

329521



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS.
UNAM 3295
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

MÉTODO ENFERMERO DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

DOCENTE: LIC. EN ENF. MÓNICA CRUZ ROMÁN.
ALUMNA: NORMA JAZMÍN TIRSO GARCÍA.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DIOS:

*Hoy en este gran día,
Te doy mi agradecimiento a ti Señor,
Por darme la satisfacción de terminar,
Una carrera y por darme los dones,
Más maravillosos de la vida,
Que son: mi familia y salud.*

*Quisiera que nos diéramos cuenta,
Que somos seres humanos,
Incapaces de ser perfectos,
Así que dame la inteligencia,
De comprender y amar
El sufrimiento de los pacientes,
Para atenderlo como se debe.*

“ GRACIAS “.

A MIS PADRES:

*Les agradezco de todo corazón por la paciencia,
Por los ánimos que me dieron para salir adelante,
Por los desvelos, pero sobre todo por,
La confianza que me brindaron, que creo,
No los defraude.*

*Así mismo mi agradecimiento es ,
Que me hallan enseñado a ser un ser humano,
Útil, responsable y fructífero en esta vida.*

*Gracias por estar cuando más los he necesitado,
Por eso les estaré eternamente agradecida,
Por los esfuerzos que realizaron,
Para que yo fuera:*

“ UNA PROFESIONAL ”.



A MIS AMIGOS:

*Ya que siempre me apoyaron, me dieron ánimos,
Escuchándome o tan solo con una palabra de aliento,
Que siempre tenían cuando yo lo necesitaba.*

*Gracias por todo esto, ya que todos me apoyaron,
De manera diferente, pero ustedes son,
También participes de este logro que he tenido,
Comparto mi triunfo con ustedes.*

Solo les puedo decir:

" MUCHAS GRACIAS POR TODO AMIGAS (OS) "

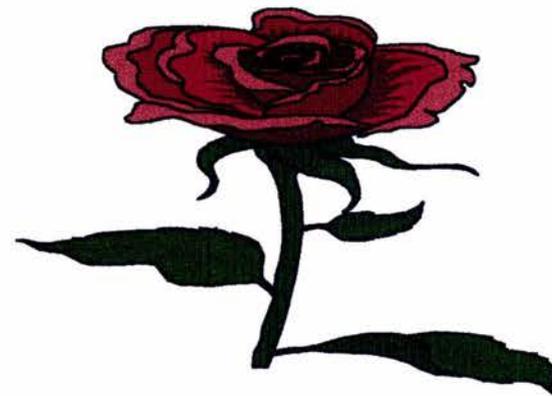
(Leticia, Nubia, Melina, Guadalupe, LYdia, Adelina, Miguel Ángel).

A MI COORDINADORA:

*Por brindarme uno de los valiosos tesoros,
Que es el de la sabiduría,
Que es una de las mejores virtudes,
Para salir adelante y poder triunfar.*

*Por su tiempo brindado sin recibir,
Nada a cambio, porque gracias a usted,
Que me estimuló a formarme como **" PROFESIONAL "**.*

*Por su paciencia y constancia que tuvo hacia mí,
Para poder lograr con su objetivo y el poder,
Hacerme saber lo responsable,
Que se es: **" cuando se quiere algo en esta vida "**.*



México, D.F. a 27 de Marzo del 2004.

Me permito enviarle a usted el Método Enfermero Titulado: " Enfermedad Vasculat Cerebral " . Elaborado por:

Norma Jazmín Tirso García.

Cuyo contenido apruebo, para ser presentado y defendido en el Examen Profesional que sustenta para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.



Asesora: Licenciada en Enfermería: Mónica Cruz Román

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCIÓN 1

OBJETIVOS 2

ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DE ÓRGANOS AFECTADOS:

ANATOMIA DEL CEREBRO 3-4

TRAQUEA 5-6

INTESTINO GRUESO 7-8

PIEL 9-11

FISIOPATOLOGIA DE EVC Y DE ORGANOS AFECTADOS:

FISIOPATOLOGÍA DE EVC 12-15

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 16-18

ESTREÑIMIENTO 19-22

ÚLCERAS POR DECÚBITO 23-25

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA, RESPUESTA HUMANA 26-47

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:

- 1) Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con vía aérea artificial y mucosidad excesiva, manifestado por esputo y disnea 48
- 2) Deterioro de la movilidad física, relacionado con deterioro cognitivo, manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria. 54
- 3) Déficit de autocuidado, baño/higiene, relacionado con incapacidad para percibir una parte corporal o la relación espacial, manifestado por la incapacidad total o parcialmente del cuerpo 56
- 4) Déficit de autocuidado de la alimentación, relacionado con el deterioro perceptual o cognitivo, manifestado por la incapacidad para deglutir los alimentos 59
- 5) Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la inmovilización física, manifestado por destrucción de las capas de la piel 63
- 6) Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con la disminución de la circulación cerebral, manifestado por desorientación en las 3 esferas, tiempo, espacio y persona 66
- 7) Manejo del régimen terapéutico, relacionado con una mejoría en su estado de salud, manifestado por expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas 67
- 8) Aislamiento social, relacionado con la alteración del bienestar, manifestado por expresión de sentimiento de rechazo 89

GLOSARIO	91
ANEXOS	92
BIBLIOGRAFÍA	103

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad vascular cerebral (EVC); es aquella que afecta el suministro de sangre al cerebro. El EVC o embolia pueden afectar los sentidos, el habla, el procesamiento de ideas y la memoria, el comportamiento o causar parálisis como la muerte o el coma.

El Evc se diagnostica con un examen físico y neurológico. Una tomografía computarizada (TAC); o imágenes de resonancia magnética (RMN); pueden diagnosticar y evaluar el daño cerebral.

Es EVC ocurre cuando una arteria cerebral es obstruida por un coágulo de sangre, para el suministro de oxígeno hacia el cerebro. Sin oxígeno, los tejidos cerebrales mueren en pocos minutos. Como resultado, dejan de funcionar correctamente las partes del cuerpo que están bajo el control de estas células.

Es conocida por su aparición brusca, generalmente sin aviso, causando secuelas y la muerte. Es la causa neurológica que más incapacidad da y es la 5ta. Causa de muerte en nuestro país.

La enfermedad se presenta más frecuentemente entra la 6ª década de vida y las probabilidades aumentan al doble entre los mayores de 80 años de edad. Por lo tanto mientras mayor sea uno, más severa será y tendrá más repercusiones o secuelas.

En este Método Enfermero quiero describir todo lo que concierne a esta patología, ya que es importante que yo como Lic. en Enfermería y como Pasante, conozca a fondo esta misma, para darle una atención de calidad al paciente, así mismo educar a sus familiares sobre sus cuidados.

OBJETIVOS.

GENERAL:

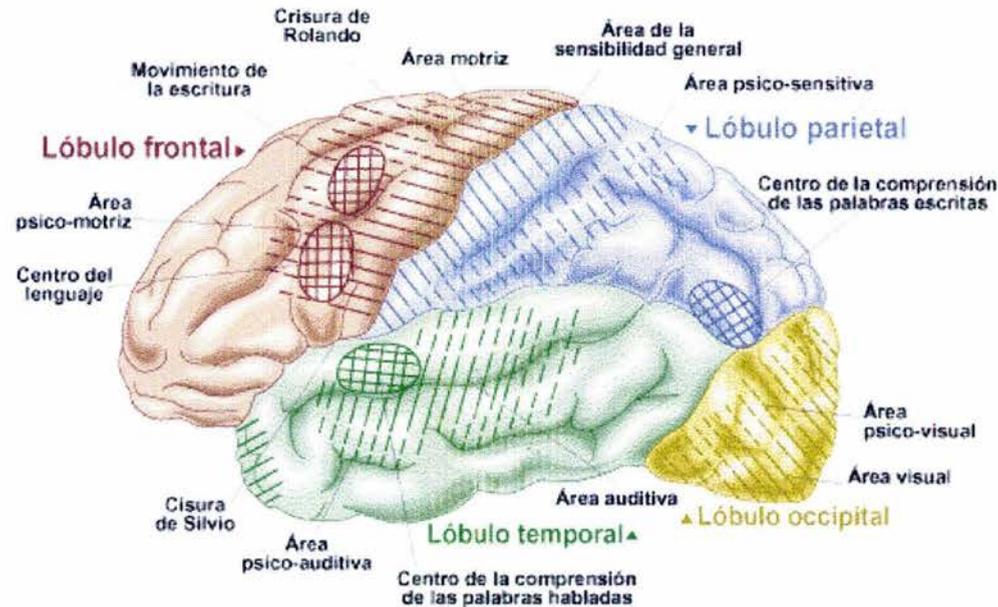
Identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente, conociendo la causa principal que originó el EVC, estableciendo planes para resolver y actuar de forma específica para su solución de este mismo.

ESPECIFICOS:

Brindar intervenciones de Enfermería independientes necesarias y oportunamente para mejorar la calidad de vida del paciente.

Integrar a la familia a las Intervenciones de Enfermería independientes, a través de la enseñanza del personal de Enfermería, cumpliendo con las funciones de Docencia, para que el paciente no se sienta asilado, rechazado y como una carga para su propia familia.

Centros nerviosos del cerebro



ANATOMIA.

El cerebro contiene billones de células, entre neuronas y células de sostén (células gliales) y sus interconexiones son abundantes. Gracias a los circuitos formados por las neuronas, es capaz de procesar información sensorial procedente del mundo exterior y del propio cuerpo.

Es el órgano más voluminoso del encéfalo (conjunto de órganos neurales alojados en la cavidad craneal) . Se encuentra compuesto por dos hemisferios derecho e izquierdo separados por una cisura longitudinal. Ambos hemisferios están conectados entre sí por cuerpos comisurales llamados, comisura anterior y posterior y el mayor de todos el cuerpo calloso.

En su superficie cada hemisferio presenta un conjunto de pliegues que forman una serie de depresiones irregulares, son los surcos o cisuras.

Cada hemisferio cerebral se divide en cinco lóbulos: el frontal, el parietal, el temporal, el occipital y la ínsula de Reil.

FISIOLOGIA:

El funcionamiento del cerebro se basa en el concepto de que la neurona es una unidad anatómica y funcional independiente, integrada por un cuerpo celular del que salen numerosas ramificaciones llamadas dendritas, capaces de recibir información procedente de otras células nerviosas, y de una prolongación principal, el axón, que conduce la información hacia las otras neuronas en forma de corriente eléctrica. Pero las neuronas no se conectan entre sí por una red continua formada por sus prolongaciones, sino que lo hacen por contactos separados por unos estrechos espacios denominados sinapsis. La transmisión de las señales a través de las sinapsis se realiza mediante unas sustancias químicas conocidas como neurotransmisores.

El cerebro tiene a su cargo las funciones motoras, sensitivas y de integración. El hemisferio cerebral izquierdo está especializado en producir y comprender los sonidos del lenguaje, el control de los movimientos hábiles y los gestos con la mano derecha. El hemisferio derecho está especializado en la percepción de los sonidos no relacionados con el lenguaje (música, llanto...), en la percepción táctil y en la localización especial de los objetos.

El procesamiento de la información sensorial recogida del mundo que nos rodea y de nuestro propio cuerpo, las respuestas motrices y emocionales, el aprendizaje, la conciencia, la imaginación y la memoria son funciones que se realizan por circuitos formados por neuronas interrelacionadas a través de los contactos sinápticos. Es por este motivo que el funcionamiento cerebral se asemeja, en parte, a una computadora. Pero el cerebro es muchísimo más complejo que un ordenador, ya que está dotado de propiedades que solo proporciona su naturaleza biológica.

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Es por todos conocida por su aparición brusca, generalmente sin aviso, causando secuelas y la muerte. Es la causa neurológica que más incapacidad da y es la quinta causa de muerte en nuestro país.

Pueden ser la ruptura súbita de un vaso (*Hemorragia cerebral*) o un coágulo formado ahí mismo por aterosclerosis o transportado de algún otro sitio (*Embolia Cerebral*) que obstruya la circulación sanguínea hacia el tejido cerebral dando por resultado la muerte de estas células nerviosas llamadas neuronas (*Infarto Cerebral*).

Las posibilidades de que se tenga una variedad de la Enfermedad Vasculat Cerebral aumenta con la edad. Un estudio muestra que aproximadamente 170 personas de cada 100 000 entre las edades de 55 y 64 años de edad padecen de la misma, pero en las personas de más de 75 años la probabilidad es de 957 casos por cada 100 000 habitantes en esa edad. La enfermedad produce la muerte en 100 personas de cada 100 000 entre la 6ª década de la vida y las probabilidades aumentan al doble en cada quinquenio, llegando incluso a cifras de 1500 muertes por cada 100 000 entre los mayores de 80 años. Por lo tanto mientras mayor sea uno, más severa será y tendrá más repercusiones o secuelas.

Como se describió anteriormente, las causas son por una hemorragia o por un bloqueo de la luz del vaso sanguíneo arterial. Entre un 25 a un 33 % de los pacientes con esa última causa, generalmente está precedida por una señal de alarma llamada ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA y es el resultado de una obstrucción temporal de la arteria. Esto les da a los médicos, la oportunidad de proveer un tratamiento que puede prevenir una enfermedad vascular cerebral que ocurrirá hasta en la tercera parte de los pacientes en el primer mes, o hasta en la mitad de los casos en el primer año después de la Isquemia.

Los signos de la Isquemia cerebral transitoria pueden ser un " arrastre " temporal de las palabras, visión doble, debilidad de alguna mitad de nuestro cuerpo o la pérdida de sensibilidad en los brazos o piernas, generalmente de un solo lado de nuestro organismo. El paciente puede perder transitoriamente la pérdida del habla o perder la coordinación para caminar o para realizar algún otro movimiento.

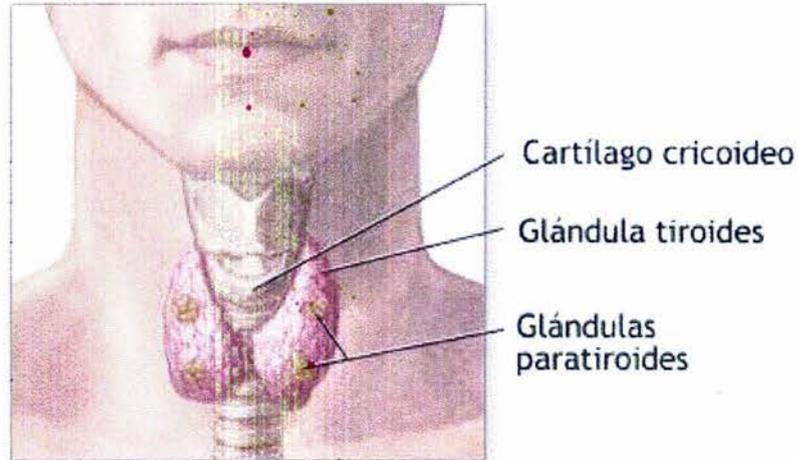
Todo esto es debido a una deficiencia de oxígeno hacia las neuronas, ocasionado por el déficit en la circulación sanguínea. Normalmente estas manifestaciones desaparecen en el transcurso de unas horas mientras la circulación arterial se abre nuevamente y sin dejar un daño permanente. Aunque el cansancio, la confusión, el mareo y la pérdida de memoria pueden ser causas de otras enfermedades, el diagnóstico de la Isquemia cerebral transitoria debe ser descartado por las implicaciones que a futuro representa.

El diagnóstico se hace en base a una historia clínica que incluye una exploración física minuciosa y que se puede apoyar tanto en un electrocardiograma, una Tomografía axial computarizada o resonancia magnética del cerebro, entre otros.

El tratamiento dependerá de la causa que lo provoque, por lo que es conveniente y oportuno el practicar los estudios anteriores. Entre los diferentes tratamientos se pueden mencionar a:

- a) la aspirina que previene la formación de coágulos por aterosclerosis, siendo su dosis entre 80 y 320 mg/día.
- b) La warfarina, la ticlopidina, el clopidrogel son otros medicamentos que pueden ser utilizados también.

La cirugía para destapar las arterias carótidas también es otra posibilidad a considerar. El tratamiento es individual y deberá ser llevado a cabo por su médico. Hay factores como la Hipertensión arterial sistémica y las dislipidemias (alteraciones en el colesterol y los triglicéridos) que pueden jugar un papel importante y por lo tanto es muy importante controlarlas a tiempo. Mientras más sepa acerca de la Enfermedad Vasculare Cerebral, mucho mejor serán sus habilidades para hacer algo al respecto, previéndola de ocurrir y salvando una vida muy importante, la suya.



adam.com

ANATOMIA:

La Traquea, es un conducto cilíndrico y ancho elástico, cartilagosos-membranosos, situado en la parte anteroinferior del cuello y superior del toráx. Tiene 10 a 12 cms. De longitud y se extiende desde la laringe hasta los bronquios.

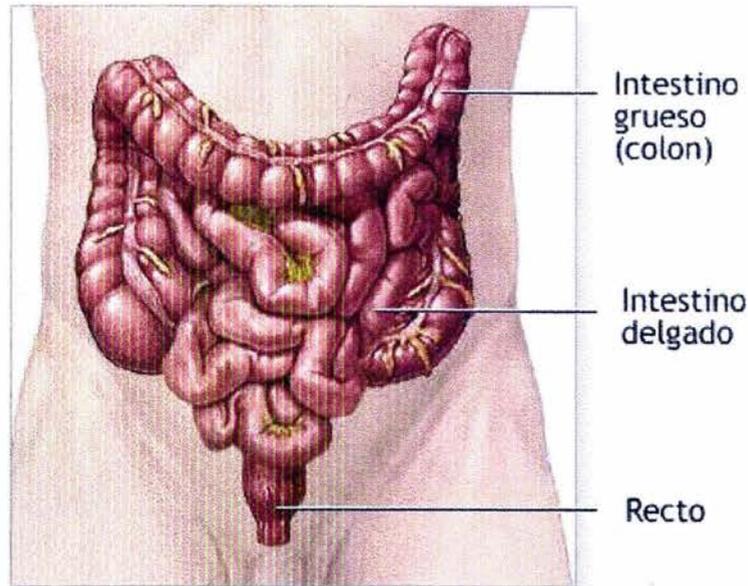
Básicamente está formada por cierto número de anillos incompletos de 16 a 20, de cartílago, unidos por un tejido fibroso que completan dichos anillos por la parte posterior, constituyendo respectivamente la porción dura cartilaginosa y la porción blanda membranosa, en una relación de 3 a 1. los anillos están separados entre sí por otros anillos membranosos, el último anillo en forma de espólón, que da origen a su bifurcación para convertirse en los dos bronquios.

La tráquea representa 2 porciones:

- Cervical: pasa a través del cuello, está cruzada por la glándula tiroides, cuyos lóbulos la rodean por ambos lados.
- Toracica: está situada por detrás del esternón y se relaciona por delante de los troncos venoso y arterial braquiocefalico, por detrás con el esófago y por los lados con el pulmón derecho y con el cayado de la aorta.

FISIOLOGÍA:

- Conducción y filtración del aire.
- Mecanismo de defensa (Cilios).
- En la mucosa,, permite que la tráquea acomode a la ligera la expansión para la deglución.
- La parte sólida cartilaginosa de los anillos proporciona la rigidez necesaria para que la tráquea no se colapse hacia adentro obstruyendo la vía aérea.



adam.com

ANATOMIA:

El Intestino Grueso, desemboca en el colon. A poca distancia de la terminación del intestino se encuentra un área denominada ciego de cuyo extremo sobresale una porción del tamaño de un dedo meñique, llamada apéndice.

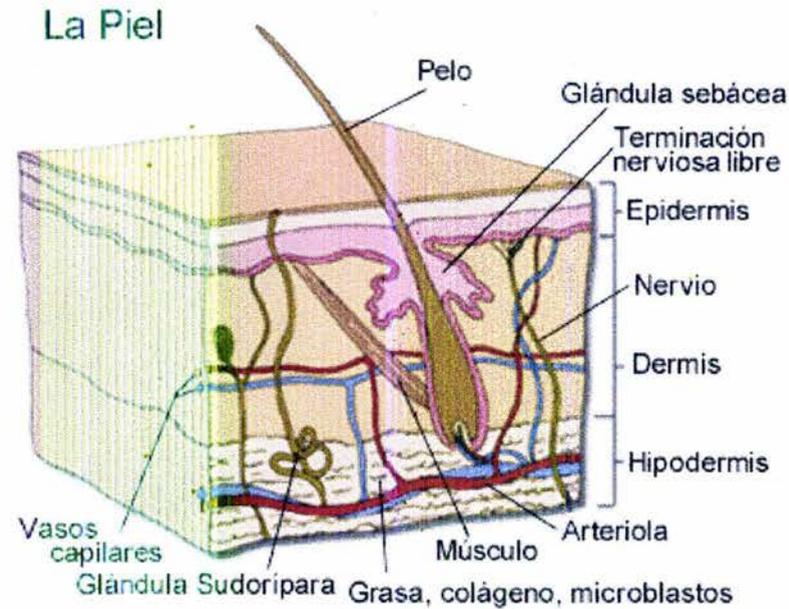
Desde la unión de los dos segmentos del intestino, el colon ascendente, como su nombre lo indica, se extiende en dirección vertical por el lado derecho del abdomen hasta llegar a nivel del hígado. En ese lugar cambia de dirección en ángulo recto y se denomina colon transverso, el que cruza la cavidad abdominal por debajo del hígado y estómago.

Ya a la izquierda del abdomen, vuelve doblarse en ángulo y tomar dirección descendente (colon descendente), hasta llegar al recto.

El colon elimina productos digestivos de desecho, que el cuerpo excreta como heces por recto y ano. Cuando la comida llega al colon, ya se ha absorbido los nutrientes esenciales para las funciones del cuerpo.

FISIOLOGÍA:

- Procesa los alimentos.
- Recibe las sustancias indigestibles del intestino delgado.
- Absorbe el agua y deja los productos de desecho llamados heces.
- Las heces se expulsan del cuerpo a través del recto y ano.
- En la capa mucosa, lubrica y protege la mucosa. Mantiene el equilibrio hídrico, solidifica las heces. Envía las vitaminas y electrolitos absorbidos y las sustancias tóxicas al hígado para su detoxificación.
- Degrada los hidratos de carbono, las proteínas y los aminoácidos no digeridos en productos que puedan ser expulsados en las heces o absorbidos y detoxificados por el hígado. Se sintetiza una cierta cantidad de vitaminas B y K.
- El contenido se desplaza a lo largo del colon por contracciones de los músculos circular y longitudinal. Es impulsado al colon sigmoide y al recto por una onda peristáltica potente.
- Las heces se eliminan por contracciones en colon sigmoide y en el recto.



ANATOMIA:

Las características de la piel (es decir, el grosor, el color, la textura) no son uniformes en todo el cuerpo. Por ejemplo, la cabeza presenta más folículos pilosos que cualquier otra parte, mientras que la planta de los pies no tienen ninguno. Además, la piel de la planta de los pies y de la palma de las manos es más gruesa.

La piel está compuesta por las siguientes capas, y cada una de ellas desempeña funciones específicas:

- Epidermis
- Dermis
- Capa de grasa subcutánea.

Epidermis	<p>La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta de tres partes que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrato córneo (capa callosa) Esta capa está formada por queratocitos totalmente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratina). La capa más externa se descama constantemente. El estrato córneo evita la entrada de la mayoría de sustancias extrañas y también la pérdida de líquidos del cuerpo.• Queratinocitos (células escamosas) Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo.• Capa basal La capa basal es la capa más profunda de la epidermis y contiene células basales. Las células basales se dividen continuamente, formando nuevos queratinocitos que reemplazan a los antiguos que se desprenden de la superficie cutánea. <p>La epidermis también contiene melanocitos que producen melanina(el pigmento de la piel).</p>
Dermis	<p>La dermis es la capa media de la piel. La dermis está compuesta por lo siguiente:</p>

- Vasos sanguíneos.
- Vasos linfáticos.
- Folículos pilosos o capilares.
- Glándulas sudoríparas.
- Haces de colágeno.
- Fibroblastos.
- Nervios.

La dermis se mantiene unida por una proteína denominada **colágeno**, compuesta por fibroblastos. Esta capa también contiene los receptores del dolor y del tacto.

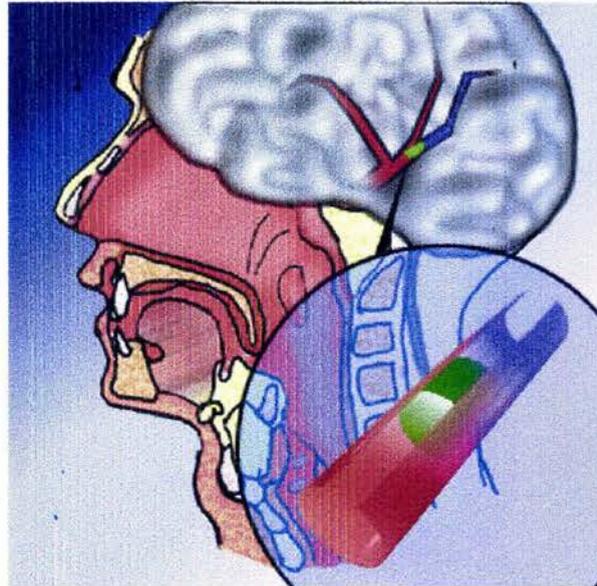
Capa subcutánea

La **capa subcutánea** es la capa más profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, ayuda a conservar el calor del cuerpo y lo protege de las lesiones actuando como un "amortiguador de los golpes"

FISIOLOGÍA:

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, lesiones e infecciones, la piel también:

- Regula la temperatura del cuerpo.
- Almacena agua y grasa.
- Es un órgano sensorial.
- Evita la pérdida de agua.
- Evita la entrada de bacterias.



FISIOPATOLOGÍA.

DEFINICIÓN:

Es cualquier trastorno de la circulación cerebral, de comienzo súbito y que puede ser consecuencia de la interrupción del flujo sanguíneo a una parte del cerebro, (isquemia cerebral); o por el contrario a la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral).

El objetivo del sistema arterial es llevar sangre oxigenada desde el corazón hacia otros órganos. Para lograr esto, la sangre, que es un fluido, se mueve a través de una red de tubos no rígidos impulsada por una bomba pulsátil, (el corazón).

La isquemia cerebral se produce cuando hay una reducción global o local del flujo sanguíneo del cerebro, el funcionamiento celular se paraliza y las membranas citoplásmicas de la región afectada se deterioran.

El fluido "sangre" no es perfecto desde el punto de vista físico y se origina por pérdidas de energía en la periferia, por la viscosidad que es reflejo directo de la masa del fluido.

Es un trastorno que daña una parte del cerebro y que está provocado por una falta de riego sanguíneo o por la rotura de una arteria. Esta falta de riego puede producirse por la disminución de flujo sanguíneo en el cerebro a causa de la obstrucción de un vaso (ictus isquémico) o por la rotura de un vaso cerebral que provoca una hemorragia (ictus hemorrágico).

Cualquier anomalía del encéfalo resultante de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, oclusión de la luz vascular por trombos o émbolos, rotura del vaso y lesión o trastornos de la permeabilidad de la pared vascular con aumento de la viscosidad u otros cambios en la calidad de la sangre.

ETIOLOGÍA:

ISQUEMICOS: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, ingesta de anticonceptivos.

ISQUEMICO O INFARTO SUBCLINICO: La lesión no produce síntomas o el paciente no los nota.

ISQUEMICO TRANSITORIO: Existe daño neurológico focal que se recupera totalmente en 24 hrs. Produce hemiparesia, diplopia, pérdida hemisensorial, disartria y vértigo.

DIAGNOSTICO.

Anamnesis completa del paciente.
Exploración neurológica.
Tomografía Axial Computarizada.
Resonancia Magnética.
Arteriografía cerebral.
Punción Lumbar, en caso de hemorragia cerebral.

CUADRO CLINICO.

Lógicamente dependiendo de la causa y la localización de la lesión en el cerebro, los síntomas serán diferentes.

En general las manifestaciones más comunes son: pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo, dificultad para hablar o comprender, pérdida de sensibilidad u hormigueos en la mitad del cuerpo, pérdida

En unos casos los ictus pueden manifestarse con síntomas transitorios que duran solamente minutos u horas, son los llamados Ataques Isquémicos Transitorios (AIT). Tiene una gran importancia ya que al ser identificados y tratados correctamente se puede evitar el infarto cerebral, cuyos síntomas suelen ser ya permanentes y definitivos. En el infarto cerebral la falta de irrigación sanguínea en una parte del cerebro es muy importante y duradera.

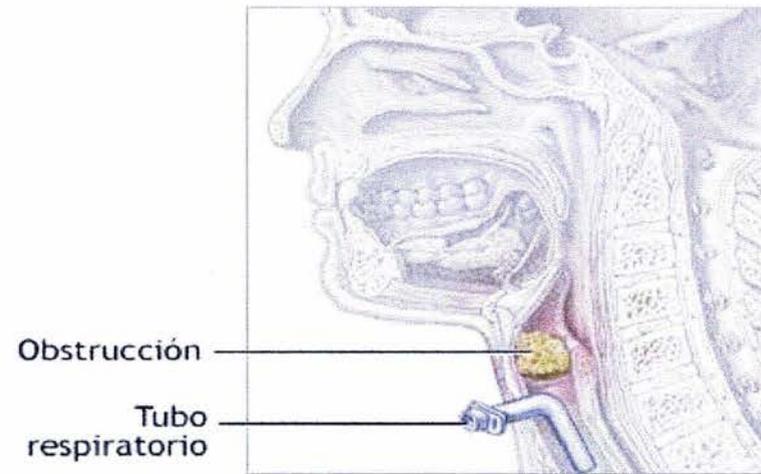
TRATAMIENTO A:

- Cuando es por AIT, que su origen es de la arteroesclerosis, el tratamiento de elección son los medicamentos antiagregantes plaquetarios, impiden formación de trombos, al no poder formar acúmulos, plaquetas y otras células de la sangre.
- Cuando la causa es una embolia procedente del corazón , el mejor tratamiento es el uso de anticoagulantes.
- En algunos casos, cuando los síntomas se deben a la obstrucción de una arteria en una zona accesible a la cirugía, puede estar indicado el intentar la extirpación de la placa ateroma (endarterectomía).
- Cuando se ha producido el infarto cerebral, el tratamiento va orientado a prevenir nuevos ictus y a procurar limitar la extensión del infarto.
- Los que son como consecuencia de un ictus, presentan dificultad para caminar o movilizar un miembro esta indicado le rehabilitación, fisioterapia o logoterapia.

TRATAMIENTO B:

- Mantener las funciones vitales estables, principalmente la hipertensión arterial.
- Cambio de posición constante.
- Control hidroelectrolítico y metabólico.
- Aspiración de secreciones.
- Manejo terapéutico y nutricional.
- Manejo del estado depresivo.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.



adam.com

CONCEPTO:

Es una disfunción respiratoria que origina anomalías de la oxigenación o eliminación de CO_2 , lo bastante graves para deteriorar o amenazar la función de órganos vitales.

ETIOLOGÍA:

Transtornos de las vías respiratorias:

- Asma.
- Bronquitis.
- Obstrucción parcial de la faringe, laringe, traquea.

Transtornos del parénquima pulmonar:

- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Neumonía.
- Aspiración.

Transtornos vasculares pulmonares:

- Tromboembolia pulmonar.

Transtornos neuromusculares:

- Lesión en médula espinal.
- Miastenia grave.
- Poliomielitis.
- Apoplejía.

CUADRO CLÍNICO:

- Hipoxemia: cianosis, inquietud, confusión, ansiedad, delirio, taquipnea, taquicardia, hipertensión, arritmias cardiacas y temblor.
- Hipercapnia: disnea, cefalea, hipertensión, taquicardia, taquipnea.

DIAGNOSTICO:

- Antecedentes de agresión sistémica o pulmonar.
- Insuficiencia respiratoria.
- Infiltrados pulmonares bilaterales.
- Hipoxemia grave resistente al tratamiento con oxígeno complementario.
- Presión en cuña normal de los capilares pulmonares.

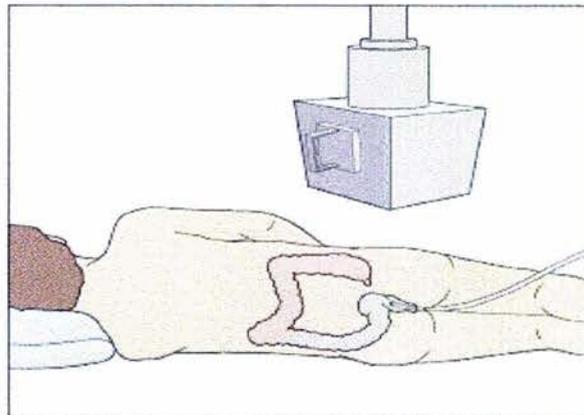
TRATAMIENTO:

- Tratamiento específico de la enfermedad subyacente.
- Cuidados de apoyo respiratorio, dirigidos a conservar un intercambio adecuado de gases.
- Medidas generales de sostén (signos vitales y observación).
- Antibióticos en procesos infecciosos.
- Tratamiento diuréticos y drogas vasoactivas cardiaca en la insuficiencia cardiaca.
- Anticoagulación y/o fibrinólisis en tromboembolismo pulmonar.
- Esteroides en procesos de obstrucción de vía aérea.
- OXIGENOTERAPIA: La $F_i O_2$ debe ajustarse según los controles gasométricos y pulsometría.

ESTREÑIMIENTO.

Enema de bario

Mientras el paciente está acostado, se inyecta el bario líquido a través del recto, dentro del intestino grueso, para hacer visible este último en el equipo de rayos X. No se requiere anestesia para este procedimiento.



adam.com

CONCEPTO:

Es la permanencia de los productos de desecho en el tubo digestivo, por mucho tiempo. Las heces son demasiado duras, reducidas o infrecuentes o hay esfuerzo excesivo durante la defecación.

ETIOLOGÍA:

Comunes:

- Dieta baja en fibras.
- Malos hábitos intestinales.

Anomalías estructurales:

- Enfermedad perianal.
- Lesión del clon.
- Estrechez del colon.
- Enfermedad de Hirschprung.

Enfermedades sistémicas:

- Endocrinas: hipotiroidismo, diabetes sacarina.
- Metabólicas: hipopotasemia, hipercalcemia, uremia.
- Neurológicas: paraplejía, nervios pélvicos.

Medicamentos:

- Narcóticos.
- Diuréticos.
- Anticolinérgicos.
- Antiácidos.

CUADRO CLÍNICO:

- Cefalea.
- Anorexia.
- Náusea.
- Tenesmo.
- Dolor.
- Distensión.
- Flatos.

DIAGNOSTICO:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Estudios de laboratorio (BH, electrolitos en suero, y TSH del suero).
- Sigmoidoscopias.
- Enema de barios o colonoscopia.

TRATAMIENTO:

1. Tome todos los días verduras (preferentemente crudas), fruta con piel (si es posible), hortalizas y pan integral. Esta alimentación es rica en fibra y ayuda a retener agua, con lo que las heces son más fluidas.
2. Beba abundantes líquidos, al menos 1,5 litros al día.
3. Coma despacio y mastique bien los alimentos. Procure comer a horas regulares.

4. Eduque al intestino: no reprima nunca la necesidad de evacuación, vaya al servicio al sentir la "llamada".
5. Hábitese a ir al servicio en un horario regular, procurando ir con tiempo suficiente y sin prisas.
6. Evite los esfuerzos excesivos en la evacuación. El intestino ya se encarga, por sí mismo, de este trabajo.
7. Haga ejercicio físico moderado diariamente. Tómese tiempo para andar, ir en bicicleta, hacer gimnasia,...
8. Evite los laxantes irritantes. La utilización repetida de laxantes irritantes puede conducir a alteraciones intestinales y puede crear hábito.

ULCERAS POR DECÚBITO.



CONCEPTO:

Áreas localizadas de necrosis tisular que se desarrolla cuando un tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un período prolongado de tiempo.

Esto compromete la circulación sanguínea de la zona con la consiguiente isquemia y daño tisular, provocando una solución de continuidad de la piel y necrosis subyacente, ambos factores favorecen la infección y con ello mayor daño local y riesgo de sepsis.

ETIOLOGÍA:

- La inmovilización prolongada permanente o temporaria.
- En personas ancianas; cuando se encuentran confinados a la cama, en el hogar, hospital o unidad de cuidados intensivos.
- Vasoconstricción incrementada.
- Perfusión periférica reducida.
- Enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus.
- Incontinencia urinaria y fecal.

CUADRO CLÍNICO:

- Enrojecimiento.
- Sensibilidad.
- Edema.
- Dermatitis.
- Hiperpigmentación.
- Rotura de las capas de la piel.

DIAGNOSTICO:

- Ulceración irregular, a menudo en la porción medial de las piernas por encima del maléolo.
- Edema de las piernas, varicosidades, hiperpigmentación y áreas rojas escamosas y cicatrices de úlceras antiguas.

TRATAMIENTO:

Los 4 componentes básicos para un plan terapéutico efectivo son:

- 1- Debridamiento de tejidos necróticos según necesidad.
- 2- Limpieza de la herida.
- 3- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección.
- 4- Selección de las curaciones.

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA , RESPUESTA HUMANA.

Fecha: 9/10/03.

Unidad: HOSPITAL GENERAL LA VILLA.

Nombre: R.G.A.

Edad: 78 AÑOS.

Sexo: FEMENINO.

Cédula:

Servicio: MEDICINA INTERNA.

Fecha de nacimiento: 11/02/25.

Dx. médico de ingreso: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Valoración realizada por: NORMA J. TIRSO GARCIA.

I. INTERCAMBIO.

CEREBRAL.

Nivel de conciencia

Persona: SI

Lugar: SI

Tiempo: SI

Apertura de ojos:

Normal:

Con problema: SI

Reflejo pupilar: ESCASO.

CARDIACO.

Ritmo cardiaco normal.

Arritmia:

Taquicardia: SI. 90 POR MINUTO.

Bradicardia:

Tensión Arterial: 140/110

Brazo derecho: 140/110

Izquierdo: 140/100

PERIFÉRICO.

Pulso:	Ausente	Débil	Normal	Fuerte
Carotideo:		<u>SI</u>		
Apical:		<u>SI</u>		
Braquial:		<u>SI</u>		
Radial:		<u>SI</u>		

Temperatura:

Región: AXILAR.

C: 37.

Hipertermia:

Hipotermia:

Piel:

Normal:

Color: PALIDA.

Normal:

Pálida: SI.

Cianótica: SI, CUANDO PRESENTA JADEO.

Ictérica:

Otros:

OXIGENACION.

Frecuencia respiratoria: ES DEBIL, DE 65 POR MINUTO.

Respiración:

- Regular
- Irregular: SI.
- Disnea. SI.
- Ortopnea
- Taquipnea
- Bradipnea
- Tos

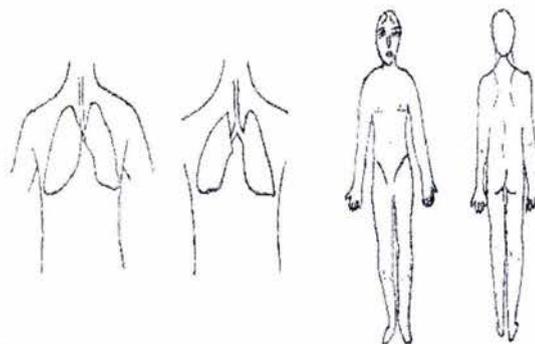
Espujo: SI

- Color: VERDE.
- Cantidad: ABUNDANTE.

Ruidos respiratorios:

- Burbujeo
- Estertor
- Estridor
- Jadeo: SI.

LOCALIZACIÓN.



Tubos respiratorios:

- Si
- No

Integridad de la piel:

- Intgra
- Quemaduras
- Petequias
- Eritema
- Ulceras, por falta de movimiento.
- Heridas
- Abrasiones
- Contusiones
- Insición quirúrgica. SI EN REGION UMBILICAL, POR COLOCACION DE SONDA.
- Resequedad de la piel: SI.

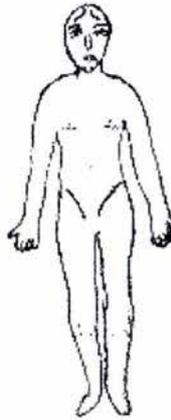
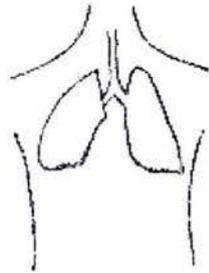
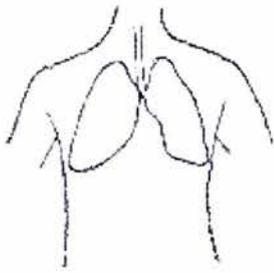
Edema:

+

++

+++

LOCALIZACIÓN:



NUTRICION:

Dieta indicada por el Médico:

NUTRICION PARENTERAL.

Comidas:

1:

2: X, por la mañana y tarde.

3:

Más:

Alimentos que le gusten:

FRUTAS Y VERDURAS.

Alimentos que le hacen daño:

IRRITANTES.

Cambio actual en el apetito:

SI, DESDE QUE PRESENTO EL EVC.

Observaciones: La paciente se encuentra sin habla, quejumbrosa, mucosas secas, empieza con perdida de peso y se encuentra delicada.

Ingesta de cafeína:

- Si
- No
- Frecuencia:

Somatometria:

- Talla: 1.50.
- Peso: 65 kilos.

Estado de boca y encías:

- Color: ROSA.
- Humeda: NO.
- Lesiones: NO.

Dentadura:

Completa

Parcial

Incompleta

Superior:

SI.

Inferior:

SI.

Utilización de prótesis:

- Si
- No

Otros:

ELIMINACIÓN.

Ritmo intestinal habitual

Alteración actual:

- Estreñimiento:
- Diarrea:
- Incontinencia.

Remedio para la alteración:

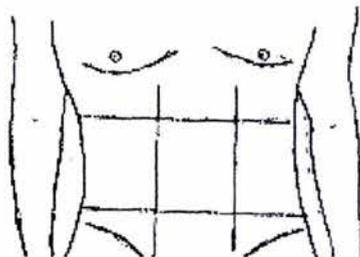
- Líquidos
- Alimentos
- Enema
- Fármacos

Ruidos intestinales:

- Si
- No

Características: EL ESTREÑIMIENTO POR LO REGULAR APARECE CUANDO SE LE DA LA NTP, SE HA CAMBIADO, PERO A VECES PRESENTA EL MISMO PROBLEMA.

LOCALIZACIÓN:



CARACTERÍSTICAS DE HECES.

Datos historicos:

- Color: CAFÉ.
- Olor: NO SABE.
- Consistencia: NORMAL.

Datos actuales:

- Color: CAFÉ CLARO.
- Olor: ACIDO.
- Consistencia: LQUIDA.
- Frecuencia: 2 VECES POR DIA.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA.

Datos historicos:

- Color: AMARILLO.
- Olor: NO SABE.
- PH: NO SABE.

Datos actuales:

- Color: AMARILLO.
- Olor: ACIDO.
- PH: 6
- Tira reactiva: BILILASTIX.

Sonda Foley:

- Si
- No

Cantidad en :

- 1 hora: 50 mililitros.
- 12 horas:
- 24 horas:

Presencia de:

- Anuria:
- Disuria:
- Polaquiuria:
- Hematuria:

SENTIMIENTO.

Dolor, Malestar.

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado a tener dolor:

- Si
- No

Intensidad del dolor:

+

++ X

+++

En que parte del cuerpo le da el dolor:

EN REGION MESOGASTRICA..

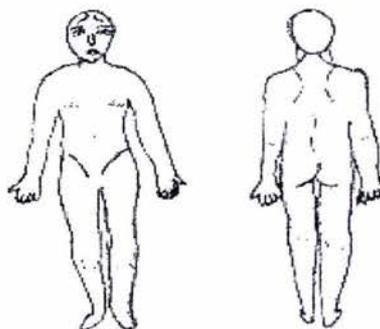
Se agrava el dolor con alguna cosa:

AL REALIZARLE CURACIÓN.

Con que mitiga el dolor:

CON KETOROLACO, 30 MG. IV CADA 8 HRS.

LOCALIZACIÓN:



COMUNICACIÓN.

Función de lectura:

- Normal:
- Dificultad:
- Incapaz:

Función de escritura:

- Normal:
- Dificultad:
- Incapaz:

Función del habla:

- Normal
- Dificultad:
- Incapaz:

Observaciones: ES INCAPAZ EN TODO LO ANTES MENCIONADO POR EL DAÑO NEURONAL QUE PRESENTA.

MOVIMIENTO.

Percepción sensorial, alteración:

Vista:

- Si
- No

Oído:

- Si
- No

Olfato:

- Si
- No

Gusto:

- Si
- No

Tacto:

- Si
- No

Reflejo:

- Si
- No

Observaciones: EL REFLEJO AUN ESTA PRESENTE, PORQUE LO DEMUESTRA, AL REALIZARSE LA CURACIÓN

AUTOCUIDADO:

Actividad Independencia Total.

Practica ejercicio:

- Si
- No, NO TENIA TIEMPO.

Actividad, ayuda con aparatos:

Actividad, ayuda con personas:

Actividad, ayuda con aparatos y personas: SI, CON ANDADERA, POR PRESENCIA DEL PRIMER EVC Y CON SU HIJA, PARA PODER MOVILIZARSE..

Dependencia total: EN ESTE MOMENTO SI.

ACTIVIDAD.

Fatiga:

- Si
- No

Debilidad:

- Si
- No

REPOSO.

Cuántas horas duerme regularmente por la noche ?

DE 4 A 6 HORAS.

Siente descanso al despertar ?

NO, PORQUE SE DESPIERTA QUEJUMBROSA.

Auxiliares del sueño ?

NO.

CONSERVACIÓN DEL ENTORNO.

Distribución de cuartos que tiene la casa.

- Cocina
- Baño (s): 1
- Escalera: NO.

Cuenta con :

- Agua: SI.
- Drenaje: SI.
- Luz eléctrica: SI

Tiene animales:

- Si
- No

Se encuentran:

- Dentro de la casa
- Fuera de la casa

La casa es:

- Propia:
- Rentada
- Otros:

CONSERVACIÓN DE LA SALUD.

A que servicio de salud tiene acceso ?

SOLO CENTRO DE SALUBRIDAD.

A que servicio de salud acudió antes de llegar a esta Unidad ?

CENTRO DE SALUD DE SU ZONA.

En que servicio lo han atendido en esta Unidad ?

EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA.

RELACIONES.

Estado civil: VIUDA.

Vive con:

- Familia:
- Solo:
- Otros:

Tiene hijos:

- Si, 2.
- No

Edades: HIJA 40 AÑOS E HIJO 38 AÑOS.

Generos: FEMENINO Y MASCULINO.

Trabaja actualmente:

- Si
- No

Ocupación: OBRERO.

Agrado por la ocupación: Si.

Preocupaciones laborales: SI, EL SUELDO.

Gasto energético:

- Físico:
- Mental:

Estudia:

- Si
- No

Carrera: NO.

Preocupaciones por el estudio: NO TIENE, SOLO PRIMARIA.

RELACIONES SEXUALES.

Mujer.

- Menarca:
- Menopausia, HACE 28 AÑOS.

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales ?

NO PUEDE CONTESTAR LA PREGUNTA, POR EL DAÑO ANTES MENCIONADO.

Posibilidad de embarazarse :

- Si
- No.

Historia de embarazo (s): PARTOS NORMALES, SIN ATENCIÓN MEDICA.

- Gestaciones: 3.
- Abortos: 1.
- Parto (s) normales: 2.
- Cesarea (s) : 0.

Problemas con el embarazo:

NINGUNA.

Hombre:

Posibilidad de embarazarse:

- Si
- No

CONOCIMIENTO.

Antecedentes de salud.

Que problemas importantes de salud ha tenido anteriormente ?

HIPERTENSIÓN ARTERIAL HACE 15 AÑOS.

Cuál es su enfermedad actual ?

EVC, ISQUEMICO.

Cuál fue la causa que le ocasionó la enfermedad ?

OBESIDAD Y SU ALIMENTACIÓN.

Qué malestares le ocasionó la enfermedad ?

DOLOR DE CABEZA INTENSO Y DESMAYOS.

FACTORES DE RIESGO.

Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes ?

SI, SOLO DE HIPERTENSIÓN, POR PARTE DE SU MADRE..

Fuma:

- Si
- No

Consumo alcohol:

- Si
- No

Frecuentemente se encuentra estresado:

- Si
- No

Qué hace para mitigar el estrés ?

NADA.

PROBLEMA ACTUALES DE SALUD.

Esta enterado el paciente de su problema actual de salud ?

- Si, ANTERIORMENTE YA PRESENTO UN EVC Y SE LE INFORMO A LA PACIENTE.
- No

Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de Enfermería en esta Unidad ?

CUIDADOS DE ENFERMERIA DEPENDIENTES E INTERDEPENDIENTES.

Sabe para qué le sirven esos cuidados ?

SI.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Le son de utilidad ?

SI, PERO LA PACIENTE NO LO REALIZA COMO SE LE ES INDICADO.

MEDICACIÓN ACTUAL.

Qué medicamentos toma actualmente ?

HEPARINA.

ASPIRINA.

METOCLOPRAMIDA.

KETOROLACO.

SENOSIDOS A,B.

Con que frecuencia ?

SU MEDICACION ES DIARIA.

En qué dosis ?

HEPARINA, 5000 U, C/8 HRS.

ASPIRINA 125 MG. PRN.

METOCLOPRAMIDA 10MG.IV C/ 8 HRS.

KETOROLACO 30 MG. IV. C/8 HRS.

SENOSIDOS A,B, CUANDO EXISTE ESTREÑIMIENTO.

Sabe para qué le sirven ?

SI, PARA CONTROLAR SU ENFERMEDAD.

DISPONIBILIDAD.

Disponibilidad del paciente por aprender:

- Si
- No

Solicita información:

- Si
- No, SU HIJA ES LA QUE PIDE LA INFORMACIÓN.

Memoria intacta:

- Intacta
- Solo reciente
- Solo remota

ELECCIÓN.

Participación.

Aceptación de su enfermedad:

- Si
- No

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico:

- Si
- No, POR OLVIDO A VECES DE LA INGESTA DE LOS MEDICAMENTOS.

Aceptación del paciente por modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades:

- Si
- No

JUICIO.

Aceptación del problema:

- SI
- No

Toma usted las decisiones en caso de presentarse algún problema ?

- SI
- No, PORQUE DEPENDE EN ESTE MOMENTO DE SUS HIJOS.

Quién ?

SU HIJA.

AFRONTAMIENTO.

Cómo resuelve habitualmente sus problemas ?

SENTIMIENTO.

Emocional, integridad, Estado.

Recientemente le han ocurrido cosas que lo estresan ?

SI, LA FALTA DE INGRESO ECONOMICO A SU CASA.

Siente ansiedad :

- Si
- No

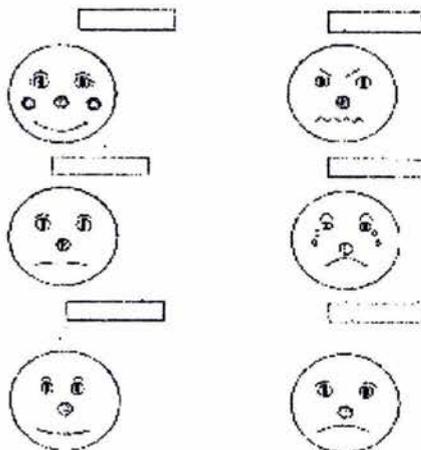
Se siente afligido ?

SI, POR NO PODER SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Qué hace para relajarse ?

NADA.

Observaciones:



Otros:

PERCEPCIÓN.

Concepto de uno mismo.

Como es su manera de ser habitualmente ?

UNA PERSONA ALEGRE.

Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad ?

DEMASIADO.

RELACION.

Socialización.

Facilidad para relacionarse con otras personas ?

SI.

Personas que le pueden ayudar ?

SOLO SUS HIJOS.

Convivencia con grupos ?

SUS VECINOS.

Actividades que realiza cuando está solo ?

LABORES DOMESTICAS.

VALORACIÓN.

Preferencia religiosa: CATOLICA.

Prácticas religiosas: NINGUNA.

Prácticas culturales: NINGUNA.

Tradiciones familiares: SI, LA OFRENDA DE DIA DE MUERTOS Y EPOCAS NAVIDEÑAS.

Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus prácticas religiosas y/o culturales :

NO TIENE.

Se debe observar como asciende y desciende el tórax, lo que determina si la ventilación es adecuada. La hiperventilación del paciente con secreciones copiosas fuerza a las mismas a ir más hacia adentro en las vías respiratorias.

La sonda se retira en forma giratoria para evitar traumatismos a los tejidos, pues se reduce el tiempo de aspiración contra cualquier parte de la tráquea.

Se debe observar la respiración y color del paciente y se permite que descanse algunos minutos.

Se debe dejar en una posición adecuada, si esta consiente en posición semifowler favorece la respiración y si esta inconsciente posición de Sims ayuda al drenaje de secreciones de la boca.

La aspiración, ayuda a que el aporte de sangre hacia el cerebro sea el apropiado.

2) B) Administración de oxígeno.

La administración de oxígeno, se diluye hasta una concentración de oxígeno inspirado que al mezclarse con el aire del medio ambiente, que penetra por los orificios especiales, proporciona humedad adicional por medio de una agujero de humectación.

3 Valoración de la respiración.

Se puede administrar aerosol para ayudar a movilizar las secreciones retenidas. Esto asegura que el paciente reciba el flujo suficiente para cubrir su demanda inspiratoria y conserva una concentración precisa constante de oxígeno. Ayuda a aflojar las costras de secreciones secas.

Se asegura que la zona este seca, la humedad fomenta la infección e irritación.

Reduce al mínimo la irritación y tos debido a la manipulación del oxígeno.

La oxigenación va a humidificar, para prevenir la sequedad del tracto respiratorio, esta humidificación artificial sustituye a la propia del aire normal que respiramos.

Sirve para darle al paciente de forma artificial la respiración. tiempo de duración de la inspiración (toma de aire) y de la espiración (sacar el aire).

La respiración consiste en un intercambio de gases entre un organismo y su medio ambiente. Es una de las características comunes a todos los seres vivos en una forma u otra, porque es absolutamente esencial en las reacciones químicas del metabolismo de las que depende la vida.

La respiración es el alimento necesario para cada una de la células del cuerpo a fin de mantener su vida y funciones y deben no sólo ser llevados a las células sino que tienen que ser absorbidos por éstas para que los procesos químicos del metabolismo se verifiquen dentro de ellas. No solo suministra oxígeno a los tejidos, sino que los libera por medio de bióxido de carbono.

Mediante el sistema circulatorio, la respiración absorbida por los pulmones es llevado por los pulmones a los tejidos y el bióxido de carbono es arrastrado de los tejidos a los pulmones para ser exhalado.

Los movimientos rítmicos de la respiración son: el centro respiratorio, las fibras nerviosas del sistema nervioso autónomo y la composición química de la sangre.

El centro respiratorio esta situado el el bulbo raquídeo y coincide en posición con el centro sensitivo del vago.

Este centro envía nervios motores que promueven la contracción de los músculos de la respiración, es esencialmente automático, que envía impulsos a los músculos independientemente de los impulsos que reciba.

Las fibras sensitivas llegan a él por el vago desde los pulmones y la laringe y también desde el cerebro, de modo que la estimulación de cualquier nervio sensitivo en el cuerpo puede estimular a través del cerebro, el centro respiratorio de manera refleja, afectando así el ritmo y carácter de la respiración

La temperatura y la composición de la sangre regulan el ritmo y la profundidad de la respiración, estimulando el centro respiratorio. La respiración normal consiste en ascenso y descenso rítmicos de las paredes torácicas y del abdomen que se realiza unas 18 veces por minuto en el adulto y de manera inconsciente, sin esfuerzo, ruido, ni dolor.

La respiración favorece a una irrigación sanguínea y una difusión adecuada, así como una ventilación suficiente.

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE.

1) Colocación de ventilador mecánico.

La ventilación mecánica suple las necesidades fisiológicas del pulmón y ayuda a preservar el funcionamiento de otros órganos vitales.

La posición deberá ser Semifowler en cama o erecto en silla. Estas posiciones facilitan la expansión pulmonar máxima.

El aire sin humedad seca las vías respiratorias y dificulta que las secreciones se movilicen. Le ayudara a lograr expansión pulmonar profunda, a toser y a eliminar secreciones.

La ventilación ayuda a prevenir el colapso alveolar, a promover la tos y revelan la presencia de secreciones retenidas.

Así permanecerán las vías aéreas respiratorias permeables y una buena distribución de la ventilación. También confirma la colocación apropiada del tubo endotraqueal o de la traqueostomía.

Sus beneficios, son:

Aumenta la presión transpulmonar y capacidad residual funcional.

Previene colapso de la pared alveolar.

Estabiliza la pared torácica.

Aumenta el diámetro de la vía aérea.

2) Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.

RESULTADO: evitar úlceras por decúbito.

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN.</u>
<p><u>INDEPENDIENTE:</u></p> <p><u>A) Cambio de posición continua.</u></p>	<p>El cambio de posición proporciona un alivio a quienes permanecen mucho tiempo en cama.</p> <p>La buena alineación evita que la columna dorsal se doble. Se ayuda con una toalla bajo el hueco natural de la cintura.</p> <p>Es necesario tener una posición cómoda, la espalda debe estar recta del coxis al occipucio. Mantener las costillas elevadas para prevenir la presión en los órganos torácicos, los brazos sostenerlos con las almohadas para prevenir la presión.</p> <p>La contracción isométrica de los músculos estabilizadores evita la tensión musculoesquelética y lesiones.</p>

Sus beneficios serán:

- Que no se obstaculice la respiración. no debe haber constricciones en cuello ni tórax.
- Que no se obstaculice la circulación. Si se recurre a una restricción, los elementos de sujeción no deben estar demasiado ceñidos.
- Que no se ejerza ninguna presión ni tracción sobre nervio alguno. la presión sostenida sobre nervios periféricos o su estiramiento pueden causar pérdida sensitiva o motora.
- **Que se reduzca la presión sobre la piel, con un mínimo de contacto de los rebordes óseos sobre la superficie de apoyo, en prevención de úlceras de decúbito.**

3) Déficit de autocuidado, baño/higiene, relacionado con incapacidad para percibir una parte corporal o la relación espacial, manifestado por la incapacidad total o parcialmente del cuerpo.

RESULTADO: Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD).

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN.</u>
<p><u>INDEPENDIENTE:</u> <u>1) Baño de esponja.</u></p>	<p>El agua tibia favorecer la circulación, es reconfortante y refrescante. La buena higiene personal es necesaria para la salud general de una persona.</p> <p>La limpieza es esencial para mantener un estado físico y mental normal. Una piel limpia y de buen color, influyen para que una persona se vea saludable.</p> <p>La piel sana, íntegra, sin alteraciones es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos suyacentes y la buena presentación personal son principales.</p> <p>La piel debe ser íntegra y sana, existen 3 tipos de glándulas cutáneas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Glándulas sebáceas: secretan aceite y se encuentran donde hay pelo para conservarlo suave y flexible.

- Glándulas sudoríparas: mas abundantes en las axilas, palmas de las manos y plantas de los pies y la frente, su función es ayudar a conservar la temperatura corporal y a excretar productos de desecho.
- Glándulas ceruminosas: localizadas en el conducto externo, secretan cerumen, si éste se acumula en los oídos puede impedir incluso la audición.

El agua, jabón y masaje; favorecen la circulación, ayuda al transporte de nutrientes de la sangre hasta los tejidos del sudor, así como otras vías de excreción.

El agua y el jabón favorece el arrastre mecánico de microorganismo, células superficiales, polvo y grasa. El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones.

La salud de la piel y anexos dependen en gran medida de la higiene personal, para evitar infecciones y la importancia para la salud de conservar un buen estado general.

El masaje va a estimular la circulación sanguínea. Se utilizan las yemas de los dedos para que las uñas no lo dañen. El frotamiento elimina las capas muertas de la piel.

2) Higiene bucal.

Un baño con agua tibia induce al descanso y sueño del paciente, una piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos, teniendo la sensación de frescura y limpieza, que contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable para el paciente.

La limpieza dental con el movimiento elimina los agentes nocivos que mantiene a la placa sobre el paladar de la boca.

La flora bucal tiene efecto benéfico al participar en la nutrición a través de síntesis vitamínica y digestión de ciertas sustancias nutritivas, además de ofrecer inmunidad frente a diversos agentes infecciosos.

Una buena higiene bucal, nos va evitar formar una película de moco y bacterias (placa); y células (sarro); en la superficie de los dientes.

Evitando la inflamación de las encías, que puede favorecer a una infección, así mismo la lengua sucia disminuye la capacidad gustativa de las papilas, es factor de una posible desnutrición.

La buena salud de dientes, encías y boca es esencial para una buena nutrición.

4) Déficit de autocuidado de la alimentación, relacionado con el deterioro perceptual o cognitivo, manifestado por la incapacidad para deglutir los alimentos.

RESULTADO: estado nutricional.

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN.</u>
<p><u>INTERDEPENDIENTE:</u> <u>1) Administración de Nutrición Parenteral Total (NPT).</u></p>	<p>Es la administración parenteral de soluciones de dextrosa, agua, lípidos, proteínas, electrolitos, vitaminas y oligoelementos, representan la provisión de todas las calorías necesarias. Debido a que las soluciones de NPT son hipertónicas, se deben inyectar sólo en venas centrales de flujo elevado, en donde son diluidas por la sangre del paciente.</p> <p>La NPT constituye una forma de alcanzar el estado de alcanzar el estado anabólico en los clientes que son incapaces de mantener un balance de nitrógeno normal. Estos pacientes son los que padecen malnutrición grave y que no pueden tomar nada por boca durante más de 5 días.</p> <p>El control de la infección tiene una importancia máxima durante la NPT. Debe realizarse siempre una técnica aséptica cuando procede al cambio de la solución, de los tubos, los vendajes y los filtros.</p>

La NPT son una mezcla de dextrosa al 10-50% en agua, aminoácidos y aditivos especiales como vitaminas y oligoelementos. Los aditivos se deben adaptar a las necesidades nutricionales de cada paciente. Las emulsiones grasas proporcionan ácidos grasos esenciales para corregir o prevenir el déficit de estos ácidos grasos o para suplementar el contenido calórico en aquellos pacientes que presentan requerimientos calóricos elevados o no toleran la glucosa como única fuente de calorías.

Debe iniciarse gradualmente para impedir la aparición de hiperglucemia. El paciente debe adaptarse al tratamiento con NPT incrementando la síntesis de insulina del páncreas. Es necesario determinar los niveles de glucosa durante la infusión.

Cuando es necesario interrumpir el tratamiento con NPT, se debe disminuir lentamente la velocidad de perfusión de la NPT para evitar la aparición de hiperinsulinemia y de hipoglucemia. La retirada de NPT a un paciente puede llevar 48 hrs. Pero también se puede efectuar en un período de 6 hrs. Siempre y cuando el paciente reciba una cantidad adecuada de carbohidratos por vía oral o intravenosa.

INDEPENDIENTE:

2) Vigilar número y consistencia de evacuaciones.

CÓDIGO DE EVACUACIONES:

- AC- Acolica- Billirubina.
- F- Formada.
- V- verde.
- RA- restos de alimentos.
- G- grumosa.
- L- líquida.
- N- negra.
- Fet- fétida.
- A- amarilla.
- M- mucosa.
- Mec- meconio.
- P- pastosa.
- S- sanguinolenta.
- C- café
- O- oleosa con aceite.

Los movimientos del estómago y el jugo gástrico transforman el alimento en una papilla semilíquida, luego la peristalsis impulsa el alimento parcialmente digerido a través del píloro al intestino delgado, ahí continua la digestión y se produce la absorción de los alimentos nutritivos.

La correcta masticación de los alimentos facilita la digestión. Mediante la deglución, los alimentos pasan de la boca a la faringe y estómago. El alimento permanece de 3 a 4 horas en el estómago el cual se localiza en la porción superior izquierda del abdomen y tiene 2 aberturas: una entre el esófago y el estómago que se llama cardias y la que se encuentra entre el estómago e intestino delgado, que se denomina orificio pilórico.

En el intestino delgado es absorbida la parte utilizable de los alimentos, que pasa a los vasos linfáticos y sanguíneos. Los productos residuales son llevados del íleon al intestino grueso, formado por 4 porciones: ciego, colon, recto y ano.

Los productos de desecho son llevados del ciego al colon, al que se le denomina colon ascendente, transversal, descendente y sigmoide.

Los productos de desecho llegan hasta el recto y después al conducto anal, última porción del intestino, el cual responde a la distensión rectal y el esfínter externo formado por músculo estriado y se controla a voluntad.

El peristaltismo en el intestino grueso ocurre a intervalos poco frecuentes y es estimulado por la ingestión de alimento y líquido. El volumen de las heces que se eliminan está formado por residuos digestivos y agua; los primeros incluyen alimentos no digeridos y no absorbidos, además contienen los desechos de las células y moco del recubrimiento del tubo gastrointestinal, pequeñas cantidades de materiales secretados, bacterias y sus productos, por vía intestinal se eliminan el calcio, hierro y parte del exceso de potasio del cuerpo, sales biliares 10 % de las heces está formado por bacterias vivas y muertas y sus productos que normalmente residen en el intestino, a lo que se llama flora intestinal normal.

La cantidad excretada depende de los alimentos ingeridos y puede variar de 100 a 200 g por día en personas con una dieta de alimentos refinados y hasta 300-400 g por día en dietas ricas en fibra.

El número de evacuaciones varía de una persona a otra, pero los límites normales son de 1-3 veces al día, una cada 2-3 días.

5) Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la inmovilización física, manifestado por destrucción de las capas de la piel.

RESULTADO: consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN.</u>
<p><u>INDEPENDIENTE:</u></p> <p><u>1) Movilizar al paciente, por medio de masajes o movilización continua, para brindarle una relajación muscular general.</u></p>	<p>El masaje estimula la circulación de la región, llevándole nutrientes necesarios a las células y evitando la destrucción de la piel por falta de riego sanguíneo adecuado.</p> <p>Así mismo eleva la temperatura cutánea unos 2 o 3 grados centígrados y ayuda a eliminar los residuos de la piel.</p> <p>El masaje nos estimula o seda la actividad motora. El masaje general causa vasodilatación periférica, que se traduce por enrojecimiento marcado de la zona manipulada. Con la dilatación de los capilares existe una mayor permeabilidad en tal forma que el intercambio de líquidos y sólidos entre la corriente sanguínea y las células de los tejidos se incrementan.</p> <p>El masaje como un sedante de la actividad nerviosa, puede inducir el sueño, la monotonía del movimiento, la vasodilatación local y la sedación muscular.</p>

Si es vigoroso el resultado es aumentado en el aporte sanguíneo.

Los efectos del masaje:

Incremento sanguíneo o linfático en la región tratada.

Disminución de inflamación periarticular.

Relajamiento muscular.

Prevención o disminución de fibrosis.

Disminución a la tendencia de atrofia muscular.

Las formas son:

Golpeteo superficial, rítmico, suave y lento para producir una acción refleja 12 a 15 golpes por minuto con una o dos manos o con los dedos.

Golpeteo profundo en dirección natural de la circulación linfática y sanguínea para lograr su vaciamiento.

Apretar, jalar u oprimir una región con una o ambas manos para mejorar circulación venosa y linfática, para estirar músculos y tendones retraídos y para ,mejorar tensión muscular.

Fricción o presión fuerte en forma circular sobre una región favorece a la absorción de derrames locales y el desprendimiento de bridas o cicatrices.

Percusión o golpeteo rápido con una mano sobre una región para evitar o retardar atrofia, mejora metabolismo, mejorar circulación y resorción del edema, previa aplicación de calor.

6) Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la disminución de la circulación cerebral, manifestado por desorientación en las 3 esferas, tiempo, espacio y persona.

RESULTADO: capacidad de comunicación.

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN.</u>
<p><u>INTERDEPENDIENTE:</u> <u>1) Déficit de comunicación.</u></p>	<p>La comunicación a través del lenguaje incluye tanto elementos sensitivos motores en el uso y el entendimiento de los símbolos que se utilizan para la expresión de las ideas.</p> <p>Los elementos sensitivos son las capacidades para entender tanto el lenguaje escrito como el hablado. Los elementos motores son aquellos que incluyen las capacidades para escribir y hablar.</p> <p>El área de Broca, que se localiza en la corteza motora del hemisferio dominante, controla los patrones de los movimientos musculares que se necesitan para la vocalización, son aquellos de la laringe, faringe, lengua, paladar blando, labios, mandíbula y lo músculos respiratorios.</p>

La laringe produce sonidos vocales, pero la articulación de las palabras se debe a la forma que adoptan la boca y la garganta y a las posiciones de los labios y de la lengua.

Los sonidos vocales son producidos por la vibración de las cuerdas vocales que originan el paso controlado del aire por la laringe.

Los cambios de posición y en la tensión de las cuerdas vocales, se deben en gran parte a los músculos que mueven algunos de los cartílagos de la laringe.

Los nervios laríngeos recurrentes, que son ramas de los nervios vagos, inervan todos menos uno de los cartílagos laríngeos.

Los signos vitales neurológicos y la medición de signos vitales permiten la pronta valoración del estado neurológico del paciente en cuanto a nivel de conciencia.

7) Manejo del régimen terapéutico, relacionado con una mejoría en su estado de salud, manifestado por expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.

RESULTADO: participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</u>	<u>FUNDAMENTACION.</u>
<p data-bbox="398 605 735 638"><u>INTERDEPENDIENTE.</u></p> <p data-bbox="347 683 786 716"><u>1) Administración de Heparina.</u></p>	<p data-bbox="1007 605 1563 638"><u>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:</u></p> <p data-bbox="1007 683 1671 935">Sustancia endógena con propiedades anticoagulantes que estructuralmente es una mezcla heterogénea de mucopolisacáridos sulfatados. En el organismo está unida en forma covalente a una proteína central que se encuentra en los granulos secretoides de los mastocitos.</p> <p data-bbox="1007 980 1671 1383">Actúa a través de la antitrombina III inactivando los factores coagulantes IXa, Xa, Xia y Xlla, y la trombina (factor Iia); con lo que evita la conversión de protrombina a trombina y por tanto la trombosis. Una vez que el trombo se ha desarrollado, la heparina inhibe la coagulación adicional al inactivar la trombina y prevenir la conversión de fibrinogeno en fibrina. al inhibir la activación del factor XIII, también evita que se formen coágulos estables de fibrina.</p>

En dosis suficientes, la heparina prolonga el tiempo parcial de tromboplastina, el tiempo de trombina y el tiempo total de coagulación. Su efecto anticoagulante es inmediato y se observa invitro e in vivo. Por otro lado hace que disminuya el contenido plasmático de lipoproteínas de baja densidad y acelera la hidrólisis de triglicéridos, efecto que es consecuencia de mayor cantidad de lipasa lipoproteica en la sangre. Debido a su alta polaridad y tamaño molecular, no atraviesa fácilmente las membranas y por tanto no se absorbe a través de la mucosa gastrointestinal, tampoco cruza la barrera placentaria. Se une en 95% a las proteínas plasmáticas, se metaboliza en el hígado por la heparinasa y se excreta por la orina. Su vida media biológica es de 60 a 90 minutos.

INDICACIONES:

Profilaxis y tratamiento de la trombosis venosa y de la tromboembolia pulmonar. profilaxis de la tromboembolia, de la coagulación sanguínea durante la cirugía cardiaca con circulación extracorporal y durante los procedimientos de diálisis.

Tratamiento de la coagulación intravascular diseminada y de la tromboembolia arterial, en general, para el tratamiento de cualquier trastorno en el que haya coagulación excesiva o indeseable.

CONTRAINDICACIONES

Y

PRECAUCIONES:

Contraindicada en casos de hipersensibilidad a la heparina, hemorragia activa, hemofilia, púrpura de cualquier tipo, trombocitopenia, endocarditis bacteriana, tuberculosis activa, mayor permeabilidad capilar, lesiones ulcerosas del tubo digestivo, hipertensión arterial grave, aneurisma, amenaza de aborto, carcinoma visceral, punción lumbar, bloqueo anestésico regional o lumbar y durante el embarazo. Se recomienda efectuar pruebas de coagulación sanguínea y recuento de plaquetas antes del tratamiento y durante el mismo. los medicamentos como ácido acetilsalicílico, dextran, fenilbutazona, ibuprofén, indometacina, dipiridamol e hidroxicloroquina incrementan el efecto anticoagulante de la heparina, otros dipiridamol e hidroxicloroquina incrementan el efecto anticoagulante de la heparina, otros como digital, tetraciclina, antihistamínicos y nicotina, lo contrarrestan parcialmente.

REACCIONES ADVERSAS:

Frecuentes, signos y síntomas de hemorragia interna o externa principalmente en individuos de edad avanzada y en casos de insuficiencia renal. Las hemorragias leves se controlan con la suspensión del medicamento y las graves requieren de la administración de sulfato de protamina. Por otra parte la cantidad de protamina se determina invitro por titulación de la sangre del paciente con la proteína.

Poco frecuentes: reacciones alérgicas, reacciones anafilactoides, dolor torácico, sensación de ardor y comezón en la planta del pie, coloración azulada, frío y dolor en brazos o piernas.

Raras: neuropatía periférica, osteoporosis y caída de pelo.

VIA DE ADMÓN. Y DOSIS.

Adultos:

IV inicial 5 000 UI; posteriormente, dosis individualizadas de 00 a 10 000 UI cada 4 a 6 hrs. De conformidad con los resultados de las pruebas de coagulación. Se debe administrar sin diluir o diluida en 50 a 100 ml de cloruro de sodio isotónico.

2) ADMINISTRACIÓN DEMETOCLOPRAMIDA.

Infusión intravenosa 20 000 a 40 000 UI en 1 000 ml de solución de cloruro de sodio isotónico, administrados en un periodo de 24 hrs.

PRESENTACIONES:

Galenparina: solución inyectable. Cada frasco ampula contiene heparina sódica equivale a 10 000 UI de heparina.

Lipo-hepin: solución inyectable cada 10 ml contiene 10 000 UI de heparina sódica, frasco ampula con 10 ml. Sol. Inyectable cada 5 ml contiene 5 000 UI de heparina sódica.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:

Antagonista competitivo de la dopamina que acelera el vaciado gástrico y el tránsito gastrointestinal porque impide la relajación de la parte superior del cuerpo del estómago, aumenta la actividad fásica del antro, y al mismo tiempo relaja la parte superior del duodeno y aumenta la peristalsis del resto del intestino delgado. También incrementa el tono basal del esfínter gastroesofágico y evita el reflujo del mismo.

Estos efectos se atribuyen a bloqueo del tono dopaminérgico intestinal, lo que facilita la acción colinérgica. No modifica las secreciones gástricas, pancreática o biliar.

Por otro lado eleva el umbral de los quimiorreceptores medulares y deprime los estímulos aferentes viscerales. Estas acciones ligadas a bloqueo dopaminérgico, explican sus propiedades antieméticas. Sus efectos ocurren 1 a 3 minutos después de la inyección intravenosa, 10 a 15 minutos después de la inyección intramuscular y 30 a 60 min. Después de administración oral, persisten por 1 a 2 horas.

También estimula la secreción de prolactina y aumenta transitoriamente los niveles de aldosterona. Se absorbe rápido en la mucosa gastrointestinal y alcanza concentraciones máximas en 1 a 2 horas.

Se une de manera moderada a las proteínas plasmáticas y se biotransforma en el hígado, se elimina en la orina sin cambios, su vida media es de 4 a 6 horas.

INDICACIONES:

Transtornos de la motilidad gastrointestinal, incluyendo reflujo gastroesofagico y gastroparesia diabética. para facilitar el vaciamiento gastrointestinal. náuseas y vómito inducidos por quimioterapia. Tratamiento del hipo.

CONTRAINDICACIONES

Y

PRECAUCIONES.

Contraindicada en casos hipersensibilidad a la metoclopramida, oclusión o hemorragia gastrointestinal, hipertensión arterial, feocrocitoma, epilepsia, insuficiencia renal. sus efectos sobre la motilidad gastrointestinal pueden ser antagonizados por anticolinergicos y opiodes. Debe evitarse la administración simultanea de alcohol, barbitúricos y otros depresores del sistema nervioso central que aumentan sus efectos sedantes. disminuye la absorción intestinal de otros.

REACCIONES ADVERSAS:

Frecuentes: somnolencia, inquietud, cansancio, o debilidad.

Poco frecuentes: náuseas, diarreas, estreñimiento, mareos, cefalea, depresión, dificultad para dormir, irritabilidad, alteraciones menstruales, erupción cutánea.
Raras: parkinsonismo, agranulocitosis.

VIA DE ADMÓN. Y DOSIS:

Adultos:

Oral 10 mg antes de cada comida y al acostarse, no exceder de 40 mg/día. Reflujo esofágico 10- 15 mg antes de cada comida y al acostarse, no exceder de 40-60 mg/DIA. Tratamiento del hipo 10.-20 mg 4 veces al día durante 7 días. IV 10 mg como dosis única, IM tratamiento del hipo inicial 10 mg después , usar VO. IV prevención de la emesis producida por quimioterapia 1-2 mg/kg de peso administrados 30 minutos antes del quimioterápico, después 0.5 mg/kg de peso/h durante 8 horas.

Niños:

Oral 0.1 mg/kg de peso corporal/dosis, admón.. 30 min. Antes de los alimentos y al acostarse.

3) ADMINISTRACIÓN DE ACIDO ACETILSALICILICO.

PRESENTACIONES:

CARNOTPRIM PRIMPERAN: cada comprimido contiene 10 mg de metoclopramida. Frasco con 20 comprimidos en envase de burbuja. Sol. Oral cada 100 ml.

. Inyectable cada ampolleta de 2 ml contiene 10 mg de metoclopramida. Caja con 6 ampolletas de 10 mg cada ampolleta de 5 ml contiene 100 mg de metoclopramida. Caja con 3 ampolletas de 100 mg.

MECLOMID: tabletas 10 mg de metoclopramida. Sol. Inyectable 10 mg, frasco con 20 ml 4mg/ml=20 gotas). Lepetit.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.

Fármaco sintético de analgésicos no esteroides. Tiene propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias y constituye el fármaco de referencia para la evaluación de otros compuestos que tienen este tipo de efectos. Inhibe la biosíntesis de prostanglandinas, acción que parece explicar sus efectos farmacológicos y terapéuticos y la agregación plaquetaria e incrementa el tiempo de sangrado; estabiliza los lisosomas y reduce la permeabilidad capilar.

Además desacopla la fosforilación oxidativa y altera el equilibrio acidobásico. En dosis altas tiene propiedades uricosúricas e hipoglucemiantes. Es irritante para la mucosa gástrica. Por ser analgésico alivia el dolor leve y moderado, como cefaleas, neuralgias y mialgias. Los efectos analgésico, antipirético se logran en concentraciones plasmáticas de 20 a 100 mcg/ml y el antiinflamatorio en concentraciones plasmáticas son máximas 2 horas después de su administración oral.

Se distribuye ampliamente en el organismo, incluso en los líquidos sinovial, raquídeo y peritoneal, en la saliva y en la leche materna.

Penetra lentamente la barrera hematoencefálica y atraviesa rápido la placenta. Hasta un 50% de la sustancia se fija a las proteínas plasmáticas. Experimenta rápida biotransformación (vida media biológica de 15 a 30 min.); en plasma e hígado, hasta convertirse en ácido salicílico (AS); metabolito activo que se une en 90% a las proteínas del plasma.

Este metabolito se conjuga con glicina y una pequeña fracción se oxida hasta su conversión en ácido gentísico.

Se excreta en la orina como ácido salicílico 75% y en menor grado como AS 10% y ácido glicólico 1%. La excreción renal del AS y de sus metabolitos depende del PH, en la orina alcalina se elimina hasta un 85% como salicilato libre, en tanto que en orina ácida es de apenas 5%.

INDICACIONES:

Dolor de baja y moderada intensidad, en especial en casos de cefalea, neuralgia, migraña, artralgia y dismenorrea. Procesos inflamatorios, como fiebre reumática, artritis reumatoide y osteoartritis, fiebre, profilaxis de enfermedades asociadas con hiperagregabilidad plaquetaria, como arteriopatía coronaria y trombosis posquirúrgica de venas profundas.

CONTRAINDICACIONES Y

PRECAUCIONES:

Contraindicado en casos de hipersensibilidad a los salicilatos, en pacientes con antecedentes de úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal y en quienes sufren trastornos de la coagulación.

En los pacientes que serán sometidos a cirugía y que estén bajo tratamiento con ácido acetilsalicílico, se suspenderá su administración por lo menos una semana antes de la cirugía, para así prevenir el riesgo de hemorragia posoperatoria. No se recomienda su uso en niños con influenza o varicela y deberá evitarse su empleo durante el último trimestre del embarazo. Hace que aumente los efectos anticoagulante de la warfarina e hipoglucemiante de la insulina y de los hipoglucemiantes orales.

Su metabolito activo, el ácido salicílico compite por los sitios de unión de las proteínas del plasma con naproxén, tiroxina, penicilina, tiopental, fenitoína, sulfinpirazona, tyodotironina, triptófano y metotrexano.

Su administración simultánea con antiácidos disminuye la biodisponibilidad del ácido acetilsalicílico. Interfiere con la acción uricosúrica del probenecid y de otros uricosúricos.

REACCIONES ADVERSAS:

Frecuentes: náuseas, vómito, sangrado gástrico o intestinal, prolongación del tiempo de sangrado.

Hace que se prolongue la duración de la gestación y del trabajo de parto.

Poco frecuentes: ulceración gastrointestinal, síndrome de Reye en niños con enfermedad febril aguda. Con dosis altas y repetidas se presenta un cuadro de salicismo, caracterizado por cefalea, mareo y visión borrosa, cansancio, somnolencia, temblor, inquietud, sudación, sed, zumbido de oídos, vértigo, hiperventilación, alcalosis respiratoria, acidosis metabólica, anemia, hepatotoxicidad.

Raras: reacciones anafilactoides, anemia, anemia hemolítica, broncopasmo, dermatitis alérgica.

VIA DE ADMÓN. Y DOSIS:

Adultos:

Oral: como analgésico y antipirético 325 a 650 mg cada 4 hrs. Antirreumático 1 a 1.25 g cada 6 hrs. Fiebre reumática aguda 1 a 1.25 g cada 4 hrs. Como antitrombotico 325 mg al día.

4) ADMINISTRACIÓN DE KETOROLACO.

Niños:

Oral: como analgésico y antipirético 2 a 4 años 160 mg, de 4-6 años 240 mg, 6-9 años 320 mg, 9-11 años 400mg, 11-12 años 480mg. En todos los casos cada 4 horas si es necesario. Como antirreumático 100 a 125 mg/kg al día, hasta 60 mg/kg/día, divididos en 4-6 tomas.

PRESENTACIONES:

Adiro: comprimidos de 500 mg de ácido acetilsalicílico microencapsulado. Caja con 50 comprimidos en sobres de aluminio. Bayer.

ASA: Cápsulas de 500 mg de ácido acetilsalicílico en microgránulos recubiertos. Caja con 20 cápsulas. LIOMONT.

ASAWIN: TABLETAS DE 500 MG DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. CAJA CON 32 TABLETAS. WINTHROP.

ASPIRINA: Tabletas de 500 mg. Caja con 50 tabletas. BAYER.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:

Analgésico antiinflamatorio no esteroideo, estructuralmente relacionado con la indometacina y con el tolmetín.

Igual que otros miembros de este grupo, inhibe la actividad de la ciclooxigenasa y en consecuencia impide la formación de prostanglandinas y tromboxanos a partir del ácido araquidónico. Como en el caso de otros agentes del grupo, sus efectos terapéuticos y tóxicos están estrechamente relacionados con su capacidad para disminuir las concentraciones tisulares de prostanglandinas. En este producto destacan sus propiedades analgésicas. Por vía IM su efecto se inicia en 10 min y es máximo en 1-3 hrs. Por esta vía es capaz de aliviar el dolor moderado o grave. Es posible que su mecanismo de acción analgésica también guarde relación con su efecto sobre otros mediadores que aumentan la sensibilidad de los receptores del dolor a estímulos mecánicos o químicos. El ketorolaco también inhibe la agregación plaquetaria, en contraste con la aspirina, este efecto es transitorio y la función plaquetaria se recupera una o dos días después de suspender su administración.

El ketorolaco se absorbe en forma rápida y completa de los depósitos IM y alcanza concentraciones significativas en la leche materna.

Se metaboliza parcialmente 50 % en el hígado donde se forman metabolitos inactivos y se excreta en la orina 90% y en menor proporción en la bilis. Su vida media de eliminación es de unas 5 hrs. La cual se prolonga en los ancianos 7 hrs. Y en casos de insuficiencia renal 10 hrs.

INDICACIONES:

Tratamiento de corta duración del dolor moderado a grave.

CONTRAINDICACIONES

Y

PRECAUCIONES:

Contraindicado en casos de hipersensibilidad al ketorolaco o a los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, úlcera péptica activa, colitis ulcerosa, sangrado gastrointestinal, hepatitis activa, durante el embarazo, el trabajo de parto y la lactancia.

Su contraindicación es relativa en casos de asma, alcoholismo activo, tabaquismo intenso, hemofilia, insuficiencia renal o hepática, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión.

Se investigarán cuidadosamente los antecedentes de reacciones alérgicas asociadas a fármacos del tipo de la aspirina, ya que en estos casos la administración de ketorolaco desencadena reacciones anafilactoides graves.

El riesgo más grave con la administración de este producto es la ulceración, el sangrado y la perforación gastrointestinal, que ocurren en cualquier momento y en ocasiones sin sintomatología previa; por tanto las precauciones deberán ser extremas en pacientes con antecedentes de enfermedad gastrointestinal o de haber estado recibiendo antiinflamatorios no esteroideos. Así mismo se debe instruir al paciente para que identifique oportunamente alguna manifestación de sangrado gastrointestinal.

El ketorolaco interactúa con diversos fármacos con corticoesteroides, alcohol y suplementos de potasio aumenta el riesgo de sangrado gastrointestinal. Tengase en cuenta que estas últimas son más frecuentes y graves con administración repetida. Por tanto se recomienda que la duración de la administración IM en la dosis máxima recomendada, no exceda de 5 días.

VIA DE ADMÓN.. Y DOSIS.

Adultos:

IM 30-60 mg después 30 mg cada 6-8 hrs. En los pacientes de menos de 50 kg de peso, iniciar con 30 mg y continuar con 15 mg cada 6 hrs. Este esquema de admón.. se puede ajustar en función de la respuesta del paciente. En ningún caso deben administrarse más de 150 mg el primer día ni más de 120 mg los días subsecuentes. No administrar por más de 5 días.

Ancianos:

IM mayores de 65 años 30 mg como dosis inicial y continuar, si es necesario con 15 mg cada 6 hrs. No sobrepasar las dosis máximas recomendadas para el adulto. No administrar por más de 5 días.

Niños:

No se ha establecido su eficacia y seguridad en niños.

PRESENTACIÓN:

DOLAC: Solución inyectable de 30 mg de ketorolaco trometamina. Caja con 3 ampolletas. SINTEX:

5) ADMINISTRACIÓN DE SENOSIDOS A-B.

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:

Tienen propiedades laxantes. se obtiene de semillas es altamente hidrofílico y al contacto con el agua se expande y forma una masa coloidal mucilaginosa que aumenta el volumen y ablanda la masa fecal en el intestino. Este incremento de volumen estimula los movimientos peristálticos, la motilidad del intestino y promueve la defecación que suele ocurrir 12 a 24 hrs. Luego de su administración.

No irrita la mucosa gastrointestinal, no se digiere, ni se absorbe a través de la mucosa.

INDICACIONES:

Estreñimiento.

CONTRAINDICACIONES Y
PRECAUCIONES:

Contraindicado en pacientes con náuseas o vómito, impactación fecal, obstrucción intestinal o dolor abdominal agudo. Puede secuestrar a otros fármacos administrados en concomitancia e impedir su absorción intestinal.

VIA DE ADMÓN.. Y DOSIS.

Adultos:

Oral 5 a 7.5 g de 1-3 veces al día.
Inmediatamente después debe ingerirse un
segundo vaso de agua.

Niños:

Oral 6-12 años 2 g de 1-3 veces al día. Tomar
de inmediato un segundo vaso de agua.

8) Aislamiento social, relacionado con la alteración del bienestar, manifestado por expresión de sentimiento de rechazo.

RESULTADO: equilibrio emocional.

<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN.</u>
<p><u>INTERDEPENDIENTE:</u> <u>1) Terapia psicológica a familiares.</u></p>	<p>El sistema familiar no es capaz de adaptarse a los cambios o de afrontar de manera constructiva las experiencias traumáticas.</p> <p>La familia es incapaz de expresar o aceptar una amplia gama de sentimientos.</p> <p>El sistema familiar no es capaz de cubrir las necesidades físicas, espirituales, emocionales o de seguridad de alguno de los miembros.</p> <p>No son capaces de relacionarse entre sí, mostrar flexibilidad, para facilitar el crecimiento y maduración de los otros u problemas que se presenten.</p>

Los beneficios serán:

- Ayudar a conservar una relación sana del paciente-familiares.
- Propiciar una relación de apoyo.
- Incluir a todos los familiares en la planeación e intervención de decisiones.
- Brindar a la familia metas comunes del bienestar de su paciente.
- La presencia de los familiares es importante, más si el paciente esta ansioso o intranquilo.
- La psicoterapeuta debe aliviar los sentimientos de culpa de los familiares.
- Valorar el grado de participación de los familiares en los cuidados físicos y emocionales.
- Valorar que es necesario enseñarles.

Escala modificada Glasgow para el coma



☹ La lesión craneal grave está determinada por una puntuación de 7 o menos que persiste durante 6 horas o más.

En los pacientes con lesiones craneales y una puntuación de Glasgow de 7 o inferior es necesaria la intubación endotraqueal de forma inmediata y comenzar la hiperventilación mecánica.

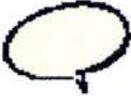
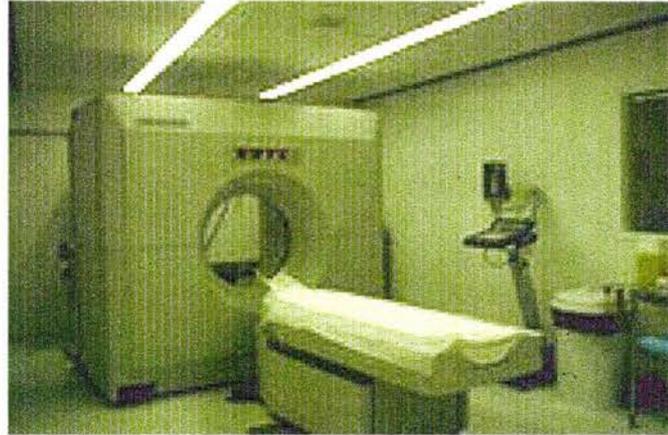
SIGNO	EVALUACION	PUNTUACION
Ojos abiertos	Nunca	1
	Al dolor	2
	A la voz	3
	Espontánea	4
	Mejor respuesta verbal	Ninguna
	Mascullada	2
	Inapropiada	3
	Confusa	4
	Orientada	5
	Mejor respuesta motora	Ninguna
	Extensión	2
	Flexión anormal	3
	Retirada	4
	Localización del dolor	5
	Obedece órdenes	6

Gráfico construido por el Dr. Luis F. Higgins G.



TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA:

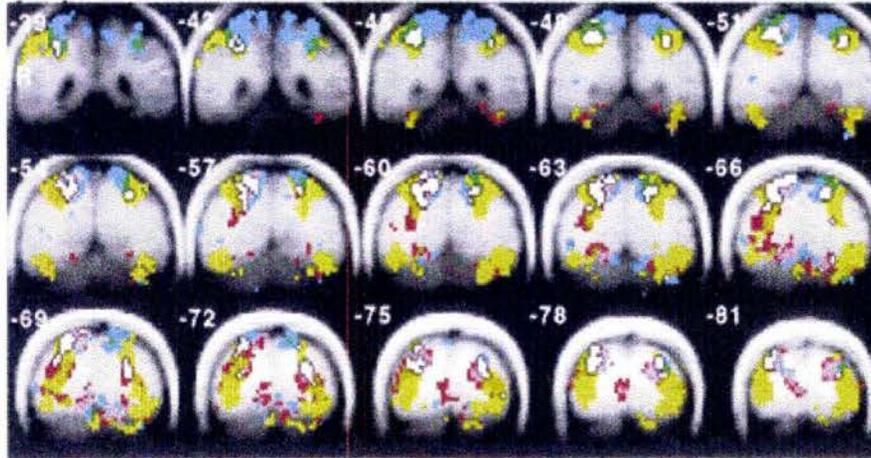
El TAC es una exploración de [rayos X](#) que produce imágenes detalladas de cortes axiales del cuerpo. En lugar de obtener una imagen como la [radiografía](#) convencional, el TAC obtiene múltiples imágenes al rotar alrededor del cuerpo. Una [computadora](#) combina todas estas imágenes en una imagen final que representa un corte del cuerpo como si fuera una rodaja. Esta máquina crea múltiples imágenes en rodajas (cortes) de la parte del cuerpo que está siendo estudiada.

Se trata de una técnica de visualización por [rayos X](#). Podríamos decir que es una [radiografía](#) de una fina *rodaja* obtenida tras cortar un objeto.

El TAC (o la TAC), es una exploración o prueba radiológica muy útil para el estadio o **estudio de extensión** de los **cánceres**, como **el cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de próstata**. Incluso para la simulación virtual y planificación de un tratamiento del cáncer con **radioterapia** es imprescindible el uso de imágenes en tres dimensiones que se obtienen del TAC.

El aparato de TAC emite un haz muy fino de rayos X. Este haz incide sobre el objeto que se estudia y parte de la radiación del haz lo atraviesa. La radiación que no ha sido absorbida por el objeto, en forma de espectro, es recogida por los detectores. Luego el emisor del haz, que tenía una orientación determinada, (por ejemplo, estrictamente vertical a 90°) cambia su orientación (por ejemplo, haz oblicuo a 95°). Este espectro también es recogido por los detectores.

El ordenador suma las imágenes, promediándolas. Nuevamente, el emisor cambia su orientación (según el ejemplo, unos 100° de inclinación). Los detectores recogen este nuevo espectro, lo 'suman' a los anteriores y 'promedian' los datos. Esto se repite hasta que el tubo de rayos y los detectores han dado una vuelta completa, momento en el que se dispone de una imagen tomográfica definitiva y fiable.



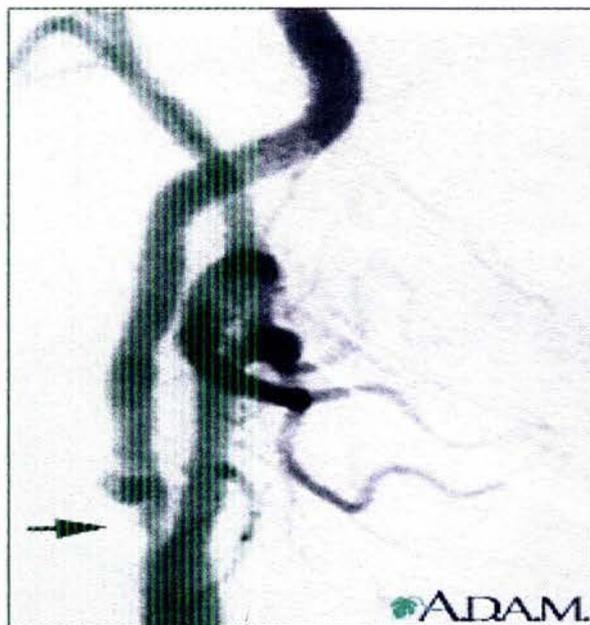
RESONANCIA MAGNETICA:

La resonancia magnética convencional, proporciona imágenes detalladas de la estructura anatómica, también cumple una función esencial en la observación de otras partes del cuerpo. Permite detectar síntomas de esclerosis arterial en el corazón, así como hernias de disco, cartílagos rotos y tumores en la columna vertebral, los huesos y las articulaciones. En todos estos casos, la resonancia magnética se realiza sin necesidad de dolorosas intervenciones.

La IRM es un procedimiento no invasivo en el cual se utilizan poderosos electroimanes y ondas de radio para producir imágenes del cuerpo. A diferencia de las radiografías convencionales y de las imágenes de las tomografías computarizadas (TAC), en las cuales se utiliza radiación potencialmente nociva (rayos X), las IRM están basadas en las propiedades magnéticas de los átomos. Un poderoso magneto genera un campo magnético aproximadamente 10.000 veces más fuerte que el magnetismo natural de la tierra. Un porcentaje muy pequeño de átomos de hidrógeno dentro del cuerpo humano se alinearán con este campo.

Cuando los pulsos enfocados de ondas de radio se emiten hacia los átomos de hidrógeno alineados en los tejidos de interés, dichos pulsos devolverán una señal. Las sutiles diferencias en dicha señal de diversos tejidos del cuerpo permiten que la IRM diferencie órganos y contraste potencialmente tejidos malignos y benignos.

Cualquier plano de imágenes (o "trozo") se puede proyectar o almacenar en un computador o también se puede imprimir en una película. Las IRM se pueden realizar fácilmente a través de la ropa y de los huesos; sin embargo, la presencia de ciertos tipos de metal en el área que se va a evaluar puede ocasionar errores significativos en las imágenes reconstruidas.



ARTERIOGRAFIA CEREBRAL:

Es un procedimiento en el cual se inyecta en una de las arterias un material de contraste que se puede observar en un equipo de [rayos-X](#), permitiéndole al médico visualizarla.

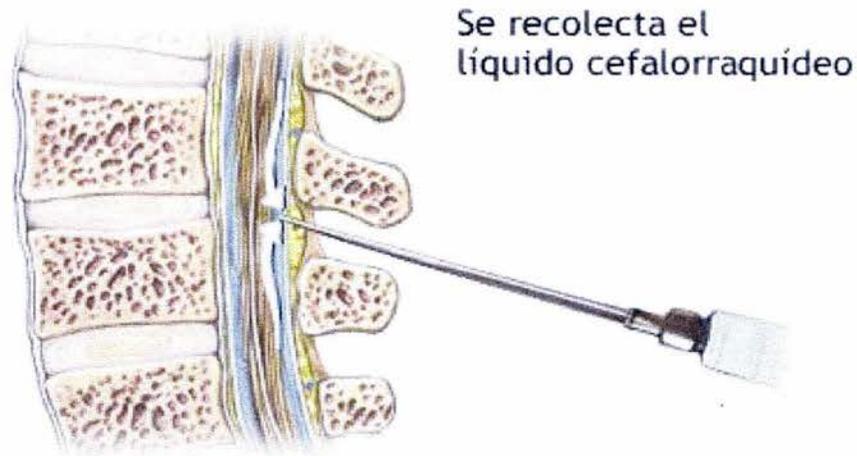
La arteriografía se puede utilizar para examinar casi cualquier arteria, incluyendo las de la cabeza, riñones, corazón o pulmones. En algunas ocasiones, la arteriografía se puede emplear como parte del procedimiento para la reparación de un vaso sanguíneo, en un procedimiento que se conoce como [angioplastia con balón](#).

Se inserta el catéter (tubo largo, angosto y flexible) a través de la aguja dentro de la arteria y se hace avanzar por los vasos principales del abdomen y el tórax hasta que se encuentre correctamente colocado en las arterias del cuello. Este procedimiento se controla con un fluoroscopio (rayos X especiales que proyectan las imágenes en un monitor de TV).

Luego se inyecta el medio de contraste en el área del cuello a través del catéter y se toman las radiografías. El catéter se mantiene abierto lavándolo periódicamente con una solución salina que contiene heparina, la cual impide que la sangre en el catéter se coagule. El pulso, la presión sanguínea y la respiración se monitorean durante el procedimiento.

Después de tomar las radiografías, se retiran la aguja y el catéter e inmediatamente se presiona sobre la pierna en el lugar de inserción, de 10 a 15 minutos para detener el sangrado. Finalmente, se revisa el área y se coloca un vendaje ajustado. Se le pide al paciente que mantenga la pierna extendida durante doce horas después del procedimiento.

La angiografía por sustracción digital (ASD) utiliza un computador para "sustraer" los huesos y los tejidos en la región observada, de tal manera que sólo se ven los vasos llenos del medio de contraste.



ADAM.

PUNCION LUMBAR:

Es un procedimiento para obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR), el cual baña, amortigua y protege el cerebro y la médula espinal. Este líquido fluye a través del cráneo y la columna vertebral en el espacio subaracnoideo que es el área localizada dentro de la membrana aracnoidea.

El LCR (líquido cefalorraquídeo) es un líquido transparente que circula en el espacio que rodea a la médula espinal y al encéfalo. El LCR protege al encéfalo y a la médula espinal de una lesión al actuar como un cojín de líquido. Por lo general, el LCR se obtiene a través de una punción lumbar (punción espinal). Durante el procedimiento, se inserta una aguja entre la tercera y cuarta vértebra lumbar y se extrae LCR para ser evaluado.

HISTORIA CLINICA.

El fin principal de la Historia Clínica es facilitar la asistencia sanitaria del ciudadano, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar, bajo un criterio médico, el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los sanitarios que le atienden.

Esta finalidad es la razón de ser la HC y la única que puede justificar:

- Su creación y actualización.
- La naturaleza de los datos que puede contener.
 - Su carácter especialmente sensible en relación con la necesaria protección legal que asegure el carácter confidencial de su contenido y, por tanto, la intimidad de la persona sobre cuya salud hace referencia la información en ella contenida.

El responsable de la creación y actualización de la historia clínica.

La competencia de la creación y actualización de la HC es del médico que realiza la asistencia sanitaria a la persona, siendo él el único agente que está autorizado para anotar en la HC la recogida y actualización de los datos relativos a la salud que en ella se contienen.

El ámbito, contenido y estructura de la historia clínica.

La HC debe contener la información asistencial generada durante la atención al paciente en todas y cada una de sus visitas a un determinado centro asistencial o área sanitaria.

Los datos que, como mínimo, debe contener la historia clínica han de responder a un conjunto determinado establecido en la propia ley.

Los datos de la HC de una persona en un centro o área sanitaria deben disponerse de tal manera que permita:

- Su consulta integrada de tal manera que por medio de una búsqueda única puedan recuperarse todos los datos de la HC de un mismo paciente, y ello con independencia de su origen en el tiempo o de la unidad donde se recogieron.
- Su consulta coherente y ordenada, para lo cual todas las anotaciones que en ella se realicen deberán contener la fecha, la identificación de la persona que la realiza y la unidad del centro sanitario a la que pertenece.
- Su consulta selectiva y diferenciada por episodios asistenciales que constituyen bloques homogéneos de información que contienen la totalidad de los datos que se han generado en una fracción determinada de tiempo, como consecuencia de un determinado modo de asistencia sanitaria y bajo una modalidad asistencial concreta: hospitalización, consulta ambulatoria, urgencias, hospital de día u otras que pudieran establecerse.

El derecho de la información de la historia clínica.

El ciudadano tiene derecho a que la información clínica que se contiene en su HC esté disponible y se utilice de forma adecuada para su asistencia sanitaria, para lo cual es preciso que él mismo colabore de forma leal y veraz en la comunicación de los datos pertinentes que con este motivo, y bajo un criterio médico, le sean requeridos.

GLOSARIO.

EVC: Enfermedad Vasculat Cerebral, trastorno de la circulación cerebral.

Neurona: unidad anatomica y funcional independiente del cerebro.

Dendrita: ramificaciones que salen de un cuerpo celular, que reciben información.

Axón: parte de conduce información hacia otras neuronas en forma de corriente electrica.

Sinapsis: unión de dos o más células para dar origen a un estímulo.

Neurotransmisores: modifican el metabolismo de las neuronas.

Ictus isquemico: disminución del flujo sanguíneo hacia el cerebro.

Ictus hemorrágico: cuando existe una rotura de un vaso cerebral.

Hemiparesia: parálisis total de un lado del cuerpo.

Disartria: dificultad para la articulación de las palabras que se observa en algunas enfermedades nerviosas.

Vertigo: trastorno nervioso que produce al enfermo la sensación de que los objetos que le rodean tienen movimiento giratorio u oscilatorio.

Ateroma: Masa anormal de grasa o lípidos, como la que se observa en las paredes internas de las arterias o en los quistes sebáceos.

Fisioterapia: Tratamiento terapéutico de incapacidades o alteraciones físicas por medio de métodos de energía natural (frío, calor, movilización mecánica, etc.), sin emplear medicamentos o remedios químicos.

Logoterapia: rehabilitación del lenguaje, por medio de terapias.,

Cilios: membranas que permiten el movimiento o protección de algún órgano.

Lumen: Unidad de flujo luminoso equivalente al emitido por un foco puntual cuya intensidad es de una candela dentro de un ángulo sólido de una unidad.

Secreción: Segregación de las glándulas y sustancia que segregan.

Metabolismo: Conjunto de reacciones bioquímicas que efectúan las células de los seres vivos para descomponer y asimilar los alimentos y sustancias que reciben del exterior.

Bulbo raquídeo: parte baja del cerebro, que pasan centros sensitivos.

Coxis: Hueso que constituye la última parte de la columna vertebral.

Occipucio: Parte de la cabeza por donde esta se une con las vértebras del cuello.

Glándulas sebaceas: secretan aceite en pelo.

Glándulas sudoriparas: ayudan a conservar la temperatura del cuerpo y excretar productos de desecho.

Glándulas ceruminosas: secretan cerumen.

NPT: nutrición parenteral total, administración de soluciones.

Hiperglucemia: Aumento de la glucosa en sangre por encima de los niveles normales.

Hipoglucemia: disminución de la glucosa en sangre por debajo de los niveles normales.

Vasodilatación: Aumento del calibre de los vasos sanguíneos por relajación de sus fibras musculares.

Fibrosis: Formación de tejido fibroso en un órgano.

Edema: Hinchazón blanda de una parte del cuerpo producida por acumulación de líquido.

Area de broca: es el área que controla los patrones de movimientos musculares que se necesitan para la vocalización.

Trombosis: Proceso de formación de un trombo en el interior de un vaso.

Hemorragia: Salida más o menos abundante de sangre de los vasos sanguíneos por rotura de estos.

Motilidad: Capacidad para realizar movimientos complejos y coordinados, en respuesta a estímulos determinados.

Psicoterapeuta: Persona que se dedica profesionalmente a la aplicación de la psicoterapia: después de varias sesiones de terapia, el psicoterapeuta no pudo emitir un diagnóstico concreto.

BIBLIOGRAFÍA:

A) INTERNET:

- 1) www.enfermeria.21.com.listametas.com.
- 2) www.salud
- 3) www.tumedico.com
- 4) www.tusalud.com.mx/120801
- 5) www.prodigyweb.net.mx
- 6) www.anatomia.tripod.com.
- 7) www.apuntesdeanatomia.com
- 8) www.diccionarios.com.
- 9) www.monografias.com.
- 10) www.scielo.cl
- 11) www.seap.es.

B) LIBROS:

- 1) Marion; Jonson, Meridian, max; Clasificación de resultados de Enfermería (CRE); México, D.F; Edit. Elsevier Science; 2da. Edición; 2002. (pags. 419,421,424,425,428,443,451,458,462)
 - 2)Kathen, Jw, Wilson; Anatomía en la Salud y Enfermedad; México, D.F. Edit. Manual Moderno SA de CV; Edición 2da; 1994. (pags. 1111-1115)
 - 3) Gerard, Tortora; Sandra Reynold Grabowski; Principios de Anatomía y Fisiología; México, D.F. Edit. Mc-GrawHill; 1999. (pags. 100-105)
 - 4) B. Kozier; K. Blais; Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Práctica; Edit. Mc Graw-Hill; Edición 5ta. Vol. II. (pags 80-85)
 - 5) Bertha Harmer y Virginia Henderson; Tratado de Enfermería Teorica y Práctica; México,D.F. Edit. Prensa Medica Mexicana; Edición 2da, 1975. (71-72)
 - 6) Nordmark, Rohweder; Bases Científicas de Enfermería; México, D.F. Edit. Prensa Médica Mexicana; Edición 2da, 1987. (pags. 173-174)
 - 7) DR. Hans Hauser; La Enfermera Moderna; México, D.F. Edit. Parramon; 1ª. Edición; 1991. (pags. 125-135)
 - 8) Susana Rosales; Eva Reyes Gómez; Fundamentos de Enfermería; México D.F. Edit. Manual Moderno; 2da. Edición; 1999. (pags. 273-281)
 - 9) Instituto Nacional de la Nutrición; Manual de Terapéutica Médica; México, D.F. Edit. Mc Graw-Hill; 4ta. Edición; 2000. (pags. 330-345)
- Rodolfo Rodríguez Carranza; Vademécum Académico de Medicamentos; México, D.F. Edit. Mc Graw-Hill; Edición 3ra, 1999. (pags. 822,814,623,531,454.)

11) NANDA; Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2002; España; Edit. Elsevier Science; 5ta edición;2002. (pags. 137,153,124,136,40,39,28.)

12) Ledesma; Fundamentos de Enfermería; México, D.F. Edit. Uteha noriega editores; 1ª edición, 2000. (pags. 239-242).

13) Alspach; Cuidados Intensivos en el Adulto; México D.F. Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill; 4ta. Edición, 1993. (pags. 345-349).

14) Lawrence M. Tierney; Diagnostico clínico y tratamiento; México D.F. Edit. Manual Moderno; 32ª Edición; 1997. (pags. 152-153-499-500)