandas que lo rodean.
- El hematoma y el tejido necrótico generan una respuesta inmune, la respuesta inflamatoria da lugar a elementos que empiezan acumularse en la zona de fractura.

- La fase de reparación del proceso de cicatrización de una fractura se evidencia por cambios en el microambiente de la misma fractura. Conforme la médula necrótica y el hueso muerto son infiltrados por las células inflamatorias agudas y crónicas, estas células mesenquimáticas se diferencian de una multiplicidad de tipos celulares. El desarrollo de tejido de granulación trae consigo una nueva irrigación sanguínea hacia la zona de fractura. En unas zonas de la fractura en cicatrización se evidencia la formación de colágeno y de islas de cartílago.

Con el tiempo este cartílago experimenta osificación endocondral a medida que consolida la fractura. La lesión del periostio activa la capa de esta estructura produciéndose cierta formación de nuevo hueso perióstico.

En su conjunto todo estos cambios en la fractura se conoce como formación de callo. Una vez consolidada la unión del sitio de fractura mediante el callo, por lo general los fragmentos óseos son estables. A medida que madura el callo es remodelado a su configuración normal. En este proceso el hueso formado nuevamente en el área de fractura y en el espacio subperiostico experimenta resorción osteoclástica y acumulación osteoblástica de hueso maduro.

FRACTURAS DEL CUERPO FEMORAL

La diáfisis femoral es la sección tubular que se extiende desde la región intertrocanteriana hasta la región supracondilar.

ANATOMIA

Las características anatómicas importantes de la diáfisis femoral son su forma, abastecimiento muscular, músculos circundantes y estructuras neurovasculares vecinas.

El fémur tiene una curvatura mayor que difiere ampliamente de un paciente a otro, pero promedia de 12 a 15 grados. Posteriormente, la corteza se engruesa en un borde llamado línea áspera, que es el origen de los tabiques intermusculares medial y lateral.

El riego sanguíneo fluye a través de vasos endosticos y periosticos. Los vasos endosticos se originan en una o dos arterias nutricias que penetran en el tercio proximal del fémur a través de orificios en la zona áspera. Estas arterias nutricias se originan en la arteria femoral profunda y riegan los dos tercios interiores de la corteza diáfisiaria .

Los vasos perióísticos abastecen el tercio exterior y se originan de las arterias que riegan los músculos circundantes. Después de la fractura, los vasos perióísticos se vuelven la fuente de abastecimiento vascular dominante.

Los músculos del muslo forman tres compartimentos separados por tabiques intermusculares. El compartimiento anterior contiene a los extensores de la rodilla, el compartimiento posterior contiene a los flexores de la rodilla, el compartimiento medial a los abductores de la cadera.

La acción de los músculos sin oposición da lugar a desplazamientos predecibles dependientes del nivel de la fractura. En las fracturas proximales al istmo del conducto medular, el fragmento proximal sufre abducción (glúteos), flexión y rotación interna (psoas iliaco). Las fracturas distales al istmo están en desviación angular posterior (extensores de la rodilla).

Las estructuras neurovasculares del muslo son el nervio ciático, nervio femoral, la arteria femoral superficial y la arteria femoral profunda. El nervio ciático está acolchonado en el fémur por los musculos, por lo tanto pocas veces se lesiona.

El nervio femoral inerva al cuádriceps femoral. La arteria femoral penetra en el compartimiento posterior del muslo por el compartimiento medial, a través del hiato abductor. La arteria se encuentra atada por el tabique intermuscular y es probable que una fractura en este nivel se lesione.

FISIOPATOLOGÍA

EL organismo requiere cantidades variables de calcio de acuerdo a su situación fisiológica, el calcio se absorbe principalmente por el duodeno y en el yeyuno. En el aparato digestivo se elimina una cantidad importante de calcio, parte que no se absorbe y otra parte que se secreta con los jugos gástricos.

En el remodelado óseo intervienen diversos factores, como la edad, enfermedades óseas, deficiencias de calcio y fosfato. Las hormonas paratiroidea y calcitonina sobre la resorción ósea sirve para la homeostasis del calcio.

Cuando hay un conflicto entre una calcemia y la integridad del esqueleto se sacrifica el hueso para cubrir las necesidades del organismo. Las situaciones de alarma mecánica, provocan el remodelado del hueso para cubrir las necesidades cambiantes de la fuerza estructural.

CLASIFICACIÓN

Las fracturas de la diáfisis femoral se clasifican de acuerdo a su localización y estabilidad. La localización se define como en el tercio proximal, medio o distal. Las fracturas del tercio proximal son fracturas subtrocanterianas, y las fracturas del tercio distal se fusionan con las fracturas supracondíleas.

La clave para la clasificación de las estructuras de la diáfisis femoral es el concepto de estabilidad. La estabilidad se define desde el punto de vista del porcentaje de circunferencia de la corteza que se encuentra intacto y la oblicuidad de la fractura. Las fracturas con 50% de corteza intacta y una oblicuidad menor de 30 grados son estables. Las fracturas de tipo 1, son las fracturas transversas u oblicuas simples. Las fracturas del tipo 2 son conminuta pero más del 50% de su corteza se mantiene intacta.

Las fracturas del tipo 3 tienen más de 50% de su corteza conminuta, pero hay cierto contacto cortical entre los fragmentos proximal y distal. Las fracturas del tipo 4 tienen comunicación segmentaria. Las fracturas del tipo 5 tienen un patrón oblicuo largo.

DIAGNÓSTICO

- Historia y examen físico.
- Se presentan antecedentes de lesión, dolor, hinchazón y deformidad obvia.
- Examen Radiográfico:
 1. Se obtiene radiografías anteroposteriores y laterales, y se examinan para descartar conminución no desplazada. Las radiografías de la rodilla y pelvis descartan lesiones relacionadas.
 2. Estudios radiográfico estándar con radiografía lateral de cadera para confirmar el diagnóstico.
 3. Si las radiografías iniciales son negativas y se sospecha el diagnóstico de fractura fémoral, hay una nueva valoración radiográfica con gammagrafía ósea o Resonancia Magnética. La gammagrafía ósea es más sensible a las 48 - 72 horas.

ETIOLOGÍA

- Se debe a la debilidad ósea relacionada con la edad, habitualmente por la osteoporosis u otra enfermedad degenerativa de huesos.
- Al mayor riesgo de fracturas en los ancianos por deterioro de la función muscular, la administración de fármacos psicotrópicos.
- Traumatismos por accidentes automovilísticos y caídas desde alturas significativas o por heridas de armas de fuego.

Los sitios y tipos más comunes de la fractura de la diáfisis son:

1. En la región supracondílea-intracondílea o tercio distal.
2. La Fractura transversal del tercio medio.
3. En el Tercio proximal, inmediatamente por arriba del istmo donde el fémur se estrecha.
4. La Fractura conminuta del tercio medio.

EPIDEMIOLOGÍA

- Más del 90% de los casos se producen después de los 60 años
- Relación de mujeres- varones es de 3:1.
- Prevalencia :Riesgo próximo del 16% a lo largo de la vida en las mujeres. En el 3% de las fracturas de la diáfisis femoral, resulta lesionada la arteria femoral superficial adyacente o arteria poplítea.

El 20% de las fracturas diafisarias son expuestas y requieren una inmediata limpieza de la herida y tratamiento para prevenir la infección.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor o hipersensibilidad en la zona que aumenta con la presión.
- Palpación suave de las estructuras como ligamentos para determinar la lesión de los tejidos blandos.

- Deformidad de la zona impotencia funcional y movilidad anormal.
- El espasmo muscular puede producir un acortamiento de la extremidad con fractura.
- Cambios del contorno habitual o de la alineación.
- Inflamación generalmente rápida sobre la fractura, posibilidad de existencia de contusiones.
- Entumecimiento, hormigueo y en ocasiones parálisis.
- Crepitación: ruido áspero a la palpación por que los extremos óseos rozan el uno contra el otro.

TRATAMIENTO

Tratamiento de urgencia

- Inmovilización inicial. La deformidad de la fractura debe ser corregida y mantenida por medio de una férula.
- Si la fractura es expuesta, la mayoría de los pacientes pierden entre 2 y 4 unidades de sangre con estas lesiones. La restitución pronta del volumen sanguíneo es esencial para evitar choque hipovolémico.
- Tracción esquelética.

Una vez completa la evaluación inicial del paciente (o una vez finalizado el tratamiento de fractura expuesta), la fractura puede inmovilizarse con tracción esquelética:

1. Insertar un clavo roscado de Steinmann de 3mm de diámetro por la cara interna del extremo distal del fémur a nivel de polo patelar superior.
2. Asegurarse que el clavo penetre perpendicularmente al eje longitudinal del fémur para permitir la reducción de la fractura.
3. El clavo debe insertarse con la rodilla flexionada para evitar dañar vasos poplíteos en el canal de Hunter.

La tracción fémoral distal es la forma más efectiva de control de la alineación de la fractura ya sea en fractura abierta o cerrada.

Una evaluación completa y el manejo de la fractura hacen que el tratamiento definitivo sea mucho menos complicado.

Tratamiento definitivo

Los métodos más efectivos comprenden el enclavijado intramedular cerrado con la técnica de Küntschner, la reducción abierta y la fijación de la técnica con clavija con punta de diamante estriada y la reducción cerrada con inmovilización con soporte de yeso.

Técnica de reducción cerrada e inmovilización temprana con soporte de yeso.

La reducción cerrada y la técnica de soporte de yeso minimizan los procesos naturales de consolidación, en particular cuando se emplean dentro de las primeras 6 semanas después del traumatismo. También eliminan la enfermedad fracturaria o atrofia por deshuso de articulaciones y músculos.

El tratamiento con reducción cerrada y aplicación de un soporte de yeso requiere la conceptualización tridimensional de la deformidad fracturaria, por estricta confirmación con las radiografías.

La fractura debe ser reducida con antes a la aplicación del soporte de yeso. En la mayoría de los casos, el soporte de yeso puede aplicarse con el paciente en la cama y ligeramente sedado.

Se realiza tracción esquelética esta varía desde unos pocos días hasta a tres o cuatro semanas. Las fracturas de los extremos distales de la diáfisis femoral que relativamente no presenta desplazamiento. Para las fracturas de la porción media o del extremo proximal de la diáfisis femoral , lo mejor es inmovilizar durante varias semanas para permitir que el edema remita y se desarrolle cierto grado de estabilidad fracturaria.

Las fracturas del tercio distal se reducen sosteniendo la rodilla en extensión y rotación externa. Las fracturas del tercio proximal, que se producen por torsión interna, se sostiene en rotación externa y abducción.

El alambre de transfixión no debe incorporarse en el yeso, pero el yeso debe de terminar inmediatamente por arriba del alambre. Esto permite la tracción esquelética. El yeso distal se aplica sobre una o dos capas de guata. El pie se deja fuera de yeso porque el alambre de tracción soporta el peso del yeso. Las fracturas de la porción media y proximal de la diáfisis femoral con frecuencia requieren una conexión pelviana.

Fijación interna

La mayoría de las fracturas femorales pueden tratarse con reducción cerrada e inmovilización con soporte de yeso, con resultados similares o mejores que los que se obtienen con la fijación interna.

Del 10 a el 15% de las fracturas diafisarias es mejor tratado con reducción abierta y fijación intramedular, ya sea porque no se pudo lograr una reducción adecuada con métodos cerrados, la reducción abierta y la fijación interna se logra mejor por el método de enclavamiento de Schneider. La longitud de la clavija se determina en el preoperatorio mediante radiografía centrada sobre el extremo del trocánter.

Se coloca al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano. Se flexiona la cadera y la rodilla del lado afectado. Se hace una insición sobre la cara posteroexterna del muslo comenzando a, 7cm por debajo de ella. Seccionar la fascia lata en la línea de la insición cutánea exponiendo la porción del vasto externo, replegar el vasto externo hacia adelante, esto permite exponer el tabique intermuscular externo, hacer una insición a lo largo del borde anterior del tabique intermuscular hasta llegar al hueso.

Exponer la cara posterolateral del fémur y el sitio de la fractura mediante disección subperiostica. Sacar el fragmento proximal fuera de la herida quirúrgica manteniendo el fragmento distal donde no estorbe.

Luego se inserta la fresa de 9mm en el canal medular del fragmento proximal. Taladrar la médula para hacer una perforación guía para evitar la fragmentación del trócanter mayor o del cuello del fémur.

Se determina el ancho de la clavija es insertada en el trocante mayor se hace una insición a nivel de la protusión de la clavija hasta insertarla en el extremo del fragmento. Se reduce la fractura utilizando tracción y rotación de los fragmentos fracturarios, luego se pasa la clavija a través del canal medular, el canal de este fragmento no es escariado ya que es de mayor tamaño que el canal del fragmento proximal.

ARTRITIS

CLASIFICACIÓN

a. ARTRITIS INFECCIOSA (BACTERIANA).

La artritis bacteriana es una enfermedad articular destructiva causada por la diseminación hematógica de microorganismos desde un foco de infección distante.

b. ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación articular crónica, que casi siempre afecta las articulaciones periféricas.

c. ARTRITIS PSORIÁSICA.

La artritis psoriásica es una espondiloartrosis inflamatoria que se observa con un paciente con psoriasis, habitualmente seronegativa por factor reumatoide. Suele incluirse en una clase de trastornos conocidos como variantes de trastornos.

FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad reumatoide es una inflamación, un padecimiento del tejido conjuntivo (articulaciones, tendones). La reacción inflamatoria puede ser crónica o aguda.

Cuando la enfermedad esta en fase aguda o cuando sobreviene una infección secundaria, las células que revisten la membrana sinovial se vuelven prominentes al principio. Sin embargo en el curso de la enfermedad un material llamado fibrinoide cubre la superficie (fibrina).

Dentro de la membrana sinovial tiene lugar la proliferación de fibroblastos ó capilares. La enfermedad progresa por la extensión de los tejidos adyacentes y por la organización del material fibroide.

El proceso puede detenerse o desaparecer pero la membrana se mantiene engrosada en proporción al nuevo tejido producido por la proliferación fibroblástica y vascular y por la organización del material fibrinoide.

El tejido de neoformación puede disminuir su volumen mediante la pérdida de líquidos intersticial, la desaparición de células inflamatorias y por la contracción de algunas fibrillas de colágena, pero es poco frecuente que el proceso regrese a lo que podríamos llamar tejido de cicatrización por las células plasmáticas y linfocitos.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia.- 5 casos entre 1,000 adultos.
- Distribución.- 35 - 45 años.
- Distribución por sexos.- Relación mujeres, varones de 3 a 1.
- La diferencia entre sexos se hace menos marcada después de los 50 años

CUADRO CLÍNICO

- Comienzo gradual de debilidad, astenia y anorexia.
- Presentación inicia afección simétrica de múltiples articulaciones, la mayoría de las veces en manos y pies.
- Son frecuentes los derrames articulares, la hipersensibilidad, la limitación del movimiento desde las primeras fases de la evolución.
- Deformidades característica eventuales, subluxación, luxaciones y contracturas articulares.
- Manifestaciones extrarticulares:
 1. Las vainas articulares y las bolsas suelen resultar afectadas por la inflamación crónica.
 2. Posible rotura de tendones. Nódulos reumatoides sobre prominencias óseas, como codo y la diáfisis del cúbito.
 3. Esplenomegalias, pericarditis y vasculitis.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Diferencial

De acuerdo con el American College of Rheumatology, se diagnostica AR cuando al menos 4 de 7 criterios, 1 a 4 están presentes durante al menos 6 semanas.

1. Rigidez matutina durante al menos 1 hora.
2. Artritis como tumefacción al menos en tres articulaciones.
3. Artritis con tumefacción en las articulaciones de las manos.
4. Artritis simétrica.
5. Nódulos reumatoides.
6. Alteraciones radiográficas típicas de AR.
7. Factor reumatoide sérico positivo.

Pruebas de Laboratorio

- Aumento del factor reumatoide en el 80% de los casos, (el factor reumatoide también puede existir en la población normal).
- Anemia ligera.
- Líquido articular turbio que forma poco coágulo de mucina, aumento del número de células, con predominio de polimorfonucleares.
- Leucocitosis.
- Estudios de diagnóstico por imagen; radiología simple.
- Tumefacción de tejidos blandos y osteoporosis precoces.

- Estrechamiento del espacio articular, erosión y deformidad visible, como consecuencia de la inflamación continuada y la destrucción del cartílago.

TRATAMIENTO

- El tratamiento adecuado requiere estrecha colaboración entre médico de atención primaria, el fisioterapeuta, el reumatólogo y el ortopedista.
- El reposo, el ejercicio adecuado y la inmovilización con férulas pueden prevenir o corregir las deformidades articulares.
- Mantener una dieta apropiada baja en grasas y controlar la obesidad.
- Tratamiento a largo plazo.
- AINE (Antiinflamatorios no esteroideos), se utiliza habitualmente como tratamiento inicial para aliviar la inflamación (Ketorolaco).
- Fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad, administrar si los AINES son eficaces, habitualmente, fármacos de acción lenta que requieren más de 8 semanas para ejercer efecto.
- Inyecciones de esteroides intrasinoviales.
- Prednisona por vía oral.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Frecuentes las remisiones y exacerpciones, pero la enfermedad tiene un carácter crónico progresivo en la mayoría de los casos. La degeneración y la deformidad de la articulación suelen dar lugar a incapacidad.

El diagnóstico y el tratamiento precoces son importantes y pueden mejorar la calidad de vida.

CAPITULO VI

SISTEMA NERVIOSO

CAPITULO IV

SISTEMA NERVIOSO

El conocimiento por parte del hombre, de su medio ambiente es posible gracias, al funcionamiento integrado del sistema nervioso, un grupo de tejidos compuestos de células sumamente especializadas que poseen características de excitabilidad y conductibilidad.

DIVISIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

Para fines descriptivos el sistema nervioso se divide en dos partes:

1. El sistema nervioso central incluye cerebro y médula espinal, encerrados en el cráneo y el conducto vertebral.

2. El sistema nervioso periférico incluye los 12 pares craneales y sus ramas y 31 pares de nervios espinales o raquídeos y sus ramas. El sistema nervioso periférico da entrada a receptores sensitivos hacia el sistema nervioso central y da salida a nervios efectores (músculos y glándulas).

TIPOS DE CELULAS DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso se compone de un tejido especial que contiene dos tipos principales de células; neuronas los elementos conductores activos, y neuroglia (del griego glia, sustancia viscosa), los elementos de sostén.

Neuronas

La unidad básica del sistema nervioso es la neurona, o célula nerviosa, que conduce el impulso eléctrico de una parte del cuerpo a otra. La neurona propiamente dicha consta de un cuerpo celular (pericarion), que contiene un solo núcleo y proyecciones que transmiten impulsos de ida y vuelta al cuerpo celular.

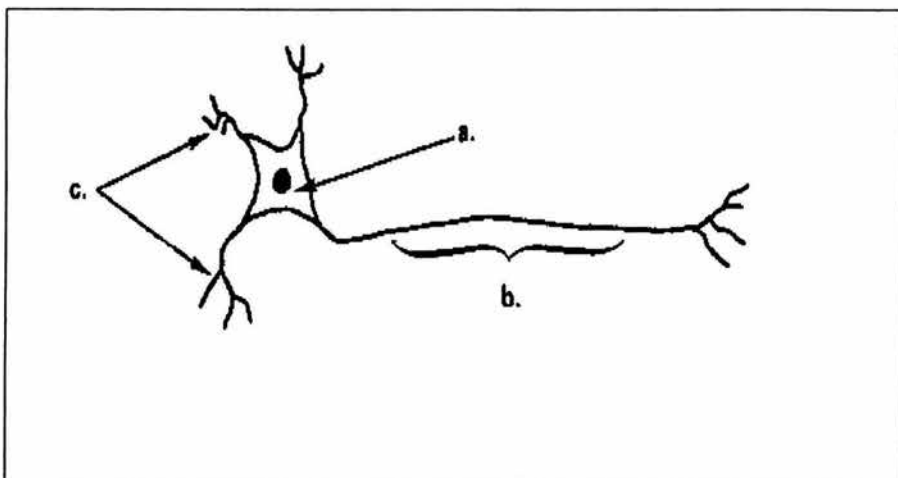
Las neuronas tienen dos tipos de prolongaciones: axones y dendritas. Un axón es una extensión citoplásmica alargada, que transporta impulsos nerviosos que se alejan del cuerpo celular. La sustancia axónica, o axoplasma tiene aspecto de jalea.

El axón mismo tiene un contorno liso y disminuye gradualmente en calibre a medida que da origen a más ramas pequeñas, que forman uniones con efectores y otras neuronas. Solo hay un axón por neurona, pero a lo largo del axón pueden originarse ramas llamadas colaterales.

Las dendritas (del griego dendro, árbol), son proyecciones que llevan impulsos hacia el cuerpo celular. La palabra dendrita describe la forma en que las proyecciones aparecen como verdaderas dendritas numerosas, cortas, ramificadas y engrosadas en su punto de origen.

Las verdaderas dendritas no tiene cubierta y sus superficies poseen proyecciones semejantes a espinas, que son los lugares principales de uniones entre dendritas y terminales de axón, y los impulsos nerviosos se transmiten de los últimos a las primeras.

Las neuronas sensitivas (aquellas que conducen información sensitiva al sistema nervioso central), tienen una sola proyección que se bifurca a corta distancia del cuerpo celular. Una rama (la proyección periférica), va de un receptor al cuerpo celular localizado justo fuera del sistema nervioso central. La otra proyección central va del cuerpo celular al sistema nervioso central.



a. Cuerpo ó nucleo. b. Axón. c. Dendrita.

ORGANITOS CITOPLÁSMATICOS

Localizados en el cuerpo celular (excepto en la elevación de axón, la región de la cual nace éste) y dendritas verdaderas, están en el retículo endoplásmico y los ribosomas acompañantes (llamados colectivamente cuerpos de Nissil) y el aparato de Golgi.

Estos órganos tienen la misma función en las neuronas como en todas las células; la síntesis y englobamiento de proteínas. Los cuerpos de Nissl, en forma característica, reaccionan a la lesión de una fibra nerviosa disolviéndose en una masa pulverulenta y dispersándose en una reacción llamada cromatólisis.

La mitocondria, se encuentran en toda la neurona, con otros dos organitos, los microtúbulos y los microfilamentos. Los microtúbulos y microfilamentos pueden intervenir en transporte de sustancias neurales e intervienen en el crecimiento de la fibra nerviosa.

El término fibra nerviosa se refiere a cualquier prolongación nerviosa alargada simple y cubiertas de superficie. Casi todas las fibras del sistema nervioso periférico tienen dos cubiertas, la cubierta de mielina y el neurilema, que cubren las membranas celulares (el neurilema no existe en fibras del sistema nervioso central).

El núcleo central o cilindro eje está rodeado por la membrana celular del axón (el axolema), que a su vez esta rodeado por la cubierta de mielina y el neurilema. Las haces de fibras corren juntos en el sistema nervioso periférico y forman un nervio.

Rodeando a cada fibra nerviosa está una cubierta de tejido conectivo llamado endoneurio que mantiene unidas a las fibras en un haz o fascículo. Las cubiertas de tejido conectivo de un haz y un nervio se llaman respectivamente, perineurio y epineurio.

Tanto la cubierta de mielina como el neurilema de las fibras nerviosas periféricas se derivan de las células accesorias al sistema nervioso llamadas células de Schumann. La cubierta de mielina de las fibras nerviosas periféricas se forman por envolturas repetidas de las células de Schumann alrededor del axón.

Es expulsado el citoplasma de manera que lo que permanece en forma de espiral enrollada apretadamente de la membrana de la célula de Schumann (como las células de Schumann no existen en el sistema nervioso central, está misma función la realiza la oligodendroglia), la mielina rodea toda la fibra, a excepción de su terminación y los estrechamientos periódicos llamados nudos de Ranvier, los segmentos entre los nudos se llaman internudos. El neurilema llamado también vaina de Schumann, consta de células de Schumann vivas aplanadas (una por internudos), y forma una membrana continua delgada, que se superpone a la cubierta de mielina. El neurilema tiene una función esencial en la regeneración de la fibra nerviosa.

CLASIFICACIÓN DE LAS NEURONAS

Las neuronas se clasifican en tres tipos: unipolar, bipolar y multipolar. Esta clasificación se basa en el número de prolongaciones que parten del cuerpo celular, la neurona unipolar solo tiene una prolongación, las neuronas sensitivas que tienen una proyección dividida en dos a corta distancia después de dejar el cuerpo celular, se clasifican también como unipolares, si bien algunos autores las describen como pseudounipolares. Las neuronas bipolares tienen sólo dos proyecciones, una, que conducen el impulso hacia el cuerpo celular, y la otra a un axón. La mayor parte de las neuronas del cerebro y médula espinal son multipolares.

Hay tres tipos de neuronas que entran en formación de las vías nerviosas. Las neuronas sensitivas, o aferentes (del latín afer, llevar), conducen impulsos desde la piel u otro órgano sensitivo hacia la médula espinal y el cerebro.

Las neuronas motoras o eferentes (del latín efer, traer), transporta impulsos que salen del cerebro y la médula espinal hacia los músculos y glándulas. Las neuronas intercaladas conducen impulsos de las neuronas aferentes hacia las eferentes, formando cadenas en las vías neurales y situándose por completo dentro del sistema nervioso central.

CÉLULAS ACCESORIAS

Los elementos no nerviosos son vasos sanguíneos, tejido conectivo y células de sostén conocidas en general como neuroglia. Las células de Schumann, que forman la cubierta de mielina y el neurilema de las fibras del sistema nervioso periférico. Otras células accesorias son astrocitos, microglía y células ependimarias.

Los astrocitos, (del griego astron, estrella), se llaman así debido a sus proyecciones tienen forma de estrella, algunas de las proyecciones tienen expansiones terminales en contacto con los vasos sanguíneos. Los capilares del sistema nervioso central son relativamente impermeables y forman una barrera hematoencefalica. Los astrocitos que ocupan el espacio entre neuronas capilares, controlan el transporte de sustancias entre el torrente sanguíneo y las neuronas. La microglia funciona como células fagocíticas.

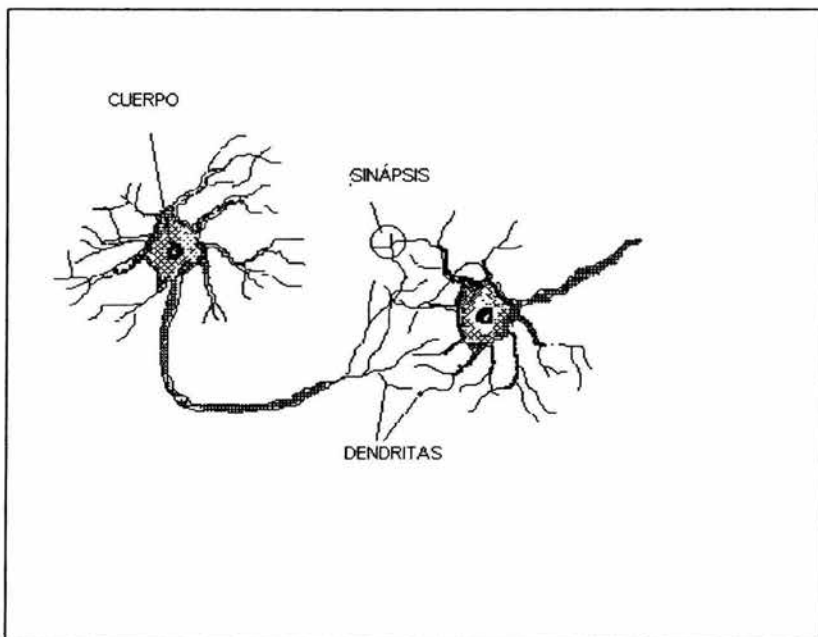
Las células ependimarias cubren a los ventrículos del cerebro y al conducto céntral de la médula espinal.

IMPULSO NERVIOSO

En estado de reposo el interior de la fibra nerviosa tiene una carga negativa (potencial de membrana en reposo), como resultado de un estímulo, transporta activo de iones de sodio al exterior de la célula, transferencia recíproca de potasio al interior, pérdida más rápida de iones de potasio al exterior.

Cuando la permeabilidad de membrana se altera por un estímulo, un flujo rápido de sodio cambia la carga interior de negativo a positivo, un alto en el flujo de sodio y salida rápida de potasio reintegra la carga interior al negativo, corre a lo largo de la fibra nerviosa.

La transmisión del impulso nervioso opera bajo el principio de todo o nada. Si el estímulo es lo suficientemente fuerte para excitar una fibra (umbral de estímulo), se trasmite un impulso máximo, en diferentes fibras nerviosas.



Sinapsis de células nerviosas

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central incluye; el encéfalo y la médula espinal y el sistema nervioso periférico son los nervios craneales y nervios espinales.

CEREBRO

Las tres divisiones embriológicas del cerebro son anterior que incluye cerebro y diencefalo (tálamo e hipotálamo), cerebro medio y cerebro posterior que incluye la protuberancia, el bulbo raquídeo y el cerebelo.

El cerebro representa siete octavos de peso del encéfalo en él se realizan la identificación discriminativa a integración de la información sensitiva de la memoria, razonamiento, empleo del lenguaje, comportamiento; la capa superficial de materia gris (corteza cerebral) está muy extendida por medio de las circunvoluciones.

La cisura intercerebral divide al cerebro en dos hemisferios y cada uno dividido en cuatro lóbulos que son; frontal, parietal, temporal y occipital.

El lóbulo frontal contiene áreas de iniciación de movimientos, el lóbulo parietal para la percepción de sensaciones somestésicas, el lóbulo temporal para la percepción de sonidos y lóbulo occipital para la percepción de la visión.

Las vías comisurales conectan a ambos hemisferios (cuerpo callosos), las vías de asociación conectan porciones del hemisferio mismo.

Dentro de la sustancia blanca del cerebro están dos partes de núcleos (caudado y lenticular), llamados colectivamente ganglios basales, los cuales tienen papel importante en el control de la actividad motora; en cada núcleo está una masa grande de materia blanca la cual contiene fibras que van y vienen de la corteza cerebral y que conectan a la corteza con el resto del cerebro y la médula espinal.

TÁLAMO

Masa par de materia gris situada debajo del cuerpo calloso. Centro de relevo para impulsos sensitivos (a excepción de los olfatorios), provenientes de los receptores periféricos a la corteza cerebral; en él se tiene conocimiento burdo de sensación.

Procesa y releva los impulsos motores coordinados provenientes de los ganglios basales y cerebelo hacia la corteza motora cerebral. Centro de relevo e integración para el comportamiento emocional.

HIPOTÁLAMO

Participa en la regulación de temperatura corporal, actividades de alimentación, concentración y volumen de líquido extracélular respuesta del sistema nervioso autónomo y funciones endocrinas.

CEREBRO MEDIO

Cuatro masas redondeadas, tubérculos superiores e inferiores (llamados colectivamente cuerpos cuadrigéminos), forman la raíz de la superficie posterior del cerebro medio; los cuerpos cuadrigéminos superiores coordinan los movimientos de los ojos en respuesta a movimientos visuales a estímulos del movimiento visual, auditivo o táctil; los cuerpos cuadrigéminos inferiores participan en reflejos auditivos.

Dos grandes haces de fibras se derivan de la cápsula interna, llamados pedúnculos cerebrales, forman la porción anterior del cerebro medio; los haces contienen al sistema motor cerebral mayor; otras fibras van a la protuberancia, donde hacen conexión con el cerebelo.

CEREBELO

El cerebelo tiene una capa superficial (corteza), de materia gris; cubre a la sustancia blanca y está rodeada de pliegues profundo y cisuras de materia gris conocidas como árbol de la vida.

Funciona como centro integrador para los movimientos uniformes, coordinados, voluntarios, recibe impulsos de los propioceptores y receptores de tacto, visión y audición así como de la corteza motora.

PROTUBERANCIA

Se encuentran delante del cerebelo entre el cerebro medio y la médula, estructura semejante a un puente que consta casi por completo de sustancia blanca, une a diversas porciones del cerebro.

BULBO RAQUÍDEO

Se continúa con la médula espinal a través del agujero occipital en su porción ventral están las pirámides (vías corticoespinales), en la porción posterior están dos núcleos prominentes, el de Goll y el de Burdach, donde hacen sinapsis las vías correspondientes (vías para el tacto discriminativo). Contienen para regular las funciones cardiovasculares, mantener y controlar la respiración y coordinar la deglución y los reflejos de vómito.

FORMACIÓN RETICULAR

Neuronas diseminadas en forma difusa a través del bulbo raquídeo; protuberancia y cerebro medio, recibe impulsos de todas las vías sensitivas que llegan a la corteza cerebral, mantiene la vigilia (sistema activador reticular), contiene centros para facilitar o inhibir los reflejos de estiramiento, como parte del sistema extrapiramidal es el sitio de origen de vías reticuloespinales que van a las neuronas motoras espinales.

VENTRÍCULOS CEREBRALES

Cuatro cavidades o ventrículos del cerebro se continúan con el conducto central de la médula espinal; dos ventrículos laterales, uno en cada hemisferio y el tercero en el diencéfalo y el cuarto anterior al cerebelo.

MENINGES DEL CEREBRO

La duramadre es la más externa, formada por tejido fibroso denso que consta de dos capas, una externa, que forma el periostio interno de los huesos craneales, y una interna. Las extensiones de esta última forman siguientes porciones:

-La hoz del cerebro.

- La tienda de la hipófisis.

La aracnoides. (meninge media), una manbrana laxa, delicada con aspecto microscópico de tela de araña.

La Piamadre (meninge interna), una membrana vascular.

LÍQUIDO CEFALORAQUIDEO.

Circula dentro de los ventrículos conducto central de la médula espinal y en el espacio subaracnoideo en el cerebro y la médula espinal, sirve como cubierta protectora y proporciona un medio de flotación para el cerebro.

Se forma de continuo en los ventrículos, principalmente por el plexo coroideo sirve como cubierta protectora y proporciona un medio de flotación para el cerebro.

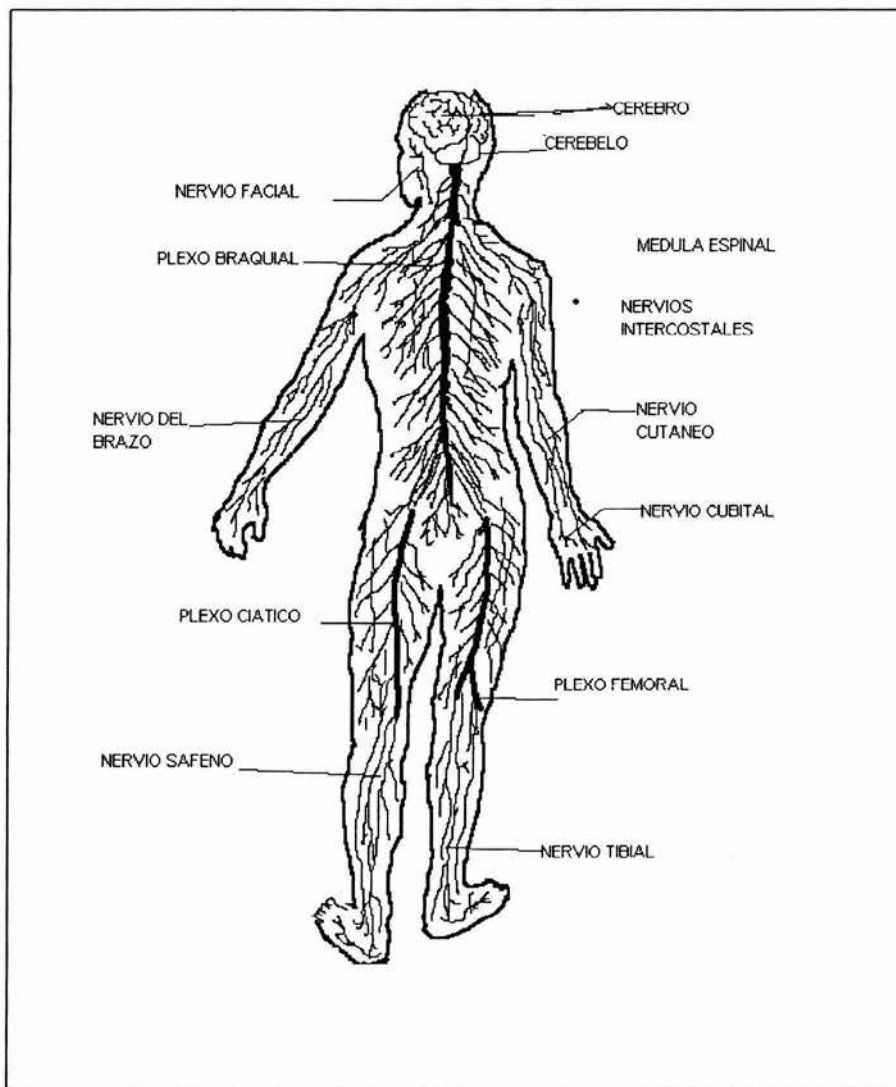
Se forma de continuo en los ventrículos principalmente por los plexo carotideo (proyecciones semejantes a sacos de la piamadre dentro de los ventrículos cubiertos por epéndimo), circula desde los ventrículos laterales a través del agujero de Monro dentro del tercer ventrículo, pasa por el acueducto cerebral hacia el cuarto ventrículo, pasa así a través de los tres agujeros dentro del espacio subaracnoideo, drena en el seno venoso longitudinal superior, a través de las vellosidades aracnoideas.

MÉDULA ESPINAL

Se extiende desde el agujero occipital a la segunda vértebra lumbar, consta de un número central en forma de H, de materia gris rodeado de materia blanca.

La duramadre, aracnoides y piamadre, del cerebro se continúan con las meninges raquídeas, la delgada extensión de la pia madre por debajo de la médula.

SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO



Sistema nervios periféricos.

NERVIOS ESPINALES

Treinta y un pares, 8 cervicales, 12 torácicos, 5 lumbares, 5 sacro y 1 coccigeo. Formados por la unión de una raíz dorsal y una raíz ventral. Los cuerpos celulares de las neuronas sensitivas se encuentran en los ganglios espinales, los cuerpos celulares de las neuronas motoras se encuentran en el asta gris ventral de la médula espinal.

Las raíces dorsal y ventral que descienden de la porción terminal de la médula espinal para alcanzar el agujero intervertebral apropiado desciende en conjunto formando la llamada cauda equina. Poco después de que el nervio espinal se forma de una raíz dorsal y una ventral.

En las regiones cervical, lumbar y sacra, los ramos ventrales dan origen a redes nerviosas intercomunicadas (plexos), de los cuales nacen plexos periféricos.

NERVIOS CRANEALES

Son doce pares denominados en orden del I al XII; olfatorio, óptico, motor ocular común, patético, trigémino, motor ocular externo, facial, auditivo, glossofaríngeo, neumogástrico, espinal e hipogloso.

DOLOR

El dolor es una compleja función del sistema nervioso periférico y central, que constituye el síntoma de enfermedad más frecuente que padece el hombre.

El conocimiento de los mecanismos de la sensación dolorosa es imprescindible para la comprensión de su significación clínica y de la actuación terapéutica.

El dolor puede definirse como una sensación molesta de una parte del cuerpo, ocasionada por causas y mecanismos diferentes y habitualmente acompañada de una experiencia emocional desagradable.

FISIOPATOLOGÍA

Cuando un estímulo, ya sea que venga del exterior del cuerpo, del ambiente o de la mente es interpretado con un significado de dolor, se facilita el movimiento de los impulsos de las áreas del cerebro que median la huida y la adaptación interna y se despierta el complejo total de dolor.

Un sistema modulador de la médula espinal que controla la cantidad de estímulos transmitidos desde los receptores y las fibras periféricas a través de las células del cuerpo dorsal.

Un sistema sensitivo discriminador mediante el que los estímulos que llegan son localizados en espacio y tiempo e intensidad.

Un sistema motivacional afectivo, que contribuye a la cualidad de desagradable moviliza las defensas internas e impulsa el organismo hacia la acción que tiene por objeto de malestar.

Un sistema central de control que valora y analiza el estímulo en términos de experiencia, regula la respuesta y la conducta facilitando o inhibiendo los estímulos a través del sistema de control .

CLASIFICACIÓN

El dolor según su duración se clasifica en agudo o crónico:

Dolor agudo, suele ser referido por los pacientes con precisión sobre su carácter, localización y duración y se acompaña de manifestaciones y de hiperactividad del sistema nervioso vegetativo con taquicardia, sudoración y palidez.

Dolor crónico, con una duración superior a los 3 meses, pierde esta característica y se hace más impreciso, el dolor crónico se debe habitualmente a alteraciones estructurales del organismo, y se acompaña de un componente psicológico

Según su origen el dolor puede ser somático si se produce por estimulación de los receptores periféricos, el dolor visceral se origina por estimulación de los receptores de las víceras y se caracteriza por una sensación de dolor profundo, de espasmo.

El dolor neuropático, se origina por la afectación de los receptores periféricos, de los nervios o del sistema nervioso central, es intenso como una sensación ardiente y se acompaña por otras alteraciones de la sensibilidad.

ETIOLOGÍA

-Hay una gran variedad de causas que causa dolor por ejemplo:

- Infección.
- Quemaduras.
- Fracturas.

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica.
- Exploración física.

TRATAMIENTO

- Reposo de la parte dolorosa .
- Aplicación de calor, frío.
- Cambio de posición o contrairritantes.
- Administración de analgésicos (dibucaína, aspirina y acetaminofén).
- Inyectarse morfina.
- La acupuntura y la estimulación cutánea .

ANSIEDAD

La ansiedad puede ser síntoma de una amplia gama de trastornos psiquiátricos y médicos. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), es una anomalía en el cual el individuo experimenta ansiedad, miedo y preocupación, la mayor parte del tiempo y de forma continúa durante al menos 6 meses.

La ansiedad subjetiva debe acompañarse de al menos tres síntomas somáticos, irritabilidad, trastorno del sueño, tensión muscular, dificultad para concentrarse o cansancio fácil.

EPIDEMIOLOGÍA

En la población general 6.6%, atención primaria; 2,9% (es el trastorno de ansiedad).

Distribución por sexos; las mujeres se afectan con mayor frecuencia que los varones (relación 2:1), pero solicitan tratamiento con menor frecuencia.

Distribución por edades; el 30% de los pacientes afirman que los síntomas empezaron antes de los 11 años. El 50% de los pacientes los síntomas comenzaron antes de los 18 años.

CUADRO CLÍNICO

-Presencia de ansiedad durante toda la vida, preocupación excesiva, relacionada a problemas de familia, dinero y trabajo o salud, trastornos del sueño en particular insomnio.

-Tensión muscular (cefálea por tensión muscular, dificultad para concentrarse, cansancio durante el día).

-Síntomas gastrointestinales.

-Enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, distimia o depresión mayor), y el abuso de sustancias).

ETIOLOGÍA

No existe una etiología clara.

DIAGNÓSTICO

-Historia clínica.

- Exploración física confirman las quejas físicas del paciente, exclusión de una base orgánicas para esas quejas, lo que pueda requerir valoración adicional.

TRATAMIENTO

Tratamiento no farmacológico

- Terapia cognitiva-conductual.
- Bioretroalimentación.
- psicoterapia.
- Psicodinámica.
- Relajación.

Tratamiento farmacológico

- Las benzodiazepinas de 30 mg día, por vía oral
- La tiorodiazina la dosis oscilan entre 20 a 800mg por día por vía oral.

PRONÓSTICO

Se trata de un proceso crónico con exacerbaciones periódicas, el tratamiento pretende obtener un grado significativo de mejora, aunque los síntomas y la disfunción pueden subsistir.

CAPITULO V

SISTEMA DIGESTIVO

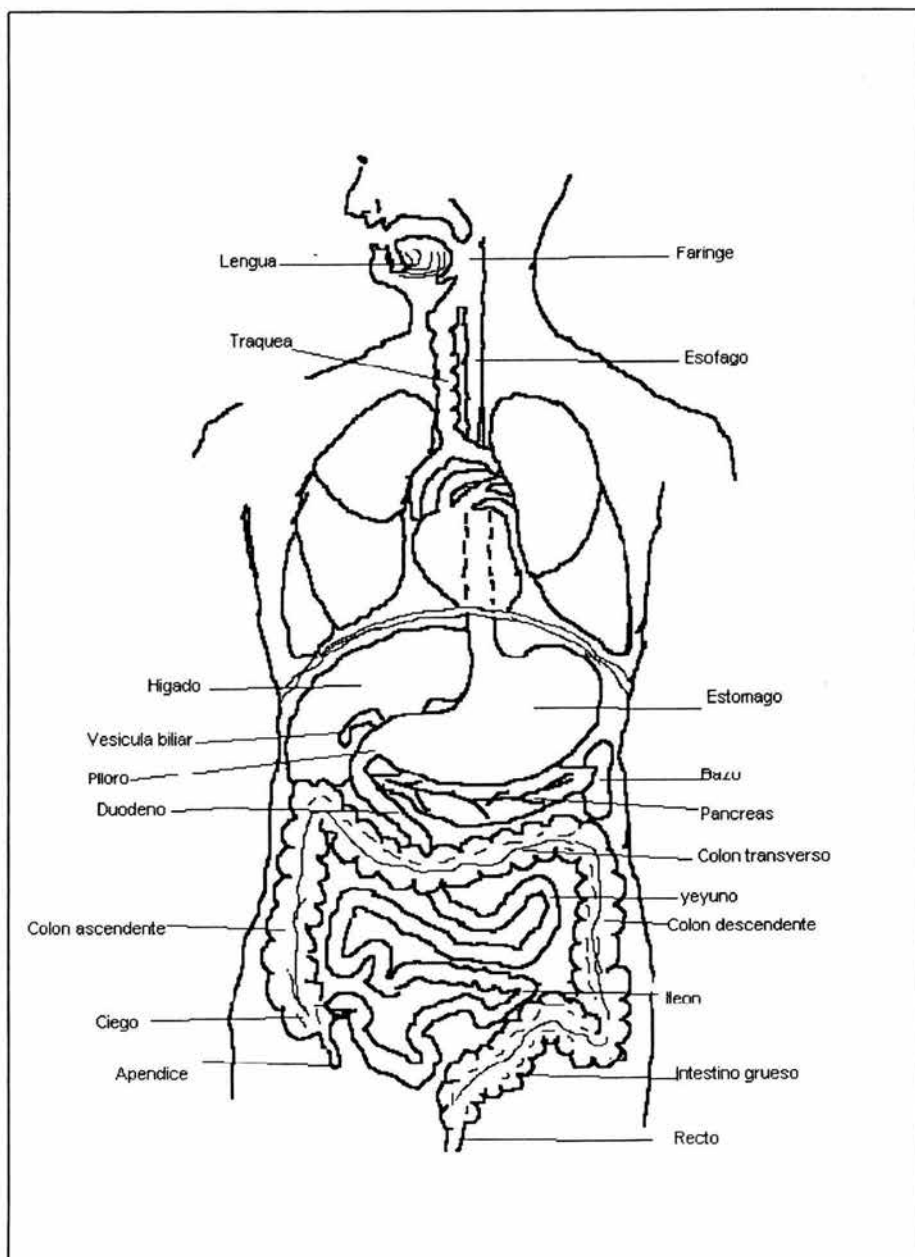
CAPITULO V

SISTEMA DIGESTIVO

El sistema digestivo se compone de un tubo muscular largo que comienza en los labios y termina en el ano y que incluye boca , faringe, esofago, estómago e intestino delgado y grueso, así como unas glándulas entre las que se incluyen hígado, vesícula biliar y páncreas. Las principales funciones del sistema digestivo son la digestión y la absorción de los alimentos ingeridos y la eliminación de desechos sólidos.

LABIOS

Poseen una superficie externa cubierta de piel. Los bordes rojos libres representan una zona de transición de piel y mucosas. El epitelio de la superficie interna del labio escamoso estratificado y parecido al de la superficie de las mejillas, la masa del labio consta de fibras musculares estriadas con tejido conectivo fibroelástico.



Sistema Digestivo.

MEJILLAS

Son pares es laterales de la boca revestidas de epitelio escamoso estratificado contiene varios musculos accesorios de la masticación, especialmente los buccinadores, que impiden que el alimento escape a la acción masticatoria de los dientes.

DIENTES

Su estructura esta dividida en dos porciones principales:

La corona, que se proyecta encima de la encía o gingiva, y la raíz, la porción empotrada en el alveolo del maxilar inferior y superior.

La región entre la corona y la raíz se llama cuello, la porción central hueca del diente, la cavidad pulpar esta llena de tejido conectivo (pulpa).

La dentina una sustancia semejante a la del hueso en su composición, pero más dura y más compacta, rodea la cavidad, la dentina de la corona esta cubierta por esmalte, la sustancia más dura del cuerpo, formada principalmente por fosfato de calcio. En el adulto, cada cuadrante de la boca tiene ocho dientes: dos incisivos, un canino, dos premolares y tres molares.

LENGUA

El suelo de la boca contiene la lengua, estructura de gran movilidad, compuestas de músculos extrínsecos que la impulsan en tres direcciones y músculos intrínsecos que se encuentran por completo en la lengua.

Contiene un pliegue de membrana mucosa, el frenillo que une la lengua con el piso de la boca.

La lengua mezcla la saliva con los alimentos y mantiene la masa alimeticia entre los dientes para masticarla antes de digerirla hacia atrás para su deglución. Numerosas papilas gustativas se hallan dispersas en la superficie de la lengua.

FARINGE

Es la porción del tubo digestivo que sirve como vía de paso para los sistemas respiratorio y digestivo. La faringe pose capas musculares, longitudinal y circular de tipo estriado, los músculos circulares son llamados constrictores.

CAPAS DE LA PARED DEL TUBO DIGESTIVO

Mucosa es la capa más interna del tubo digestivo; está compuesta de epitelio superficial y de tejido conectivo de sostén, la lámina propia, dispuesta en una capa delgada de fibras musculares lisas. Las células glandulares de la mucosa secretan jugos digestivos y moco si bien en el esófago y en el colon secretan moco. En el tejido de sostén se encuentran acumulos de tejido linfático.

Submucosa esta capa está compuesta de tejido conectivo areolar con numerosos linfáticos, vasos sanguíneos y nervios. Se encuentran entre la mucosa y la muscular y actúa para compensar los cambios en el tamaño del tubo digestivo durante el paso de los alimentos.

Muscular capa que se compone de fibras de músculo liso en dos secciones distintas. La capa circular interna, cuando se contrae estrecha la luz del tubo. las fibras externas dispuestas longitudinalmente acortan el tubo mediante su contracción.

Serosa la cubierta más externa recibe el nombre de peritoneo visceral o serosa, el peritoneo parietal localizado entre el peritoneo visceral y la pared abdominal.

ESÓFAGO

Es un tubo largo recto que comunica directamente con el estómago. El paso del alimento es facilitado por las fuerzas de la gravedad, así como la disposición de las fibras musculares del órgano. El esófago se extiende desde la faringe hasta el estómago unos 25 cm y está situado por detrás de la tráquea y por delante de la columna vertebral y pasa a través del diafragma, y por delante de la aorta para entrar al estómago.

El epitelio es escamoso estratificado. La capa muscular del tercio superior es estriada y la del tercio inferior es lisa y existe una zona de transición en la zona media, la cubierta externa no es serosa sino gruesa y fibrosa.

ESTÓMAGO

La porción más dilatada del tubo digestivo, está situado debajo del diafragma inmediatamente por debajo del reborde costal en la porción superior del abdomen. Sirve principalmente como almacenamiento para el alimento antes de que pase al duodeno pero también ocurre cierta actividad digestiva.

El estómago consta de tres partes, fondo, porción superior en forma de cúpula dispuesta hacia la izquierda; cuerpo, porción central y píloro, porción relativamente estrecha en el extremo terminal.

La pared del estómago está compuesta de las mismas capas que se encuentran en otras regiones del tubo digestivo con ciertas modificaciones.

El estómago además de tener una capa longitudinal externa y una circular interna de musculo liso también contiene una capa oblicua en la parte inferior que se extiende desde el fondo hasta la región pilórica. El cardias es la abertura entre el esófago y el estómago.

Hay glándulas gástricas muy apretadas en número de 35 millones más o menos que se abren a la superficie por medio de las foévas o fosillas gástricas, estas glándulas son tubulares, ramificadas que penetran la lámina propia en todo el trayecto de la capa mucosa.

INTESTINO DELGADO

Se extiende desde el extremo distal del esfínter pilórico hasta el ciego. Mide aproximadamente 5.40 m de longitud y se divide en tres porciones; duodeno, yeyuno e íleon.

El duodeno llamado así por su longitud casi igual a la de su anchura de 12 dedos de la mano es la porción más ancha y más corta y más fija del intestino delgado recibe secrecciones del hígado y páncreas.

La unión entre el duodeno y el yeyuno se haya limitada por una banda ligamentosa conocida como ligamento de Treitz.

El duodeno esta irrigado por las ramas del tronco céliaco y el resto del intestino por ramas de la arteria mésoenterica superior.

Desde el punto de vista histológico la pared del intestino delgado contiene: pliegues circulares, pliegues transversos permanentes que contiene un núcleo de submucosa que puede extenderse dos tercios o más alrededor de la circunferencia del conducto; vellosidades proyecciones digitiformes dentro de la luz; microvellosidades, numerosas prolongaciones cilíndricas en la superficie libre de las células epiteliales que forman el llamado borde en cepillo o estríado.

Las glándulas tubulares, conocidas como criptas de Lieberkühn, se encuentran entre la base de las vellosidades, las glándulas de Brunner del intestino delgado, están localizadas en la submucosa de duodeno. Epitelio cilíndrico reviste el intestino delgado, las células del epitelio se hallan entre mezcladas con las células calciformes que secretan moco.

INTESTINO GRUESO

El intestino grueso tiene mayor anchura y las siguientes características:

- Las glándulas son de profundidad mayor, de disposición más compacta, y contiene muchas células calciformes.
- La capa muscular longitudinal se encuentra limitada por tres bandas, las cuales son visibles en la superficie, y que recibe el nombre de tenias del colón.
- En su borde libre se observan muchos apéndices epiplónicos o prolongaciones de peritóneo repletos de grasa.

El ciego o primera porción del intestino grueso es una bolsa alargada situada en la porción inferior derecha del abdomen a nivel de la base destaca un tubo delgado denominado apéndice.

El colon ascendente se extiende hacia arriba a partir del ciego sobre la pared abdominal posterior derecha y llega hasta por debajo de la superficie del hígado. El colon transversal descansa sobre las asas del intestino delgado y cruza la cavidad abdominal de derecha a izquierda por debajo del estómago.

El colon descendente comienza cerca del bazo se dirige hacia abajo del lado izquierdo del abdomen hasta la cresta ilíaca donde toma el nombre de colon pélvico o sigmoideo.

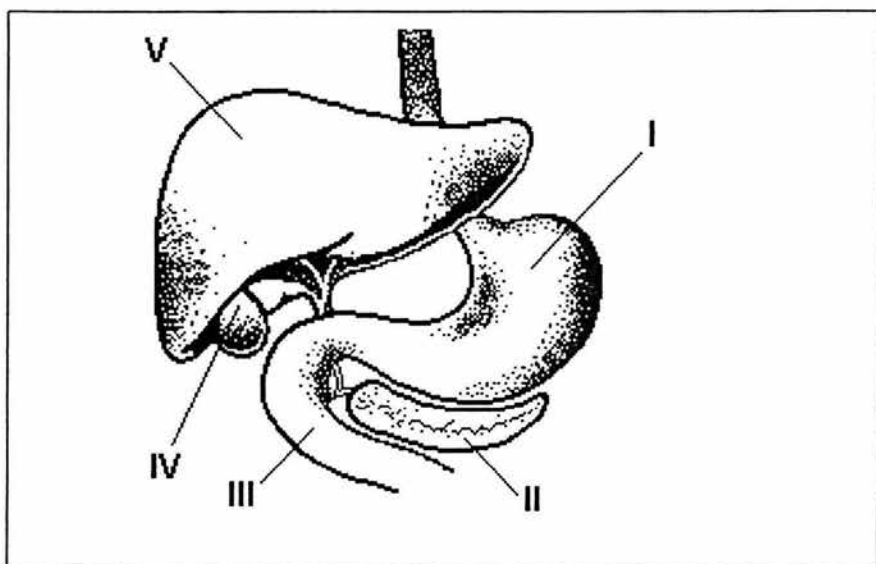
RECTO

El recto se encuentra en la cara anterior del sacro y cóccix y termina en el estrecho del conducto anal que se abre al exterior en el ano. En el ano el epitelio está queratinizado, el músculo del conducto anal esta engrosado para formar el esfínter interno y las haces de músculo esquelético rodean al conducto formando el esfínter externo.

ESTRUCTURAS ACCESORIAS

El páncreas, hígado y vesícula biliar se derivan de la porción del sistema digestivo que forma el intestino delgado, y las glándulas salivales, se derivan de la porción cefálica del intestino, y participa íntimamente en la digestión. Las glándulas secretan enzimas digestivas que actúan sobre los tres principales nutrientes (carbohidratos, grasas, proteínas).

La bilis que se secreta en el hígado es esencial para la absorción normal de lípidos digeridos. La vesícula biliar concentra y almacena la bilis. El duodeno recibe jugo pancreático por medio del conducto pancreático y bilis por medio de el conducto colédoco.



I Estómago. II Páncreas. III Intestino delgado.

IV Vesícula biliar. V Páncreas.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es la expulsión difícil o poco frecuente de las heces hay dureza de las heces, dificultad para defecar, sensación de evacuación incompleta o defecación poco frecuente.

Ninguna función corporal es más variable ni está sometida a tantas influencias extrañas como la defecación, factores dietéticos, culturales y de la fisiología individual modifican la función intestinal normal, la frecuencia normal varía entre tres disposiciones al día y una cada tres días.

FISIOPATOLOGÍA

Hay anormalidad en la motilidad del sigmoides y colón descendente. En estado de reposos existe aumento considerable de segmentación y de actividad no propulsora con retraso en el desplazamiento de las heces hacia el recto.

Se desconoce la causa de las anormalidades en la motilidad se han comprobado trastornos en los mecanismos fisiológicos normales, como los cambios de la actividad del colón por efecto de la comida.

La sensación de estreñimiento es parte de la inhibición normal de la acción intestinal necesaria para controlar la defecación cuando el recto se distiende por un volumen crítico se inicia la necesidad de defecar si no se realiza la defecación, el recto se relaja y se distiende para acomodar las heces.

CLASIFICACIÓN

Estreñimiento agudo

Representa un cambio definido para el individuo y sugiere una causa orgánica en clientes que se quejan de estreñimiento sólo durante unas horas o unos días hay que pensar en una obstrucción mecánica del intestino.

Estreñimiento crónico

Las causas funcionales comunes son las que dificultan los movimientos normales del intestino por que hay trastorno de los mecanismos del almacenamiento, transporte y evacuación del colon a veces por enfermedad sistémica, pero la más frecuente es que sea por trastornos neurógenos locales.

ETIOLOGÍA

Estreñimiento se produce en clientes de edad avanzada o inválidos, en especial los obligados a guardar cama las heces se acumulan porque el colon no responde a estímulos habituales que promueven la evacuación, o por que faltan los estímulos accesorios que representan los hechos normales de comer y de la actividad física.

Si el uso de otras drogas para tratar enfermedades asociadas,prolonga dependencia de laxantes o enemas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- El estreñimiento.
- La impactación fecal .
- Dolor rectal y tenesmo.
- Espasmos.
- Eliminación de material fecal mucosa de consistencia acuosa entorno a la masa impactada.

DIAGNÓSTICO

- La exploración rectal.
- La protoscopia(estudio del tubo digestivo) y el examen de enema con bario son normales, aún cuando el medio de contraste puede evacuarse con dificultad y el colon pueda aparecer excesivamente grande.

TRATAMIENTO

Debe contener residuos suficientes para asegurar un volumen adecuado de heces, la fibra vegetal aumenta el volumen de la heces; algunos componentes de la fibra también absorben líquido hacia la fase solida, haciendo que las heces sean más blandas.

Los laxantes y purgantes, deben emplearse con cuidado, pueden interferir con la absorción de diversas medicaciones al fijar las drogas químicamente y físicamente, el tránsito rápido puede llevarse algunas drogas más allá de donde su localización es la óptima.

La administración de agentes humectantes que reblandecen las heces aumentando la capacidad de humedecer el agua intestinal, tiene propiedades hidrófilas como hidrófobas, éstas rompen la barrera superficial permitiendo que el agua penetre en la materia fecal , la reblandezca y aumente de volumen.

Los purgantes secretores o estimulantes, como es el sen, cáscara sagrada, fenolteína, bisacodil y aceite de recino, actúan irritando la mucosa intestinal o por estimulación neural directa, algunas de éstas drogas son absorbidas, metabolizadas por el hígado y eliminación de heces semi sólidas.

CAPITULO VI

SISTEMA TEGUMENTARIO

CAPITULO VI

SISTEMA TEGUMENTARIO

IMPORTANCIA DE LA PIEL

La piel de un adulto promedio cubre más de 19,300 centímetros cuadrados de área de superficie, pesa alrededor de 2.700Kg (casi el doble del peso del hígado o del cerebro), y recibe mas o menos una tercera parte de toda la sangre que circula por el cuerpo. Es elástica, áspera, en condiciones ordinarias, se regeneran por sí misma. La piel es totalmente impermeable, proporciona una barrera térmica estrechamente regulada y eficaz; participa en las funciones de evaporación de agua y regulación de la temperatura del cuerpo.

CAPAS DE LA PIEL

Epidermis, (del griego épi, sobre; derma, piel) o capa más externa de la piel está compuesta de células epiteliales escamosas estratificadas. La epidermis que circunda las palmas de las manos y las plantas de los pies es más gruesa y se hace más delgada en la cara y tronco.

La epidermis consta de cinco capas de la superficial a la profunda y son; estrato córneo, estrato lúcido, estrato granuloso, estrato espinoso y estrato germinativo:

1. El estrato córneo forma la capa más externa de la epidermis y consta de células muertas llenas por completo por una proteína llamada queratina, en forma común se llaman células queratinizadas, como constantemente se están desprendiendo, necesitan ser renovadas. El estrato córneo está compuesto por células aplanadas parecidas a las escamas, sirve como barrera física para las ondas de luz y de calor microorganismos y la mayor parte de las sustancias químicas. El espesor de esta capa es determinado por la cantidad de estimulación de la superficie mediante la abrasión y peso que soporta, por eso las palmas de las manos y las plantas de los pies se engruesan y forman callos.
2. El estrato lúcido está situado inmediatamente abajo del estrato córneo y no se ve en la piel más delgada. Es una capa que tiene una a cinco células de espesor, consta de células aplanadas transparentes, muertas o desvitalizadas, que por lo general han perdido sus núcleos.

3. El estrato granuloso, de dos a cinco capas de células aplanadas, sirve de transición dentro del estrato germinativo. Los gránulos que se acumulan en las células dan a la capa su nombre, sin embargo ellas no contribuyen al color de la piel.

4. El estrato espinoso consta de varias hileras de células espinosas de forma poligonal las células más externas tienen forma de espina y de ahí su nombre células espinosas.

5. El estrato germinativo la capa más profunda e importante de la epidermis contiene las únicas células de la piel capaces de efectuar división mitótica. Cuando las nuevas células son formadas sufren cambios morfológicos y nucleares a medida que se mueven hacia la capa más superficial. En forma simultánea estas células dan origen a todas las demás capas externas de la epidermis. La epidermis se regenera sólo mientras el estrato germinativo permanezca intacto.

Melanina el pigmento principal de la piel es formada en el estrato germinativo por células llamadas melanocitos y es llevada desde las proyecciones melanocíticas a las células epiteliales adyacentes.

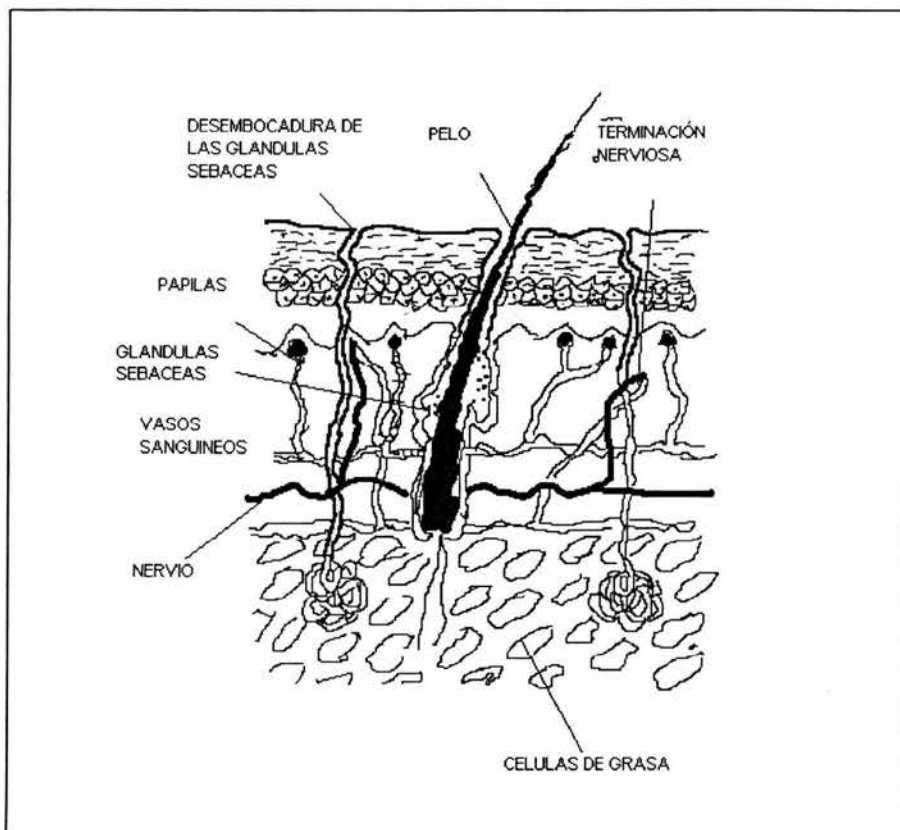
El color más oscuro es debido a la melanina; el color rosado es causado por los vasos de la dermis, el factor más fuerte de incremento de la pigmentación es el efecto estimulante del sol sobre los melanocitos.

La melanina es capaz de enlazarse transversalmente con la proteína para formar un compuesto resistente y duro; por lo tanto, la piel sumamente pigmentada es más resistente a la irritación interna.

DERMIS

La dermis o corión, que está situada inmediatamente abajo de la epidermis, a menudo se llama piel verdadera. Se compone de tejido conectivo que contiene fibras elásticas amarillas y colágena blancas. Vasos sanguíneos, nervios, vasos linfáticos, folículos pilosos y glándulas sudoríparas están encajados en la dermis. La dermis está dividida en porción papilar, adyacente a la epidermis y porción reticular situada entre la capa papilar y el tejido subcutáneo (del latín sub, bajo; cutis, piel)

Tejido Subcutáneo es una lámina de tejido aerolar, que suele contener grasa, y que se le conoce como tejido adiposo subcutáneo o aponeurosis superficial une la dermis con estructuras subyacentes.



Sistema tegumentario.

APÉNDICES

Los apéndices que acompañan a la piel son; pelo, uñas, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

El pelo cubre todo el cuerpo excepto las palmas de las manos y las plantas de los pies y porciones de los genitales; cada unidad de pelo está compuesta de tres partes, cutícula, corteza y médula.

La cutícula, la porción más externa, contiene una sola capa de células parecidas a las escamas que se superponen.

La corteza o porción principal del pelo consta de células alargadas unidas para formar fibras aplanadas. El eje central del pelo conocido como médula, esta compuesto de células variadas que a menudo contienen espacios aéreos. El color del pelo está determinado por factores genéticos complejos.

Las uñas, una modificación de las células epidérmicas cornificadas, están compuestas de queratina dura. El aire mezclado en la matriz de queratina forma la media luna blanca en el extremo proximal de cada uña. La laminilla ungueal que se origina del pliegue ungueal proximal y está fijada en el lecho ungueal crece aproximadamente 1mm por semana.

Las glándulas sebáceas, se originan de las partes de folículos pilosos y producen sebo, la sustancia aceitosa principalmente responsable de la lubricación de la superficie de la piel. La secreción sebacea consta de células completas que contiene sebo. La secreción sebácea está bajo control del sistema endocrino.

Las glándulas sudoríparas, son glándulas tubulares simples que se encuentran en casi toda la piel excepto en los bordes de los labios y el glande del pene, son más numerosas en las palmas de las manos y plantas de los pies cada una consta de porción secretora, localizada abajo de la dermis, es un tubo ciego enrollado en si mismo y un conducto escretor que atravieza la dermis y epidermis hasta el exterior de la piel.

FUNCIONES DE LA PIEL

La piel funciona en la sensación, protección, termoregulación y secrección. En la piel están localizados los receptores sensitivos específicos de las cuatro sensaciones básicas de dolor, tacto, temperatura y presión.

La piel forma una cubierta elástica, resistente que protege al hombre de su medio ambiente, evita el paso de agentes físicos químicos nocivos e inhibe la pérdida excesiva de agua y electrolitos. El calor del cuerpo se pierde por conducción, convección, radiación y evaporación. Estos procesos son regulados por activación nerviosa y química de las glándulas sudoríparas y por dilatación y constricción de los vasos cutáneos. La piel desempeña una parte de las funciones secretorias del cuerpo. El sebo secretado por las glándulas sebáceas tiene propiedades antimicóticas y antibacterianas y ayuda a mantener la textura de la piel.

DERMATITIS POR CONTACTO

DEFINICIÓN

La dermatitis por contacto es una dermatitis eccematosa causada por la exposición a sustancias del medio ambiente. Puede subdividirse en una forma irritativa (alteración de la epidermis por causas físicas y químicas no inmunológicas) y otra forma alérgica (reacción de hipersensibilidad tardía).

FISIOPATOLOGÍA

La hipersensibilidad celular a la sido parcial o totalmente implicada en la producción de lesiones de ciertas enfermedades bacterianas y virales en procesos inflamatorios por contacto o fenómenos de autoinmunidad.

Las lesiones de la piel sean agrupado en diversas categorías sea por su aspecto, forma, color y consistencia. Esta agrupación tiende a facilitar el estudio en mácula, pápula, nódulos, pústulas, etc.

La reacción a la hipersensibilidad es una lesión característica producida por alérgenos produce una reacción eccematosa. Engrosamiento de la capa córnea de la epidermis frecuentemente se asocia con engrosamiento del estrato espinoso.

EPIDEMIOLOGÍA

El 20 % de todos los casos de la dermatitis es causada por contacto y de naturaleza alérgica.

La dermatitis por Rhus (hiedra venenosa, roble venenoso, y zumaque venenoso), es responsable de la mayoría de las dermatitis por contacto.

Los jabones, detergentes y solventes orgánicos son causas frecuentes de dermatitis por contacto irritativa.

CUADRO CLÍNICO

Dermatitis por contacto irritativa

- Sequedad.
- Eritema.
- Fisuras.
- La exposición crónica puede generar inflamación eczematosa.

ETIOLOGÍA

- Dermatitis por contacto irritativa.
- Por el manejo de cemento (trabajadores de la construcción).
- Goma, ambrosía, insecticidas (campesinos).

- Cáscara de la naranja y el limón (cocineros y empleados de bares).
- Uso de cosméticos.
- Guantes de goma.

DIAGNÓSTICO

- Valoración.
- Historia médica: Comienzo gradual o rápido, número de exposiciones, presentación clínica, historia laboral.
- Posible la efectación de la cara por los cosméticos.
- Pruebas de laboratorio. La prueba del parche .
- La tinción de Gram y los cultivos.

TRATAMIENTO

- Lavado de la piel con agua simple o con jabón suave en los 15 minutos siguientes a la exposición.
- Compresas de agua fría durante 20 a 30 minutos, 5 a 6 veces al día durante las 72 horas iniciales con la formación de vesículas.

CAPITULO VII

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA

RESPUESTA HUMANA

CAPITULO VII
HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
RESPUESTA HUMANA

- Nombre: C.G.J.

 - Edad: 77 años. Sexo: Femenino.

 - Fecha de nacimiento: 22-junio- 1926.

 - Dx. Médico de ingreso: Fractura de fémur.

 - Valoración realizada por: L.E.O. Alfonso.

 - Dx (s) de enfermería:
- 1.-Deterioro de la movilidad física relacionada con la perdida de la integridad de estructuras óseas manifestada por dolor y malestar.

 - 2.-Dolor relacionado con conducta expresiva por fractura de fémur manifestado por agitación y gemidos.

- 3.-Deficit de autocuidado relacionado con el dolor en miembro pélvico manifestado por incapacidad para realizar arreglo personal.
- 4.-Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por heces secas y duras.
- 5.-Deficit de autocuidado relacionado con dolor en miembro pélvico izquierdo manifestado por sudor e irritación.
- 6.-Deterioro de la integridad cutánea relacionada con la inmovilidad física por reposo manifestada por malestar.
- 7.-Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por preocupación y desesperanza.
- 8.-Deterioro de la dentición relacionada con su estado de salud manifestado con higiene oral inadecuado.
- 9.- Deficit de actividades recreativas relacionada con inmovilidad física manifestado por bajo estado de ánimo.

10.- Deficit de autocuidado relacionado con el tratamiento prolongado manifestado por mal ingesta de alimentos.

INTERCAMBIO

- Cerebral.

- Nivel de conciencia: Ubicada en persona, lugar y tiempo.
- Apertura de ojos: Normal.

- Cardiaco

- Ritmo cardiac: Normal.
- Tensión arterial: Normal (120/80).

-Periférico (pulso)

- Carotideo: Normal.

- Apical: Normal.
- Braquial: Normal.
- Radial: Normal.
- Temperatura: Región, oral (36.7 C).
- Piel : Normal.
- Color: Normal.

OXIGENACIÓN

- Frecuencia respiratoria : 17 por minuto.
- Respiración: Normal.

-Integridad de la piel

- Eritema en espalda y gluteos: Si.

- Nutrición

- Dieta indicada por el médico: Dieta blanda.
- Comida: 3 veces al día.
- Alimentos que le gusta: Sopas, pollo, manzana y peras.
- Alimentos que le hacen daño: Naranja, papaya y café.

-Estado de boca y encías

- Color: Rosa.
- Humedad: Reseca.
- Lesiones: Ninguna.
- Dentadura: superior (incompleta).
inferior (incompleta).
- Utilización de prótesis: Si.

ELIMINACIÓN

- Ritmo intestinal habitual: 1 cada 24 horas.
- Alteración actual: Estreñimiento.
- Remedio para la alteración: Musica.

CARACTERISTICAS DE HECES

(Datos históricos)

- Color: Café.
- Olor: Normal.
- Consistencia: Blanda.

(Datos actuales)

- Color: Café.
- Olor: Normal.
- Consistencia: Compacta, seca.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA**(Datos históricos)**

- Color: Ambar.
- Olor: Amoniaco.
- Ph: 6.0

(Datos actuales)

- Color: Ambar.
- Olor: Amoniac.
- Ph: 6.0.
- Sonda Foley: No.

SENTIMIENTO**-Dolor o malestar**

- Desde el inicio de su enfermedad a empezado a tener dolor: Si.
- Intensidad del dolor: +++.
- En que parte del cuerpo le da el dolor: Extremidad izquierda.
- Se agrava el dolor con alguna cosa: Con el movimiento.

- Con qué mitiga el dolor: Analgésicos e inmovilización.

COMUNICACIÓN

- Función de la lectura: Normal.
- Función de la escritura: Dificultad.
- Función del habla: Normal.
- *Observaciones:* La dificultad en la escritura es debido a la senilidad en las manos a la artritis.

MOVIMIENTO

-Percepción sensorial

Alteración:

- Vista: Si.

- Oído: Si.

- Olfato: No.

- Gusto: No.

- Tacto: No.

- Reflejo: No.

Observaciones: Utiliza anteojos y en el oído izquierdo no percibe bien los sonidos.

AUTOCUIDADO

- Actividad independencia total: No.
- Actividad ayuda con aparatos: Si.
- Actividad ayuda con personas: No.

ACTIVIDAD

- Fatiga: No.
- Debilidad: Si.

REPOSO

- Cuantas horas duerme regularmente por la noche: 9 horas.
- Se siente descansado al despertar: Si.
- Auxiliares del sueño: Ninguno.

-Conservación del entorno

- Distribución que tiene los cuartos en la casa.
- Tiene: Cocina, 3 baños, escaleras.
- Cuenta con: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.
- Tiene animales: Sí, se encuentran fuera de la casa, en el patio y son dos perros.

-Conservación de la salud

1. ¿A qué servicio de salud tiene acceso? - IMSS e Institución privada.
2. ¿A qué servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?
- Institución privada.

RELACIONES

• Estado civil: Soltera.

• Vive con: Hermanos.

Relaciones sexuales

• Mujer.

• Menarca: 15 años .

• Menopausia: 44años.

CONOCIMIENTO

-Antecedentes de salud

1. ¿Qué problemas importantes de salud ha tenido anteriormente?

- Artritis reumatoide.

2. ¿Cuál es su enfermedad actual? - Fractura de fémur.

3. ¿Qué malestar ocasionó la enfermedad? - Dolor intenso.

FACTORES DE RIESGO

• Tiene antecedentes familiares de diabetes: No.

• Fuma: No.

• Consume alcohol: No.

1. ¿Qué hace para mitigar el estrés? - Escuchar música.

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

1. ¿Esta enterado el cliente de su problema actual de salud. - Si.

- 2 .¿Qué cuidados le han proporcionado por parte de el personal de enfermería?- Administración de medicamentos, baño de regadera.
- 3 .¿Sabe para qué le sirve esos cuidados?- Para aliviar el dolor.
- 4 .¿Le son de utilidad?- Si.

MEDICACIÓN ACTUAL

- 1 .¿Qué toma actualmente? -Dolac y Senokot.
- 2 .¿ En que dosis? -Dolac cada 8horas.

- Senokot cada 24 horas por la noche.

DISPONIBILIDAD

- Disponibilidad del cliente para aprender: Si.
- Solicita información: Si.
- Memoria: Intacta.

ELECCIÓN

- Participación

- Aceptación de la enfermedad: Si.
- Cumplimiento con el tratamiento terapéutico: Si.
- Aceptación del paciente para modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades: Si.

JUICIO

- Aceptación del problema: Si.
- Toma usted las decisiones en caso de que se presente un problema: Si.

AFRONTAMIENTO

- 1 .¿Cómo resuelve habitualmente sus problemas? -Pide consejos a su familia y sigue intrucciones.

SENTIMIENTO

- Emocional e integridad

- 1 .¿Recientemente le han ocurrido cosas que lo estresan? - Si la fractura.
- 2 .¿Siente ansiedad? - Si.
- 3 .¿Se siente afligido? - Si.
- 4 .¿Que hace para relejarse? -Escuchar música y platicar con las personas.

PERCEPCIÓN

-Concepto de uno mismo

1. ¿Cómo es su manera de ser habitualmente? - Alegre.
2. ¿Cree qué su personalidad ha cambiado por la enfermedad? - Ahora se siente preocupada por la fractura.

RELACIÓN

-Socialización

- Facilidad para relacionarse con otras personas con otras personas: Si.
- Personas que le pueden ayudar: Su familia y sus hermanos.

VALORACIÓN

- Preferencia Religiosa: Catolica.
- Prácticas religiosa: Asistir a misa.
- Prácticas culturales: No.
- Tradiciones familiares: Festejan cumpleaños.
- Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus prácticas religiosas , culturales : - Si.

CAPITULO VIII

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J

EDAD: 77 años

GENERO: FEMENINO

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2004

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionada con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas manifestada por dolor y malestar.

OBJETIVO: Inmovilizar el miembro pélvico izquierdo por medio de la férula para disminuir el dolor.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>Las férulas son dispositivos empleados para la restricción de movimientos o la inmovilización de una extremidad. Se utiliza como recurso de elección en situaciones de urgencia aunque sus indicaciones son muy diversas; se emplean para inmovilizar el miembro fracturado en una situación de emergencia hasta que se instaura el tratamiento definitivo o como tratamiento complementario o definitivo de fracturas poco desplazadas que no requerirán enyesado completo; para inmovilizar una extremidad como tratamiento de esguinces y luxaciones; como dispositivos complementario para mantener una tracción continua en el tratamiento de las fracturas de los huesos largos, para inmovilizar y dar soporte a una parte lesionada a fin de mantenerla en reposo, controlar la evolución de la herida, favorecer la curación o prevenir complicaciones.</p>	<p>INTERDEPENDIENTES Inmovilización (colocación de férula)</p>

Para proteger los tejidos de una parte lesionada, permitir su cicatrización y evitar el roce con las sábanas para corregir y prevenir las deformidades y contracturas musculares; como complemento de cirugía y otros tratamientos ortopédicos.

Tipos de férulas. Hay férulas de diferente forma y tamaño, algunas rígidas y otras flexibles. Las más comunes son:

Férula de Cramer. Es un dispositivo flexible de alambre enrejado que pueden moldearse para que su forma se adapte a la parte posterior de la extremidad, resulta muy útil para lograr una inmovilización temporal.

Férulas con yeso. Se confeccionan como las escayolas habituales pero sin rodear completamente la extremidad. Son útiles para mantener el miembro en una posición determinada cuando la lesión a tratar no requiere inmovilidad absoluta.

Férulas de material sintético. Pueden ser de diversos materiales plásticos que son blandos y moldeables al humedecerse con agua o una solución química y se vuelven secos y resistentes al secarse. Se preparan como las férulas de yeso y, con respecto a éstas, son más ligeras y menos frágiles.

Férulas inflables. Estos dispositivos se inflan con aire para adoptar la forma definitiva; en forma de bota para el miembro pélvico. Se emplean en situaciones de emergencia para el transporte de accidentados.

Férulas de Böbler-bräun. Es una férula metálica, rígida y no regulable, usada para mantener el miembro inferior en semiflexión. Se compone de un armazón que tiene una parte ascendente para apoyar el muslo y otra porción horizontal para soportar la pierna, previamente a su uso, se almohadilla y se forra con vendas de gasas las barras metálicas laterales, confeccionando con vendas en el plano sobre el lado en que descansara el miembro. Suele emplearse para mantener los miembros inferiores en posición elevada en el tratamiento o prevención de los edemas, y con el complemento de poleas se emplea para tracción esquelética en fracturas de los huesos de la pierna.

Férulas digitales. Son dispositivos flexibles usados para mantener inmovilizados los dedos de las manos y pies. Pueden ser de hierro flexible almohadillado con algodón y cellosa, aunque actualmente se confeccionan de aluminio cubierto con goma espuma por la parte correspondiente a la zona de apoyo con la piel.

Férulas de protección. Estos dispositivos sirven para evitar el contacto de la parte lesionada con las sábanas, facilitando la curación de úlceras, heridas quirúrgicas, quemaduras, etc. El más sencillo está compuesto por un arco metálico que, colocado sobre la cama, cubre la parte lesionada. El arco balcánico es un aparato de madera o metal formado por dos barras verticales con pie y otras dos horizontales unidas entre sí para enmarcar la cama y evitar el contacto de las sábanas.

<p>La férula usada para inmovilizar una fractura debe tener una longitud adecuada, abarcando una extensión suficiente de la extremidad e inmovilizando las articulaciones situadas por encima y por debajo de la lesión.</p> <p>Debe comprobarse que el almohadillado de la férula proteja las partes blandas y previene la compresión en planos duros, especialmente en zonas de rebordes óseos, una vez que se aplique el vendaje que fije la inmovilización.</p> <p>Contrólese la aparición de complicaciones compresivas en el miembro en que se ha puesto una férula de inmovilización, se debe evaluar los pulsos periféricos, la movilidad, la coloración y la sensibilidad de las partes expuestas.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>La inmovilización del miembro pélvico izquierdo ayuda a disminuir el dolor.</p>	

<p>Disminuye el dolor del cliente.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>Al mantener el miembro pélvico izquierdo en posición recta se mejora el malestar de la cliente por que se disminuye el dolor. Con la colocación de los cojines se brinda seguridad al cliente por que mantiene la extremidad alineada y no permite que se mueva, ya que con cualquier movimiento de la extremidad pélvica izquierda se manifiesta el dolor.</p> <p>La alineación de la extremidad se lleva a cabo por medio de la colocación de 4 cojines, estos se colocan en las partes laterales del miembro pélvico izquierdo.</p> <p>Por medio de la colocación de cojines a los lados del miembro pélvico izquierdo se mantiene alineado la extremidad , con esta posición ayuda al cliente a disminuir el dolor y el malestar.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Alineación de la extremidad</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J.

EDAD: 77 años

GENERO: FEMENINO.

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2004

DIAGNÓSTICO: Dolor agudo relacionado con conducta expresiva por fractura de fémur manifestado por agitación y gemidos.

OBJETIVO: Conocer la intensidad del dolor del cliente a través de la expresión facial para iniciar la disminución de este.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>La administración de fármacos es una responsabilidad crucial y que a menudo emplea mucho tiempo. No puede subestimarse la importancia de esta labor, ya que los hábitos poco cuidadosos y las distracciones pueden poner en peligro la vida de los clientes.</p> <p>Cuando se administra fármacos puede desearse un efecto local (localizado en el punto de aplicación), o sistémico, (a través de la circulación sanguínea, a nivel de todo organismo), aunque algunos fármacos administrados para producir un efecto local, pueden ser absorbidos y producir efectos sistémicos. A continuación se exponen algunos puntos y consejos referentes a las técnicas de administración y la seguridad.</p> <p>Con el fin de evitar errores a la hora de administrar medicamentos, es preciso concentrarse en lo que está haciendo, para lo cual es preferible trabajar solo y sin interrupciones siempre que sea posible.</p>	<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Administración de medicamentos (analgésicos).</p>

Nunca debe anotarse la medicación como administrada antes de suministrarla. Nunca debe anotarse una medicación administrada cuando la haya hecho otra persona. Anótese la administración lo más pronto posible después de suministrarla y así se evitará que el cliente pueda recibir una doble dosis.

Si un cliente presenta síntomas de reacción alérgica al medicamento administrado comuníquese lo inmediatamente al médico.

Si un cliente explica que el fármaco que se le va administrar es diferente del que se le ha estado administrando hasta el momento, hay que serciorarse de que el fármaco sea el correcto.

Cuando la medicación no se administre intencionadamente, debido a las pruebas diagnósticas o ayunos, anótese la omisión y la razón en la ficha de medicación.

Es importante mantener los niveles terapéuticos sanguíneos de la mayoría de los fármacos, comuníquese los errores de administración o las omisiones inmediatamente.

Nunca debe administrarse un fármaco, incluso los placebos, sin una orden por escrito del médico.

Administración de dolac (ketorolaco).

Con el fin de prevenir reacciones tóxicas ante algunos fármacos, los médicos indican la determinación de los niveles de la sangre, el momento de la determinación es importante para los resultados exactos. La sangre debe obtenerse antes de la administración del fármaco, siendo el personal de enfermería el responsable de coordinar la administración.

DOLAC

Presentación: cada tableta contiene (ketorolaco), 10mg y solución inyectable contiene 30mg

Indicaciones: analgésico no narcótico, está indicado para el tratamiento del dolor a corto plazo. Administrado oralmente no deberá exceder de 10 días y cuando se administra por vía intramuscular o intravenosa, no deberá exceder de 4 días.

Farmacocinética: el ketorolaco es un agente antiinflamatorio no esteroideo, que muestra actividad analgésica, antiinflamatoria y débil actividad antihiprética.

La farmacocinética de ketorolaco después de dosis única o múltiples, los niveles plásmaticos en estado estable son alcanzados después de administraciones de cada 6 horas durante 1 día.

Disminuye el dolor del miembro pélvico izquierdo.	EVALUACION
<p>Contraindicaciones: úlcera péptica, perforación o sangrado intestinal, también no se recomienda durante el embarazo, parto y la lactancia.</p> <p>Reacciones adversas: úlcera péptica, sangrado gastrointestinal, edema, , somnolencia, cefalea, disnea, asma, prurito, incremento de la frecuencia urinaria, hipersensibilidad, broncoespasmo, hipotensión.</p> <p>Dosis: (adultos) 10 mg cada 4 a 6 horas (oral), la dosis máxima diaria es de 40 mg por día. 10 a 30 mg (I.M), cada 4 a 6 horas y dosis máxima de 140 mg al día por 4 días. 30 mg en menos de 15 segundos (I.V), la dosis puede repetirse cada 30 minutos si no se ha conseguido un alivio satisfactorio del dolor, seguidos por 10 a 30 mg cada 4 a 6 horas.</p>	

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J.

EDAD: 77 años

GENERO: FEMENINO

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2004

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deficit de autocuidado relacionado con el dolor en miembro pélvico izquierdo manifestado por incapacidad para realizar arreglo personal.

OBJETIVO: Proporcionar asistencia en el arreglo personal por medio de ayuda de la colocación del vestido para mantener una buena imagen corporal.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>Al proporcionar ayuda para que el cliente se vista y se ponga su ropa, ayuda a mantener una buena imagen y mejora el estado de ánimo del cliente.</p> <p>Para esto hay que tener lista la ropa en el orden de uso (ropa interior y después ropa exterior), este orden ayuda para que el cliente solicite a su agrado el vestido.</p> <p>Al realizar peinado el cliente se ayuda en el aspecto de la mejora del estado de salud ya que se muestra más optimista y se quiere arreglar para tener una buena imagen.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Se le asiste en el vestido</p> <p>Se le realiza peinado</p>

<p>El cliente mejora su estado de ánimo y su aspecto personal.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>La colocación de cremas en la cara sirve para lubricar la piel y proporcionarle masaje a la cliente posteriormente se coloca maquillaje líquido y se expande por toda la cara para que quede uniforme y se aplica sombras , rímel y rubor y por último se aplica lápiz labial , quedando con una buena impresión de su imagen.</p> <p>Al ayudar en la aplicación de maquillaje el cliente refleja satisfacción de su recuperación y tiene ánimos de arreglarse y mantener una buena presencia de su imagen corporal.</p>	<p>Se aplica maquillaje.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J

EDAD: 77años

GENERO: FEMENINO.

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO-2004.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por heces secas y duras.

OBJETIVO: Disminuir el estreñimiento por medio de una dieta rica en fibra para facilitar la expulsión de heces suaves.

<p>FUNDAMENTACIÓN</p>	<p>INTERVENCIONES</p>
<p>Los líquidos y los residuos de alimentos son aprovechados por el organismo, son producto de desecho del metabolismo, y se eliminan por piel, pulmones, vías urinarias e intestino, por este último a través de la defecación que es el proceso digestivo mecánico final. La eliminación intestinal en condiciones normales se efectúa a través del recto y del ano por medio de el excremento formado por una masa sólida constituida por alimentos no digeridos, celulosa, secreciones del intestino y del hígado, sales inorgánicas, leucocitos, células epiteliales y agua.</p> <p>Las alteraciones en la eliminación intestinal son originadas por enfermedades orgánicas o alteraciones funcionales relacionadas con situaciones psíquicas.</p>	<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Administración de medicamentos</p>

El colon posee movimientos de peristalsis, los que conducen el contenido intestinal hacia el ano.

Las complicaciones más frecuentes en el estreñimiento son constipación fecal o coproestasia, obstrucción fecal distensión abdominal, flatulencia y meteorismo o timpanización.

Disminución del peristaltismo intestinal ; edad avanzada, lesiones de la médula espinal , diabetes, esclerosis múltiple y otras enfermedades neurológicas.

Los líquidos corporales se encuentran en compartimentos, los líquidos están en el espacio extracelular (plasmático o vascular), o en el espacio intracelular (espacio entre cada célula).

El agua constituye el 60% del peso en un adulto, los primeros días de vida del embrión contiene 97% del agua y el recién nacido un 77 % del agua.

Los fármacos más usados son: codeína, antiácidos con aluminio, verapamilo, anticolinérgicos, suplementos de hierro, colistieramina.

Presentación: tabletas de senokot, contiene senosidos A-B obtenido de polvo de vaina de cassia acitfolia.

Indicaciones: esencialmente se emplean para el tratamiento de la constipación sobre todo cuando la dieta llega a fallar , además están indicados para aliviar el dolor de las evacuaciones, para facilitar la eliminación y reducir el esfuerzo intra-abdominal excesivos,

En pacientes geriátricos con una inadecuada ingesta de fibra y cuyas paredes abdominales y músculos han perdido su tono.

Contraindicaciones: en pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico, dolor abdominal, náuseas, vómito, la impactación y la obstrucción o perforación intestinal .

Reacciones secundarias son: náuseas, vómito, diarrea, pérdida de la función normal del intestino cuando se usa excesivamente, dolor cólico, mala absorción de nutrientes.

Se puede encontrar también hipocalcemia, enteropatía proteínica y desequilibrio hidroelectrolítico.

<p>Se facilita la expulsión de heces sin mucho esfuerzo .</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>Los nutrientes o sea la porción de los alimentos que nutre al cuerpo incluye; vitaminas, carbohidratos, grasas, proteínas y durante la digestión proporcionan, glucosa, monosacáridos, ácidos grasos, glicero, aminoácidos.</p> <p>Las necesidades dietéticas dependen de la edad, sexo, estatura y peso, actividad física y metabólica.</p> <p>Una amplia variedad de alimentos en la dieta tiende asegurar la ingestión adecuada de todos los nutrientes esenciales es necesario insistir que incluyan cuando menos un mínimo de cierto tipos de alimentos.</p> <p>La fibra, constituida principalmente por una mezcla compleja de carbohidratos no digeribles, es un componente natural de la dieta normal a la que se le ha prestado escasa atención. La dieta que contiene poca fibra es por el consumo predominante de harina de trigo muy refinada y poca ingestión de frutas y verduras.</p> <p>Se ha comprobado plenamente el papel de la fibra en la prevención del estreñimiento y el tratamiento de la enfermedad diverticular.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Dieta blanda (rica en fibra).</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J

EDAD: 77

GENERO: FEMENINO

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO- 2004

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado relacionado con el dolor en miembro pélvico izquierdo manifestado por sudor e irritación.

OBJETIVO: Realizar aseo general por medio del baño de esponja para dar masaje, limpieza y confort a la piel del cliente.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>Es la limpieza del cuerpo que se proporciona a un cliente en su cama cuando no puede o no le esta permitido bañarse en regadera o tina.</p> <p>Eliminar por medio del agua las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo, favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje , lograr comodidad y bienestar.</p> <p>Las medidas higiénicas contribuyen a que el cliente se sienta cómodo y descansado, la estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.</p> <p>El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos y el secado de la piel ayuda a prevenir irritaciones.</p> <p>El agua y jabón eliminan el polvo, la grasa y las células superficiales que se descaman constantemente en la piel.</p>	<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Baño de esponja.</p>

<p>Equipo y materia: dos recipientes , uno con agua fría y otro con agua caliente, jabón, dos toallas, juego de ropa, crema loción.</p> <p>Técnica: Preparar el equipo y explicar el procedimiento, cerrar puertas y ventanas, trasladar los artículos a una silla y la ropa de cama que se va a usar, arrollar la ropa de cama iniciando por la cabecera y terminando por los pies, colocar una bolsa en la férula .</p> <p>Colocar al paciente en decubito dorsal, colocar una sabana sobre el cuerpo y un cojín debajo de la cabeza del cliente y proteger oídos con algohodon, vertir agua sobre el cabello, aplicar shampoo, fricciónar con las yemas de los dedos la superficie cabelluda, enjuagar constantemente dejando que el agua escurra al recipiente, envolver el cabello en una toalla y quitar la protección de los oídos.</p> <p>Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, secar la cara y aplicar crema.</p> <p>Se inicia por las manos hasta la axila, lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad iniciando por la axila y terminando con las manos, limpiar los espacios interdigitales .</p> <p>Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen, cubriendo y secando con una toalla, después la parte posterior del tórax y abdomen, colocar un camison.</p>	
--	--

Lavar, enjuagar y secar, muslos, piernas, rodillas y espacios interdigitales y dar masaje siguiendo la circulación sanguínea. Colocar ropa limpia de cama y la ropa de vestido al cliente .

El sudor, las secreciones de glándulas sebáceas y el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos. La piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos.

El masaje activa la tensión muscular y disminuye el dolor y el malestar general, la fricción y el masaje favorece la circulación sanguínea.

La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable.

<p>El cliente mantiene una buena limpieza, fresca en la piel y mejor estado de ánimo.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente. Reanimar y favorecer el estado emotivo del paciente, permitir a la piel realizar sus funciones protectoras, favorecer la apariencia exterior. Equipo y Material: Toallas, jabón, bata y ropa de vestir en orden, sandalias y tapete, zacate, shampoo. Técnica: explicar el procedimiento al cliente y llevarlo al baño , abrir las llaves de agua fría y caliente, regular la temperatura adecuada, ayudar al cliente a desvestirse. Permanecer cerca del baño para prestar ayuda al cliente en caso de que lo necesite, al terminar ayudar a secarse, aplicar crema, ayudar a vestirse, ayudar a trasladarlo a donde se sienta agusto. Las altas temperaturas del agua pueden provocar quemaduras, el agua muy caliente debilita con facilidad a un paciente, hace que los músculos se relajen. Cuando un cliente se esta recuperando, nunca hay que dejarlo solo en el baño, ya que puede sufrir un traumatismo o complicación que pueda repercutir seriamente a su estado de salud.</p>	<p>Baño con regadera.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.U

EDAD: 77

GENERO: FEMENINO.

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO- 2004.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con la inmovilidad física por reposo manifiesta por malestar.

OBJETIVO: Evitar la irritación de piel por medio de colocación de sarea de borrego y cambios de posición para evitar la formación de úlceras por decubito.

INTERVENCIONES

INDEPENDIENTES

Colocación de una sarea de borrego.

FUNDAMENTACIÓN

La sarea de borrego es capa de la piel más externa del animal.

Membrana que cubre al cuerpo de los animales, cuero de animal curtido con su pelo.

Al colocar la sarea de borrego sobre el colchón ayuda al cliente que se encuentra inmobilizado a que la presión del cuerpo se distribuya uniformemente de manera que reciba calor continuo y no se lesionen las zonas del cuerpo.

<p>Hay muchos tipos de colchones para fines terapéuticos y de comodidad, los de uso regular en hospitales son duros y con frecuencia están recubiertos con un material plastificado, en clientes alérgicos a estos colchones se usan los de espuma de caucho (hule espuma). Este tipo ofrece apoyo al cliente, pero se amolda un poco a su cuerpo, también tienen la ventaja de hacer menos presión en las salientes óseas.</p> <p>Por esta razón, se utilizan con frecuencia para la prevención y tratamiento de úlceras por decúbito quienes deben permanecer encamados mucho tiempo.</p> <p>Se dispone asimismo de colchones de espuma de caucho divididos horizontalmente en tres secciones. Las de la cabeza y los pies tienen unos 75cm de largo y la media de 50cm, esta última está dividida a su vez en dos partes, una de las cuales pueden tirarse para introducirse un cómodo sin mover al cliente, se utiliza por lo general para enfermos débiles y quienes no pueden moverse.</p>	<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Colocación de colchón.</p>
--	--

Se evita la irritación de la piel y descanso.	EVALUACIÓN
<p>Otro tipo de colchón es el de presión alternativa, funciona por un pequeño motor, este colchón puede llenarse con aire o con agua, se desinfla alternativamente áreas de colchón y con ello hay un cambio continuo de presión en las diversas partes del cuerpo, estas alteraciones de la presión estimulan la circulación de la piel y facilitan así la nutrición de los tejidos y la eliminación de productos de desecho.</p> <p>Antes de colocar a un cliente en un colchón de presión alternativa es necesario explicarle su uso y tranquilizarlo sobre su seguridad. En un principio algunos sienten náuseas por el movimiento, pero suelen desaparecer en unas horas, esta cama es más eficaz cuando sólo se coloca una sábana entre el colchón y el paciente.</p> <p>Otro tipo de cama, es la de aire fluidificado utiliza el principio de la flotación para proporcionar apoyo uniforme a todo el cuerpo. El colchón de la cama está hecho de esteras muy finas de vidrio óptico de grado medio, se sopla aire a través de estas esteras para conservarlas en movimiento constante y el cliente experimenta una sensación cómoda de flotación sin sentirse inestable.</p> <p>Hay que tener en mente que el uso de cualquiera de estos colchones o cojincillos especiales no substituyen los cuidados de enfermería. Aun es necesario voltear con frecuencia a los clientes, cuidar bien la piel y colocarlos en posición adecuada.</p>	

<p>Por lo general, los clientes asumen las posiciones que le son más cómodas, los clientes se colocan en posición determinada por indicaciones terapéuticas y comodidad, hay muchas posibles razones para lo primero; algunas son conservar una buena alineación corporal, evitar contracturas, promover el drenaje, facilitar la respiración y evitar alteraciones de la piel.</p> <p>Con frecuencia el médico indica la posición terapéutica adecuada para un cliente, pero en muchos casos la enfermera sigue su juicio en cuanto a más adecuada, la valoración inteligente de los problemas de un cliente y conocimientos de anatomía y fisiología son bases importantes para estos juicios.</p> <p>Cuanto más similares sean a la posición anatómica básica, tanto mejor será la alineación corporal, lo que es, por supuesto muy deseable.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Cambios de posición.</p>
--	---

<p>Las articulaciones anatómicas deben conservarse en ligera flexión. La extensión prolongada origina tensión y distensión muscular.</p> <p>Deben cambiarse con frecuencia cuando menos cada dos horas, la presión prolongada en una área de la piel puede causar alteraciones, como úlceras por decubito, no se conoce la tolerancia de la piel.</p> <p>Todos los clientes necesitan ejercicios mecánicos diarios a menos que estén contraindicados y cuando un cliente cambia de posición, las articulaciones deben moverse en toda su extensión, a menos que también esté contraindicados médicamente.</p> <p>Se denomina decubito toda la posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal. Según sea la parte del cuerpo en contacto con la superficie, se diferencian distinto decubitos.</p>	<p>Posición de decubito.</p>
--	------------------------------

<p>El cambio de posición evita la irritación de la piel y confort.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>El cliente se encuentra tendido de lado, con uno u otro costado sobre la superficie, el miembro superior del lado en que se haya recostado por delante del cuerpo, y los miembros inferiores extendidos, un poco flexionados o con el miembro que queda arriba algo flexionado y adelantado.</p> <p>El nombre del decubito lateral depende del lado que esté en contacto el plano horizontal: izquierdo o derecho.</p> <p>Si el cliente debe permanecer mucho tiempo decubito lateral, conviene colocar una almohadilla en la espalda y entre las piernas para evitar la compresión de nervios y vasos sanguíneos.</p>	<p>Decubito lateral (izquierdo y derecho) cada 10 minutos.</p>

<p>Se evita la irritación y se proporciona suavidad a la piel.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>La persona enferma suele ser poco resistente a infecciones, por lo que la presencia de ciertos microorganismos a su alrededor representa una amenaza constante para la salud, para que los clientes se sientan más cómodos y descansados por eso mantener lubricada la piel mejora su estado de la epidermis para que no se maltrate.</p> <p>El talco es un salicilato magnésico, hojoso, muy suave y blando, se utiliza para la suavizar la fricción entre dos objetos.</p> <p>Al colocar talco en las zonas de la piel que están más en contacto con la cama evita que se irrite la piel y ya que el talco es excelente para evitar rosaduras y deterioro de la epidermis.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Lubricación de la piel (con cremas).</p> <p>Aplicación de talco.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J. EDAD: 77 años

GENERO: FEMENINO. FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO-2004

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por preocupación y desesperanza.

OBJETIVO: Evitar la preocupación del cliente por medio de música para evitar el deterioro de la conducta.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>Al escuchar música el cliente evita su estado de preocupación se ve disminuido por medio de las canciones y la música que le gusta al cliente.</p> <p>Bajo diversos aspectos el verdadero significado terapéutico de la música implican los componentes que provocan reacciones y cambios aprovechables para un tratamiento.</p> <p>El uso de la música es tan antiguo como el mismo hombre, podemos diferenciar tres etapas:</p> <p>Primera etapa: (religiosa) en la Biblia encontramos como David efectuaba música curativa frente al rey Saúl.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Música.</p>

Segunda etapa: (precientífica), los griegos le dieron a la música un empleo razonable y lógico, sin implicaciones mágicas o religiosas, utilizándola como prevención y curación de enfermedades físicas y mentales.

Aristóteles hablaba del valor médico de la música y Platón la recomendaba para la danza de los terrores. En el siglo XV Ficino, se esfuerza por una explicación física de los efectos de la música. A mediados del siglo XVII, se habla de los efectos de la música sobre el organismo, se le atribuye un efecto triple a la música: calmante, incitante y armonizante.

Entre 1900 y 1950, el creador de la rítmica y precursor de la musicoterapia fue Emile Jacques Dalcroze, sostenía que el organismo humano es susceptible al impulso de la música. Unió los ritmos musicales y corporales.

<p>Tercera etapa: en E.U. desde la primera guerra mundial los hospitales de veteranos contrataban músicos, como ayuda terapéutica y en 1950 se forma la Asociación de Terapia Musical. En Inglaterra se fundó en 1958 la Sociedad de Terapia Musical que extiende el grado de musicoterapeuta.</p> <p>En América Latina se han desarrollado en los últimos tiempos varias asociaciones y se realizaron allí las primeras Jornadas Latinoamericanas de musicoterapia (1966).</p> <p>En 1970 se fundó la Sociedad Antioqueña de musicoterapia y en febrero de 1987 se estimula a los clientes en terapia musical.</p>	
---	--

<p>Mejora su estado anímico y su rostro se muestra contento.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Traslado al jardín (en silla de ruedas).</p>
<p>La silla de ruedas es un aparato muy útil para clientes que tienen dificultad para trasladarse de un lugar a otro. Esta indicado su uso especialmente para clientes que deben permanecer inmovilizados por algún tiempo.</p> <p>El cliente al llevarlo al jardín a ver las flores y las plantas, le ayuda para dejar la habitación, al salir le proporciona observar todo el ambiente y respire el aire puro, además deja de estar encerrado y así logra que se sienta mucho mejor.</p> <p>El paseo diario es de gran ayuda para la cliente a través de el cambio de lugar el cliente se relaja y se nota menos tenso que cuando esta en su habitación.</p> <p>El jardín al tener plantas, arboles frutales como granada, cespéd y una fuente, es un medio adecuado para proporcionar al cliente un ambiente para la relajación y la distracción.</p>	
	<p>EVALUACIÓN</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J

EDAD: 77 años.

GENERO: FEMENINO.

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO- 2004.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la dentición relacionado con el estado de salud manifestado por higiene oral inadecuada.

OBJETIVO: Proporcionar al cliente cuidados higiénicos por medio de actividades de higiene bucal y lavado de manos.

<p>FUNDAMENTACIÓN</p>	<p>INTERVENCIONES</p>
<p>La limpieza de los dientes, espacios interdentales y estructuras blandas de la boca. Fomentar a mantener hábitos higiénicos, con respecto a la cavidad oral, remover la placa dentobacteriana, estimular tejido gingival para promover la sensación de limpieza.</p>	<p>INDEPENDIENTES Se le asiste en el cepillado bucal.</p>

<p>Trasladar al cliente al lavamanos y explicar los efectos de la flora bucal y la importancia del aseo bucal, enjuagar la boca y revisar condiciones de la cavidad oral y ofrecer cepillo con pasta enseguida realizar su forma y distribución de los dientes, cepillar la cavidad oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Girar cepillo sistemáticamente ejerciendo presión sobre las superficies externas a partir del margen de la encía. - En igual forma cepillar superficies internas. - Cepillar en forma rotatoria las superficies masticatorias de los molares. -Cepillar con movimientos vibratorios los espacios interdentales. -Cepillar la superficie lingual superior. -Enjuagar la boca las veces que sea necesario y aplicar un enjuage bucal. - Confirmar presencia de placa dentobacteriana. 	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>El cliente mantiene un aliento y sabor de boca fresca.</p>	

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: C.G.J.

EDAD: 77 años.

GENERO: FEMENINO.

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2004.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de actividades recreativas relacionada con inmovilidad física manifestado por su expresión facial.

OBJETIVO: Proporcionar actividades recreativas por medio de lectura para lograr un buen estado de ánimo.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>El cliente al estar sujeto a inmovilización en la cama suele aburrirse por estar dentro en el cuarto y estar en una sola posición es por eso importante saber como podemos ayudar a distraerse para lograr sobrellevar su enfermedad.</p> <p>Es por eso importante estimular la lectura por medio de temas que le interesen y le agraden al cliente para tratar de que el cliente no sienta tan aburrido y tenga una opción de realajamiento y diversión que le sirva como una buena compañía cuando se encuentra solo el cliente.</p> <p>Al cliente le agrada leer la revista selecciones ya que trae reportajes de cultura de distintos países .</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Estimular la lectura.</p>
<p>Al cliente le favorece la lectura y le ayuda a distraerse.</p>	EVALUACIÓN

PLAN DE INTERVENCIONES

GENERO: FEMENINO.

FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2004

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRACTURA DE FÉMUR.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deficit de autocuidado relacionado con el tratamiento prolongado manifestado por mala ingesta de alimentos.

OBJETIVO: Proporcionar al cliente una dieta que le proporcione los nutrientes necesarios para mantener la funciones fisiológicas normales.

FUNDAMENTACIÓN	INTERVENCIONES
<p>Alimento es cualquier sustancia que sirve para nutrir ademas de mantener la existencia del individuo.</p> <p>La alimentación tiene que tener en cuenta la edad y el esfuerzo que realiza el cliente.</p> <p>Cuando el estado del cliente presenta un deterioro de la aptitud de realizar o complementar su alimentación.</p> <p>Las personas de edad avanzada suelen tener dificultades y para garantizar su alimentación de manera independiente y eficaz.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Ayopa la ingesta de alimentos</p>

<p>Se establece una buena alimentación del cliente.</p>	<p>EVALUACIÓN</p>
<p>Se coloca al cliente en posición cómoda para poder ingerir los alimentos se recomienda que sea en posición en que se le facilite ingerir los alimentos, se puede colocar sentada sobre la cama recargado sobre la cabecera de la cama.</p> <p>Los alimentos son llevados hasta su cama en una charola para facilitar el traslado de los alimentos, es importante ayudar al cliente a ingerir los alimentos.</p> <p>Se acercan los alimentos al cliente lo más posible a sus manos para que pueda manipular los cubiertos y pueda ingerir los alimentos libremente.</p> <p>Una vez que termine de ingerir los alimentos retirar los trastes sucios y acomodar al cliente en una posición cómoda.</p>	

CONCLUSIÓN

La elaboración de este método enfermero fue satisfactoria al haber logrado una recuperación de la cliente a través de las intervenciones de enfermería.

La experiencia que tuve durante el tiempo en que desarrollé el método enfermero me fue de mucho provecho. El haber asistido a la cliente durante algunos meses, me sirvió para ir elaborando mis planes de atención centrados en las necesidades de mi cliente.

Fue muy grado seguir día con día la evolución de la cliente ya que todas las intervenciones fueron en provecho del cuidado y asistencia diaria de mi cliente.

La relación obtenida entre la cliente y enfermero en el transcurso de la elaboración del método enfermero fue una de las bases esenciales para la recuperación del cliente.

Al realizar el método enfermero puede contribuir en la salud de la cliente a través de las intervenciones de enfermería y mediante los logros obtenidos y logrando una buena enseñanza.

Me fue grato contribuir con la ayuda necesaria para que el cliente se sintiera mejor y que pudiera sobre llevar las incomodidades que presento durante su enfermedad además de mejorar su estado de salud y de animo.

GLOSARIO

Alimento: Cualquier sustancia que sirve para nutrir y proporcionar los nutrientes necesarios para el organismo.

Aferente: Que conduce hacia adentro.

Ansiedad: Agitación e inquietud que acompaña algunas enfermedades.

Aracnoides: Una de las tres capas del cerebro (meninges).

Artritis: Inflamación de una articulación.

Astrocito: Célula en forma de estrella, sobre todo en la neuroglía.

Axón: Proyección neuronal que conduce impulsos procedentes del cuerpo celular (cilindro eje).

Célula de Schumann: Célula especial que forma el neurilema de una fibra nerviosa, su membrana incluye la cubierta de mielina de las fibras nerviosas periféricas.

Células ependimarias: Células que cubren las cavidades del cerebro y el conducto central de la médula espinal.

Corion: Piel verdadera o dermis.

Dermatitis: Es la inflamación de una o varias capas de la piel.

Diáfisis: Cuerpo de un hueso largo.

Dolor: Es una sensación molesta de alguna parte del cuerpo.

Eferente: Que se aleja del centro.

Endostio: Revestimiento interior de huesos, cavidades y espacios medulares.

Epidermis: La capa más externa de la piel, no vascular, compuesta de cinco capas.

Epífisis: Segmento de hueso separado de un hueso largo, en fase temprana de la vida, mediante un cartílago, pero que más tarde forma parte de dicho hueso.

Estreñimiento: Trastorno digestivo que se caracteriza por la retención de heces fecales.

Férula: Es un dispositivo empleado para la restricción de movimientos o la inmovilización de una extremidad.

Fractura: Pérdida de la continuidad del hueso, romper o quebrantar un hueso con algún tipo de esfuerzo.

Hipodérmico: Aplicado debajo de la piel.

Laminilla: Hoja o placa delgada, como del hueso.

Médula: Espacio dentro del hueso, es muy vascularizada y su función principal es la hematopoyesis.

Meninges: Tres membranas que cubren y protegen el cerebro y la médula espinal, la membrana más interna es la pia madre, la media es la aracnoides y la más externa se llama duramadre.

Mucosa: Membrana que reviste conductos y cavidades que se abren al exterior; consta de una capa superficial de epitelio y tejido subyacente.

Música: Se define como melodía o armonía y combinación de sonidos modulados.

Neuroglia: Estructura de sostén del tejido nervioso; la neurona y la neuroglia son dos tipos de células nerviosas.

Osteoblasto.- Célula derivada de un fibroblasto y que cuando madura participa en la producción del hueso.

Periostio: Membrana fibrosa, resistente, que rodea al hueso.

Plexo: Red, especialmente de nervios, venas o vasos linfáticos.

Raquitismo: Enfermedad causada por la deficiencia de la absorción del calcio.

Reflejo: Respuesta involuntaria a un estímulo.

Sinapsis: Región de contacto entre dos neuronas adyacentes, que forman el lugar en que se transmiten el impulso nervioso de una neurona a otra.

Vitamina : Término general para cierto número de substancias orgánicas no relacionadas, presentes en muchos alimentos en pequeñas cantidades y necesarias para la función metabólica normal del organismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aston, J. Ortopedia y traumatología. Salvat S.A. 1998.
- Bryde, M. Fisiopatología aplicada e interrelación clínica. Interamericana 1999. México, D.F.
- Connolly, J. Tratamiento de fracturas y luxaciones. Panamericana, 1997
- Douglas, B. Tratado de enfermería. Interamericana, 1999.
- Elstrom, P. Manual de fracturas. 2da edición, Mc Graw Hill, 2001. México, D.F.
- Francone, J. Anatomía y fisiología humana. Interamericana. 1993. México, D.F.
- Iyer, P. et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. Mc Graw Hill Interamericana, 2000.
- García, J. Patología general. Mc Graw Hill, 1995.

Gordon, M., et al. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.
Harcourt. Madrid, 2002.

Manual Merck. Diagnóstico y tratamiento . Interamericana, 1999.
S.A de C.V.

Mc. Closkey, J. Clasificación de intervenciones de enfermería. Harcourt,
2001. Madrid España.

Tortora, G. Principios de anatomía y fisiología. Harla, 1995.

Rohweder, N. Bases científicas de enfermería .La Prensa Médica
mexicana, 2000.

Rosales, S. Fundamentos de enfermería. Manual Moderno, 1998.
México D.F.

Wiles, P . Fractura, luxaciones y esguince . Manual Moderno, 1999.
México D.F.

Wiesel, D. Ortopedia fundamentos. Panamericana, 2001. España.