



**ACCIONES INDEPENDIENTES
DE ENFERMERÍA**

Zulema Medina Núñez

Editorial Ciencias Médicas

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Lic. Zulema Medina Núñez

Licenciada en Enfermería
Profesora Instructora
Diplomada en Modo de Actuación Profesional



DATOS CIP- EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Medina Núñez Marcelina Zulema
Acciones Independientes de Enfermería.
La Habana: Editorial Ciencias Médicas;
2005.

XII. 168p. Tablas Figs.

Incluye un índice general. Está dividido en 10 capítulos.
La bibliografía al final del libro.
ISBN959-212-169-9

1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2. PROCESOS
DE ENFERMERÍA 3. EDUCACIÓN EN
ENFERMERÍA
4. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
5. LIBROS DE TEXTO

WY18

Edición: Lic. Naylet Montes Lagunilla y Lic. Daisy Bello Álvarez.
Diseño interior y cubierta: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez.
Composición y emplane: Odalys Beltrán Del Pino y Adriana Mederos.
Fotografía: Reinier Quintanilla Orbera.

© Marcelina Zulema Medina Núñez, 2005.

© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2005

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle I No. 202, esquina Línea, Vedado,
Ciudad de La Habana, 10400, Cuba
Correo Electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfonos: 55 3375, 832 5338

PRÓLOGO

El libro *Acciones independientes de enfermería* representa en atención a su grado de actualización y elementos didácticos un serio y meritorio esfuerzo de la autora por desarrollar la independencia y la actividad creadora de la enfermería ante determinadas situaciones de salud, que puede en muchos casos salvar la vida de los pacientes.

Es un texto dirigido, no solo a estudiantes de enfermería y de la licenciatura, sino además, al personal graduado e, incluso, al personal médico que puede beneficiarse de estos conocimientos ante un paciente individual. Tiene entre sus méritos el tratar de una forma novedosa y resumida el concepto, cuadro clínico, clasificación y complementarios de las afecciones médicas y quirúrgicas, así como las acciones independientes de enfermería.

En esta obra se presentan soluciones prácticas que la autora, ha expuesto en forum y eventos científicos, y de valor por su sencillez.

Entre estas situaciones prácticas están: la cura de la úlcera por presión, las medidas antitérmicas, el empleo de la medicina tradicional y natural, de gran vigencia en la actualidad en Cuba. En una época en que se multiplican las misiones internacionalistas y de cooperación con otros pueblos del mundo, el libro *Acciones independientes de enfermería*, constituye una valiosa herramienta en la obra diaria de la enfermería.

Dr. Juan de Jesús Llibre Rodríguez
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Titular

PREFACIO

Este libro, va dirigido fundamentalmente a los estudiantes de enfermería la especialidad, haciendo lo posible por encontrar expresiones que sin perder el sentido científico, puedan auxiliar al alumno a interiorizar y comprender cada tema de los que aquí se exponen y, a su vez, lograr una forma eficaz de la valoración de las acciones independientes de enfermería, las cuales en muchos casos cuando son aplicadas en el momento preciso, no sólo evitan complicaciones, sino que llegan a salvar la vida del paciente. Por ello, una intervención, precisa y con fundamento científico por parte del personal de enfermería es sencillamente vital, de ahí que nuestro deseo ha sido hacer un libro de texto sencillo, pero abarcador de las patologías más frecuentes en el adulto que, además, recoge nuestra experiencia personal de más de dos décadas y media como profesional directamente vinculada a la asistencia y la docencia.

Espero, que todos aquellos que de una forma u otra hayan colaborado, con la realización de esta pequeña obra, sepan aceptar nuestra gratitud infinita por contribuir a materializar un ansiado y acariciado sueño, el poder legar a futuras generaciones el trabajo de quienes hemos consagrados nuestras vidas a tan noble profesión.

Es nuestra más anhelada aspiración que cada capítulo cumpla con el objetivo propuesto, que no es otro que el de contribuir de forma amena, sencilla y sin perder la autenticidad científica, a la formación de nuestros sucesores. Además, pretendemos hacer nacer en cada uno de los educandos los sentimientos de profesionalidad y liderazgo, fundamentados en el quehacer cotidiano y el amplio conocimiento científico de la de enfermería.

La autora

CAPÍTULO 1/ 1

- Introducción a la enfermería / 1
- Acción independiente de enfermería / 3
- Concepto / 3

CAPÍTULO 2/5

- Patologías que constituyen urgencias médicas / 5
- Paro cardiorrespiratorio / 5
- Concepto / 5
- Acciones independientes de enfermería / 7
- Acciones dependientes de enfermería / 7
- Edema agudo del pulmón / 8
- Acciones independientes de enfermería / 11
- Asma bronquial / 12
- Acciones independientes de enfermería / 16
- Crisis hipertensiva / 18
- Acciones independientes de enfermería / 22
- Convulsiones / 23
- Eclampsia / 25
- Acciones independientes de enfermería / 26
- Infarto agudo del miocardio / 27
- Acciones independientes de enfermería / 29
- Angina / 32
- Acciones independientes de enfermería / 32
- Intoxicaciones severas / 35
- Acciones independientes de enfermería / 37
- Accidente vascular encefálico (AVE) / 38
- Acciones independientes de enfermería / 39
- Meningoencefalitis / 40
- Acciones independientes de enfermería / 41

CAPÍTULO 3/44

Patologías que constituyen urgencias quirúrgicas /44

Politraumas /44

Acciones independientes de enfermería /45

Fracturas /45

Acciones independientes de enfermería /47

Oclusión intestinal /48

Acciones independientes de enfermería /49

Apendicitis /50

Acciones independientes de enfermería en el preoperatorio /50

Acciones independientes de enfermería en el posoperatorio /51

Neumotórax /51

Acciones independientes de enfermería /52

Insuficiencia respiratoria "distrés" /53

Acciones independientes de enfermería /56

Hemotórax /57

Acciones independientes de enfermería /58

Estado de choque /58

Acciones independientes de enfermería /59

CAPÍTULO 4 /63

Diabetes /63

Acciones independientes de enfermería /64

CAPÍTULO 5 /72

Patologías que requieren de atención sistemática /72

Hepatitis /72

Acciones independientes de enfermería /73

Pancreatitis aguda /73

Acciones independientes de enfermería /75

Pielonefritis aguda /75

Acciones independientes de enfermería /77

Síndrome nefrótico /78

Acciones independientes de enfermería /80

Glomerulonefritis /80

Acciones independientes de enfermería /82

Insuficiencia renal aguda /82
Acciones independientes de enfermería /83
Insuficiencia renal crónica /83
Acciones independientes de enfermería /84
Neoplasias /86
Acciones independientes de enfermería /86
Anemias /87
Acciones independientes de enfermería /89
Enfermedades parasitarias /89
Acciones independientes de enfermería /91
Leptospirosis /92
Acciones independientes de enfermería /94

CAPÍTULO 6 /97

Patologías que requieren atención sistémica /97
Enfermedades del colágeno /97
Lupus eritematoso diseminados /97
Acciones independientes de enfermería /102
Poliarteritis nudosa /105
Acciones independientes de enfermería /106
Guillain Barré /106
Acciones independientes de enfermería /108
Neumonía /109
Acciones independientes de enfermería /111

CAPÍTULO 7 /113

Nuevas acciones independientes de enfermería /113
Tratamiento de las úlceras por decúbito con zeolita /113
Úlcera por presión /114
Medidas antieméticas /118
Acción independiente de enfermería /118
Medidas antitérmicas /119
Acciones independientes de enfermería /119
Cocimiento de caisimón en tumores benignos /121
Acciones de enfermería /123
Fomentos de ácido acético en la flebitis /125
Acciones independientes de enfermería /127

CAPÍTULO 8 /129

Liderazgo en enfermería /129

Liderazgo /129

CAPÍTULO 9 /132

Ética y enfermería de avanzada /132

Principios éticos /135

Valoraciones críticas de cómo actuar ante los problemas
éticos de nuestra sociedad /136

Pasos en la toma de decisiones éticas en el proceso de
atención de enfermería /137

Valoraciones éticas para la toma de decisiones
ante un problema en enfermería /137

CAPÍTULO 10 /139

Medicina verde /139

Productos de origen vegetal con acción Farmacológica /139

BIBLIOGRAFÍA /166

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA

El ejercicio de la enfermería, que como todos conocemos, data ya de varios siglos, las normas y procederes que la rigen han sufrido múltiples variaciones, desde la legendaria “dama de la lámpara” como fuera conocida la inglesa Florencia Nightingale que marchó a la guerra de Crimea a cuidar voluntariamente a los heridos y, a su regreso, expresó la enfermería y su entorno como un proceso cognoscitivo. Por ello, fundó la primera escuela de enfermería como tal. Su sistema rápidamente se difunde por el mundo dado a lo imprescindible que es un personal calificado, que lleve a cabo las técnicas que se requieren para establecer la salud.



En 1952 Hildergan describe la enfermería como un proceso interpersonal.

Este acontecimiento marca un hito histórico que modifica la enfermería a nivel mundial.

A partir de 1959, en Cuba, con el triunfo de la revolución surge el MINSAP, representante del estado, quien desde sus inicios despliega una política de desarrollo y superación para la profesión.

En 1973 en San Luis, Estados Unidos, surge la primera clasificación de los diagnósticos de enfermería y se funda el grupo NANDA

(agencia nacional de enfermería para el diagnóstico y acciones). De este modo nace con carácter oficial el “proceso de atención de enfermería” (PAE), y es hoy día el método científico que rige la profesión. Es el grupo NANDA, con la licenciada en enfermería Linda Carperito y sus colaboradores quienes revisan cada 5 años los diagnósticos de enfermería.

De Cuba, en 1974, las licenciadas María Fenton, Silvia Gómez y Nilda Bello viajan a Canadá para recibir información actualizada sobre ¿Qué es la licenciatura en enfermería?

En 1975 María Fenton y Silvia Gómez regresan a Canadá a continuar estudios, mientras que Nilda Bello viaja a Colombia, donde realiza sus estudios como licenciada.

En 1976 se crea oficialmente el Plan de Licenciatura en Enfermería (para técnicos de la rama).

En 1987 se introduce el diagnóstico de enfermería en Cuba y con él, el proceso de atención de enfermería.

En 1990 se abre la licenciatura como carrera universitaria a los alumnos provenientes del sistema educacional nacional (preuniversitario), iniciándose entonces los cursos regulares diurnos, lo que incrementó la calidad profesional.

En 1992 se le asignan a Cuba dos becas en Canadá para el estudio e integración del proceso de atención de enfermería.

Y actualmente se cuenta con técnicos, licenciados, diplomados, masters y especialistas, y se trabaja en aras del doctorado en la especialidad. Lo que deja sentado el alto grado de desarrollo científico alcanzado en nuestro país.

En la actualidad estos diagnósticos son revisados periódicamente por el propio grupo creado para este fin y adaptados a muestras características como población y sistema nacional de salud por lo que:

1. La enfermería está experimentando visibles cambios en sus métodos, estructuras y desempeños, así como resultados.
2. Hemos sido capaces de emplear científicamente métodos e investigaciones que han convertido en nuestros tiempos a la enfermería en una profesión de alto nivel científico.
3. Que nuestro personal sea capaz, por si solo de identificar los problemas, categorizar los datos positivos y negativos, y de ahí, esta-

blecer prioridades, hacer diagnósticos de enfermería, trazar objetivos o expectativas y ejecutar acciones independientes, valorando la respuesta del paciente para llamar a todos estos concatenados hechos *proceso de atención de enfermería*, como nuestro método científico rector de la actividad profesional.

ACCIÓN INDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA

Concepto:

Son todos aquellos procederes o modos de actuar, que ejecuta el personal de enfermería de forma independiente (sin orden médica), con el propósito de aliviar, mejorar o eliminar el problema del paciente en el menor tiempo posible, y sobre este concepto basamos toda la recopilación de experiencias e investigaciones que figuran en este libro.

En el autónomo y científico proceder de la enfermera ante el problema del paciente las acciones pueden ser:

1. Generales: son acciones que rigen de forma permanente toda la labor de enfermería, precediendo a cualquier otra acción derivada del problema del paciente, entre las que se encuentran:
 - a) La educación sanitaria, la preparación psicológica y el apoyo emocional, que van dirigidas a la esfera psíquica, educando al paciente a prevenir enfermedades o aprender a vivir con ellas, así como prepararlo para cualquier proceder, además de tolerarlo elevando su umbral doloroso, brindando seguridad y confianza a ellos y sus familiares,
 - b) Normas de asepsia y antisepsia: estas son un conjunto de acciones que van desde el lavado mecánico de las manos hasta la desinfección del material y son de carácter inviolable.
 - c) La observación de enfermería: Es quizás la más amplia y compleja que se inicia desde la llegada del paciente al centro hospitalario, hasta su egreso, turno por turno, de forma consecutiva, plasmando en la *Historia Clínica* cada problema presentado y su respuesta de forma evolutiva, dando real seguimiento al proceso de atención de enfermería por cada uno de los enfermeros (técnicos o profesionales) encargados de seguir el caso.

2. Específicas: por problemas presentados por el paciente.
 - a) Baño y cambio de ropa diario o cada vez que sea necesario, con las especificidades requeridas (baño en cama, ayuda en el baño o baño independiente).
 - b) Dieta: según los requerimientos del paciente por su patología, auxiliándolo o por gavaje (técnica para la alimentación por Levine)
 - c) Posición y movilización: de acuerdo con el estado clínico del paciente.
 - d) Los ejercicios respiratorios y pasivos de rehabilitación.
 - e) Dígito percusión post aerosol.
 - f) Los hemocultivos: no obligatoriamente constituyen una indicación médica, ya que en los casos de hipertermia donde aún no se hayan identificado sus causas, el enfermero profesional (licenciados) con su valoración puede indicarlo y realizarlo, lo que contribuye a un pronto diagnóstico médico.
 - g) Y otras específicas según la patología de base o el problema que presenta el paciente.
3. Innovadas (éstas serán vistas en un capítulo aparte). Son acciones creadas para dar solución de manera pronta y eficaz a varios problemas como son, las úlceras por decúbito, la fiebre, el vómito, los tumores benignos y las flebitis.

PATOLOGÍAS QUE CONSTITUYEN URGENCIAS MÉDICAS

PARO CARDIORRESPIRATORIO

Concepto:

Es la detención brusca e inesperada del músculo cardíaco, que puede ser o no acompañada del paro pulmonar, en un paciente cuya edad y patología, no lo hacen prever en ese momento.

Etiología:

Las causas son múltiples y muy variadas, entre las más comunes se encuentran:

1. Causa respiratoria pura (asma).
2. Causas cardiovasculares como son:
 - a) Insuficiencia coronaria.
 - b) Infarto agudo del miocardio.
 - c) Otras.
3. Otras causas son:
 - a) Desequilibrio metabolismo.
 - b) Hipovolemia e hipotensión.
 - c) Hipertermia severa.
 - d) Miocarditis.
 - e) Embolismo pulmonar.
 - f) Shock anafiláctico.
 - g) Shock analgésico.

Cuadro clínico:

Podemos dividir en dos etapas, ya que habitualmente el paro se presenta de forma brusca e inesperada. Por lo que la primera etapa es cuando se instaura el paro como tal y aparecen al unísono los síntomas siguientes:

1. Caída brusca de la tensión arterial.
2. Bradicardia marcada.

3. Extrasístoles.
4. Taquicardia ventricular.
5. Trastornos de la conducción eléctrica hasta el cese total de esta función.

Estos tres últimos síntomas se pueden apreciar, si el paciente se encuentra monitorizado o si se le está realizando un electrocardiograma (ECG).

La segunda etapa del cuadro clínico, son los síntomas posparo inmediato, ellos son:

1. La incontinencia (de 6 a 12 s posparo).
2. Ausencia de pulso radial (sólo se constata en la arteria carótida, a nivel del cuello a ambos laterales).
3. Apnea (aparece entre 15 a 30 s posparo).
4. Midriasis (de 30 s a 1 min posparo).
5. Palidez intensa.

Hay que tener en cuenta que para todas las maniobras de reanimación, sólo se dispone de 3 a 6 min, ya que aunque el paciente lograra superar el paro en un período superior al señalado, quedaría como secuela la anoxia cerebral, causa del estado vegetativo en el que quedaría el paciente.

Los paros se clasifican según la afección sufrida por el músculo cardíaco en:

1. Paro por fibrilación ventricular.
2. Paro total sinusal y ventricular con línea isoeletrica continua.
3. Paro ventricular, puntas P, solamente en el electrocardiograma.
4. Paro mecánico como electrocardiograma normal

Pruebas diagnósticas:

1. La clínica presentada por el paciente es la más importante prueba diagnóstica, ya que en muchos casos, el paro se presenta sin que el paciente se encuentre monitorizado. Se impone detectar el paro sin equipos o instrumentos sofisticados, en múltiples ocasiones sólo con un estetoscopio y un esfigmomanómetro, se debe ser capaz de hacer el diagnóstico a tiempo.
2. El electrocardiograma ya sea por el monitor o por el equipo.
3. La gasometría.

Medidas generales:

1. Llevar la sangre oxigenada a los tejidos.
2. Restablecer la función mecánica del corazón y los pulmones.
3. Corregir las alteraciones metabólicas producidas por el paro.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Mirar la hora de comienzo del paro.
2. Colocar al paciente en un plano duro y resistente.
3. Retirar prótesis y prendas.
4. Poner en posición de Trendelenburg invertido (cabeza más baja que los miembros inferiores para facilitar la circulación de retorno).
5. Localizar con urgencia todo el personal de guardia, especialistas que son imprescindibles para que se realice un trabajo de conjunto que logre salvar la vida del paciente, entre las que se encuentran:
 - a) Clínico.
 - b) Anestesista.
 - c) Técnico en eletrocardiograma.
 - d) Así como todo el personal que se requiera para lograr una rápida y eficaz reanimación.
6. Dar Masaje cardiaco: Oprimir quince veces el extremo distal inferior del esternón, de 3 a 5 cm por encima de la epífisis interior, si el paciente todavía respira espontáneamente y comprobar si hay latido periférico.
7. De inmediato dar respiración asistida con air vivar en caso de que el paciente no se encontrase acoplado a un equipo de ventilación mecánica.

Es de señalar que, tanto la estimulación o masaje cardiaco, como la ventilación van en una secuencia de 15 masajes por dos respiraciones, manteniendo la frecuencia respiratoria entre 80 y 100 latidos/min.

ACCIONES DEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Administración de bicarbonato de sodio y otros medicamentos como: adrenalina, cloruro de calcio, y otros por vía endovenosa. La

adrenalina puede ser aplicada por el propio médico por vía intracardiaca.

En cuanto al caso específico del bicarbonato de sodio de 2,5 mEq a 8 % debe valorarse previamente la gasometría y utilizarse la fórmula:

Peso (en kg) o cada minuto de paro = cantidad de mL de bicarbonato de sodio a 8 %

Si el bicarbonato está a 4 % se administra el doble.

El control de la cantidad de bicarbonato administrado conjuntamente con el tiempo que el paciente lleva en paro es de riguroso cumplimiento por parte del personal de enfermería, ya que el exceso de bicarbonato lleva al paciente con $\text{pH} = 7,35$ hacia abajo a una acidosis metabólica y hacia arriba a la alcalosis, teniendo la precaución de no desechar las ampulas para llevar su estricto control.

Si se administra isuprel en hidratación de 500 mL la vigilancia estricta de un riguroso goteo, es vital ya que su exceso provoca hipertensión arterial.

2. La desfibrilación en los casos que lo requiera también es asumida en su ejecución por la parte médica, la enfermera prepara y prueba el equipo.
3. Prepara el marcapasos externo (si se requiere) para ser instalados por el médico.
4. Utilización de isuprel 1 mg diluido en 500 mL de dextrosa a 5 %.
5. Cuando el paciente se recupera si se encuentra en cuerpo de guardia o sala abierta debe ser trasladado a sala de terapia para su debido seguimiento, se plasma en la historia clínica, todo el proceso que atravesó el paciente y su correspondiente Proceso de atención de enfermería (PAE).
6. De no ser exitosas las maniobras y fallece el paciente, se procede a realizar las mortaja del fallecido e igualmente escribir en la historia clínica lo acontecido se efectúa el PAE con respuesta insatisfactoria, o sea, fallecido.

EDEMA AGUDO DEL PULMÓN

Concepto:

Es un cuadro clínico que se produce por la claudicación del ventrículo izquierdo, debido a la brusca inundación de los alvéolos pulmonares, extravasación de líquido como consecuencia del aumento de la presión dentro de los capilares pulmonares.

Etiología:

Las causas son múltiples, más frecuentes son:

1. Insuficiencia cardiaca izquierda.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedades aórticas y mitrales.
4. Coronario esclerosis.
5. Miocarditis reumática aguda.
6. Cardiopatías congénitas en niños.
7. Infecciones e insuficiencias de otros órganos: cerebro, corazón y riñones.

Cuadro clínico:

1. Disnea progresiva: Es el inicio de las insuficiencias cardíacas (izquierda) y al principio sólo aparece ante grandes esfuerzos hasta que llega a presentarse en los pequeños esfuerzos y en el reposo. Se intensifican en las noches y hay estertores crepitantes en marea montante.
2. Ansiedad: Se acompaña por la disnea y aumenta con ella.
3. Tos: Es predominante en la insuficiencia cardiaca izquierda, paroxística y nocturna.
4. Expectoración: Acompaña a la tos y suele ser en hemática o rosada y espumosa.
5. Taquicardia: Resulta del acortamiento del diástole que puede presentarse constante por una fibrilación.
6. Respiración de Cheyne-Stokes: Se debe a la dilución y poca estimulación del centro respiratorio por disminución del CO_2 que se hace hiposensible, lo que determina una apnea, que a su vez baja la concentración de O_2 en la sangre aumenta el CO_2 .
7. Tensión arterial: Esto puede ser normal, por encima o por debajo de los valores usuales lo que está en dependencia de la enfermedad de base.
8. Hemoptisis: La expectoración de sangre o esputo hemoptoico es frecuente en estenosis mitral y el edema pulmonar.
9. Ritmo de galope: Se ausculta con mayor frecuencia en la punta de esternón. Evidente en la espiración profunda y con el paciente colocado en un decúbito lateral izquierdo

10. Pulso alternante: En la insuficiencia del ventrículo izquierdo y como consecuencia de la fatiga ventricular, un grupo de fibras miocárdicas presentan un período refractario diferente, lo que origina la alterancia y se evidencia al medir la presión arterial.
11. Soplo sistólico: Aparece debido a la insuficiencia de la válvula mitral por dilatación del ventrículo izquierdo.
12. Aparición nocturna en la mayoría de los casos.

Factores desencadenantes:

1. Esfuerzo físico.
2. Coito.
3. Sobre alimentación.
4. Ingestión salina.
5. Infección respiratoria.
6. Sobre hidratación.
7. Pueden existir causas no circulatorias.

Evolución:

Esta depende de si el paciente es tratado adecuadamente, sí lo es, el paciente se recupera en un tiempo relativamente breve. De lo contrario resultaría fatal.

Complementarios:

1. Rayos X de tórax: Es el principal complementario, la sombra hiliar suele estar aumentada en densidad y anchura.
2. Electrocardiograma: Con signos de hipertrofia ventricular izquierda.
3. Ouabaína: Digitaliza rápido, muy beneficioso, se administra por vía endovenosa de 0,2 a 0,5 mg diluido en dextrosa e 5 %, aumenta el gasto cardiaco y la excreción urinaria. No debe administrarse si el paciente tiene tratamiento con digitálicos para prevenir una intoxicación.
4. Oxígeno lavado en alcohol: A presión ligeramente positiva en una 4ta. parte de alcohol $\frac{3}{4}$ de agua destilada, mejora la hipoxia y la disnea.
5. Aminofilina: En ampulas de 250 mg, diluido en 10 mL dextrosa a 5 %, lentamente, disminuye el broncoespasmo.

6. Torniquete: Se aplica alternando en miembros cada 15 min.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Colocar al paciente en posición semisentado permitiendo la expansión torácica.
2. Avisar al médico de inmediato.
3. La oxígeno terapia está, al igual que la ligadura de los tres miembros, dentro del tratamiento, aunque ambas pueden ejecutarse por el personal de enfermería sin peligro para la vida del paciente, y contribuyen al rápido y eficaz alivio del cuadro clínico.
4. Brindar apoyo emocional al paciente y familiares, ya que el afectado se pone sumamente nervioso a causa de la intensa disnea y sus familiares tienen la sensación real que él se encuentra muy cerca de la muerte.
5. Realizar electrocardiograma o monitorizar al paciente según la posibilidad inmediata.
6. Canalizar una vena profunda, para de forma inmediata cumplir el tratamiento médico.
7. Sondear la vejiga con el fin de permitir una mejor evacuación de la diuresis que aumentará con la administración de diuréticos.
8. La dieta es una indicación médica que debe ser bien supervisada por el personal nuestro, ya que en las primeras horas de la mañana, el paciente, por su estado, no deseará ingerir alimentos. Luego que mejore después de las 24 a 48 h, la dieta será líquida, a las 72 h blanda hiposódica y más tarde libre hiposódica.
9. Los signos vitales no sólo son una indicación médica, sino que ante cualquier alteración deben ser medidos y de este modo al llamar al médico, se le ofrecen datos precisos, no sólo los que refiera el paciente, sino los constatados por nosotros. De esta forma al dar un criterio científico, sólido, se tomará por la parte médica o la nuestra una conducta rápida y dinámica que solucione el problema del paciente de forma inmediata.
10. El baño en cama es una acción independiente que contribuye a la higiene y confort del paciente.
11. La fisioterapia se hará movilizándolo al paciente con el fin de recuperar una adecuada circulación, evitando trombos, irrigando los puntos de apoyo previniendo de las úlceras por decúbito, además de hacer la profilaxis de las neumonías hipostáticas.

12.La observación es de vital importancia, ya que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental, puesto que con ella se puede evitar cualquier complicación capaz de comprometer seriamente la vida del paciente también se plasman los adelantos evolutivos que hablan a favor de la recuperación del enfermo.

ASMA BRONQUIAL

Concepto:

Es una respuesta exagerada de la tráquea y los bronquios, a diversos estímulos, que se traduce por un estrechamiento difuso de las vías aéreas, en relación con una contracción excesiva del músculo liso y una hipersecreción de mucus cómo es reversible espontáneamente o bajo el efecto de la terapéutica.

Clasificación:

- a) Extrínseca: Aparece en la infancia, de origen alérgico puro responde al tratamiento con relativa facilidad. Tienen mejor pronóstico
- b) Intrínseca: Aparece en la adultez, de origen alérgico, secundario a otras enfermedades (neumonías a repetición), hábitos tóxicos (tabaquismo). Es menos tolerada por el paciente y rebelde a los tratamientos.

Etiopatogenia:

Reacción congénita patológica, que provocan hiperactividad bronquial ante diversas sustancias (alergenos), que provocan la reacción alérgica al enfrentarse al antígeno dependiendo de varios factores:

- a) Hiperactividad colinérgica.
- b) Disminución de la actividad inhibidora no adrenérgicas e hipersensibilidad de los receptores susceptibles a irritantes con activación del reflejo broncoconstrictor colinérgico (reacción antígeno-anticuerpo).

Etiología:

No precisada, aunque se plantean dos grandes clasificaciones:

1. Extrínseca: Se encuentran los alérgenos (polvo y sustancias químicas), así como agentes patógenos a repetición y el clima.
2. Intrínseca: Se relacionan a factores psíquicos en 1er lugar y otros autores lo asocian a factores metabólicos.

Manejo necesario:

1. La hiperventilación = pérdida masiva de CO_2 = hipocapnia ClO_2 .
2. La hematosis estaba dificultada, la sangre queda como venosa (impura) y al unirse con la normalmente oxigenada produce hipoxemia.
3. Hipoxemia produce excitación potente del centro respiratorio.

Cuadro clínico:

1. Pródromos: Cosquilleo nasal, tos seca, lagrimeo, opresión torácica, flatulencia, irritabilidad, insomnio y otros.
2. Disnea espiratoria con sensación de opresión torácica.
3. Al examen físico:
 - a) Tórax en inspiración.
 - b) Disminuye la expulsión espiratoria y la actividad muscular.
 - c) Hipersensibilidad.
 - d) Hipersonoridad a la percusión.
 - e) A la auscultación, roncós y sibilantes diseminados.
4. Taquicardia.
5. Puede haber fiebre (si infección).
6. Tos con expectoración escasa, viscosa y adherente, de color blanco nacarado (esputo perlado); cuando la crisis se hace fluida y abundante.

Signos de agravamiento:

1. Confusión mental.
2. Cianosis.
3. Retracción del esternocleidomastoideo.
4. Tórax hiperinsuflado.
5. Disminución de los estertores roncós y pulso paradójico.
6. Disminución de los movimientos respiratorios.

Clasificación de los estadios:

1. Crisis: de 24 h o menos.
2. Ataque (varios días o semanas entre crisis y crisis).
3. Mal asmático, status (crisis que se mantiene varios días).

Clasificación por grados:

Grado I (5 crisis al año).

Grado II (entre 5 y 10 crisis al año).

Grado III (más de 10 crisis al año e ingresos).

Complementarios:

1. Hemograma: Donde aparece eosinofilia y leucocitosis con desviación a la izquierda
2. Esputos: Muestra eosinofilia, cristales octaédricos (eosinófilos degenerados) espirales de Curshman (filamentos mucosos) y aumento de inmunoglobulinas E (IgE) así como la presencia de bacterias.
3. Examen radiológico: Normal en adultos y niños. Posibilidad de enfisema pulmonar en adultos.

Tabla 2.1

Parámetros	Arterial-capilar	Venosa
PH	7,35 a 7,45	7,28a 7,35
PCO ₂	35 a 45	45 a 53
BS	21 a 25	21 a 25
EB	± 25	± 25
PO ₂	95 a 100	28 a 40
HbO %	97 a 100	62 a 84

Alcalosis respiratoria:

Causas: Ingestión de álcalis

Tratamiento: CO₂ por ventilación mecánica.

PCO₂ Aumenta hipoventilando O₂ ↑
 Disminuye hiperventilando CO₂ ↓

Acidosis respiratoria:

Causa: Disnea, patología asociada (paro en sístole)

Tratamiento: Equilibrio ventilatorio O₂ mediante ventiladores mecánicos

Estadios del "mal asmático" (Tabla 2.2)

Tabla 2.2.

Estadio	Obstrucción	PO ₂	PCO ₂	pH	Equilibrio ácido-básico
I	+	Normal	Hipocapnia	Alcalino	Alcalosis respiratoria
II	++	Hipoxia ligera	Hipocapnia	Alcalino	Alcalosis respiratoria
III	+++	Hipoxemia moderada	Normal	Neutro	Normal
IV	++++	Hipoxia severa	Hipercapnia	Ácido	Acidosis respiratoria

Medidas generales:

1. Broncodilatadores.
2. Hidratación.
3. Expectorantes.
4. Corticosteroides.
5. Ejercicios físicos que no agoten y fisioterapia respiratoria.
6. Prohibido fumar.
7. Evitar la obesidad.

Tratamiento del asma crónica:

Broncodilatadores según criterio médico.

Precauciones:

1. Si el paciente no mejora, traslado a una sala de terapia intensiva o intermedia, según lo requiera.
2. No dejarlos sin hidratación o que se detenga por largo tiempo.
3. No administrar sedantes (deprimen el centro respiratorio central).

4. Recordar que la excitación, somnolencia o cambios de conducta pueden ser signos de acidosis respiratoria, hipercapnia o hipoxemia y no manifestaciones aisladas.
5. No dejar que el paciente se marche después del tratamiento sin ser auscultado.
6. Dar psicoterapia de apoyo.
7. Al alta no dejarlo sin tratamiento.
8. No dar alta mejorado porque regresa en status.

Mal asmático "status":

1. Vía respiratoria permeable (intubar y aspirar)
2. Adecuada:
 - a) Ventilación.
 - b) Oxigenación.
 - c) Hidratación (de 4 a 6 L en 24 h con sodio y aminofilina).
3. Esteroides y antibióticoterapia profiláctico.
4. Corrección del desequilibrio ácido-base (bicarbonato de sodio a 4 u 8 % si el pH es menor que 7,20 y cloruro de sodio si pH mayor que 7,60).

Medidas generales:

1. Abolir alérgeno irritante (polvo, sustancias químicas, etc).
2. Eliminar:
 - a) Animales domésticos.
 - b) Colchones y almohadas sin forros.
3. Ingerir alimentos que no le provoquen alergia.
4. Hiposensibilización mediante vacunas.
5. Broncodilatadores: Aerosol a PPI

Todo lo anterior es la conducta clásica o general, lo que no quiere decir que se adopten otras medidas en cada una de las etapas según las características y problemas del paciente.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Preguntar al paciente, cuando llega al cuerpo de guardia:
 - a) ¿Con qué se alivia?
 - b) ¿A qué medicamento es alérgico?
 - c) ¿Qué tiempo lleva en crisis?

La respuesta a estas preguntas servirá de guía fundamental para la conducta que se ha de seguir con el paciente.

2. Reposo en posición semisentada a 45°.
3. Retirar prendas y prótesis, pintura de uñas y colocar un pijama cómodo y holgado.
4. Cumplir el tratamiento medicamentoso estrictamente:
 - a) Canalizar una vena profunda y permeable.
 - b) Mantener cuidados con la hidratación.
 - Que sea la indicada por el médico.
 - Que esté rotulada adecuadamente y con escala.
 - Que se mantenga en vena.
 - Que se regule estrictamente el goteo.

Estos son los que hemos llamado los 4 QUE de la hidratación, como un recurso de aprendizaje rápido y eficaz.

5. Precauciones con los esteroides.
 - a) Dosis estricta
 - b) Vía indicada
 - c) Disminución lenta y según dosificación debe ser menor por día de tratamiento aplicado, hasta llegar a la dosis de mantenimiento.
 - d) No prolongar indefinidamente.
6. Aplicar ejercicios no agotadores y fisioterapia respiratoria.
7. Dentro de la educación sanitaria:
 - c) Prohibido fumar.
 - d) Evitar los alérgenos conocidos (polvo, sustancias químicas, perfumes, animales domésticos, etc).
8. Brindar psicoterapia de apoyo durante las crisis.
9. Aplicar digitupercusión después del aerosol y oxigenoterapia de 3 a 4 L/min si lo requiere el paciente.
10. Velar por la realización y reclamar complementarios de urgencia, como puede ser la gasometría y/o evolutivos como la química sanguínea (hemograma, transaminasas, etc.) y el rayos X de tórax. Se avisará a los diferentes departamentos para que acudan a realizarlos y serán reclamados por nosotros para la posterior valoración médica.
11. Tener la precaución a la hora de administrar la aminofilina i.v. que se haga lentamente pues de lo contrario puede provocar paro cardiorrespiratorio.
12. Llevar un estricto balance hidromineral.

13. Los signos vitales. La enfermera los puede medir según indicación médica o en caso de que detecte cualquier alteración en los parámetros vitales, cuantas veces lo crea necesario, ya que ayudará notablemente a dar una correcta valoración del estado del paciente.
14. El carro de paro siempre debe estar dispuesto y cerca del paciente con asma.
15. Si se le aplican golpes de agua, debe tenerse en cuenta que el paciente no sea anciano ni insuficiente cardíaco.
16. En cuanto a la aplicación de ciertos medicamentos ha de tenerse en cuenta.
 - a) Gluconato de potasio (polisal) No administrar directo en vena porque provoca paro en sístole, a menos que se haga previa desfibrilación.
 - b) Yoduro de potasio (no ser alérgico al yodo).
 - c) Sedantes (no se administrarán porque deprimen el centro respiratorio).

CRISIS HIPERTENSIVA

Concepto:

Hipertensión (HTA) son todas aquellas cifras de tensiones que sobrepasan las cantidades consideradas como normales en las diferentes etapas de la vida. De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), serán clasificados como hipertensos los sujetos cuyas cifras de tensión arterial (TA) alcancen o sobrepasen los niveles siguientes:

Según la última clasificación del Joaquín Sellen Crombet

TA (diurna)
140/90 mm Hg
menor o igual a

TA (diurna)
120/80 mm Hg
igual a

Definición de HTA:

Es un conjunto de anormalidades metabólicas y estructurales de origen genético o adquiridas, que incluyen como mínimo las siguientes alteraciones:

1. TA elevada.
2. Dislipidemia.
3. Resistencia a la insulina y/o hipoinsulinemia.
4. Intolerancia a los carbohidratos.
5. Obesidad.
6. Hiperplasia, hipertrofia, y remodelación vascular.
7. Membrinopatía y transporte anormal de cationes.

Factores que varían la tensión arterial:

- | | |
|-----------------|---|
| a) Biológicos | Sistema simpático.
Movimientos respiratorios.
Estrés.
Equipos de medición. |
| b) Tecnológicos | Personal y consulta. |

Factores que influyen en la tensión arterial:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| a) Edad. | h) Constitución física. |
| b) Sexo. | i) Factores hereditarios. |
| c) Raza. | j) Ejercicios físicos. |
| d) Estado emocional o situacional. | k) Temperatura ambiental. |
| e) Grosor del brazo. | l) Embarazo. |
| f) Alineamiento. | m) Otras. |
| g) Estudio de pared arterial. | |

Ritmo circadiano:

No es más que el ciclo de variaciones que sufre la TA en 24 h dada por los factores antes mencionados.

Causas que alteran el ritmo circadiano:

1. HTA maligna.
2. Fallo renal.
3. Insuficiencia cardiaca congestiva.
4. Glucocorticoide.
5. Exógenos.
6. Sendo hipoparatiroidismo.
7. Insuficiencia autonómica.
8. Feocromocitoma.
9. Preeclampsia.

10. Síndrome apnea del sueño.
11. Enfermedad de Adison.
12. Enfermedad cerebro vascular.
13. HTA neurogénica.
14. Insomnio familiar fatal.
15. HTA renopvascular.
16. HTA con HVY.
17. Síndrome de Cushing.
18. Trasplante cardiaco (inmunosupresión).
19. Diabetes.
20. Hipertiroidismo.
21. Eritropoyetina.
22. Atrofia cerebral.

Fisiopatología:

En la figura 2.1 se representa esquemáticamente el proceso fisiopatológico.

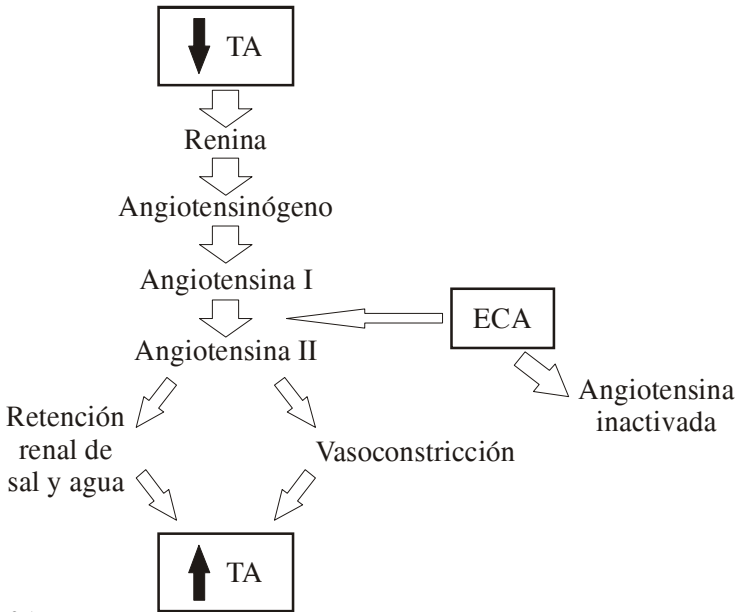


Fig. 2.1

La angiotensina II regula la tensión arterial y la homeostasis salina.

Cuadro clínico:

En la hipertensión arterial esencial:

1. Cefalea.
2. Palpitaciones.
3. Mareos.
4. Astenia.
5. La tensión arterial oscila frecuentemente entre 160 y 180 mm Hg de sistólica y entre 100 y 110 mm Hg de diastólica.

En la hipertensión secundaria, a los signos del aumento de la tensión arterial se les suman los de la enfermedad de base:

1. Feocromocitoma: palpitaciones, sudoración, temblores, broncoespasmo, mareos, hipertensión intermitente, etc.
2. Hiperaldosteronismo: debilidad muscular, poliuria, nicturia.
3. De origen renal: hematuria, edemas, soplo de región lumbar, proteinuria.
4. Coartación aórtica: ausencia de pulso, circulación colateral, soplo en el trayecto aórtico, etc.

El grado de gravedad de la hipertensión arterial atiende a los siguientes factores:

1. Cifras tensionales.
2. Repercusión cardiaca y sobre los vasos sanguíneos, incluyendo fondo de Ojo.
3. Compromiso de la función renal.
4. Grado de afectación neurológica.

De ahí que se le llame crisis hipertensiva, a la elevación brusca y con evolución tórpida de la tensión arterial, que puede en llevar al paciente a complicaciones graves incluyendo la muerte.

Por lo que el tratamiento debe ser tan agresivo como la propia crisis. Este tratamiento se realiza en el cuerpo de guardia a la llegada del paciente, en la institución o en la propia sala donde se encuentre internado, luego de rebasado el cuadro que constituyó una verdadera emergencia médica.

El paciente será tributario de cuidados intensivos hasta tanto se considere por el médico de asistencia que su tensión arterial ha sido compensada.

El cuadro clínico de estos pacientes, además de la hipertensión arterial lleva asociado:

1. Síntomas neurológicos: cefaleas, vértigos, trastornos visuales, pérdida de la conciencia y convulsiones, hemiparesia, náuseas y vómitos.
2. Síntomas cardiovasculares: disnea, dolores precordiales, taquicardia, etc.
3. Síntomas de insuficiencia renal: uremia, trastornos electrolíticos, oliguria y anuria.
4. Síntomas generales: pérdida de peso y astenia, elevación de la tensión arterial con cifras superiores a 300/150 mm Hg mantenida por más de cuatro horas.

La terapia será tan enérgica como crítico es el estado del paciente. Esta debe descansar en cuatro pilares.

1. Hipotensores (se asocian para potencializar su efecto en eficacia y rapidez).
2. Diuréticos de acción potente.
3. Diálisis según grado de insuficiencia renal.
4. Dieta.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo absoluto en condiciones de silencio.
2. Abordaje de una vena profunda con el fin de cumplir de forma rápida y eficaz la administración de los hipotensores, sedantes y diuréticos que sean indicados por el médico.
3. Observación estricta de las complicaciones neurológicas que pueden llegar a la convulsión y en caso de que esta ocurra, tomar las medidas requeridas para evitar tanto el daño neuronal por hipoxia que lleva al estado vegetativo e incluso al paro cardiorrespiratorio,

lo que implicaría maniobras y resucitación inmediatas, con apoyo ventilatorio.

4. Lleva estricto balance hidromineral, control de la diuresis horaria que nos indica la oliguria o anuria que de aparecer habla a favor de la instauración de la insuficiencia renal aguda.
5. Apoyo emocional y preparación psicológica a pacientes y familiares.
6. Traslado a una sala de terapia para continuar tratamiento de sostén así como reclamar complementarios de urgencia como son: glicemia, creatinina, urea, gasometría etc.

Luego, cuando el estado crítico del paciente haya sido compensado el trabajo va encaminado a una labor fundamentalmente de educación sanitaria tales como:

1. Supresión del hábito de fumar.
2. Reducir el consumo de sal y grasa animal en la dieta del paciente.
3. Combatir la obesidad y el sedentarismo.
4. Evitar la tensión emocional mantenida.
5. Orientar ejercicios físicos según condiciones del paciente.
6. Cumplimiento estricto de la administración de medicamentos por parte del paciente a su alta hospitalaria, lo que debe continuar de por vida.
7. Educación sobre el reconocimiento del cuadro clínico.
8. Medir la tensión arterial periódicamente.

CONVULSIONES

Concepto:

Contracción violenta e involuntaria de los músculos voluntarios que determinan movimientos irregulares tónicos o clónicos (rígidos o relajados) ocasionada por descargas eléctricas de un grupo de neuronas, que se focalizan, que puede ir acompañada de pérdida de conciencia, sialorrea y relajación esfinteriana

Etiología:

Su causa puede ser de origen febril, séptica, traumática, epiléptica, tumoral, eclampsia (infantil y puerperal), pleural, urémica, abstinencia alcohólica.

Cuadro clínico:

- a) Contracción y o relajación muscular.
- b) Pérdida de conciencia, que puede ser perseguida por otros síntomas que anuncien la convulsión, así como náuseas y mareos.
- c) Sialorrea y relajación esfinteriana.

Tratamiento:

Tratamiento de la convulsión lo dividiremos para su mejor comprensión en tratamiento de la crisis y tratamiento de su causa.

El tratamiento medicamentoso de la crisis como tal se lleva a cabo mediante la administración por vía endovenosa de anticonvulsivantes como el fenobarbital de 100 mg, el convulsín o dilantín en bulbos de 250 mg. Con esta medicación debe ceder la crisis.

El tratamiento de la causa, que originó la crisis:

1. Fiebre: Administración de antipiréticos de forma periódica como son: Ácido acetilsalicílico (ASA), 1 tableta de 500 mg; Duralgina, 1 tableta de 300 mg o 1 ampula de 600 mg; Paracetamol de 500 mg en tableta; así como el empleo de mantas térmicas, compresas de agua fría, enemas de agua helada, supositorios de hielo y el método del cubo.

Además, en el caso de la fiebre, que es un signo de infección, si se conoce la causa de esta, lleva el tratamiento antibióticos requeridos y de no conocerse, realizar las investigaciones pertinentes tales como: hemocultivos, urocultivos, esputos, etc.

2. Convulsión de causa séptica: si está es perfectamente conocida, el tratamiento será con el antibiótico específico de acuerdo al germen causal y como ejemplo clásico citamos la meningococcemia. Existen múltiples patologías de origen bacteriano que pueden perfectamente dar lugar a un grado de toxicidad que llegue a ocasionar la convulsión séptica.
3. Convulsión de causa traumática: esta se origina al producirse la conmoción cerebral, debido al trauma que momentáneamente comprimió el cerebro y que además puede tener como consecuencia la formación de coágulos que actúen como tumores al comprimir un grupo neuronal causando la convulsión. También en el caso de la hemorragia intracraneal que irrita a las meninges y por edemas cerebral que actúa como una causa más compresora originando la convulsión y el tratamiento será con diuréticos osmóticos como el manitol i.v. que por depletar líquido disminuye el edema.

4. Epilepsia: el daño cerebral es genético, o sea, el individuo nace con la predisposición a la convulsión, que en un momento de su vida debuta con el conocido ataque epiléptico, el cual, según sus características, se clasifica como *petit mal* o gran mal: formas clínicas en las que se clasifica la epilepsia.

La primera, puede estar dada por cefaleas, zumbido de oídos, que actúen como auras (que anuncien las crisis) o quedarse solo en esa fase.

Y la segunda, es el paciente que frecuentemente llega a la convulsión franca, con todas sus características.

Su tratamiento específico será el que lleve el paciente de base, generalmente, se utiliza con bastante acierto la carbamazepina, 200 mg una a tres tabletas diarias. En crisis se puede usar el diazepam, 10 mg i.v; la fenitoína (convulsín) de 15 a 18 mg/kg de peso al día i.v., que son 1500 mg/día y como dosis de mantenimiento de 300 a 500 mg/día (de 4 a 8 mg/kg de peso) por vía oral.

El fenobarbital en dosis iniciales de 120 a 240 mg i.v. que puede llegar en un dosis máxima hasta los 400 a 600 mg i.v. y como mantenimiento de 1 a 5 mg oral, i.m. o i.v. con la finalidad de mantener los niveles terapéuticos de 15 a 4 mg/100 mL al día.

El paraldehído rectal, de 8 a 10 mL mezclado con igual volumen de aceite vegetal o de 3 a 5 mL por vía i.m. diarios o 5 mL en dextrosa a 5 %, 500 mL i.v. en este caso hay que ser sumamente rigurosos en el goteo, que debe ser extremadamente lento, pues su excesiva rapidez provoca hemorragias y edema pulmonar.

ECLAMPSIA

Concepto:

Es el estadio más grave de la toxemia gravídica puede desarrollarse durante la gestación, el parto o las primeras horas del puerperio. Después de las primeras 48 h del parto si existe convulsión, ya no es eclampsia.

Frecuencia: 1×1000 , es más frecuente en el embarazo, menos en el parto y rara en el puerperio.

Etiología:

Gestación (donde el feto actúa como el antígeno y el cuerpo de la madre lanza anticuerpo, como respuesta inmunológica).

Cuadro clínico:

1. Trastornos nerviosos como cefalea intensa, excitabilidad e hiperreflexia.
2. Trastornos sensoriales visuales como: moscas volantes diplopía, amaurosis, vértigos y zumbidos de oídos.
3. Trastornos digestivos, sequedad de la lengua, áspera, epigastralgia en barra y cuadrante superior derecho del abdomen.
4. Elevación brusca de la tensión arterial.
5. Edemas generalizados (anasarca).
6. Oligoanuria.
7. Las convulsiones, pueden llegar a ser tan violentas que el paciente cae de la cama y se lesiona o llega al estado de coma.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Colocar en un plano resistente, en caso de que ya se encuentre en cama, restringirlo. Evitar caídas bruscas que puedan ocasionar y que empeoren la situación del paciente.
2. Aflojar ropas, retirar prótesis y prendas, proteger la lengua.
3. Abordaje venoso profundo, a fin de cumplir el tratamiento medicamentoso indicado.
4. Si se trata de una convulsión por eclampsia, el reposo debe ser acompañado de absoluto silencio y con discreta luz, previniendo con estas medidas nuevas descargas eléctricas neuronales que provoquen convulsiones tan intensas que ocasionen daños neuronales como secuela o llevar al coma al paciente.
5. En caso de que los ataques se repitan continuamente o se prolongue por varios minutos, administrar oxigenoterapia de 3 a 4 L/min, haciendo la profilaxis de la hipoxia cerebral severa y con ello del estado vegetativo en que puede quedar el paciente.
6. Observar:
 - a) Tipo de movimientos.
 - b) Tiempo de duración de la crisis.
 - c) Si hubo relajación de esfínteres, durante las convulsiones.

- d) Si el individuo manifestó haber percibido el aura (aviso de la crisis que puede ser en forma de estímulo sonoro, en ejemplo sonido de campanas, zumbido de oídos, etc).
 - e) Gustativos como un sabor amargo, a manzana, etc.
 - f) Olfatorios, olor a leña quemada, a flores, etc.
 - g) Si tuvo o no pérdida de conciencia y porque tiempo.
7. Medir signos vitales, independientemente de la indicación médica, cada vez que la enfermera lo entienda y estime pertinente Infarto agudo del miocardio

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Es la segunda causa de muerte en Cuba, 90 % de ellos ocurre entre los 40 y 70 años, especialmente entre los 60 y 70 años, con mayor posibilidad real de vida las edades más tardías, por desarrollar circulación colateral consecuente al proceso arterioesclerótico.

Concepto:

Infarto del miocardio es la necrosis o muerte de una parte del músculo cardíaco por isquemia total o parcial del riego sanguíneo, generalmente a causa de la oclusión de una arteria coronaria.

Etiología:

1. Arterioesclerosis coronaria.
2. Sífilis de la aorta.
3. Embolia pulmonar.
4. Poliarteritis nudosa.
5. Fiebre reumática.
6. Hipertensión arterial.
7. Endocarditis bacteriana.
8. Shock hemorrágico.
9. Otras causas.

Factores de riesgo o predisponentes:

1. Obesidad.
2. Sedentarismo.
3. Hábito de fumar.
4. Estrés.

Cuadro clínico:

1. Puede aparecer en reposo, dormido o en ejercicio.
2. Tener o no antecedentes de dolores anginosos, palpitaciones y vértigos.
3. Súbitamente aparece dolor precordial, retroesternal y epigástrico.
4. El dolor es obsesivo, que irradia a miembros superiores, cuello, maxilar inferior, a ambos lados del tórax, hombros, región interescapular, que dura más de treinta minutos.
5. Hipotermia.
6. Sudoración profusa.
7. Vómitos.
8. Hipotensión.
9. Disnea.
10. Bradicardia.
11. Náuseas.
12. Arritmias de diversas clases (la más frecuente es el extrasístole ventricular).

Pruebas diagnósticas:

1. Electrocardiograma.
2. Transaminasa glutámico oxalacética (12 a 45 UI).
3. Parcial de orina.
4. Glicemia (elevada, más de 8 mmol/ L).
5. Hemograma y leucograma (de 15 000 a 20 000 mm con neutrofilia y desviación a la izquierda, eosinoopenia absoluta).
6. Serología.
7. Urea.
8. Lípidos totales.
9. Transaminasa glutámico pirúvica (TGP), de 12 a 45 UI.
10. Creatinfosfoquinasa comienza a elevarse a las 4 h de instaurado el dolor, haciendo pico entre el 2 y 3 día y si se eleva a 10 veces más de lo normal, es de mal pronóstico la CPK.
11. Eritrosedimentación: (acelerada más de 5 mm en el hombre y 25 mm en la mujer).
12. Colesterol: (disminuido).
13. Electroforesis de proteínas (aumento de alfa 1 y alfa 2 globulinas).
14. Proteína C reactiva: positiva.
15. LDH: (deshidrogenasa láctica se eleva entre 12 y 18 h después del dolor su mayor valor se alcanza entre el 3 y 4 día regresa a la normalidad entre los días 10 y 12.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Estas van en cuerpo de guardia y salas de terapia, abiertas o de coronario.

Acciones independientes de enfermería en el cuerpo de guardia:

1. Retirar ropa, prendas y prótesis y colocarle un pijama holgado y cómodo.
2. Mantenerlo en reposo en posición horizontal y con carácter absoluto.
3. Monitoreo de manera permanente.
4. Medir signos vitales cada treinta minutos las primeras 12 h.
5. Canalizar vena profunda.
6. Llamar al técnico de electrocardiograma para realizar estos según criterio médico y al técnico de laboratorio a fin de realizarle los complementarios que indique el médico.
7. La dieta será indicada por el médico, generalmente en las primeras 24 h es líquida.
8. Observación estricta.
9. Cumplir el tratamiento medicamentoso indicado por el médico estrictamente en vía, dosis y horario.

Acciones independientes de enfermería en sala de UCIE (unidad de cuidados intensivos enfermería cuerpo de guardia):

1. Mantener el reposo horizontal, con ropa limpia, seca y cómoda.
2. Mantener el monitoreo constante.
3. Medir los signos vitales cada 1 hora, las primeras 12 h y a partir de las 24 h, cada 4 h y luego a las 48 h cada 6 h.
4. Llevar estricto balance hidromineral.
5. Llamar al técnico de laboratorio cada 12 h para realizar complementarios evolutivos y reclamarlos en tiempo y forma para que sean valorados por el médico intensivista.
6. La dieta según la evolución favorable será a las 48 h blanda y a partir de las 72 h libre, siempre hiposódica, lo que hace la profilaxis

que la retención de agua intercelular y por ende de los edemas, así también prevé la hipertensión.

7. La observación es continua siendo de carácter obligatorio y permanente.

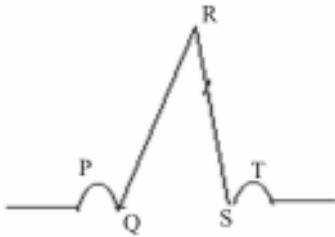
Acciones independientes de enfermería en salas de terapia:

1. Cumplimiento estricto del medicamento con todas sus precauciones de técnicas correctas, vías, dosis y horarios
2. Uso de estreptoquinasa recombinante, medicamento cubano que ha dado muy buenos resultados en la retracción del coágulo y por ende en la pronta cicatrización y rehabilitación de los infartos recientes. Es de señalar, que mientras más rápido se administre, más favorable será la evolución y el pronóstico del paciente.
3. Aplicación de los ejercicios de rehabilitación cardiovascular según los parámetros para este fin.

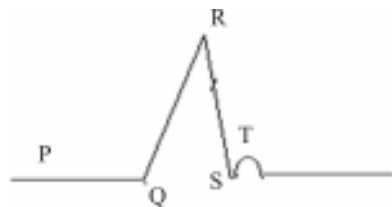
Es indispensable que el personal de enfermería que labore, tanto en cuidados intensivos del cuerpo de guardia, como en las salas de terapia tengan los conocimientos mínimos de electrocardiografía que le permitan identificar de inmediato, el curso y la evolución del infarto, favorable o desfavorable.

Figura 2.2. a), b), c), d), e), f) Esquema de electrocardiograma.

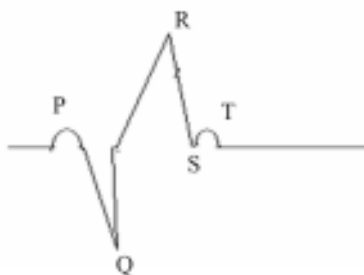
3. Anfetaminas (fiebre).



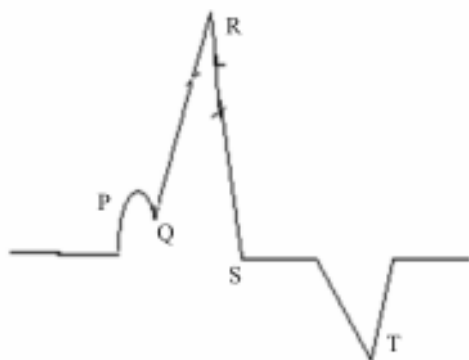
a) Normal. De ahí se derivan los demás trastornos eléctricos o rítmicos conocidos.



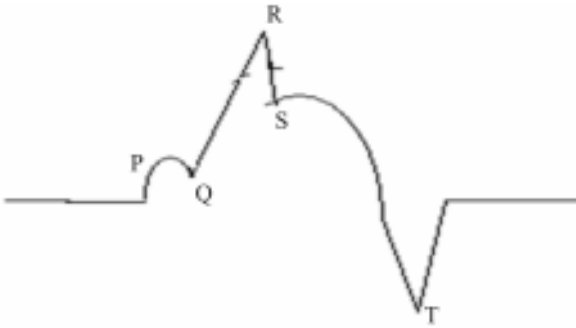
b) Despolarización auricular. Se ve en el infarto y las arritmias.



c) Signo de necrosis o lesión cardiaca. Se puede ver en el infarto o como secuela de este.



d) Signo de isquemia. Se puede ver en la angina y en el infarto.



e) T desplazada signo de lesión cardiaca.



f) La despolarización auricular y la necrosis. El desplazamiento del segmento RS y T invertida, que significa isquemia, constituyen los signos del infarto.

La ubicación del trastorno es importante para el tratamiento precoz del fenómeno patológico que se presente sobre todo en caso de que sea infarto.

ANGINA

Concepto:

Se llama angina a la isquemia de carácter transitorio y breve, acompañada de dolor precordial opresivo y súbito, que puede ser más o menos intenso y dura aproximadamente 5 min. De localización generalmente retroesternal, que suele irradiarse a la región precordial, brazo izquierdo y otras zonas. Puede ser provocada por esfuerzos físicos, emociones y otros factores capaces de variar las demandas de oxígeno del miocardio. Cede con el reposo o la administración de nitroglicerina.

D1	D2	D3	AVR	AVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----

AVF, V1, V2 y V6: el equipo detecta desde arriba ambas aurículas, por ello los infartos que ahí se instalen serán anteroposterior izquierdo oderecho.
 AVL y V5: por el lateral derecho y auriculoventricular.
 AVF y V3: por el lateral izquierdo y auriculoventricular.
 V4: capta la cara diafragmática.

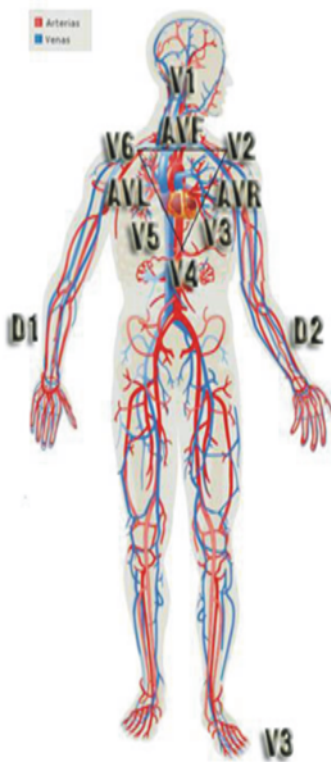


Fig. 2.3 Derivaciones del electrocardiograma.

Cuadro clínico:

1. Sensación inminente de muerte (angor pectoris).
2. Eructos.
3. Deseos de orinar después de la crisis.
4. En ocasiones se hacen presentes la poliuria, los vértigos, vahídos y puede ocurrir el síncope.
5. Tensión arterial normal o elevada aunque puede aumentar precediendo a la crisis.
6. El dolor es de variable intensidad ligero, intenso o muy agudo, retroesternal, abarcando región precordial, escapular o interescapular izquierda, irradia a la escápula, el brazo o la muñeca de derechas (sin el lado izquierdo), cuello, maxilar superior y epigastrio.
7. Es de aparición paroxística con el esfuerzo y se alivia con el reposo y los nitritos.

Clasificación:

1. Angina de esfuerzo.
 - a) Angina de esfuerzo de reciente comienzo.
 - b) Angina de esfuerzo que se empeora.
 - c) Angina de esfuerzo estable.
2. Angina espontánea.

Complementarios:

1. Electrocardiograma, con anomalías en el segmento ST y T invertida.
2. Ergometría, para detectar alteraciones electrocardiográficas ante el esfuerzo.
3. Prueba del ejercicio para la reserva coronaria.
4. Ecocardiografía.
5. Prueba terapéutica con nitroglicerina.
6. Angiografía.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Colocar al paciente en posición semisentada
2. Administrar nitroglicerina sublingual: 1 tableta cada 5 min hasta completar 3 tabletas en (15 min).

3. Apoyo emocional dirigido a erradicar el miedo a la muerte.
4. Educación sanitaria, adiestramiento al paciente y que al sentir el dolor debe:
 - a) Colocarse en posición de reposo (semisentada).
 - b) Tener siempre con él la nitroglicerina y tomarla aún estando solo.
 - e) Aprender a vivir con su enfermedad.

Hacemos énfasis en el reposo durante la crisis dolorosa, ya que sólo éste hace desaparecer el dolor, que no es más que una advertencia de la pobre oxigenación, recibida por el corazón. La posición ideal es semisentada a 45°, porque la posición horizontal aumenta la sensación de ahogo y aún se mantiene el reposo hasta que desaparezca totalmente el dolor.

INTOXICACIONES SEVERAS

Concepto:

Estado morbos del organismo después de haberse expuesto, al contacto con sustancias químicas de carácter tóxico.

Etiología:

Sustancias químicas tales como:

1. Digitálicos.
2. Betabloqueadores.
3. Salicilatos.
4. Anfetaminas.
5. Psicofármacos.
6. Teofilinas.
7. Otras sustancias.

Estas intoxicaciones pueden ser de carácter involuntarias, y accidentales o voluntarias, en caso de intentos suicidas.

Cuadro clínico:

1. Salicilatos (fiebre, edema pulmonar no cardiogénico).
2. Colinérgicos (fiebre, bradicardia, miosis).

3. Anfetaminas (fiebre).
4. Imipramina (fiebre, midriasis).
5. Amitriptilina (fiebre midriasis).
6. Digitálicos (bradicardia).
7. Betabloqueadores (bradicardia).
8. Metales pesados (manifestaciones gastrointestinales).
9. Barbitúricos (miosis, edema pulmonar no cardiogénico).
10. Hidrocarburos (edema pulmonar no cardiogénico).
11. Cianuros (acidosis metabólicas).
12. Etanol, metanol y formaldehído (acidosis metabólicas).
13. Otras sustancias.

Hay que tratar de indagar como datos de interés indispensables para el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones:

1. ¿Qué tipo de sustancia ingirió el paciente?
2. ¿Qué cantidad?
3. ¿Qué tiempo hace que fue ingerida?

Tendremos también en cuenta que:

1. Existen pacientes que toleran altos niveles de drogas, sin tener manifestaciones clínicas severas.
2. en la absorción intestinal, en metabolizarse y en producir insuficiencia renal

Principios básicos que se ha de seguir ante un intoxicado:

1. Impedir la absorción del tóxico.
2. Inhibir la acción del tóxico.
3. Mejorar, soportar o sustituir las funciones vitales comprometidas.
4. Incrementar la eliminación del tóxico.

Clasificación del grado de coma en las intoxicaciones (Tablas 2.3 y 2.4)

Tabla. 2.3

Estadio	Nivel de conciencia	Reflejos	Estado respiratorio cardiovascular o ambos
0	Despertable	Presentes	Normales
I	Ausencia de estímulos dolorosos	Presentes	Normales
II	Ausentes	Presentes	Normales
III	Ausentes	Ausentes	Normales
IV	Ausentes	Ausentes	Depresión respiratoria, hipotensión, shock

Tabla 2.4

Grado de coma	Método depurador
0	Hidratación
I y II	Diuresis forzada alcalina
III	Diálisis peritoneal + alcalinización o hemodiálisis
IV	Hemodiálisis, hemoperfusión o plasmaferesis

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo en posición horizontal.
2. Colocar sondas:
 - a) Levine.
 - b) Vesical.
 - c) Oxígeno.
3. Monitorización constante.
4. Canalizar vena profunda.
5. Permeabilidad de vías aéreas.
6. Palmopercusión después del aerosol.
7. Movilización cada 2 h en decúbitos laterales.
8. Medir diuresis de forma estricta.
9. Llevar estricto balance hidromineral.
10. Observación estricta del estado de conciencia.
11. Preparación psicológica y apoyo emocional al paciente si su estado lo permite, a los familiares siempre.

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Concepto:

Es la afectación de la irrigación sanguínea al cerebro, que traerá como resultado insuficiencia en las funciones que rigen las neuronas. El grado de disfunción es variable de acuerdo a la magnitud del accidente.

Clasificación:

1. Trombótico o isquémico
2. Hemorrágico

Diferencias fundamentales (Tabla 2.5)

Tabla 2.5

Trombótico		Hemorrágico
Trombo Isquemia Pérdida lenta y se dice que el paciente asiste a su cuadro, ya que siente como va perdiendo la fuerza y la sensibilidad de un hemicuero, así como la desviación de la comisura labial y el afectado por la parálisis facial, marcha guadañante, hemiparesia, afasia, cefalea, hipotensión, arritmias Se recupera en gran porcentaje quedando profundización del lagrimeo del ojo de lado	Etiología Efecto Conciencia Pronóstico	Ruptura de un vaso (aneurisma) Isquemia Pérdida súbita, se dice que el paciente cae como fulminado por un rayo, quedando inconsciente, llegando al coma, hipertensión endocraneana, piel roja, respiración estertorosa y difícil, pulso lleno, rebotante y lento, Profundización del coma. con secuelas motoras (hemiplejías) Fallecen en un elevado porcentaje. Los sobrevivientes quedan con secuelas neurológicas (estado vegetativo)

Etiología:

Aterosclerosis y arterioesclerosis (son procesos que trastornan la calidad de los vasos sanguíneos en el transporte de sangre al cerebro, ya que las placas de ateroma al desprenderse actúan como

trombos provocando isquemia y la dilatación que las paredes de los vasos formando los aneurismas (dilataciones del vaso), cuya ruptura es la causa de la hemorragia cerebral. En el hemorrágico y en el trombótico o embólico, es el desprendimiento de un trombo el que ocluye la luz de una arteria o paso de forma permanente y si es embólico, ocluye temporalmente.

Pruebas diagnósticas:

1. Fondo de ojo.
2. Punción lumbar.

Cuadro clínico:

En ocasiones pueden verse síntomas prodrómicos tales como: mareo, cefalea, fatiga y trastornos del lenguaje y la visión.

Trombótico:

1. Hemiplejía.
2. Afasia (pérdida de la capacidad corriente para emplear o comprender palabras).
3. Alexia (dificultad para leer en voz alta).
4. Agrafia (dificultad en la escritura).

Hemorrágico:

1. Coma en sus diferentes grados.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

AVE trombótico

1. Reposo relativo.
2. Signos vitales cada vez que sea necesario.
3. Auxiliar al paciente en todo lo que necesite.
4. Apoyo emocional y preparación psicológica ante cada proceder.
5. Realizar fisioterapia pasiva.
6. Educación sanitaria a el y sus familiares con la finalidad de que aprendan a convivir con la enfermedad

AVE hemorrágico

1. Reposo en posición horizontal.
2. Canalizar vena.
3. Medir signos vitales cada vez que sea necesario.
4. Cambios de posición cada 2 h.
5. Mantener vías aéreas permeables.
6. Llevar estricto balance hidromineral.
7. Observación estricta de cambios neurológicos.

MENINGOENCEFALITIS

Concepto:

Es la inflamación, generalmente de naturaleza infecciosa, de las meninges (duramadre, piamadre y aracnoides) que puede o no incluir al encéfalo.

Etiología:

1. Viral (mayor frecuencia en niños y jóvenes).
2. Bacteriana.
3. Y otras menos comunes como son: las provocadas por parásitos, hongos, tóxicos y traumatismos.

Cuadro clínico:

Tríada meníngea:

1. Cefalea intensa y difusa (grito hidroencefálico, el que provoca la cefalea meníngea).
2. Rigidez de nuca (contracción antálgica de los músculos del cuello).
3. Fiebre (de variada intensidad, generalmente alta).
4. Signo de Kernig (imposibilidad de estirar el muslo cuando está a 90° pegado al tronco, da dolor).
5. Signo de Brudzinski (flexión de las piernas y nuca a la vez, no se estiran músculos del plano posterior de los muslos).
6. Imposibilidad de:
 - a) Besar las rodillas.

- b) Incorporarse sin ayuda de los brazos que están en flexión generalmente (signo de Arnosa).
7. Posición de gatillo de escopeta (fundamentalmente en niños).
 8. Vómito de tipo cerebral (a pistoletazo), sin náuseas previas.
 9. Hipertensión endocraneana.
 10. Convulsiones generalizadas.
 11. Delirio (cuando aumenta la gravedad).
 12. Coma y después de éste casi siempre, la muerte.
 13. Signo de Babinski positivo (separación de los 5 dedos del pie, al pasar por la planta de este un objeto duro raspando).
 14. Hiperreflexia.
 15. Midriasis.
 16. Colapso circulatorio (síndrome de Waterhouse-Friederichsen)
 17. Coma y muerte de 24 a 48 h.
 18. Lesiones purpúrico-petequiales en la meningococcemia.

Pruebas diagnósticas:

1. Punción lumbar con el estudio citoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo.
2. Hemograma.
3. Leucograma.
4. Fondo de ojo.
5. Así como cualquier otra prueba que entienda el médico de asistencia.

La diferencia del líquido cefalorraquídeo de los tipos de meningitis se expresa en las tablas 2.6 y 2.7.

Tabla 2.6.

Índice	Bacteriana	Viral	Tuberculosa
Aspecto del líquido	Turbio	Claro	Opalescente
Células mm ³	2000 a 5000 o más	100 a 700 o menos de 100	100 a 500
Tipo de células	Polimorfonucleares	Linfocitos	Linfocitos
Presión	++++	++	+++
Proteínas	> 100 mg %	< 100 mg % o normales	> 100 mg %
Glucosa	< 40 mg %	> 60 mg % o normales	< 40 mg %
Cloruros	< 750 mg %	normales	< 750 mg %

Tabla 2.7.

Agente causal	Evolución	Pronostico	Secuelas
Viral	Breve y benigna en 90 % de los casos	Favorable	No
Herpes virus II	Tórpida	Mortalidad elevada	Neurológica
Bacteriana	Tórpida	Mortalidad elevada	Absceso, trombosis
Meningocócica	Tórpida	Mortalidad elevada y pronóstico reservado	Septicemia
Tuberculosa	Depende del pronto diagnóstico	Pronóstico reservado	Artritis, hidrocefalia, miocarditis, nefritis, parálisis pares craneales III, IV, VI y VII.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Esta en dependencia del estado del paciente, en la meningocéfalo viral el estado generalmente es leve, por lo que:

1. Reposo absoluto las primeras 72 h, luego según la evolución, relativo.
2. Observación estricta del paciente.
3. Aislamiento del paciente y sus fómites.
4. Cumplir el tratamiento médico.
5. Si fiebre, aplicar método de cubo de agua helada.
6. Si vómitos aplicar método de succión de hielo.
7. Medidas de higiene y desinfección.
8. Educación sanitarias a pacientes y familiares.

Si es bacteriana, las acciones independientes de enfermería, estarán de igual forma en correspondencia con el estado del paciente.

1. Reposo absoluto (en condiciones de oscuridad y silencio para evitar excitabilidad neuronal y convulsiones).
2. Observación estricta del paciente.

3. Abordaje de vena profunda.
4. Extremar medidas de asepsia y antisepsia
5. Medir signos vitales cada vez que sea necesario.
6. Movilizar cada dos horas en los diferentes decúbitos.
7. Mantener vías aéreas permeables.
8. Sondear al paciente con sondas Levine y vesical.
9. Llevar estricto balance hidromineral.
10. En caso de convulsiones se tomaran de inmediato las medidas que éstas requieren.
11. Mantener listo y junto al paciente el carro de paro.

PATOLOGÍAS QUE CONSTITUYEN URGENCIAS QUIRÚRGICAS

POLITRAUMAS

Concepto:

Son los múltiples traumas que puede sufrir un paciente en varias o todas las partes de su economía orgánica, en mayor o menor grado de compromiso, que están dados por la solución de continuidad, donde se ven comprometidos piel, vasos, músculos y tejido óseo y cuya gravedad está en dependencia de múltiples factores como son:

1. Extensión de la lesión.
2. Profundidad.
3. Órganos comprometidos.
4. Tiempo de producido el trauma.

Etiología:

1. Accidentes de tránsito, laborales y del hogar.
2. Heridas por armas blancas, de fuego y estados de guerra (bombardeos).

Entre los poli traumas más frecuentes y graves están:

1. Traumas craneales.
2. Traumas costales.
3. Fracturas de cadera.
4. Fracturas de miembros superiores e inferiores complicadas.
5. Heridas por arma blanca, de fuego y estados de guerra.

Diagnóstico:

Está dado por la inspección clínica del paciente, el antecedente de las causas y las pruebas diagnósticas como son:

1. Examen físico.
2. Rayos X.

3. Punción abdominal.
4. Otro que estime el médico de asistencia.

El estado de gravedad del paciente politraumatizado está en dependencia de múltiples factores como son:

1. La edad del paciente.
2. El tipo de lesión y la zona afectada (órganos interesados).
3. El tiempo que ha transcurrido desde el momento que fue lesionado hasta el instante que llega al centro asistencial o recibe ayuda especializada de algún tipo.
4. El estado nutricional y los antecedentes patológicos personales.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Por la gravedad de estos casos se requiere la mayor destreza y habilidad por parte del personal de enfermería en cuanto a:

1. Retirar ropa, prendas y prótesis.
2. Abordaje de vena profunda y restablecer volemia según indicación médica.
3. Llamar a los técnicos del banco de sangre, con el objetivo de clasificar y transfundir al paciente en caso necesario.
4. Sondear al paciente (sondas de Levine y vesical)
5. Mantener vías aéreas permeables.
6. Mantener el carro de paro listo y lo más cerca posible.
7. Avisar al salón de operaciones para que sea trasladado lo antes posible.

FRACTURAS

Concepto:

Es la solución de continuidad de una porción del tejido óseo (separación o división)

Clasificación:

1. Abiertas (compuestas), el hueso sale a través de la piel (fractura y herida).

2. Cerrada (simple), sólo la fractura.
3. Desplazada: donde los cabos óseos están separados.
4. En rama verde: un lado del hueso se fractura y el otro se dobla, característico en niños.
5. Completa: fractura que interesa todo el hueso y separa los fragmentos.
6. Conminuta: cuando el hueso o una parte de él se fragmenta o esquirla.
7. Impactada: cuando un fragmento del hueso penetra en otro hueso.
8. Complicada: con lesiones de vasos, músculos y nervios.
9. Espontánea: la que se produce por enfermedades o sea sin que medie trauma, como en la osteoporosis (porosidad del hueso), cáncer, desnutrición, síndrome de Cushing y como complicación de largos tratamientos con prednisona.

Etiología:

1. Traumas.
2. Heridas por armas de fuego.
3. Espontáneas, (en enfermedades carenciales).

Cuadro clínico:

1. Dolor intenso y progresivo.
2. Pérdida de la función.
3. Deformidad.
4. Movimientos falsos en el sitio de la fractura.
5. Edema.
6. Espasmo (contracción muscular alrededor de la fractura).
7. Decoloración y parálisis (en caso de hemorragia).

Medidas de urgencia:

1. Contener la hemorragia y reponer volemia (en caso de que exista)
2. Valorar si el tratamiento quirúrgico es inmediato, posterior o inmovilización
3. Inmovilizar el miembro afectado en el sitio que esté, previa tracción si se hace necesario.
4. Medir y signos vitales.
5. Proteger la herida en caso de detenerla.
6. Trasladado a un centro hospitalario.

Medidas de cuerpo de guardia:

1. Realizar rayos X como prueba para establecer diagnóstico.
2. Inmovilizar colocando férula (que contribuye a reducir el dolor)
3. Detener el dolor (duralgina un ampula, 600 mg intramuscular).
4. Reducir fractura en caso necesario.
5. Enyesar, si hay heridas dejar ventana.
6. Valorar tratamiento con antibióticos profiláctico.
7. Si se aplica tracción esquelética tomar todas las precauciones previas.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Cubrir heridas si existen.
2. Canalizar vena profunda para reponer volemia perdida en caso de hemorragias.
3. Inmovilizar miembro afectado en caso de que no lo este.
4. Administrar duralgina 600 mg intramuscular para aliviar el dolor.
5. Medir signos vitales cada vez que sea necesario.
6. Traslado del paciente a realizar rayos X o salón según lo requiera el caso.
7. Si el tratamiento es quirúrgico, preparar para este fin.
8. Aspectos a observar en el paciente enyesado:
 - a) Si hay inflamación del miembro.
 - b) Color y temperatura de la zona afectada.
 - c) Dolor que tenga el miembro enyesado.
 - d) Detectar, si el paciente se queja de: hormigueo, entumecimiento, presión o dolor del miembro afectado.
9. En el caso de que esté encamado:
 - a) Movilizar en los diferentes decúbitos y sentarlo si su estado lo permite.
 - b) Mantenerlos con ropa de cama y pijama limpio, seco y sin arrugas así como cambio cada vez que sea necesario y posterior al baño en cama.
10. Si el paciente necesita ser traccionado antes se debe:
 - a) Asegurar que el colchón esté firme y nivelado, colocando una tabla de apoyo.
 - b) Rasurar la zona donde se aplicará la tracción y desinfectar previa limpieza de la región.
 - c) Para endurecer la zona de la tracción, aplicar "tintura de benjuí."

- d) Mantener estéril el material a utilizar por el médico en la técnica de la tracción.
 - e) Auxiliar al médico en todo lo que necesite.
 - f) Facilitar las poleas y pesas que colocarán al paciente con el peso requerido.
- 11) Realizar la fisioterapia:
- a) Respiratoria: con dígito percusión e insuflar globo.
 - b) Circulatorias: mediante masajes en puntos de apoyo.
 - c) Rehabilitación: con ejercicios pasivos y mantener los miembros elevados.
12. Observar la coloración y movimiento de los dedos en los miembros afectados.

OCLUSIÓN INTESTINAL

Concepto:

Estados morbosos que resultan de la detención absoluta de materias fecales en un punto de el intestino, debido a diversas causas.

Etiología:

- a) Mecánica: Tumores, bolos fecales secos, pólipos, torsión por hernia.
- b) Neurogénica: Íleo paralítico.

En el caso de las mecánicas, son las que no permiten el paso de la materia fecal por obstáculos al tránsito o torsión del intestino.

El íleo paralítico no es más que en la ausencia de los impulsos nerviosos que provocan el parasitismo que pueden ser inhibidos por infecciones, como la peritonitis, por la manipulación quirúrgica de vísceras y por algunas enfermedades como la neumonía.

Cuadro clínico:

Oclusión parcial:

1. Cambios lentos pero progresivos en los hábitos intestinales (estreñimiento y diarreas alternos).
2. Cólico intenso intermitente.
3. Ruidos hidroaéreos en porción proximal a la oclusión.

4. Deglución de aire.
5. Vómito si la oclusión es en porciones altas.
6. Edema intestinal.
7. Signos de peritonitis (fiebre, abdomen agudo, dolor)

Oclusión total:

1. Ausencia de expulsión de heces y gases (íleo paralítico).
2. Distensión abdominal.
3. Cólico intenso intermitente.
4. Ruidos hidroaéreos en porción proximal a la oclusión
5. Deglución de aire.
6. Vómito intenso y continuo.
7. Edema intestinal.
8. Signos de peritonitis.

Tratamiento quirúrgico:

Colostomía: Abertura temporal o permanente del colon transversal para descomprimir el intestino distendido.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Pasar sonda de Miller-Abbott y cuantificar la cantidad de contenido gastrointestinal, color, olor, así como cualquier otra característica.
2. Aseo bucal del paciente y mantenerlo limpio.
3. Mantener vías aéreas permeables.
4. Aplicar calor en el abdomen para aliviar la distensión.
5. Colocar sonda rectal permanente para facilitar la expulsión de gases.
6. Preparación preoperatoria:
 - a) Abordaje de vena profunda.
 - b) Rasurar abdomen.
 - c) Realizar desinfección de la zona.
 - d) Retirar prendas, prótesis y esmaltes.
7. Preparación posoperatoria.
 - a) Observación de los apósitos.
 - b) Medir signos vitales cada vez que sea necesario.
 - c) Llevar estricto balance hidromineral.
 - d) Cuidado con la hidratación.
 - e) Mantener Levine abierto a un frasco y aspirar cada 3 h.

- f) Cuidados con la colostomía y la herida.
- g) Movilización en decúbito lateral y baño en cama.

APENDICITIS

Concepto:

Inflamación, casi siempre de carácter infecciosa del apéndice ileocecal.

Frecuencia:

Se ve a cualquier edad, aunque su mayor frecuencia está en niños y jóvenes.

Cuadro clínico:

1. Inflamación o edema del apéndice.
2. Reacción peritoneal al examen físico.
3. Fiebre ligera o moderada (de 38 a 39 °C) axilar, rectal de 1,5 a 2 °C más o que es igual a (39,5 a 41 °C).
4. Náuseas y vómitos.
5. Dolor intenso en todo el abdomen que luego se localiza en región peri umbilical y más tarde en fosa iliaca derecha y en el punto de Mc Burney.

Pruebas diagnósticas:

1. Leucograma.
2. Examen físico.
3. Diferencias de temperatura axilar y rectal.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO

1. Retirar prendas, prótesis y esmalte de uñas.
2. Medir signos vitales haciendo énfasis en las temperaturas axilar y rectal que normalmente difieren en un grado. En caso de procesos inflamatorios abdominales, la rectal se eleva mucho más que la axilar.
3. Rasurar abdomen.

4. Realizar limpieza de abdomen.
5. Canalizar vena profunda.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA EN EL POSOPERATORIO

1. Observación estricta del estado del paciente.
2. Medir signos vitales cada vez que sea necesario.
3. Observar drenajes y apósitos.
4. Cuidados con la hidratación.
5. De ambulación precoz a las 12 o 24 h.
6. Dieta líquida a las 24 h, blanda a las 48 h y libre a las 72 h.
7. Cuidados con la herida diariamente, lavar con agua y jabón y cura seca, retirar puntos alternos a los 7 días y el resto a los 8 días.

NEUMOTÓRAX

Concepto:

Es la penetración de aire procedente del árbol traqueobronquial en la cavidad pleural, casi siempre por ruptura de bulas o vesículas subpleurales (presión interna pleural negativa de inspiración 2 a 7 cm).

Etiología:

1. Espontáneo (bulas enfisema tosas).
2. Traumático (por armas de fuego, blancas y traumas).
3. Terapéutico (como tratamiento de la tuberculosis, ya en desuso).
4. Iatrogénico (error médico).

Fisiopatología del neumotorax espontáneo:

En el adulto joven, aparentemente sano, son las bulas, vesículas subpleurales que aumentan la presión en su interior, se rompen en la pleura visceral y se establece una comunicación bronco pleural. Si las vesículas o el quiste se rompen en el parénquima pulmonar, el aire entra en el intersticio, es enfisema intersticial. Si atraviesa vainas perivalvulares y peribronquiales, es enfisema mediastínico.

Frecuencia:

Ocurre con mayor frecuencia en el adulto joven entre 20 y 40 años, raro en el niño y poco frecuente en el anciano.

Con respecto al sexo su incidencia es mayor en el hombre que en la mujer, en proporción de 6 a 1.

Cuadro clínico:

1. De inicio brusco con disnea.
2. Dolor intenso en el hemitórax afectado.
3. El 50 % se relaciona con un esfuerzo o traumatismo.
4. Puede haber molestias ligeras o sensación de tórax comprimido que irradia al cuello.
5. Intranquilidad.
6. Disnea.
7. Cianosis.
8. Colapso vesicular.
9. Tos seca.

Examen físico:

1. Inspección: inmovilidad del tórax afectado y abombamiento.
2. Palpación: abolición de una gran parte de las vibraciones.
3. Percusión: En el pulmón opuesto es más timpánica por la hiperactividad funcional.

Pruebas diagnósticas:

Rayos X de tórax, donde se ve la interposición gaseosa.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Observación estricta del paciente en todos los tipos de neumotórax.
2. Reposo en posición semisentada a 45° lo que permite la expansión torácica.
3. Mantener estricto cuidado con las mangueras de los equipos Vacum u Overholt, según sea el que este acoplado al paciente.
 - a) En caso de que sea overholt se debe estar atentos a los cortes de electricidad ya que de haber fallas hay que pinzar de inmediato las

gomas del equipo y la sonda pleural, para mantener de 3 a 5 pinzas vestidas con el fin de evitar que entre aire nuevamente y aumente la extensión del neumotórax. Al igual sucede en el caso del vacuum, si hay desperfecto en la bomba de aspiración al vacío.

4. Velar porque la dieta llegue con las calorías requeridas y dar abundantes líquidos, 240 mL cada 6 h.
5. Cumplir estrictamente el tratamiento medicamentoso con las debidas precauciones según vía, dosis y normas de asepsia y anti-sepsia.
6. Los signos vitales se miden según criterio médico, no obstante cuando nuestro personal estima que requieren ser medidos puede efectuar la medición. Si existe alteración de cualquier parámetro vital notificarlo al médico de inmediato, en el caso de ser hipertermia, aplicar el método del cubo.
7. Posterior a la aerosol terapia, aplicar dígito percusión.
8. El analgésico debe ser aplicado según indicación médica.
9. Con los antibióticos hay que llevar las normas de su administración y observar reacciones alérgicas.
10. La cura diaria de los orificios y heridas que tenga el paciente.
11. En la torácocentesis preparar el material requerido y auxiliar al médico en su realización, previa desinfección de la zona a intervenir.
Material: Lidocaína a 2 %, agujas 20 y 23, jeringuilla de 10 mL, pleurótomo, sondas, seda 0, pinza Kocher, alcohol, torundas.
12. Luego, para retirar la sonda pleural se utilizará la maniobra de 4 manos que consiste en:
 - a) Mientras una persona taponea con un apósito el orificio y ejerce presión en este y con la otra mano extrae la sonda halando sin parar.
 - b) A la vez que la otra persona apaga el equipo, recoge la sonda retirada y le alcanza el esparadrapo, previamente cortado, para evitar que penetre el aire del exterior provocando un nuevo neumotórax, esta vez de causa y yatrogénica.
 - d) Fisioterapia respiratoria (insuflar guantes 20 veces/día).

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA “DISTRÉS”

Concepto:

Es un síndrome caracterizado por la disfunción aguda de los pulmones para el intercambio de gases de (O_2 con CO_2) a nivel alveolar,

causada generalmente por una enfermedad respiratoria. En términos gasométricos significa una disminución de la PO_2 que por debajo de 60 mm Hg (hipoxemia) en reposo con variaciones de la PO_2 que puede presentarse con valores normales (normocapnia) o más de 50 mm Hg. (hipercapnia).

Etiopatogenia:

1. Colapso alveolar total o parcial (disminuye la capacidad residual funcional).
2. Edema pulmonar por aumento de la presión hidrostática, de la permeabilidad capilar o ambas.

Clasificación:

Tipo I: Caracterizada por PO_2 y PCO_2 disminuida.

Tipo II: PO_2 disminuida y PCO_2 aumentada y tos, los pacientes con hipoxemia no todos retienen CO_2 .

Factores predisponentes:

1. Edad (aumenta en los ancianos).
2. Obesidad.
3. Antecedentes de enfermedad respiratoria crónica
4. Hábito de fumar.
5. Intervenciones quirúrgicas torácicas y abdominales
6. Anemias, diabetes, esclerosis múltiple, shock hipovolémico.

Factores desencadenantes:

1. De origen en la vía aérea:
2. Lesión pulmonar directa y respuesta inflamatoria.
3. Respuesta inflamatoria, con poca lesión directa y concentración de O_2 aumentada en 50 %
4. Incierto (asfixia, gases de guerra).
 1. De origen vascular:
 - a) Lesión pulmonar directa y respuesta inflamatoria (pancreatitis, drogas, herbicidas).
 - b) Respuesta inflamatoria con poca lesión directa (endotoxemia, shock hemorrágico, embolia gaseosa).
 - c) Otras: traumas, coagulación intravascular diseminada, lesión cerebral.

Cuadro clínico:

1. Síntomas de la enfermedad de base (shock, trauma, sepsis).
2. Síntomas propios de la insuficiencia, pueden comenzar de 24 a 48 h después de instaurada la enfermedad de base. Hasta las 96 h, pueden ser bruscos e insidiosos.
 - a) Aumenta la frecuencia respiratoria (a veces es el único signo constatable)
 - b) Cianosis (no es frecuente, pero si aparece es que la insuficiencia es avanzada, hay insuficiencia circulatoria concomitante)
 - c) Al inicio, el examen físico es negativo, a medida que progresa hay:
 - Disnea.
 - Taquirritmia, de 100 a 160/min o bradicardia (lento).
 - Cianosis distal.
 - Auscultación: (estertores húmedos, roncocalientes y sibilantes, zonas de hipoventilación que traducen atelectasia.
 - Edema pulmonar:
3. Con los rayos X se observa que aumenta la vascularidad pulmonar y aparece la opacidad difusa en velo muy discreto.

En resumen hay:

- a) Hipoxia (disminución de O_2) cuando manifiesta inquietud, confusión, delirio, pérdida de conocimiento, hipotensión, taquicardia, cianosis central, extremidades calientes.
- b) Hipercapnia (aumento del CO_2) cuando el paciente tiene: cefalea, vértigo, confusión, pérdida de conocimiento, sobresaltos musculares, miosis, edema papilar, hipertensión arterial, pulso lleno, saltón, sudoración.

Fase I: Polipnea más alcalosis respiratoria moderada más rayos X normal.

Fase II: Disminución respiratoria subclínica que dura horas o días. Taquipnea progresiva, PO_2 normal, aumenta la alcalosis respiratoria, rayos X con infiltrado pulmonar mínimo.

Fase III: Hipoxemia progresiva PO_2 disminuye rayos X con intensificación de la trama pulmonar e infiltrados.

Fase IV: Hipoxemia severa, que no responde al tratamiento de oxigenoterapia a 100 %, hipercapnia con acidosis mixta y signos de infección, neumonitis, bradicardia, asistolia. A los rayos X no se distingue entre el edema intersticial y la consolidación neumónica.

Pronóstico:

Mortalidad entre 40 y 60 % el que sobrevive casi siempre se recupera tras una larga terapéutica.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo en posición semisentado a 45° con la finalidad de permitir la expansión torácica.
2. Abordaje de venas profundas para cumplir el tratamiento medicamentoso y las hidrataciones.
3. Alimentación por gavage y aspiración cada 4 h previo sondeo con Levine.
4. Colocar monitor.
5. Observación estricta del paciente.
6. Medir signos vitales según indicación médica, y cada vez que la enfermera lo crea necesario.
7. Insuflar un globo o vibrador terapia, según el estado del paciente, se aplica esta fisioterapia respiratoria
8. Dígito percusión después del posaerosol, terapia a PPI.
9. Llevar estricto balance hidromineral.
10. Cumplir tratamiento medicamentoso según:
 - a) Técnica.
 - b) Vía.
 - c) Normas de asepsia y antisepsia.
 - d) Preparación psicológica y apoyo emocional si el estado del paciente lo permite.
 - e) Si se administran fundamentalmente antibióticos, vigilar reacciones anafilácticas.
11. Aspirar vías respiratorias si fuese necesario para mantener su permeabilidad
12. Colocar sonda de oxígeno y aplicar oxigenoterapia de 3 a 4 L/min.
13. Vigilar la aparición de signos de complicación.
14. Preparar los materiales y auxiliar al médico en caso de que se haga necesario llegar a la intubación o traqueotomía, y el acople a un equipo de ventilación mecánica, haciendo entonces una vigilancia estricta del funcionamiento debido al equipo.

HEMOTÓRAX

Concepto:

Consiste en la interposición de una cantidad de sangre entre la pleura visceral y la pleura parietal que generalmente ocurre de forma súbita, proveniente de hemorragias de los vasos circundantes, intercostales, mamarios e internos.

Etiología:

1. Traumatismos cerrados por compresiones (accidentes).
2. Heridas por arma blanca.
3. Heridas por armas de fuego.

Pruebas diagnósticas:

1. Examen físico.
2. Rayos X de tórax.
3. Hemograma y leucograma.
4. Grupo y factor.

Pronóstico:

Siempre es grave, no sólo por el peligro inminente de muerte, pues el volumen de sangre es considerable, sino que de no ser tratado consecuentemente puede tener complicaciones tales como:

1. Hemotórax, organizado o shock hemorrágico.
2. Empiema.
3. Septicemia.
4. Muerte.

Cuadro clínico:

1. Dolor agudo.
2. Disnea.
3. Incapacidad de la zona afectada.
4. A los rayos X opacidad por el derrame ocasionado, por la sangre.
5. Hipovolemia que puede llegar al shock.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo absoluto en posición semisentado a 45°, lo que permite la expansión torácica.
2. Ejercicios respiratorios (insuflando globo veinte veces al día como mínimo).
3. Signos vitales (haciendo énfasis en la tensión arterial que nos da la evidencia del shock hipovolémico).
4. Y todo lo que se detecta precozmente con la vigilancia estricta del paciente. Cuando el compromiso se hace agudo con peligro inminente para la vida del paciente, la terapéutica a seguir será igual que en el neumotórax

ESTADO DE CHOQUE

Concepto:

El choque es un síndrome clínico que indica una circulación inadecuada como resultado de una diversidad de causas, que cuando se hacen prolongadas es incompatible con la vida.

Etiología:

1. Hematógeno (hipovolemia)
2. Cardiogénico (insuficiencia circulatoria)
3. Vasógeno (vasodilatación difusa)
4. Neurógeno (por lesión del sistema nervioso)
5. Séptico (por infección)

Cuadro clínico:

1. Acidosis metabólicas (por hipoxia).
2. Disminución del gasto cardíaco.
3. Inquietud.
4. Taquicardia.
5. Hipotensión al inicio.
6. Hipertensión posterior.
7. Aporte del páncreas de 500 a 700 L de sangre.
8. Secreción de aldosterona que retiene agua y sodio.
9. Dolor.
10. Congestión pulmonar.
11. Atelectasia.

12. Hemorragia pulmonar.
13. Disnea.
14. Acidosis respiratoria.

Efecto sobre otros órganos:

1. Riñón: cuando existen menos de 30 mL de orina ya es un signo de agravamiento.
2. Cerebro: alteraciones de la conciencia, habla a favor de una hipoxia cerebral.
3. Corazón: cuando la presión sistólica está por debajo de 80 mmHg el corazón se pone hipóxico pudiendo llegar a la isquemia y con ella a la necrosis, que lleva al infarto.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Posición:
 - a) Horizontal en decúbito supino, con la cabeza sobre una almohada y con elevación de los miembros inferiores (*trendelumburg*) para facilitar circulación al cerebro
 - b) La posición semisentado será en el choque hipovolémico porque bajar la cabeza en este caso puede aumentar la hipertensión endocraneana.
 - c) En el choque cardiogénico, la posición es semisentada a 45° para evitar la congestión pulmonar
2. Medir signos vitales cada vez que se haga necesario.
 - a) **Pulso:** Es el primer cambio que aparece en los signos vitales ya que la velocidad del corazón y el volumen sistólico disminuye produciéndose una taquicardia compensadora, como intento orgánico de compensar el gasto cardíaco.
El pulso rápido, conocido como filiforme se produce, cuando la presión del pulso, que es la diferencia entre las presiones arteriales sistólica y diastólica donde desciende la sistólica y ascienden la diastólica, se producen pequeños chorros que se percibe como un temblor.
 - b) **Taquicardia:** con la comprensión del pulso radial, es un signo temprano de choque y ya en las últimas etapas del choque la taquicardia aumenta primero, luego disminuye y el pulso se hace imperceptible y aparece una bradicardia.

c) **La presión arterial:** la presión sistólica baja debido al gasto cardiaco reducido.

En los adultos la presión sistólica es:

Promedio normal: 110 a 130 mm Hg.

Choque inminente: 90 a 100 mm Hg.

Choque: por debajo de 80 mm Hg.

Aunque en hipertensos 180 mm Hg sistólica el hecho de tener 120 mm Hg ya es un choque grave y en hipotensos, las cifras se toleran sumamente bajas y llega a ser hasta de 40 mm Hg. Independientemente de las cifras de tensión arterial, un pulso rápido y filiforme son de hecho signos de un choque grave.

d) La hipotermia: en menos de 35 °C.

e) Disnea paroxística.

En el caso de que exista duda del estado de choque del paciente, se hace una pequeña prueba que consiste en medir los signos vitales en posición de decúbito supino y con el paciente sentado, aquí aumenta el pulso y disminuye la tensión arterial con relación a la posición supina lo que nos da el indicio de un choque.

3. Canalizar vena profunda con finalidad de:

a) Mediar al paciente con lo indicado por el médico, lo que estará en dependencia del tipo de choque que presente.

b) Medir la presión venosa central, que se realiza por medio de un catéter que va directo a la aurícula derecha o la vena cava. Ella sirve para valorar las variables hemodinámicas como son: la calidad de la impulsión, el tono vascular y el retorno venoso. A su vez constituye una guía clásica en el tratamiento del choque, cuyos valores son (Tabla 3.1):

Tabla 3.1.

Presión venosa central (PVC)	Aurícula derecha	Vena cava
Normal	0 a 4 cm de agua	6 a 12 cm de agua
Elevada	Más de 4 cm de agua	12 cm de agua
Disminuida o menor	de 4 cm de agua	6 cm de agua

El punto de referencia en el organismo que se utiliza es la línea media axilar.

La PVC elevada indica insuficiencia cardiaca congestiva y taponamiento cardiaco, la vasoconstricción y el aumento de la volemia, dan una PVC alta y la baja indica hipovolemia.

Y las lecturas en el caso grave es cada 5 min o cada vez que pasen 100 mL de líquido.

4. Cateterismo vesical para controlar de manera estricta la diuresis.
5. Llevar estricto balance hidromineral.
6. Realizar gasometría cada 6 h y su valoración con la finalidad de avisar al médico, que debe imponer tratamiento de corrección según el fenómeno ácido básico que se presente.
7. Aminorar el dolor, el cual puede causar o reforzar el choque y reduce la reacción adaptativa del paciente.
8. En el caso de que sea indicada por el médico la hidratación, ésta debe ser regulada por estricto goteo ya que la enfermera debe conocer.
 - a) Que si el choque es hipovolémico, el goteo sea rápido si el paciente aún no está en insuficiencia cardiaca, ya que de este modo se repone la volemia y se compensa el choque (de esta causa).
 - b) En cuanto al tipo de solución a emplear estará dada por la causa, ejemplo (Tabla 3.2):

Tabla 3.2.

Causa	Solución
Hemorragia	Sangre total
Quemaduras	Plasma o albúmina
Vómitos y diarreas	Soluciones electrolíticas (dextroringer, dextrán 40 y otras)

c) Estando alertas a los signos de complicación por sobre hidratación, ejemplo: edema pulmonar.

9. Entre las complicaciones más frecuentes, en sentido general están:
 - a) Insuficiencia renal aguda.
 - b) Lesión renal por coágulos.
 - c) Edema agudo de pulmón.
 - d) Paro cardiorrespiratorio.
 - e) Muerte.

10. Monitorización constante.
11. La observación de enfermería desempeña un papel fundamental, ya que la conducta médica que se ha de seguir en las horas subsiguientes para la determinación y tratamiento de emergencia o evolutivo de un paciente con choque dependen en gran medida de los datos aportados por el personal de enfermería, quien llevará el balance hidromineral y la observación de si hay o no:
 - a) Anuria o oligoanuria.
 - b) Alteraciones electrocardiográficas.
 - c) Cualquier cambio en los signos vitales.
 - d) Cambios gasométricos.
 - e) Así como cualquier otro problema que presente el paciente.
12. La preparación psicológica se le dará al paciente si su estado de conciencia, permite que se realice.
13. El apoyo emocional, será dado al paciente y a los familiares que se encuentran estresados por temor a que el mismo fallezca, cosa ésta no lejos de la verdad.

DIABETES

Concepto:

Es un trastorno endocrino-metabólico a expensas de los hidratos de carbono (carbohidratos), caracterizado por glucosuria (azúcar en la orina) y glucosemia (azúcar en la sangre).

Cuadro clínico:

Es conocido por la enfermedad de las 5 P:

1. Polidipsia (mucha sed).
2. Polifagia (mucha hambre).
3. Poliuria (orinar mucho).
4. Prurito (picazón).
5. Pérdida de peso. Al inicio de la enfermedad y aumento al final.

Estos síntomas significan la descompensación de la enfermedad.

Fisiología de la enfermedad:

La insulina: es una hormona de secreción interna, segregada por las células de Langerhans del páncreas (glándula situada en el epigastrio e hipocondrio izquierdo), cuya función principal es la de actuar como transportado biológico de glucosa en sangre, la cual introduce en la célula para que sea metabolizada y utilizada como fuente de energía.

Clasificación de la diabetes:

1. Diabetes tipo I o juvenil: La que debuta haciendo su aparición en la niñez o primera juventud. También es conocida como insulino dependiente, ya que quienes la padecen tienen un déficit tal de insulina que deben ponérsela de por vida.
2. Diabetes mellitus tipo II o del adulto: Es la que comienza en la etapa adulta de la vida (después de la cuarta década, 40 años). Se regula con dieta e hipoglicemiantes orales.

3. Diabetes gestacional: Es la que aparece en el curso del embarazo que puede desaparecer o no al término de la gestación o aparecer después de la cuarta década de la vida (es tributaria sólo de la mujer).
4. Diabetes insípida: esta es a expensas de la hormona ADH segregada por el lóbulo anterior de la glándula hipófisis (la maestra que regula todo el metabolismo orgánico) y se caracteriza por polidipsia y poliuria.

Pruebas diagnósticas:

El diabético requiere de un estudio complementario completo, aunque son indispensables:

1. Glicemia y perfil glicémico (6 a.m. y 6 p.m. cada 12 h).
2. Electrocardiograma.
3. Fondo de ojo.
4. Filtrado glomerular y creatinina para filtrado.
5. PTG (prueba de tolerancia de glucosa).
6. Proteinuria de 24 h.
7. Prueba de neuroconducción (si hay trastornos motores).
8. Cualquier otro complementario que se estime necesario como puede ser el ultra sonido abdominal.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Ahora bien, la prueba diagnóstica por excelencia en el hogar u hospital es:

Benedict

Prueba que se realiza con 2,5 mL de reactivo de Benedict más 4 gotas de orina en un tubo de ensayo en baño de María durante 5 min. Busca la cantidad de azúcar (glucosa) en orina. Dada en porcentaje.

Azul, verde amarillo naranja ladrillo:

Para ello el médico debe indicar el esquema insulínico (con insulina simple), por ejemplo:

Azul o verde	0 UI
Amarillo	10 UI
Naranja	12 UI
Ladrillos	15 UI

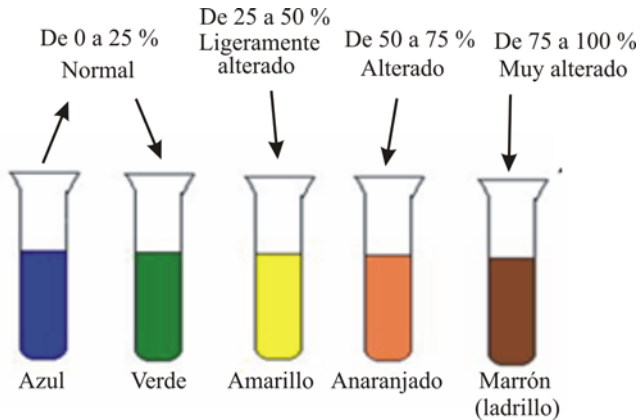


Figura 4.1. Esquema de colores del Benedict

Así como, la insulina lenta puede ser administrada una vez al día (7 a.m.) antes de iniciar todas las actividades, y desayunar, o administrar dos veces al día por ejemplo: 35 UI a las 7 a.m. y 15 UI a las 7 p.m.

Fórmula para su administración:

$$\frac{\text{Tipo de jeringuilla} \times \text{dosis}}{\text{Tipo de insulina}} = \text{Número de rayitas que se han de poner}$$

Ejemplo 1

$$\frac{80 \text{ UI} \times 12 \text{ UI}}{100 \text{ UI}} = 9,6 = 10 \text{ rayitas}$$

Ejemplo 2

$$\frac{40 \text{ UI} \times 15 \text{ UI}}{80 \text{ UI}} = 7,5 \text{ rayitas}$$

Si la cifra es 10,4 UI se aproxima a 10 rayitas y si es 10,6 UI se aproxima a 11 rayitas.

Zonas de administración de la insulina o el mapa insulínico:

El giro, cuando se administra la insulina, se hace en contra de las manecillas del reloj para evitar la lipodistrofia atrofia del tejido graso). El esquema de rotación se muestra en las figuras 4.2 y 4.3.

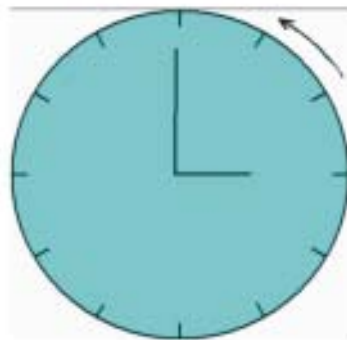


Fig. 4.2. Giro contrario a las manecillas del reloj.

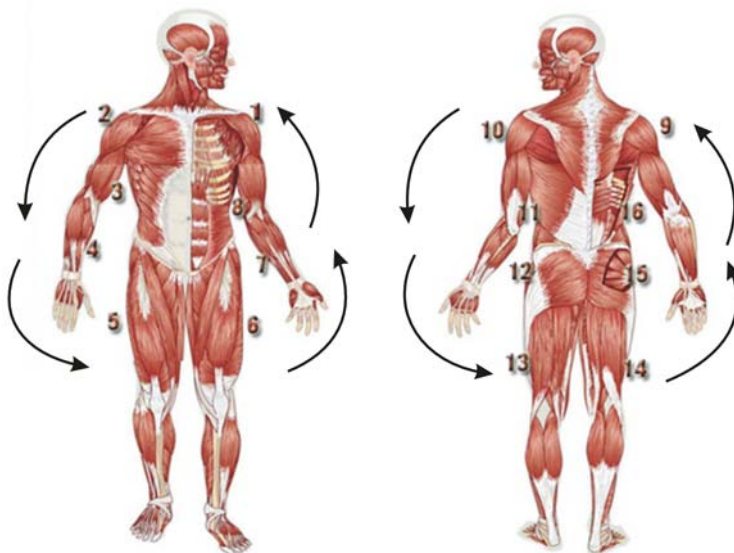


Fig. 4.3. Esquema de sitios para poner insulina (mapa insulínico).

Leyendas de la figura 4.3:

1. Deltoides delantero brazo izquierdo.
2. Deltoides delantero brazo derecho.
3. Base torácica delantera derecha.
4. Antebrazo derecho.
5. Muslo anterior derecho.
6. Muslo anterior izquierdo.
7. Antebrazo anterior izquierdo.
8. Bases torácica delantera izquierda.
9. Deltoides posterior derecho.
10. Deltoides posterior izquierda.
11. Hipocondrio derecho anteroposterior.
12. Región glútea izquierda .
13. Muslo posterior izquierdo.
14. Muslo posterior derecho.
15. Glúteo derecho.
16. Hipocondrio izquierdo anteroposterior

Imbert:

La prueba se hace con 2,5 mL orina + 0,5 mL de amoníaco que se vierte despacio por las paredes del tubo de ensayo y 4 gotas de reactivo *Imbert* que se dejan reposar de 5 a 10 min hasta que aparezcan los anillos cetónicos de color violeta, cuyo grosor indica simbólicamente el número de cruces, que significan los cuerpos cetónicos en orina o degradación de las grasas y proteínas. Puede ser positivo en ayunas y otras enfermedades distintas a la diabetes (Fig. 4.4)

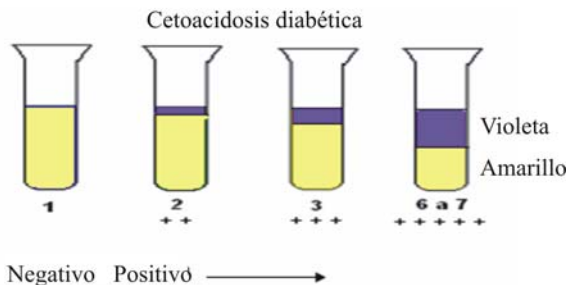


Fig. 4.4. Esquema de cruces del Imbert.

¿Sabe usted cuando un diabético está compensado?

1. Cuando las glicemias que se realicen en cualquier momento den 7 mmol/L.
2. Cuando los Benedict son azules o verdes en 80 % de las veces.
3. Si las hipoglicemias son esporádicas.
4. Si mantiene el peso ideal (talla: 105 cm).
5. Cuando se encuentra el colesterol menor que 6 g/L y los triglicéridos menor de 2 mmol/ L.
6. Si existe un bienestar general que le permite llevar una vida útil, igual al no diabético.

Pilares del diabético:

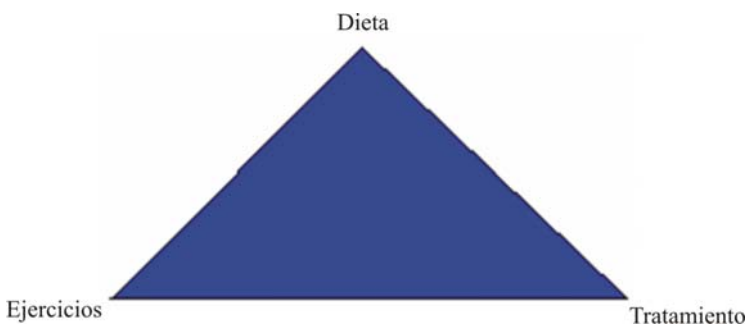


Fig. 4.5. Pilares del diabético.

Un diabético que mantenga sus pilares será un diabético compensado.

Dieta:

Esta será según edad, sexo y actividad física del paciente en calorías por kilogramo de peso.

Ejemplo:

Ingerir 1500 cal, 1800 cal, 2000 cal, etc., con las ya mencionadas seis comidas del diabético, así como debidamente balanceadas en minerales, vitaminas y proteínas (jugos de frutas naturales + verduras abundantes + proteínas), pocos carbohidratos.

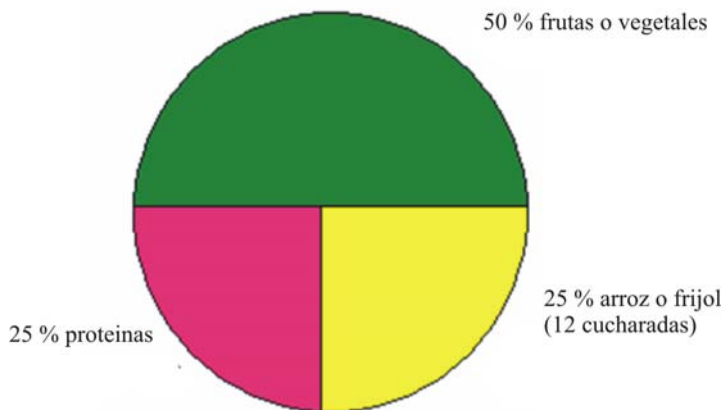


Fig. 4.6. Dieta, proporciones y porcentajes.

Sólo para cuando el paciente esté compensado:

Ejercicios:

Deben ser moderados y en caso de actividad física prolongada se administrará glúcidos.

Tratamiento:

Será el indicado por el médico que sigue el caso, ya sea, hipoglicemiantes orales como son, ejemplo ; diabetón o tolbutamida, diabefen, glibenclamida o con tratamiento de insulina lenta o simple según se requiera, o la combinación de ambas inclusive. Asistirá a consulta cada 3 meses aún cuando esté compensado.

Precauciones del diabético:

1. Evitar:
 - a) Infecciones.
 - b) Hongos.
 - c) Heridas.
 - d) Traumas.
 - e) Golpes.

2. Mantener cortadas las uñas.
3. Secarse bien los espacios interdigitales, ingle y debajo de las mamas.
4. Tener precauciones con el calzado, que no provoquen flictenas, ampollas o callosidades.
5. En caso de larga evolución de la diabetes, vigilar la visión por posible retinopatía diabética.
6. Ingerir la dieta adecuada, como profilaxis de:
 - a) Hipoglicemias.
 - b) Hiperglicemia.
 - c) Polineuritis diabética.
7. Chequeo periódico de la función renal y cardiacas.
8. Cumplir estrictamente el tratamiento indicado.
 - ¿Sabía usted, que la diabetes es una enfermedad hereditaria?
 - ¿Conoce usted que entre los puntos neurálgicos del diabético se encuentra la visión, el corazón, los riñones y las circulación?

Usted, como diabético puede comer todo tipo de alimentos, sólo que en pequeñas cantidades en seis comidas diarias.

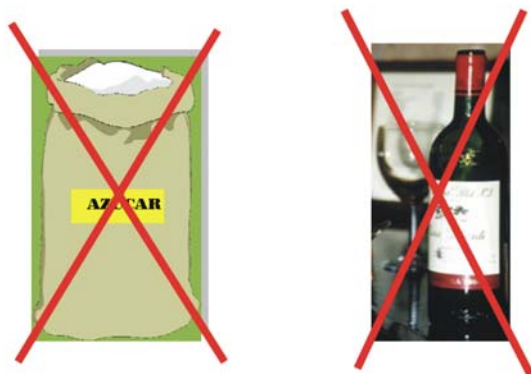


Fig. 4.7: Prohibiciones de alcohol y azúcar.

Tarjeta de identificación del diabético:

ATENCIÓN

Usted puede salvar mi vida

Nombre: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Soy diabético, por favor si pierdo conocimiento, deme un vaso de agua con azúcar y lléveme al hospital más cercano.

Gracias.

Si conoces su enfermedad y aplica los conocimientos adquiridos, usted habrá aprendido a vivir con ella y evitará complicadas molestias.

PATOLOGÍAS QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN SISTEMÁTICA

HEPATITIS

Concepto:

La alteración primaria y difusa del hígado, de carácter viral, bacteriano y otras en que aunque la lesión hepática, forma parte de una lesión del agente causal, domina el cuadro clínico

En el orden epidemiológico, terapéutico y clínico debemos diferenciarlos (Tablas 5.1 y 5.2):

Tabla 5.1

Cuadro clínico	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Otras
Malestar general	Si	Si	Si	Si
Anorexia	Si	Si	Si	A veces
Náuseas	Si	Si	Si	A veces
Dolor abdominal	Si	Si	Si	Si
Fiebre	Si	No	No	A veces
Ictero	Si	A veces	A veces	A veces
Acolia	Si	A veces	A veces	A veces
Coluria	Si	A veces	A veces	A veces
Hepatomegalia	Si	Si	Si	Si

Pruebas diagnósticas:

1. Transaminasa glutámico oxalacética: 12 a 45 UI.
2. Transaminasa glutámico pirúvica: 12 a 45 UI.
3. Fosfatasa alcalina: 0 a 4 UI.
4. Antígeno australiano o de superficie (si es positivo, se habla de hepatitis B y AgHBs).
5. Bilirrubina (directa, indirecta y total): 7 a 12 UI.
6. Ultrasonido hepático.
7. Cualquier otro complementario que indique el médico.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Notificación obligatoria al departamento de epidemiología de la institución donde sea atendido el paciente.
2. Ya no es utilizado el aislamiento del paciente, aunque sí debe aislarse sus fómites (artículos personales) además de extremar las medidas de asepsia y antisepsia con el material que se utilice con estos pacientes, especialmente en la vía parenteral, desinfección de excretas, orina y el control higiénico ambiental, de agua y alimentos, vectores mecánicos en los primeros 7 días fundamentalmente. Este es el período de mayor peligrosidad para la contaminación o el contagio.
3. Encuestar a los posibles contactos y realizarle los complementarios con el objetivo de:
 - a) Detectar precozmente a los posibles contaminados.
 - b) Detener la rápida propagación de la enfermedad.
4. Se utiliza la cuarentena y seguimiento por 50 días en aquel personal con riesgo de contaminación que labore con niños.

Tabla 5.2.

Hepatitis	Agente causal	Vía de transmisión	Reservorio	Periodo incubación (días)	Periodo transmisión (días)
A, epidémica o infecciosa	Virus A	Digestiva fecal-oral	Hombre enfermo, primates superiores	10 a 15	10 a 57
B por suero homólogo o antigénica de Australia	Virus B	Mecánica (inoculación hematógena, digestiva, sexual)	Igual a la anterior	50 a 160	50 a 167
C	Virus C	Posttransfusional	Igual a la anterior	Variable	No precisado

PANCREATITIS AGUDA

Concepto:

Es la inflamación aguda del páncreas de causa múltiple que tiene un espectro muy amplio de gravedad, el cual varía desde un trastorno

muy ligero que responde al tratamiento hasta uno de gravedad extrema, refractario por completo a toda medicación.

Etiología:

1. Enfermedades de las vías biliares (cálculos e infecciones).
2. Alcohol.
3. Factores idiopáticos (desconocidos).
4. Causas diversas (reflujo de y material infectado hacia el conducto pancreático, corticosteroides, hiperparatiroidismo, hiperlipemia, diabetes, gestación, hemocromatosis como cálculo del colédoco, neoplasias, e inflamación del esfínter de Oddi, traumas, factores neurogénicos y otros).

Cuadro clínico:

1. Dolor en el epigastrio, que irradia al dorso, retroesternal y flancos.
2. Choque (piel fría, humedad, taquicardia, hipotensión y cianosis).
3. Náuseas y vómitos.
4. Temperatura entre 39 y 40 °C.
5. Distensión abdominal por fíleo paralítico a causa de peritonitis química.
6. Íctero flavínico (color naranja).

Complicaciones:

1. Pancreatitis hemorrágica aguda.
2. Choque.
3. Muerte.

Pruebas diagnósticas:

1. Amilasa sérica por encima de 3000 unidades y se equilibra entre las primeras 24 a 48 h.
2. Lipasa sérica que se eleva después de las 48 h y es mayor que 2 mL de NaOH/100 (se normaliza a los 5 días igual que la amilasa sérica).
3. Amilasa urinaria en más de 8 000 U/L.
4. Hemograma con leucocitocis entre 10 000 y 30 000 mil. La hemoglobina y el hematocrito disminuyen.
5. Úrea sanguínea, aumenta en choque.
6. El calcio disminuye (refleja la extensión de la necrosis). Las cifras por debajo de 7 mg % son de mal pronóstico.
7. Glicemia: hiperglicemias transitoria.
8. Bilirrubina: directa entre 2 y 4 mg%.

9. Potasio: Hipopotasemia.
10. Ultra sonido de abdomen (muestra inflamación y calcificación del páncreas).
11. Laparoscopia. Muestra lesiones de citoesteatonecrosis, hematomas del peritoneo parietal, exudado serofibrinoso y dilatación de asas intestinales y el estómago. Puede haber en la pancreatitis hemorrágica sangre libre en abdomen).
12. Gasometría e ionograma cada 6 h.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo absoluto.
2. Canalizar vena profunda.
3. Cuidados con la hidratación.
4. Cuidados con la presión venosa central.
5. Realización y valoración de gasometría e ionograma.
6. Llevar estricto balance hidromineral.
7. Observación estricta y signos de choque.
8. Signos vitales cada vez que sea necesario.
9. Monitorización constante.
10. Apoyo emocional y preparación psicológica ante cada proceder.
11. Mantener normas de asepsia y antisepsia.
12. Mantener higiene del paciente (baño en cama y cambio de ropa cada vez que sea necesario).
13. Sonda gástrica y vesical.
14. Colocar colchón antiescara.
15. Movilizar en los diferentes decúbitos.
16. Aplicar masajes en los puntos de apoyo.

PIELONEFRITIS AGUDA

Concepto:

Es la infección urinaria aguda que toma pelvis y parénquima renal. Caracterizada por fiebre elevada, dolor lumbar y escalofríos, con ardor o no a la micción.

Factores predisponentes:

1. El sexo, más frecuente es el femenino en una proporción de 10 mujeres por cada hombre. Ello se debe a que en el caso de la

mujer, la continuidad de la uretra, la vagina y el ano es de escasos centímetros.

2. La gestación por el aumento de la toxicidad en sangre.
3. Las obstrucciones de las vías urinarias a cualquier nivel (cálculos, neoplasias, fibrosis periuretrales).
4. Las estenosis uretrales.
5. Diabetes mellitus, hemiplejía, instrumentación urológica.

Etiología:

1. Gérmenes gram. negativos en la mayoría de los casos (90 %).
2. Colibacilo, 80 % o más de las pielonefritis.
3. *Escherichia coli*: 90 % en la vía ascendente.
4. *Enterococo*.
5. *Proteus*.
6. *Aerobacter*.
7. *Klebsiella*.
8. *Streptococo*.
9. *Pseudomonas*.
10. Estafilococo dorado.

Vías de transmisión:

1. Hematógena (en caso de estafilococo).
2. Linfática (descartada).
3. Ascendente (probada y de mayor frecuencia en la mujer).

Cuadro clínico:

1. Fiebre de 39 a 41 °C mantenida.
2. Sudación profusa h después de la fiebre.
3. Cefalea con foto fobia.
4. Dolor en ambas fosas lumbar es de intensidad variable que puede llegar al cólico nefrítico y no se alivia con el reposo.
5. Orinas turbias.
6. Hematuria ocasional.
7. Polaquiuria dolorosa.
8. Tenesmo vesical variable.
9. Vómitos.
10. Diarreas.
11. Meteorismo y distensión abdominal en lactantes.
12. Convulsiones tónico clónicas generalizadas, asociadas a la hipertermia.

13. El llanto a la micción por la polaquiuria
14. En ancianos mal nutridos, se instaura el choque séptico y la coagulación intravascular diseminada.

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma: Leucocitosis con desviación a la izquierda.
2. Eritrosedimentación: Acelerada.
3. Orina: Leucocituria con más de 10 leucocitos/ campo, albúmina y cilindruria.
4. Urea y creatinina: Elevadas cuando hay factores prerenales o afección renal previa.
5. Conteo de Addis: La albúmina es de 3 a 15 g/L y los leucocitos superiores a 200 000 y 3 cilindros/min.
6. Urocultivos: Identificar al germen causal y si es mayor de 100 000 colonias/mL, se plantea que hay infección, si es menor de 10 000 colonias/mL se contaminó la muestra.
7. Reacciones serológicas: Como el TASO se evidencia la presencia de la antitoxina del germen.
8. Inmunofluorescencia: Anticuerpo unido a la bacteria es un signo patognomónico de infección parenquimatososa renal.
9. Urograma descendente: Solo se indica en los casos que no responden al tratamiento (por lo riesgoso de la prueba).
10. Hemocultivos: Evidencia el germen circulante en sangre.

Complicaciones:

1. Cronicidad.
2. Abscesos.
3. Perinefritis.
4. Peritonitis.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo, que debe ser absoluto en crisis dolorosas y relativas si no hay dolor.
2. En caso de hipertermia, de 39 a 41 °C:
 - a) Utilizar el método del cubo como medida antitérmica.
 - b) Vigilar posible crisis convulsiva.
3. En caso de convulsión tónica clónicas, aplicar medidas de protección al paciente tales como:
 - a) Evitar caída brusca.
 - b) Restringir en la cama.
 - c) Aplicar protector de lengua.

- d) Mantener vías aéreas permeables.
 - e) Cambio de ropa y aseo en caso de relajación esfinteriana.
 - f) Escribir en la observación de enfermería: modo de comienzo, tiempo que dura la convulsión, tipo de convulsión, cualquier otro dato de interés.
4. Mantener al paciente, limpio y seco
 5. Administrar un vaso de agua o líquido cada 6 h.
 6. Canalizar vena profunda.
 7. Regulación estricta del goteo de la hidratación.
 8. Observar y describir características del dolor.
 - a) Modo de comienzo.
 - b) Alivio.
 - c) Irradiación.
 - d) Periodicidad.
 - e) Duración.
 9. Llevar hoja de balance hidromineral.
 10. En caso de vómitos utilizar el método de succión de hielo.
 11. Vigilar signos de choque séptico.
 12. Preparación psicológica del paciente ante cada proceder.
 13. Apoyo emocional a pacientes y familiares.
 14. Educación sanitaria en cuanto al aseo de los genitales, especialmente los femeninos

SÍNDROME NEFRÓTICO

Concepto:

Cuadro clínico humoral caracterizado por edemas, proteinuria, hipoproteinemia e hiperlipemia, consecutivos a múltiples enfermedades de patogenia incierta, pero en la que factores inmunológicos, actúan aumentando la permeabilidad de la membrana basal glomerular para las proteínas plasmáticas.

Se plantea que el paciente que presente una proteinuria mayor de 3 g en 24 h y una seroalbúmina inferior a 2,5 g, aún en ausencia de otros componentes, es portador de este síndrome.

Etiología:

1. Glomerulopatías primarias.
2. Por daños mínimo.
3. Proliferación difusa de las células malignas.

4. Membranosa.
5. Proliferativa de comienzo insidiosa.
6. Membranosa proliferativa.
7. Focal.
8. Nefropatías con medias lunas epiteliales.
9. Nefrosis congénita.
10. Glomerulopatías secundarias.
11. Diabetes mellitus.
12. Lupus eritematoso disseminado.
13. Amiloidosis.
14. Nefritis de la púrpura de Schölein-Henoch.
15. Sífilis.
16. Malaria.
17. Poliarteritis nudosa.
18. Trombosis de la vena renal.
19. Drepanocitemia.
20. Hiperantigenemia B.
21. Agentes nefróticos (tridiona, penicilina, sales de oro).
22. Neoplasias (leucemia, enfermedad de Hodgkin, etc).

Cuadro clínico:

1. Cuadro de la causa de la afección, más:
 - a) Astenia.
 - b) Anorexia.
 - c) Náuseas ocasionales.
 - d) Diarreas.
 - e) Disnea.
 - f) Oliguria.
 - g) Edema renal (blanco, blando, frío, indoloro, de fácil Goded, en tejidos laxos, escrotos y párpados). Llegar a la anasarca o al síndrome de Cushing. Aparecen generalmente entre 7 y 10 días, aunque puede hacerlo en las primeras 24 h.
 - h) Proteinuria mayor de tres gramos por litro en 24 h.
 - i) Lipiduria, glucosuria, aminoaciduria.
 - j) Elevadas densidad y bajo sodio.
 - k) Hipoalbuminemia e inversión del índice de serina/globulina
 - l) Hipertensión arterial.
 - m) Anemia.
 - n) Elevación de azoados.

Complicaciones:

1. Trombosis venosa.
2. Infecciones.
3. Crisis dolorosa.
4. Insuficiencia renal.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Atención de la patología de base.
2. Reposo con los pies más elevados, facilitando el retorno venoso.
3. Si náuseas o vómitos utilizar el método de succión de hielo.
4. Colocar cateter de oxigenoterapia, si disnea.
5. Restringir líquidos.
6. Llevar estricto balance hidromineral.
7. Medir diuresis de 24 h y densidad.
8. Dieta hiposódica (3 g/kg del peso) e hiperproteica
9. Signos vitales según indicación médica y cada vez que se haga necesario.
10. Observar si aparece:
 - a) Escarcha urémica.
 - b) Aliento cetónico.
 - c) Trastornos de conducta.
11. Canalizar vena profunda.
12. En el caso de la administración de corticoides, observar que su supresión sea lenta y progresiva, para de este modo:
 - a) Restablecer la función suprarrenal
 - b) Hacer la profilaxis del síndrome del Cushing (y edemas de la cara y los cuatro miembros).

GLOMERULONEFRITIS

Concepto:

Proceso inflamatorios de causa inmunológica que afecta difusamente los glomérulos, guarda relación con una infección estreptocócica y se expresa por oliguria, edema, hipertensión arterial, hematuria y proteinuria.

Frecuencia:

Puede verse a cualquier edad, pero es más frecuente en niños y adultos jóvenes.

Etiología:

Estreptococo beta en hemolítico del grupo A e idiopáticas.

Etiopatogenia:

El estreptococo despierta la respuesta inmunológica donde la proteína M sola o unida al fibrinógeno, constituyen el antígeno responsable de la lesión renal. En otro tanto ocurre con las endoestreptomicina que estimula la síntesis de inmunoglobulinas G por lo que activa el complejo inmune, que lesiona en el glomérulo.

Cuadro clínico:

1. Oliguria.
2. Edema.
3. Hipertensión arterial.
4. Hematuria.
5. Proteinuria.

Pruebas diagnósticos:

1. Hemograma y leucograma.
2. Urea y creatinina.
3. Ionograma (si oliguria para ver el potasio).
4. Diuresis y densidad.
5. Electrocardiograma y telecardiograma.
6. Ultra sonido renal.
7. Biopsia renal.
8. Parcial de orina y cituria.
9. Urocultivos.
10. Proteinuria de 24 h.
11. Ácido vanilvándélico.
12. Conteo de Addis.
13. Eritrosedimentación.
14. Título de antiestreptolisina O, TASO.
15. Filtrado glomerular y creatinina para filtrado.

Evolución:

1. Curación.
2. Glomerulonefritis crónica.
3. Glomerulonefritis subaguda.
4. Muerte.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Mantener el reposo absoluto sólo en casos graves.
2. Mantener las debidas precauciones en la administración de antibióticos, diuréticos y digitálicos.
3. Educación sanitaria en relación con:
 - a) La dieta hiposódica.
 - b) La restricción de líquidos.
 - c) La necesidad de llevar tratamiento medicamentoso estricto.

Observar reacciones adversas tales como: Shock anafiláctico, trastornos electrolíticos, intoxicación digitálica.

Estas complicaciones no deben ser tratadas tardíamente ya que pueden llevar al paciente a la muerte.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Concepto:

Es la caída brusca, casi siempre irreversible de la filtración glomerular acompañada de oliguria (menos de 400 mL de orina en 24 h por 1,73 m² de superficie corporal), y cuya consecuencia es la elevación de los productos nitrogenados en sangre, así como las alteraciones graves electrolíticas

Etiología:

1. De causa prerenal: Son por disminución del riego sanguíneo (shock, deshidratación, quemaduras y hemorragias).
2. De causa renal: Daño por lesiones vasculares (glomerular, tubular, intersticial y vascular) de mecanismo químico y necrótico como son antibióticos nefrotóxicos.

3. De causa postrenal: oclusiones postrenales (cálculos, tumores y coágulos).

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo en posición horizontal.
2. Las acciones independientes de enfermería están como el tratamiento, en dependencia de las causas.
3. Signos vitales cada vez que sea necesario.
4. Observación de enfermería.
5. Preparación psicológica y apoyo emocional ante cualquier proceder.
6. Educación sanitaria.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Concepto:

Es la pérdida lenta y progresiva, casi siempre irreversible de las funciones del riñón, a causa de enfermedades que producen una destrucción bilateral difusa del parénquima renal y cuya expresión clínica está dada por síntomas de la enfermedad que la produjo y por manifestaciones clínicas propias de la pérdida de las funciones renales.

Clasificación etiológica:

Primarias. Congénitas:

1. Nefritis hereditarias (enfermedad de Alport).
2. Riñones poliquísticos.
3. Hipoplasia renal.
4. Tuberculosis renal congénita.
5. Glomerulopatías crónicas.
6. Nefritis intersticial y crónica.
7. Tubulopatías crónicas congénitas.

Secundarias:

1. Hipertensión arterial esencial maligna.
2. Diabetes mellitus.
3. Lupus eritematoso diseminada.
4. Angéitis.

5. Amiloidosis primaria y secundaria.
6. Nefropatías producidas por drogas.
7. Púrpura trombocitopénica trombótica.
8. Hiperparatiroidismo primario.
9. Cistinosis y oxalosis.

Pruebas diagnósticas:

Son todas las utilizadas en el aparato renal y la gasometría.

Cuadro clínico:

1. Insuficiencia renal crónica compensada, grado I: manifestaciones clínicas de la enfermedad renal, con filtrado glomerular por encima de 50 mL/min.

Grado II: Aumenta la urea y la creatinina, mientras que el filtrado glomerular que está entre 30 y 50 mL/min.

Grado III: Poliuria con nicturia, pérdida exagerada de sodio, hipertensión, anemia normocítica y normocrómica, urea y creatinina elevadas, orina todos los días con igual volumen y densidad.

Grado IV: Cuadro clínico del grado III más pronunciado tinte terroso en la piel, edema facial y en miembros inferiores, hipertensión arterial de difícil control, anorexia, aliento urinoso, náuseas, vómitos, insomnio, polineuropatía, creatinina en 100 mg%, urea en más de 100 mg%, filtrado glomerular entre 5 y 10 mL/min.

Grado IV: Hiponatremia, acidosis metabólicas, intolerancia al potasio, hipocalcemia, hiperfosfatemia en relación con la síntesis de la vitamina D, hiperparatiroidismo secundario.

Grado V: Insuficiencia renal crónica descompensada, cuadro de uremia terminal con agravamiento de todos los signos y síntomas, lo que puede llevar al paciente del, coma a la muerte.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

En fases I, II, III:

Las acciones van encaminadas a la educación sanitaria del paciente en cuanto a:

1. Dieta.
2. Restricción de líquidos.
3. Cuidados con la piel.

4. Llevar tratamiento de la enfermedad de base.
5. Conocer los signos y síntomas que constituyen agravamiento.

En fase IV:

1. Medir signos vitales cada vez que sean indicado por el médico y cada vez que sea necesario por alguna alteración que presente del paciente.
2. Hacen que se realicen la gasometría, reclamar y valorar su resultado con el objetivo de llamar al médico, ante cualquier alteración gasométrica, que presente el paciente. Cumplir el tratamiento de corrección.
3. El reposo será absoluto.
4. La observación de signos de complicación es vital para resolver de manera pronta y eficaz cualquier problema nuevo que presente el paciente.
5. Canalización de vena profunda y en este caso de arterias. Para pasar los medicamentos indicados y el Chun (catéter para diálisis y hemodiálisis).
6. La dieta en el momento de dializar al paciente será a complacencia ya que todos los productos que ingiere el paciente serán depurados (desechados) a través de la diálisis. Luego ha de ser hiperproteica.
7. Medir estrictamente diuresis (evitando catecismo vesical, el que está proscrito).
8. Llevar un control riguroso del balance hidromineral.
9. La higiene se hace imprescindible, no sólo por estado de reposo absoluto que debe guardar, sino por los signos de escarcha urémica que puede presentar.
10. La preparación psicológica ante cualquier procedimiento, son muy importantes en este tipo de enfermos, sin dejar de aplicar la educación sanitaria que en estos casos cobra una vigencia y relevancia extraordinarias ya que son ellos, los que están obligados a vivir con su enfermedad por largos períodos de tiempo. En muchas ocasiones son personas jóvenes que se encuentran en espera de un trasplante que en muchas ocasiones se logra con completo éxito.

En fase V:

1. Las acciones independientes de enfermería son todas aquellas, que se emplean en los portadores del coma en la fase final de la enfermedad, que incluyen, excepto la dieta, todas las anteriores.

2. Donde la observación reviste de una importancia vital, ya que de ella dependen las medidas que se han de tomar desde el punto de vista médico, que hagan la profilaxis de complicaciones, que, de incrementar el grado de coma, puedan dar al traste con la vida del paciente.

NEOPLASIAS

Concepto:

Es la formación o crecimiento de un grupo de células con carácter anarcoproliferativo, que hace que sean tumoral. Este a su vez puede presentarse cualquier órgano.

Etiología:

Desconocida.

Clasificación:

Benignos y malignos.

Carácter genético:

No comprobado. Las pruebas diagnósticas, el cuadro clínico y el tratamiento están en dependencia del órgano afectado y estadio de la enfermedad.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Dependen también del órgano afectado y el estadio de la enfermedad aunque en esta entidad hay una acción que no se puede olvidar jamás, es la de aliviar mediante una cuidadosa aplicación de un esquema de analgésicos indicados por el médico.

También proporcionando una oposición en que el paciente se sienta aliviado, la higiene y el confort, así como las condiciones de seguridad suelen, psicológicamente, contribuir a la disminución del dolor. No es extraño utilizar frases de cariño con respecto a los pacientes. Pero sí

en algunos casos, esto debe constituir una práctica obligada por la inmensa necesidad que tienen de afecto, por sufrir un gran tormento durante el curso de la enfermedad y el seguro desenlace fatal.

Por todo ello, se pone de manifiesto el axioma de la medicina que dice «lo primero es prevenir, cuando no se pueda prevenir, curar, cuando no se pueda curar, aliviar y cuando sea tarde para aliviar, consolar».

ANEMIAS

Concepto:

Es la reducción por debajo de los límites normales del número de hematíes por mililitro, de la cantidad de hemoglobina en gramos por ciento y del volumen del hematocrito.

Cifras normales:

(Varían según sexo, edad y la región del mundo).

En Cuba:

Hombre

Hb: de 13 a 15 g%

Mujer: Hb: de 11 a 14 g%

Etiología:

1. Hemorragias.
2. Hemólisis (destrucción de hematíes).
3. Incapacidad medular de compensar la pérdida diaria normal.
4. Déficit en el glóbulo rojo (anemia).

Clasificación:

1. Anemias por deficiencia de los diferentes elementos que intervienen en la maduración eritrocítica, como son:
 - a) Vitamina B₁₂ (cianocobalamina)
 - b) Ácido fólico.
 - c) Hierro.
 - d) Otros factores (vitamina B₆, piridoxina, etc.).

- e) Síndrome de mala absorción intestinal.
- 2. Anemias por alteración medular primaria:
 - a) En el curso de anemias hemolíticas crónicas.
 - b) Mieloptisis.
 - c) Infecciones.
 - d) Radiaciones.
 - e) Tóxicos.
 Estas son secundarias y hay idiopáticas.
- 3. Anemias por hemorragias.
- 4. Anemias por déficit de hierro. Ferriprivas.
- 5. Tumores
- 6. Carenciales

Cuadro clínico:

Está en dependencia de la causa, aunque existen síntomas comunes a todas las anemias, ellos son:

- 1. Astenia, fatiga fácil.
- 2. Anorexia.
- 3. Insomnio.
- 4. Cefalea.
- 5. Palidez cutáneo mucosa.
- 6. Ligera glositis con atrofia de las papilas gustativas.
- 7. Disfagia sideropénica (síndrome de Plummer-Vinson).
- 8. Gastritis con atrofia de la mucosa gástrica y anacloridia (estos pacientes tienen pelo fino y quebradizo).
- 9. Fisura de la comisura de los labios.
- 10. Pica (por ferropenia, comer cal y arroz crudos).
- 11. Pagofagia (ingestión compulsiva de hielo).
- 12. Coiloniquia (uñas en cuchara).
- 13. Trastornos menstruales.
- 14. Paresias en manos y pies (con anemia crónica).
- 15. Estreñimiento y diarreas (con anemia crónica).
- 16. Íctero amarillo limón (con anemia crónica).
- 17. Fiebre ligera.
- 18. Pulso blando y soplos funcionales.
- 19. Trastornos neurológicos severos.

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma (Hb disminuida).
2. Constantes corpusculares.
3. Lámina periférica.
4. Fe sérico (aumenta en crónica, disminuye en ferropénica).
5. Medulograma (alterado).
6. Prueba de absorción de hierro.
7. Ferrocinética (igual al Fe sérico).
8. Conteo de reticulocitos (aumenta).
9. Plaquetas (disminuyen).
10. Bilirrubina (aumentada).
11. Gastroscopía (hay atrofia en la crónica).

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Están encaminadas a:

1. Garantizar la realización de las pruebas diagnósticas.
2. Reposo relativo, favoreciendo condiciones de sueño.
3. Asegurar una dieta hiperproteica y rica en vitaminas.
4. Vigilar signos que nos muestren un indicio del tipo de anemia, como la pica.
5. Orientar a la paciente que presente trastornos menstruales.
6. Educación sanitaria en cuanto al conocimiento de los síntomas y la importancia del cumplimiento del tratamiento médico.
7. Observar estrictamente:
 - a. Reacciones adversas al Fe que pueden llegar al shock.
 - b. Trastornos neurológicos severos.
 - c. Fiebre en ocasiones (aplicar el método del cubo).

ENFERMEDADES PARASITARIAS

Concepto:

Es la infestación del organismo por protozoos y helmintos, los que producen un cuadro característico del agente causal (Fig. 5.1).

Etiología:

1. Protozoos: *Giardia*, *coccidios*, *Trichomonas*, *Balantidium*, *amebas*, etc.
2. Helmintos: *Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale*, oxiuro, *taenia saginata*, *E. granulosus*, *E. multilocularis*, etc.

Vía de transmisión: ano-bucal.

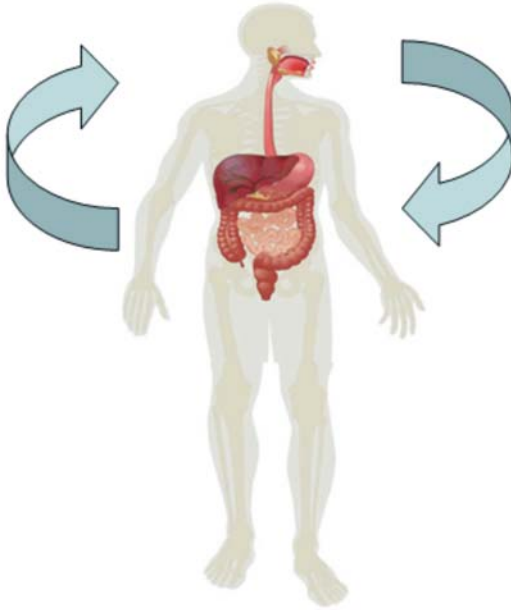


Fig. 5.1. C

1. Heces fecales simples y seriadas.
2. Coprocultivos.
3. Sangre oculta en heces fecales seriadas.
4. Ultrasonido abdominal.
5. Hemograma (Hb baja, anemia, leucocitosis con eosinofilia)

Medidas profilácticas:

Crear condiciones higiénico-sanitarias para el colectivo donde se conviva, y desde el punto de vista personal, extremar dichas medidas.

Cuadro clínico:

Está en dependencia del agente causal, aunque existen síntomas generales o comunes a toda infección parasitaria.

1. Dolor abdominal de tipo cólico o no.
2. Obstrucciones mecánicas por grandes cantidades de parásitos.
3. Anemia.
4. Diarreas (fétidas, acuosas y semisólidas, flemosas, sanguinolentas).
5. Pérdida de peso.
6. Otros síntomas: Bronconeumonía, fiebre, expectoración hemoptoica, déficit de O² arterial, vómitos, peritonitis, apendicitis aguda y crónica, estrangulación de hernias, tos, prurito anal (oxiuro), insomnio, irritabilidad, diarreas flemosas, epigastralgia, anorexia, cólicos, flatulencia, intolerancia a la lactosa.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Estas van encaminadas a la educación sanitaria fundamentalmente entre las principales medidas tenemos:

1. La correcta deposición de las heces fecales, en servicios sanitarios a fin de evitar la contaminación del agua potable, por las propias heces directamente o al mezclarse las aguas albañales y potables.
2. Mantener las uñas cortas.
3. Lavado de manos previo a la manipulación de alimentos tanto para elaborarlos como para ingerirlos así como luego de realizar deposiciones fecales.
4. Lavar adecuadamente las verduras, vegetales, frutas y todos los alimentos que se ingieren crudos.
5. Dar el adecuado tiempo de cocción a las carnes, eliminando larvas o parásitos enquistados, antes de ingerir las mismas.
6. Tapar los alimentos ya elaborados hasta el momento de su ingestión, evitando la contaminación por vectores.
7. Tapar depósitos de basura.

8. Alejar animales del hogar (que puedan ser reservorios como el cerdo).
9. Chequeo periódico de heces fecales en personas que vivan en grandes colectivos (círculos infantiles, becas, unidades militares, contingentes, etc.), que hayan contraído parásitos más de una vez y sean manipuladores habituales de alimentos
10. Una vez contaminado el paciente debe conocer la importancia que tiene cumplir estrictamente el tratamiento indicado por el médico a fin de erradicar los parásitos.
11. Hervir el agua de consumo humano, sobre todo, después de ciclones, tormentas tropicales, etc., que aumentan el riesgo de contaminación.

Todas estas medidas serán orientadas por la enfermera así como el breve conocimiento de los síntomas del paciente. De éste depende en gran medida la erradicación de la enfermedad, poniendo en práctica todo lo que se les ha enseñado.

LEPTOSPIROSIS

Concepto:

Es la enfermedad causada por las leptospiras, comunes al hombre y los animales, sea cual sea su serotipo específico. Provocada por varios microorganismos antigénicamente diferentes, pero morfológicamente iguales, pertenecientes al género leptospiras, que tienen un alto grado de especificidad antigénica, lo que constituye la base de su clasificación.

Etiología:

Microorganismos del género leptospiras, filiformes, de 6 a 15 μ de longitud y varían de 4 a 0,25 μ de espesor con espirales estrechos, los extremos se doblan como ganchos con movimientos ondulados. Tienen alto poder invasivo, resistentes al frío, mueren entre los 50 y 55 °C durante 30 min de exposición, sensibles a los rayos solares, perecen en medio ácido. Viven en aguas estancadas, de curso lento a temperatura entre 22 y 30 °C sin exponerse al sol y pH neutro; pueden vivir varias semanas.

Período de incubación:

Es de 7 a 12 días, aunque hay casos en que se ha prolongado de 2 a 20 días.

Cuadro clínico:

Síndrome febril súbito de 4 a 7 días de duración.

Primera etapa o fase septicémica de 4 a 7 días: Cuadro infeccioso agudo (brusco) en 90 % anictérico:

1. Escalofríos.
2. Fiebre de 39 a 40 °C.
3. Malestar general.
4. La mejoría de este cuadro se asocia a la desaparición de las leptospiras en sangre, líquido cefalorraquídeo y demás tejidos.
5. Cefalea.

Segunda etapa o fase de 4 a 30 días: Comienza con la aparición del anticuerpo contra las leptospiras (respuesta inmune):

1. Leptospiruria (expulsión de leptospiras por la orina) de 7 a 30 días.
2. Meningitis.
3. Manifestaciones hepáticas.
4. Manifestaciones renales.
5. Manifestaciones se sépticas (de 4 a 7 días).
6. Otras como: fiebre remitente, dolor abdominal, malestar general, cefalea, mialgias, escalofríos, delirio y alucinaciones, conducta psicopática con tendencia suicida, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarreas, hemorragias gastrointestinales, adenopatías generalizadas, deshidratación, inyección conjuntival, hepatoesplenomegalia, exantemas cutáneos maculopapulares, síndrome de Guillan Barré, faringitis, parotiditis, orquitis, epididimitis, otitis media, taquicardia, arritmias, meningitis, edema papilar, espasticidad, parálisis, nistagmo, neuritis periférica, parálisis de nervios craneales, crisis convulsivas, radiculitis, trastornos visuales y mielitis.

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma (neutrofilia de 20 000 a 40 000 con leucocitos de 12 000 a 18 000).

2. Coagulograma (disminuida la proteína plasmática)
3. Eritrosedimentación (acelerada).
4. Orina (albuminuria, cilindruria, piuria, hematuria).
5. Glicemia (hiperglicemias que mejora según estado del paciente).
6. TGO, TGP, fosfatasa alcalina (ligeramente elevadas).
7. Urea y creatinina (elevadas en descompensación renal).
8. Bilirrubina (elevada sobre todo la directa).
9. Pruebas serológicas positivas.
10. Líquido cefalorraquídeo con células entre cuarenta y quinientos con discretas elevación de proteínas.
11. Proteínas plasmáticas: hipoproteinemia e hipoalbuminemia y aumento de alfa 1 y alfa 2.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA.

Estamos ante un paciente que de haber conocido la profilaxis y la gravedad de esta enfermedad, no lo hubiera padecido. Su prevención comprende una serie de medidas tales como:

1. Informar a la población sobre la prevención y lucha contra la leptospirosis.
2. Usar guantes, botas, impermeables en el caso de trabajar directamente en la agricultura.
3. Mantener roedores bajo control.
4. Las zonas pantanosas o inundadas deben ser adecuadamente drenadas o secas
5. Proteger el agua potable y los alimentos con tapas.
6. Viviendas correctamente higienizadas.
7. Proscribir la inmersión y natación en aguas que se sospecha puedan estar contaminadas, más aún si éstas se encuentran cerca de unidades militares, escuelas al campo, campamentos, etc, (en lugares de gran aglomeración de personal que viva en colectivo lo que aumenta la propagación de dicha enfermedad.

Si el cuadro clínico indica lo extensamente florido y agravante de esta enfermedad, hace que los cuidados de enfermería estén encaminados a solucionar los problemas del paciente, que van desde:

1. Utilizar el método del cubo ante la hipertermia elevada que se ve en estos casos, así como el método de succión de hielo ante las náuseas y vómitos.

2. Reposo absoluto que se impone para bajar la inflamación del colédoco que provoca el íctero.
3. La canalización de vena profunda es para el cumplimiento de la terapia con antibióticos indicada, así como la hidratación y transfusiones que requieran ser orientadas al paciente, las cuales deben ser correctamente reguladas en goteo y rotuladas.
4. Extremar todas las medidas de asepsia y antisepsia ante cada proceder, así como la higiene personal y cambio de ropa del paciente, debido a su estado de inmunodepresión.
5. Se llevará estricto balance hidromineral con diuresis y las 24 h.
6. La dieta será según lo permita el estado del paciente, que de ser posible será hipercalórica y rica en vitaminas y minerales, por los grandes requerimientos energéticos del paciente.
7. Las condiciones de silencio y oscuridad se pueden proporcionar mediante el aislamiento y la colocación de monóculos en ambos ojos, lo que a su vez permite evitar o disminuir la alteración neuronal y con ello las convulsiones.
8. En caso de ocurrir las convulsiones se aplicarán las medidas anticonvulsivantes, que se refieren en temas anteriores.
9. En la observación de enfermería, como siempre es el más amplio aspecto, vigilando:
 - a) Signos vitales, que se medirán según indicación médica y cada vez que se observe alteraciones.
 - b) Signos de enclavamiento, que hablen a favor del edema cerebral, y pueden provocar convulsiones.
 - c) La monitorización que facilita detectar de forma precoz de las alteraciones cardíacas.
 - d) Las hidrataciones y transfusiones son estrictamente controladas.
 - e) Las posibles reacciones adversas de la antibióticoterapia terapia aplicada en este caso.
10. El apoyo emocional será dado con especial énfasis ya que este paciente asiste a su cuadro de agravamiento lento y progresivamente. Sus familiares sufren la agonía del propio paciente.
11. La preparación psicológica será impartida siempre que el estado del paciente lo permita.
12. Se hará fisioterapia respiratoria profiláctica a la neumonía hipostática y ejercicios pasivos en miembros, como prevención de úlceras por decúbito y atrofiás musculares.

13. Se realizaran y reclamaran todas las pruebas diagnósticas indicadas por el médico.
14. Se auxiliará al médico en la realización de ciertos procedentes, como son: la punción lumbar, la intubación y la diálisis.

Por todo lo anteriormente expuesto en esta afección de suma gravedad, ha quedado demostrado el relevante papel que juega el personal de enfermería, tanto en la profilaxis de la enfermedad, como en la recuperación del paciente y prevención de complicaciones que lo lleven a la muerte.

PATOLOGÍAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN SISTÉMICA

ENFERMEDADES DEL COLÁGENO

Este grupo de patologías, que no por su poca frecuencia, deja de ser de interés, ya que en primer lugar aparece en 10 % de los casos en niños y en 90 % en adultos jóvenes, menores de 50 años. En segundo lugar el carácter de cronicidad de estas entidades nosológicas lo da el hecho de que más de 50 % de los casos logra vivir hasta 25 años padeciéndolas.

Aunque no es difícil deducir que mientras más joven es el paciente a quien ataca, mucho más corta será su vida. Es por ello que en este capítulo se trata con especial sentimiento pues nos ha tocado ver padecer y morir a varios jóvenes portadores de *Lupus eritematoso diseminados*, experimentando ante ellos el peor de los sentimientos para un profesional, la impotencia.

A pesar de ello no cesaremos en nuestro empeño hasta tanto se encuentre la cura para este tipo de enfermedad, debemos brindarles a estos pacientes una existencia más amena que les permita disfrutar en alguna medida su corta y dolorosa vida.

LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADOS

Concepto:

Enfermedad con múltiples y variadas manifestaciones cutáneas y viscerales que se hacen extensas, ocasionadas por lesiones del tejido conectivo, abarca dermis, membranas serosas y sistema vascular. Factores genéticos, inmunológicos, ambientales y endocrino, provocan una disgregación del sistema inmune con producción de auto anticuerpo y complejos inmunes.

Cuadro clínico:

Se caracteriza por brotes de exacerbación aguda y remisión a veces prolongada.

Pronóstico:

Fatal

Frecuencia:

Mayor en mujeres que en hombres (de 6 a 1)

Edad de aparición:

De 5 a 18 años, 3 % de los casos y entre 18 y 50 años 90 %.

Factor hereditario:

Se cree que existe, por la elevada incidencia en gemelos idénticos, así como anomalías subclínicas en familiares de enfermos. También se ha visto en varios miembros de una familia padecer de *lupus* o alguna otra colagenosis

Etiopatogenia:

Hay presencia de estructuras parecidas a los polimixovirus y se estima que es una respuesta celular desconocida que se estimula ante la congregación. Es un fenómeno inmunológico auto agresivo, evidenciado por los anticuerpo hallados en los tejidos y sueros del paciente, el agente causal al actuar en un medio predispuesto al caos orgánico, producirá disminución de la función de los linfocitos T supresores sobre los linfocitos B, provocando una producción anarcoproliferativa de anticuerpo, como la gammaglobulina 7S (inmunoglobulina G) que es el factor de lupus eritematoso. Es un anticuerpo antinuclear que afecta el núcleo de las células susceptibles y desaloja la histona de la nucleoproteína celular, lo que ocasiona que el núcleo salga a la periferia, siendo casi expulsado y fagocitado en ese instante por los leucocitos polimorfonucleares. Que tienen incluido un resto nuclear formando entonces con esta adición genética la, célula de lupus eritematoso típica de esta enfermedad. (Fig. 6.1).

Los anticuerpos antinucleares o células de lupus eritematoso específicas de esta enfermedad son el anti ADN nativo (ácido

desoxirribonucleico de doble cordón) el anti NPS (desoxirribonucleoproteína soluble) y el anti glicoproteína extraído de las células tímicas.

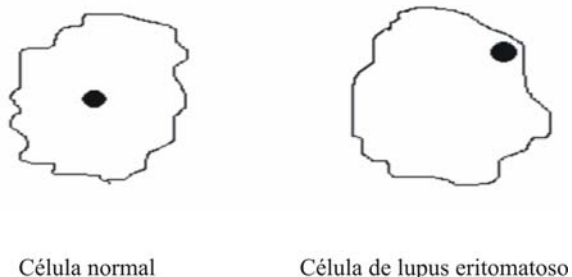


Fig. 6.1. Célula de lupus eritematoso.

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma con hemoglobina baja (anemias, linfopenia).
2. Eritrosedimentación, acelerada en los períodos de exacerbación.
3. Prueba de Coombs, positiva aún sin anemias hemolíticas.
4. Electroforesis de proteínas, hipergranmaglobulinemia de tipo policlonal.
5. TGO y TGP, poco elevadas.
6. Serología, positiva sin haber sífilis.
7. Factor reumatoideo, positivo en 25 % de los casos.
8. Célula de lupus eritematoso, está presente en 90 % de los casos.
9. Anticuerpos antinucleares, están elevados.
10. Complemento del suero, bajos
11. Biopsia de piel: positiva en 75 % los casos.
12. Esputos, hemoptoicos.
13. Rayos X de tórax, reforzamiento de la trama hileo pulmonar
14. Fondo de ojo, suelen haber lesiones en retina.

Cuadro clínico:

Síntomas generales:

1. Fiebre de larga evolución.
2. Astenia.
3. Anorexia.
4. Pérdida de peso.

Lesiones cutáneas (Fig. 6.2):

1. Eritema en alas de mariposa (en las mejillas).
2. Eritema alrededor de los labios o detrás de las orejas, en el cuello, la espalda, las palmas de las manos o en los espacios interdigitales y ante brazos.
3. Habones urticarianos y edema angioneurótico.
4. Eritema lineal al borde de los párpados.
5. En la región peri ungueal y yema de los dedos.
6. Lesiones ulceradas de la vasculitis lúpica.
7. Alopecia muy frecuente.



Fig. 6.2. Lesiones cutáneas.

Lesiones ostiomiarticulares:

1. Artritis y artralgia (ambas son simétricas y migratorias)
2. Artritis crónica de las pequeñas articulaciones con deformaciones, derrame sinovial frecuente donde está presente la célula de lupus eritematoso.

Manifestaciones respiratorias:

1. Esputos hemoptoicos.
2. Hemoptisis fulminantes.

3. Pleuresía serofibrinosa.
4. Neumonía intersticial lúpica (en estados terminales).
5. Rayos X: signos de reforzamiento de la trama hilio pulmonar.

Manifestaciones cardiovasculares:

1. Endocarditis verrugosa de Libman-Sacks.
2. Pericarditis lúpica.
3. Hipertensión arterial.
4. Miocarditis.
5. Fenómeno de Raynaud.

Manifestaciones renales:

1. Glomerulonefritis agudo o crónica.
2. Síndrome nefrótico.
3. Sedimento urinario.

Síntomas digestivos:

1. Dolor abdominal.
2. Vómito.
3. Diarreas (por mala absorción)
4. Ulceras mucosas.
5. Hematemesis.
6. Melena.
7. Enterorragia.
8. Hepatomegalia con este esteatosis.
9. Hepatitis lupoide (afección típica en el lupus eritematoso diseminados).

Manifestaciones neurológicas:

1. Ansiedad.
2. Trastornos de la memoria.
3. Alucinaciones.
4. Cuadros psicóticos.
5. Crisis convulsivas generalizadas (en ocasiones preceden a la enfermedad y en otras es al final de esta).
6. Diplopía.
7. Hemiplejías.
8. Nistagmo.
9. Polineuritis.

10. Estado de coma en fase terminal por vasculitis cefálica lúpica con edemas e infarto cerebral.
11. Hemorragias cerebrales diseminadas pequeñas.

Manifestaciones hemolinfopoyéticas:

1. Esplenomegalia moderada.
2. Adenopatías de diversos tamaños.
3. Púrpuras y petequias.
4. Anemias hemolíticas.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Como se ha podido apreciar claramente, esta enfermedad de carácter crónico, tiene manifestaciones clínicas diversas. Ella ataca en sentido general, de forma masiva, aunque fracciona sus ataques en brotes y por sistemas desde el propio inicio de la enfermedad, en la más tierna edad, hasta su fin en edad no muy avanzada. Por esto el deterioro orgánico se hace masivo.

Es por ello que para nosotros resulta imprescindible que el paciente se conozca minuciosamente, de ahí la importancia que atribuimos a:

1. La educación sanitaria que ha de impartirse a estos pacientes están encaminada a que:
El paciente debe conocer:
 - a) Los síntomas de la enfermedad y acudir a su especialista de forma temprana evitando complicaciones que puedan agravar el cuadro y costarle la vida.
 - b) Que las exposiciones al sol están proscritas porque agravan las lesiones de la piel e incluso llegan a presentar sarcoma de Kaposi a causa de exposiciones prolongadas a los rayos ultravioletas.
 - c) Que la higiene personal y cuidado de la piel, en sentido general, reviste gran importancia, ya que cualquier otra afección dermatológica sobre añadida como puede ser:
 - La escabiosis.
 - Las dermatitis.
 - Las quemaduras sólo complicaría severamente los cuadros del paciente.

- En el caso de la mujer, ésta debe convencerse de que el embarazo es un alto riesgo para su vida, ya que produce exacerbaciones de la enfermedad y alarga los períodos de remisión. En estos pacientes se experimentan tempranas manifestaciones de toxemia, durante el embarazo. En la mortalidad fetal, sea por aborto espontáneo o parto prematuro un feto muerto en el útero es de más de 35 % de los casos. Los raros casos que llegan a nacer generalmente padecen anemia hemolítica del recién nacido o malformaciones congénitas, que lo llevan a la muerte.

El embarazo agrava las manifestaciones renales por la retención de sustancias azoadas. Por lo que nuestra orientación va encaminada a evitar el embarazo mediante el uso de anticonceptivos.

2. Es de gran importancia el apoyo emocional a pacientes y familiares que conocen y sufren la angustia de tener que afrontar múltiples brotes de la enfermedad, con la esperanza de alcanzar la cura de esta, lo que hasta hoy se encuentra lejano de las posibilidades reales y por el contrario se enfrentan a una muerte, generalmente, muy dolorosa y a temprana edad.
3. Las acciones independientes de enfermería se irán realizando según el paciente presenta problemas, de ahí que:
 - a) La fiebre es un síntoma muy frecuente por diversas causas, entre ellas la inmunodepresión que acompaña a este paciente de por vida. Esta es la razón por la que debe estar preparado y conocer las medidas antitérmicas, entre ellas el método del cubo, factible de utilizar en la propia casa del paciente y que es una profilaxis de la convulsión febril.
 - b) La astenia, se ayuda a mejorar con el reposo adecuado de 8 h de sueño y períodos de descanso en el día.
 - c) La anorexia y pérdida de peso se resuelven estimulando el apetito, además de conocer que debe hacer una dieta hipercalórica y rica en vitaminas y minerales, normosódica si no hay hipertensión arterial, oliguria y edemas.
 - d) La protección de las lesiones cutáneas con pomadas, es importante porque aunque no se las llega a eliminar, si las mejora notablemente. Como ejemplo dentro de las pomadas más usadas tenemos, la paba compuesta, la triamcinolona y las pomadas esteroides.

Se le debe explicar al paciente que estos medicamentos se aplicarán después del baño y un sacado y moteado para que los poros estén limpios y abiertos, a fin de lograr una buena asimilación del medicamento.

- e) El vómito y las náuseas, también aparecen en estos pacientes con relativa frecuencia, lo que puede contrarrestarse de forma eficaz en la propia casa o en cualquier lugar utilizando el método de succión de hielo, que da muy buenos resultados.
- f) Las lesiones ostiomioarticulares se atenúan mediante el cumplimiento del medicamento indicado por el médico y con algunos ejercicios que relajen los músculos.
- g) Cuando el paciente presenta manifestaciones respiratorias, como las neumonías y las hemoptisis, se requiere de ingreso, y con medidas como son:
 - Canalización de vena para cumplir el tratamiento del antibiótico que sea indicado por el médico y llegar a transfundir en casos de hemorragia, conteniendo la misma llevando la cabeza hacia atrás y taponando las fosas nasales, si la sangre proviene de esa zona.
 - Medir signos vitales cada vez que se haga necesario.
 - Mantener al paciente bajo estricta observación.
- h) Si aparecen lesiones cardiovasculares, se impone una terapéutica específica y una vigilancia más estricta, por lo que el paciente será atendido en una sala de terapia y monitorizado de inmediato.
- i) Al aparecer complicaciones renales nos dispondremos a:
 - Regular estrictamente los líquidos y diuréticos.
 - Vigilar la tensión arterial.
 - No utilizar la vía parenteral salvo casos excepcionales.
 - Preparar y canalizar una vena profunda para colocar el chun de la hemodiálisis.
 - Comenzar a realizar las diálisis peritoneales
 - Llevar un estricto balance hidromineral controlando rigurosamente la orina, vigilando la oligoanuria que eleva a las sustancias azoadas y con ello debutan las manifestaciones neurológicas.
- j) Las complicaciones neurológicas serán atendidas por su magnitud y gravedad.
 - Ya que al aparecer en la obnubilación o confusión mental se debe orientar al paciente sobre: ¿Quién es? ¿Donde está? ¿que le está pasando?, hasta tanto regrese del cuadro, tratando de evitar que se lesione en caídas ocasionadas por mareos o vértigos y mantenerlo bajo estricta vigilancia.

- Si hay pérdida de conciencia y aparece el papiledema, vigilar el estado de coma y su profundización. Colocar monóculos humedecidos con suero fisiológico frío, lo que disminuye el edema palpebral considerablemente.
 - En caso de aparecer signos de hipertensión endocraneana y con ella las convulsiones por compresión cerebral o hipertermia, se aplicarán las medidas anticonvulsivantes ya descritas en acápite anteriores.
- k) La observación de enfermería plasmada en la historia clínica será minuciosa, lo que auxiliará al médico de forma considerable.
- l) Lamentable y dolorosamente estos pacientes no logran sobrevivir y ocurre un desenlace fatal. Entonces se mortaja, lo que sencillamente es la última acción independiente de enfermería que se les brinda así como se les da a los familiares el apoyo emocional que requiere esta triste situación.

POLIARTERITIS NUDOSA

Concepto:

Es la inflamación necrotizante, difusa o segmentaria de la capa media de los vasos arteriales de mediano y pequeño calibre. Su frecuencia es en la 2da y 5ta décadas de la vida.

Frecuencia:

Tres mujeres por cada hombre. Y más prevalente en personas de origen africano, asiático y del Caribe que las de origen caucásico.

Etiología:

Desconocida, aunque se atribuye a causas inmunológicas similares a la hipersensibilidad tipo II (reacción antígeno-anticuerpo) el lupus eritematoso diseminado.

Después de una infección respiratoria o una reacción medicamentosa suelen aparecer los primeros síntomas.

Cuadro clínico:

Constituyen el inicio de la enfermedad:

1. Fiebre, astenia, mialgias, anorexia, pérdida de peso.

2. Manifestaciones de piel y mucosas.
 - a) Nódulos pequeños en la piel y subcutáneos aislados, en grupo o linealmente al lado de los vasos afectados.
3. Hemorragias o infartos subungueales, urticaria, rash eritematoso, lívido reticular, petequias, anasarca.
4. Dolores musculares y articulares de gran intensidad y luego aparece la astenia muscular y la atrofia.
5. Hipertensión de carácter maligno que afecta al corazón, cerebro y riñones (aparecen soplos, angina, oclusión coronaria, pericarditis).
6. Tos, expectoración, condensación pulmonar.
7. Dolor abdominal, vómitos, diarreas sanguinolentas, infarto hepático.
8. Glomerulonefritis, infección respiratoria aguda, hematuria, infarto testicular, poliarteritis.
9. Esplenomegalia con hemorragia.
10. Neuritis, polineuritis clásica, hemiplejia, monoplejias, afasia, con vulsiones, AVE hemorrágico, hipertensión endocraneana.

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma: con desviación a la izquierda y eosinofilia.
2. Eritrosedimentación: acelerada.
3. Conteo de plaquetas: elevadas $500\ 000/10^9(L)$.
4. Orina: proteinuria, piuria, cilindruria y hematuria franca.
5. Proteínas plasmáticas: aumentadas
6. Electroforesis de proteínas: gammaglobulina aumentada.
7. Factor reumatoideo: positivo.
8. Complemento sérico: ligeramente elevado.
9. Biopsia de piel y músculo: positiva.

El curso de la enfermedad es fatal, ya que conducen irremediablemente a la muerte en seis meses.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Similares a las del lupus eritematoso.

GUILLAIN BARRÉ

Concepto:

Es un síndrome caracterizado por el inicio brusco de los síntomas que toma nervios periféricos y craneales generalmente con antece-

dentes de procesos infeccioso del tracto respiratorio superior o gastrointestinal, de 5 a 12 días, que precede al inicio de esta patología.

Etiología:

Desconocida, el único dato en común que se relaciona es lo que precede en la mayoría de los casos una infección gastrointestinal, viral o respiratoria.

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma, con leucocitosis.
2. Parcial de orina, con leucocitosis de 5 a 10/mL.
3. Heces fecales, en ocasiones se aíslan bacterias.
4. Punción lumbar con manometría con presión del líquido cefalorraquídeo elevada.
5. Estudio citológico, negativo.
6. Estudio bacteriológico; en ocasiones meningococo.
7. Rayos X de tórax evolutivo, suelen ser negativo.
8. Gasometría; según evolución.
9. Ionograma; diario con alteraciones del sodio y potasio.
10. Electrocardiograma, presenta arritmias.
11. Urea, elevada.
12. Eritrosedimentación, acelerada.
13. Proteínas totales, disminuidas.
14. Fondo de ojo, con diversas alteraciones.
15. Examen de reflejos osteo tendinosos.

Cuadro clínico:

1. Babinski.
2. Cefalea intensa.
3. Vértigo.
4. Náuseas.
5. Fiebre escasa.
6. Taquicardia.
7. Disfagia.
8. Manifestaciones de parálisis en miembros inferiores.
9. Disartria.
10. Toma del quinto, décimo y oncenos pares craneales.
11. Pérdida de la sensibilidad profunda.
12. Papiledema en fase recuperatoria.
13. Compromiso respiratorio frecuente.

La utilización de inmuno supresores como las ciclofosfamida 2 mg/kg de peso diario, asociado al tratamiento de corticosteroides e intaglobin ha dado muy buenos resultados.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Esta enfermedad es también de carácter grave, de comienzo brusco, con mayor incidencia en la raza blanca y el sexo femenino, generalmente en adultos, aunque pueden verse en niños y adultos jóvenes.

Cuando ocurre en niños por lo regular es fatal y si logran sobrevivir quedan con secuelas motoras.

Medidas generales:

1. El reposo, que será absoluto con todas las condiciones propicias para un adecuado descanso en sala de terapia.
2. Mantener vías aéreas permeables con una adecuada ventilación, si es necesario.
3. Canalizar vena profunda.
4. Enema evacuante diario.
5. Colocar colchón antiescara, mantener la higiene personal y el cambio de ropa cada vez que se hagan necesaria y cambio posición cada 4 h como profilaxis de las úlceras por decúbito.
6. Medir signos vitales cada vez que se haga necesario.
7. Monitoreo permanente.
8. Caracterización vesical y llevar estricto balance y hidromineral.
9. Mantener precauciones con los esteroides y reglas de oro de la administración de medicamentos.
10. Extremar las medidas de asepsia y antisepsia ante cualquier proceder.
11. Los cuidados con la hidratación deben ser los establecidos en regulación de goteo y rotulación.
12. La observación de posibles complicaciones neurológicas que hagan adoptar nuevas medidas es absolutamente necesaria.
13. Aplicar medidas anticonvulsivantes en caso necesario.
14. Realizar fisioterapia en miembros interiores.
15. La dieta debe ser ingerida con la debida cantidad de proteínas, vitaminas y minerales.

NEUMONÍA

Concepto:

Infección bacteriana aguda del pulmón, síndrome de condensación inflamatorios, caracterizada por una inflamación exudativo-fibrinosa de uno o varios lóbulos o segmentos pulmonares y que evoluciona con manifestaciones clínicas típicas.

Etiología:

1. Bacterias, virus, riketsias y hongos.
2. Aspirativas (inhalar sustancias clásicas).
3. Alérgicas.
4. Hipostáticas.

Frecuencia:

Es más frecuente en invierno e inicios de la primavera, en personas con afecciones de las vías respiratorias por virus, pueden ocurrir brotes epidémicos en escuelas, prisiones, hospitales, unidades militares, contingentes, etcétera.

Patogenia:

Por la liberación de la endotoxina de la bacteria o agente causal.

Fisiopatología:

Irritativa, por lesión del bronquio que puede ser química o traumática.

Infecioso:

Por la liberación de las toxinas del agente causal.

Alérgicas:

Por reacción antígeno-antígeno.

Cuadro clínico:

1. Tos
2. Expectoración (blanca perlada, abundante en eosinófilos, purulenta, según agente causal herrumbrosa, si contiene sangre).
3. Fiebre de 39 a 40 °C (cuando es infeccioso agudo).
4. Dolor torácico de variada intensidad.
5. Astenia.
6. Anorexia.
7. Dolor en punta de costado.
8. Polipnea superficial.

Al inicio, la tos es seca, quintosa y molesta, la expectoración característica, viscosa y de color herrumbroso (por estar uniformemente mezclada con sangre). En la neumonía de base derecha se ve dolor abdominal.

Examen físico:

Se constata:

1. Polipnea superficial y disminución de la expansión torácica del lado afectado.
2. Palpación: Disminuye la expansión torácica y aumentar las vibraciones vocales.
3. Percusión: Disminución de la sonoridad pulmonar, lo que se traduce por matidez a la percusión en el lado afectado.
4. Auscultación: Estertores crepitantes y un soplo tubárico en el centro del foco y rodeado por una corona de crepitantes con ausencia o disminución del murmullo vesicular, a veces hay broncofonía (resonancia de la voz en los bronquios) y pectoriloquia áfona (resonancia de la voz a través de las paredes torácicas que da cavidades o dilatación bronquial).

Pruebas diagnósticas:

1. Hemograma y leucograma (leucocitosis con desviación a la izquierda, en casos fulminantes puede haber leucopenia con desviación a la izquierda).
2. Rayos X: Opacidad de la zona afectada (generalmente en la base del pulmón, en el niño en forma de moteado o foco diseminados).
3. Broncografía.
4. Fluoroscopia.
5. Tomografía axial computarizada (TAC).

6. Espustos bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) buscando bacilos de Koch-TB y esputos bacteriológico, buscando bacterias, así como esputos citológicos en busca de células neoplásicas.
7. Eritrosedimentación: acelerada.
8. Electrocardiograma.
9. Hemocultivos: Buscando bacterias.
10. Ionograma: con disminución del cloro y el sodio en sangre y en orina.
11. Contra inmuno electroforesis: Se obtiene el antígeno del neumococo en sangre y en orina.

Evolución:

En 2 o 3 días mejoran, si se interrumpe el tratamiento hay recaídas. El pronóstico en jóvenes es favorable, en ancianos puede ser fatal.

Complicaciones:

1. Pleuresía con derrame bacteriológicamente estéril.
2. Empiema (colección de pus).
3. Meningitis y endocarditis.

Menos frecuentes:

1. Pericarditis.
2. Peritonitis.
3. Artritis.
4. Abscesos cutáneos metastásicos.
5. Nefritis.
6. Íleo paralítico.
7. Shock séptico.
8. Dilatación gástrica.
9. Íctero.
10. Fallo cardiaco.
11. Flebo trombosis.
12. Herpes labial.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Reposo absoluto en posición semisentado en casos graves y relativos en leves.

2. Drenaje postural (del lado contrario a la lesión con la finalidad de facilitar la expulsión de que las secreciones del árbol bronquial).
3. Administrar dieta blanda hiperproteica y abundantes líquidos, doscientos cincuenta ml cada 4 h.
4. Cuidados con las pruebas diagnósticas:
5. Explicar en qué consiste.
6. Entregar y recoger al paciente los frascos de esputos debidamente rotulados.
7. Aplicar el método del cubo en caso de hipertermia.
8. Medir signos vitales cada vez que sea necesario.
9. Observar estrictamente signos de complicación y especial vigilancia en la detección precoz del choque anafiláctico por la aplicación de penicilina.

NUEVAS ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

En este capítulo se describen las innovaciones creadas con el objetivo de resolver problemas del paciente, que aparecen con marcada frecuencia en múltiples afecciones. La búsqueda de nuevos métodos más eficaces es una premisa en el quehacer científico - técnico de todas las ramas de las ciencias. En la salud pública es también preocupación de todo su personal profesional y técnico encontrar soluciones para restablecer la salud de la población afectada.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO CON ZEOLITA

Uno de los problemas de nuestra rama, la enfermería, es resolver la cicatrización de las úlceras por presión o decúbito, ya que estas:

- a) Aumentan la estadía hospitalaria.
- b) Afectan la producción y la defensa
- c) Pueden provocar la muerte del paciente por sepsis generalizada y, además, el dolor que sufren los enfermos durante el tiempo que las padecen y la afectación psíquica de ellos y sus familiares es otro problema.
- d) Añaden los gastos de materiales, que tradicionalmente ocasionan estas curas.

Por lo que nuestro trabajo está encaminado a dar una respuesta a este problema de salud de la población y una solución correcta a los escasos recursos que enfrentamos en este período especial.

Actualmente existen 24 zonas del mineral en el país, que se encuentran en explotación. En Villa Clara y La Habana (Jaruco) están los yacimientos medicinales.

La zeolita o bien llamada «mineral del siglo», tiene múltiples usos tales como:

- a) Alimentación animal (ganado vacuno).

- b) Soponcios.
- c) Industria de la goma, el papel y cosméticos.
- d) En el tratamiento de aguas residuales y suelos.

En las ciencias médicas:

- a) Como talco para guantes.
- b) En la cura de la rafia, parásitos vaginales, afecciones del cuello uterino, diversas lesiones dermatológicas y úlceras gástricas
- c) Porque el tratamiento curativo de las úlceras por presión que es una innovación realizadas por nosotros y cuya experiencia práctica data ya de 10 años y los resultados han tenido tal éxito que en la actualidad el producto ideado y utilizado por nosotros, se elabora de forma industrial, en el laboratorio de medicina verde de nuestra Institución.

ÚLCERA POR PRESIÓN

Concepto:

Es la pérdida de solución de continuidad del tejido epitelial por isquemia, que puede llegar con facilidad a la necrosis de la zona afectada.

Etiología:

Factores predisponentes.

1. Déficit nutricional.
2. Inmovilización prolongada.
3. Isquemia de los puntos de apoyo.

Factores que favorecen su formación.

1. La humedad.
2. La falta de higiene.
3. Las arrugas en la ropa de cama y personal.

Cuadro clínico:

Primera fase:

1. Rubor en puntos de apoyo.
2. Dolor en zonas afectadas.

Segunda fase.

1. Coloración gris oscuro de los puntos de apoyo.
2. Aumento de temperatura de las zonas afectadas.
3. Tumefacciones en ocasiones.

Tercera fase:

1. Disminución de las sensaciones dolorosas por destrucción de las terminaciones nerviosas en esa zona.
2. Necrosis total de las zonas afectadas por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la región.

Medidas profilácticas:

Se tomaran muestras previas al tratamiento, en caso de existir cualquier tipo de secreción o signo de infección, ya que en los pacientes con sepsis sobre añadida el tratamiento no se debe aplicar hasta que la infección haya sido erradicada mediante la antibiótico terapia específica según el germen. Se dará inicio al tratamiento.

Lo más frecuente que hemos hallado en los casos tratados por nosotros son:

1. *Pseudomona.*
2. Estreptococo.
3. *Escherichia coli.*

Una vez realizado el tratamiento de antibiótico-terapia y eliminado el germen, se procede a la aplicación del tratamiento con zeolita mediante la metodología siguiente:

Primero:

Limpieza de arrastre de la úlcera con solución salina, secando bien posteriormente con torundas de gasa, ya que el principio de

enfermería número 17 plantea que «la humedad favorece el crecimiento bacteriano».

Segundo:

Se elimina todo tejido necrótico que se aprecie, ya que la isquemia se hace progresiva si se mantiene este tejido y de este modo se pone en vigor el principio número 3 que plantea «Las bacterias oportunistas proliferan en tejidos necróticos».

Tercero:

Sobre el tejido epitelial, donde se encuentra la úlcera (epidermis, dermis e hipodermis) se coloca el polvo de zeolita, el cual debe utilizarse estéril. Se presenta en paquetes confeccionados con 5 y 10 g respectivamente del mineral.

- a) ¿Por qué de estar la úlcera en un rango entre 5 y 10 mm a nivel de la dermis o hipodermis, esta cantidad se hace suficiente?
Porque evita el desperdicio del mineral.
- b) Porque, en caso de mayor extensión y profundidad de la úlcera, se hace más factible la manipulación en pequeñas cantidades hasta cubrir la necesidad de la úlcera en extensión y profundidad cuando se usan paquetes de 5 a 10 g.
- c) Permite la conservación y la esterilidad del mineral.
- d) Colocándose el paciente en decúbito supino (boca abajo) y o en los laterales izquierdo o derecho, el mayor tiempo posible, sin apoyar la región afectada, evitando la isquemia por compresión y favorece la irrigación sanguínea.
- e) No es necesario la utilización de apósitos, si la úlcera no se encuentra en la hipodermis. En el caso de estas, sí se utilizaran de 1 a 3 apósitos que la cubran hasta tanto aparezca el tejido de granulación, que debe surgir entre el quinto y sexto días del tratamiento, donde se suprime el uso de los apósitos y se sigue con el polvo, para ir reduciendo la proporción de éste según vaya:
 - Disminuyendo el tamaño y profundidad de la úlcera.
 - Emergiendo el tejido de granulación.Hasta la total recuperación del tejido, lo que debe ocurrir de acuerdo con nuestra experiencia, alrededor de los 15 a 20 días de aplicación del tratamiento, sin que exista complicación séptica

alguna. La úlcera en su totalidad desaparece a los 25 días del uso de la zeolita (Fig. 7.1).

- f) Se impone un riguroso análisis y observación de enfermería en la historia clínica del paciente, dirigido a la evolución diaria de las fases de cicatrización de la úlcera por presión.



Fig. 7.1. Úlceras por decúbito, en fase de cicatrización.

Efecto económico-social:

1. Acorta el proceso de cicatrización de la segunda fase que normalmente transcurre en 10 días. Lo que reduce de 4 a 5 días.
2. Ahorro considerable de:
 - a) Material de cura.
 - b) Medicamentos.
 - c) Fuerza del trabajo.
 - d) Estadía hospitalaria (por acortamiento de los tratamientos por pacientes).
3. Mejora el estado psíquico del paciente y sus familiares al desaparecer de inmediato la fetidez que emana de estas lesiones.
4. Restablece al paciente de estas lesiones en su totalidad en 25 días, 15 días menos que con el tratamiento habitual.

5. Paciente que dentro de la investigación resultó alérgico a la zeolita un solo paciente por lo que la toxicidad es ínfima.

Creemos que el uso de la zeolita en el tratamiento de las úlceras por presión es una innovación que hasta el momento en la investigación ha arrojado resultados verdaderamente alentadores.

Entendemos que estos resultados serán capaces de motivar a todos los que los conozcan para hacer extensivo su uso a los pacientes que necesiten su empleo.

Así como también el tratamiento con zeolita puede ser utilizado en la cura no séptica o de difícil cicatrización por anomalías de los factores que intervienen en la regeneración celular tales como:

- a) Mal nutrición.
- b) Trastornos circulatorios severos.
- c) Déficit vitamínico.

MEDIDAS ANTIEMÉTICAS

El vómito es producido por un movimiento antiperistáltico que va del estómago al esófago cuando el estómago se encuentra sobre saturado en su capacidad, ya bien sea de contenido alimenticio, jugos gástricos y/o bilis.

ACCIÓN INDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA

Hemos comprobado en pacientes que presentaron síndrome herético de diversas etiologías, que al darles a succionar cuadritos de hielo durante 3 min aproximadamente, descansando otros 3 min de intervalo por espacio de 30 min (unas 10 veces), se logró que en el estómago se mantuviera una pequeña cantidad de líquido en su cavidad, sin llegar a sobre saturarse y, por ende, se comprobó que:

1. Se retuvo el vómito dando tiempo a que actuara el antiemético indicado por el médico.
2. Que, como los líquidos se retienen en el estómago entre 15 y 20 min aproximadamente, se pudiera absorber por la mucosas gástrica sin llegar a sobre saturarse.

3. Contrarrestar con el movimiento peristáltico de la deglución en pequeñas proporciones del agua dada por el hielo derretido y controlar el movimiento antiperistáltico que ocasiona el vómito.

MEDIDAS ANTITÉRMICAS

Por todos es conocido que la fiebre forma parte de los mecanismos de defensa del organismo, que nos alertado sobre la presencia de algún tipo de infección, ya sea de etiología viral o bacteriana.

No obstante, al constituir parte de las señales de alerta biológicas, puede convertirse en un signo de agravamiento cuando es sostenida y elevada llegando a provocar la excitabilidad neuronal y con ello desembocar en una convulsión febril en niños.

La complicación más frecuentes en estos casos y por ende la más grave, de ahí que las medidas antitérmicas tengan una expectativa (objetivo) de carácter inmediato.

Podemos decir que son múltiples, estando divididas en acciones dependiente e independiente.

Al centro de las dependientes están todas aquellas subordinadas a la orden médica y con ella de forma medicamentoso como son:

- a) La utilización de y ASA 500 mg o duralgina, 300 mg.
- b) Duralgina, amp. 600 mg por vía intramuscular o intravenosa.
- c) Paracetamol, tabletas de 500 mg y otros medicamentos de efecto antipiréticos.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Utilización y mantas térmicas en salas de terapia.
2. Las compresas de agua en axilas y nuca.
3. Los enemas con agua helada.
4. Los supositorios de hielo, fundamentalmente en niños.
5. La inmersión de los miembros inferiores (ambos) en un cubo de agua helada.

Los dos primeros métodos que aquí se mencionan son universales en su uso. No siendo así con el tercero, menos conocido y por ello menos utilizado. El cuarto y quinto métodos a los que nos referimos han sido aplicados por nosotros de manera experimental con rotundo éxito.

Los enemas de agua helada y los supositorios de hielo están fundamentados en el alto poder de absorción del recto, que entre 5 y 10 min, es capaz de absorber el agua fría tanto en su estado líquido, como sólido y que establece una termorregulación biológica por incorporación de líquido frío al torrente sanguíneo.

Igual principio de termorregulación biológica es el que aplicamos al utilizar nuestro método de sumergir ambos miembros inferiores en un cubo de agua helada, ya que la sangre arterial desciende caliente perdiendo temperatura desde la porción media hasta la distal, aproximadamente unos 50 cm en ambos miembros inferiores que se encuentran sumergidos en el agua fría (fenómeno de disipación del calor) y al ascender la sangre por las venas, ya ha perdido considerablemente la elevada temperatura con la cual descendió (Fig. 7.2).



Fig. 7.2. Método del cubo.

Lo que hace es que se termoregule el resto del organismo, disminuyendo la hipertermia severa en 30 min. Ya que si el gasto cardiaco es la cantidad de sangre que impulsa el corazón hacia el resto del organismo en 1 min, ésta se acelera cuando existe fiebre (ligera taquicardia). Ello implica que en 30 min la sangre (cada volumen que lanza el corazón) pasa de 30 a 40 veces por el cubo de agua (miem-

bros inferiores). Son estos 50 cm, la cuarta parte del cuerpo, los que permanecen enfriándose constantemente, con la sangre que circula, mediante el fenómeno disipación de calor. Se logra de este modo en 30 min, una termoregulación fisiológica, dando paso entonces a la acción dependiente de administrar duralgina en cualquiera de sus formas.

Por lo que:

1. Los 3 métodos son totalmente inocuos, y pueden ser aplicados en cualquier paciente, independientemente de la causa del vómito o la hipertermia. Siempre y cuando el paciente no padezca de insuficiencia arterial o venosa y artritis a cualquier edad, raza o sexo y sin riesgo alguno.
2. Asequible a cualquier medio o persona que conozca su modo de aplicación.
3. Sumamente barato, su costo es mínimo (agua fría).
4. Con marcada eficacia, en 98 % de los casos.

COCIMIENTO DE CAISIMÓN EN TUMORES BENIGNOS

Caisimón de anís o *Piper auritum* H:B:

Arbusto herbáceo de 2,5 a 5 m de alto originario de México, crece en lugares sombreados y húmedos, se encuentra en toda la isla, se siembra todo el año, se pueden utilizar todas las partes de la planta.

Dada sus múltiples aplicaciones es que fue seleccionado para ser aplicado en el tratamiento de disolución de los tumores benignos.

Aplicaciones:

Como: Emoliente, antiinflamatorio, diurético, madurativo, antiescorbútico, antigonorreico, rubefaciente, antiescrufuloso, antihidrópico, contra el dolor de cabeza (hojas en aceite), para inflamaciones abdominales y de origen linfático, contra herpes y erupciones cutáneas, emenagogo, digestivo y antidispéptico, resolutivo y cicatrizante, colagogo, estimulante del sistema linfático y descongestionante del hígado.

Es de destacar que se realizaron las indagaciones pertinentes por medio de Internet en Medline y en la base de datos Artemisa (México) y hasta el año 1995 no existía en el mundo un trabajo similar al nuestro.

Concepto de tumor:

Tumefacción o hinchazón morbosa, neoplasia, masa persistente de tejido nuevo, sin función fisiológica que tiene como sinónimos: Nódulos, miomas, psanomas, hiperplasia. Todos de carácter benigno, una vez que se diagnostican por la parte médica, una de éstas tumoraciones, corroborado por examen físico y complementarios.

Apoyándose fundamentalmente en el ultrasonido como medio diagnóstico hablará a favor de:

1. Diagnóstico inicial.
2. Tratamiento con cocimiento de caisimón, con primer ultrasonido evolutivo a los 15 días después de iniciado el tratamiento.
3. Ultrasonido evolutivo a los 30 días y se continúa con un ultrasonido evolutivo mensual hasta constatar la desaparición definitiva de los tumores, que suele ocurrir entre el 3er. y 6to. mes de tratamiento.

Modo de preparación del cocimiento:

Se utilizan 10 hojas de caisimón de años grandes:

1. Se lavan bien.
2. Se colocan en un recipiente que contenga 1,5 L de agua y se cuentan 10 min a partir de que comience a hervir.
3. Quitar del fuego, tapar y dejar refrescar.
4. Colar.

Modo de ingerir:

Puede tomarse a temperatura ambiente o frío. Se puede ingerir de forma natural o adicionando azúcar al gusto si el paciente no es diabético.

Se ingiere una dosis de un vaso (250 mL) cada 6 h (4 veces al día), es decir, 1 L diario.

Fundamento del modo de preparación:

Se realiza de este modo por iniciativa nuestra, teniendo en cuenta:

- a) Damos un tiempo de cocción a las hojas de 10 min, lo que aumenta la concentración de 1,5 L a 1 L ya que durante el proceso se evapora 0,5 L.
- b) 10 hojas grandes, serían 100 % de la sustancia que se extrae y al dividirlo en 4 tomas, damos en cada una de las tomas 25 % de la sustancia de caisimón contenida en el cocimiento.
- c) Se toma cada 6 h con la finalidad de mantener en el organismo la misma dosis de manera uniforme.

El tiempo de ingestión varía en dependencia del tamaño del tumor detectado. Puesto que los tumores pequeños generalmente desaparecen entre 1 y 3 meses de tratamiento; los medianos entre 3 y 6 meses y los de mayores dimensiones entre 6 y 8 meses, rara vez sobrepasa ese periodo como tiempo límite máximo para su desaparición.

Contraindicaciones:

No se conocen hasta el momento.

Precauciones:

Vigilar la diuresis y signos de deshidratación.

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

1. Una vez hecho el diagnóstico médico de cualquiera de las tumoraciones seleccionadas seremos los encargados de:
 - a) Obtener el consentimiento del paciente para someterse a este tratamiento.
 - b) Explicar al paciente el modo de preparación de la infusión y cómo debe ser ingerida, controlando, si está hospitalizado, el cumplimiento por horarios de la dosis indicada cada 6 h.
 - c) Llevará las estadísticas individuales de cada caso sometido a este tratamiento con el ultrasonido inicial y los evolutivos. Indicados por el médico de asistencia, con el objetivo de corroborar

rar la disminución sistemática y consecutiva de los tumores, hasta constatar su desaparición final, que debe ser corroborada por todos los medios posibles:

- Examen físico.
- Ultrasonido evolutivo.
- Punción con aguja fina (PAAF).
- Rayos X.
- Gammagrafía.
- Mamografía.
- Otros que se estimen necesarios.

2. La enfermera llevará también el control sistemático estadístico individual de cada caso, en una plantilla especialmente diseñada para este fin, manteniendo archivados los resultados de los ultrasonidos lo que demuestra que:
 - a) Los tumores desaparecen, según su tamaño y consistencia (los menores primero).
 - b) Que los tumores de próstata solo desaparecen después de 6 meses de tratamiento, en los casos estudiados.
 - c) Que todos los tumores hasta ahora estudiados desaparecen a los 8 meses o antes con el tratamiento de caisimón como conclusión relevante y de connotación científica.

Ventajas del tratamiento con cocimiento de caisimón:

1. Puede ser preparado por el propio paciente.
2. No necesita de ingreso en la institución hospitalaria para ser aplicado, pudiendo realizarse perfectamente en el hogar.
3. No es doloroso ni desagradable al paladar.
4. Su costo es mínimo, pues se utiliza solamente el cocimiento de caisimón (agua que se hierve con las hojas de la planta)
5. La prueba diagnóstica utilizada por excelencia para el diagnóstico y seguimiento evolutivo, no es dolorosa (el ultrasonido del órgano afectado)
6. No se conocen casos de alergia al caisimón en los pacientes tratados ni lo describe la literatura.
7. La única contraindicación es que no debe ser aplicada a pacientes con signos de deshidratación, si no es corregida previo a su utilización, dado su potente efecto diurético.
8. El cocimiento puede almacenarse a bajas temperaturas durante 72 h sin perder sus propiedades.

Ejemplo:

Tamaño normal de la próstata (43 por 34 por 26 mm).

El 16/3/99 tenía US inicial 43 por 40 por 49 mm

El 4/4/99 tenía US evolutivo 43 por 55 por 33 mm

Diferencia 0 por 15 por 16 mm

Así va bajando progresivamente hasta la regresión total a su estado normal.

FOMENTOS DE ÁCIDO ACÉTICO EN LA FLEBITIS

Concepto de Flebitis:

Estado caracterizado por la infiltración de la túnica del vaso y la formación de un trombo de sangre coagulada o de un depósito puriforme en su luz.

Etiología:

1. Infecciosa, por la introducción de bacterias a la vena, entre las más frecuentes tenemos estreptococos, estafilococos, neumococos y *Escherichia coli*.
2. Alérgicas: Hipersensibilidad al plástico.
3. Traumáticas: Por múltiples punciones sobre la misma vena.

Cuadro clínico:

1. Dolor moderado o débil.
2. Edema o tumefacción.
3. Formación de una cuerda dura y roja en el sentido de la vena.
4. Puede existir hipertermia hasta 38 °C.

Medidas generales:

1. Suprimir la causa si es conocida, y si no lo es, indagar, encontrarla y suprimirla.

2. Medidas antitérmicas en caso de hipertermia moderada, utilizar el método del cubo.
3. Analgésico oral en caso de que el dolor sea constante.
4. Aplicación de fomentos fríos sobre la lesión. Es en este aspecto donde nosotros hemos incursionado, utilizando una solución de ácido acético para ser aplicada a manera de fomento.

Modo de preparación:

Solución de ácido acético a 30 %: por cada 100 mL de la solución tenemos que: 30 mL son de ácido acético y 70 mL son de solución salina a 9 %.

Fundamento:

Este fomento se aplica siguiendo la tradición de que son utilizados contra las inflamaciones, cuando se aplican calientes, pues dilatan los tejidos y contribuyen a la disminución del edema rápidamente.

El hecho de utilizar el ácido acético a 30 % ha sido una iniciativa nuestra, ya que está probada su inocuidad para los seres humanos, que incluso lo ingerimos como condimento en muchas ensaladas, carnes, encurtidos, etc.

También empleamos el alto poder de absorción de la piel, como un filtro orgánico, para que penetre en ella la solución y de este modo llegue al lugar de la flebitis.

Logramos, de esta forma, que por la acidificación del medio, cambio del pH de la bacteria que debe vivir en un medio alcalino, cambiará a ácido y de vivir en un medio ácido aumentara notablemente su concentración.

Por lo tanto, en un caso como en el otro, siempre que se produzca de manera local, en la zona de la lesión se ocasiona la lisis bacteriana. Así mismo, la alta temperatura (calor) a la cual se llevó, la solución de ácido acético para ser aplicada contribuye a:

1. Dilatar los tejidos contraídos por el trasudado de la bacteria y la retención de líquidos.
2. Que la bacteria se mantenga estática, por lo que su parálisis acelere su muerte.

3. De este modo se logra disminuir el edema, normalizar la temperatura y hacer desaparecer el dolor ocasionado por la contracción de los tejidos y la irritabilidad de las terminaciones nerviosas. Esto hace reversible el daño local a más corto plazo de lo habitual (entre 48 y 72 h).

ACCIONES INDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

Para su mejor comprensión las que hemos dividido en profilácticas y específicas.

Profilácticas:

1. Mantener las normas de asepsia y antisepsia, que van desde el lavado mecánico de las manos y desinfección de las zonas a puncionar hasta la esterilidad adecuada del material a emplear.
2. Suprimir la posible causa, cualquiera que fuese ésta y tratarla con antibióticos en caso de que se compruebe por cultivo que sea bacteriana.
3. Cambio de trocar cada 72 h.

Específicas:

1. La correcta utilización de la vía endovenosa
2. Conocer las sustancias a las que el paciente es alérgico para evitar que tenga contacto con ellas.
3. Cultivo del trocar o aguja cada vez que sean retirados.

Ante la aparición de la flebitis, se aplica el fomento de ácido acético a 30 %. Aunque también se puede aplicar de manera profiláctica, siempre en horarios intermedios a la administración de medicamentos.

Métodos de aplicación del fomentos ácido acético:

Siguiendo estrictamente los mismos pasos técnicos que figuran según carpeta metodológica, se lleva a efecto la aplicación del fomento de ácido acético con las variantes siguientes (Fig. 7.3):

1. Durante el tiempo que la vena permanezca con trocar y una vez administrado el medicamento, se aplica el fomento de ácido acéti-

co a 30 %, como profilaxis de la flebitis, 15 min después de administrado el fármaco para que no interfiera en la acción de este.

2. Se aplican durante 30 min, ya que a partir de este tiempo el ácido puede comenzar a provocar quemaduras en pieles finas, y siempre será caliente. Asimismo, en caso de que ya haya aparecido la flebitis, se coloca el fomento en las zonas de la venipuntura durante 30 min, cada 6 h, con la finalidad de lograr el efecto deseado.

Debe evitarse el exceso de exposición de la solución sobre la piel del paciente que pueda llegar a producir quemaduras dadas la debilidad del tejido afectado.

Esta precaución no debe ser pasada por alto, por lo que el tiempo de aplicación será el estrictamente el orientado para cualquier edad de raza o sexo.

De no tomarse esta precaución, no será efectivo el tratamiento y pueden surgir las quemaduras, única complicación. Por ser iatrogénica es perfectamente evitable, si se cumple lo indicado.



Fig. 7.3. Aplicación del fomento de ácido acético.

LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

LIDERAZGO

Concepto:

Acto de ejercer influencias sobre individuos o grupos, con el objetivo de tomar parte activa en el proceso de cumplir metas de mutuo acuerdo.

Líder:

Individuo que tiene la capacidad de conducir, orientar y dirigir. No es una cualidad de fácil adquisición, se logra mediante el estudio constante de la teoría, la observación y la práctica.

Características del líder:

Sinceridad, honestidad y justicia.

Teoría del rasgo o características del líder:

1. Necesita ser más inteligente que el grupo que liderea.
2. Debe poseer iniciativa.
3. Debe tener creatividad y originalidad, capacidad de hallar nuevas soluciones a los problemas.
4. Debe utilizar la persuasión con frecuencia, para obtener el consentimiento de sus seguidores.
5. Los líderes necesitan ser lo suficientemente perceptivos para distinguir sus aliados de sus oponentes.
6. Participar en actividades sociales.
7. Capacidad de comunicarse, teniendo madurez con integralidad.

En resumen, es una persona especial que se distingue del resto del grupo.

Existen diversas teorías que se aplican al liderazgo entre las que se encuentran:

1. Teoría de la contingencia, teniendo en cuenta:
 - a) Relación líder-miembro.
 - b) Estructura de la tarea.
 - c) Poder de la posesión.
2. Teoría de la situación: es la capacidad de cambiar rápida y favorablemente ante la situación que se presente.

El estilo más favorable del liderazgo es la administración en equipo. No se ha descrito estilo alguno, que nombre de forma rígida y óptima la actividad de líder. Los que tienen éxito son aquellos que pueden adaptar su conducta de líder a las diferentes necesidades de sus seguidores y a las situaciones particulares que enfrente. El líder debe tener como herramienta de trabajo la comunicación emisor-receptor.

Motivación:

Impacto-calidad:

1. Lograr atención favorable.
2. Utilizar palabras sencillas y concretas.
3. Comunicar poco a poco.
4. Convencer al auditorio.

Principios de la comunicación:

1. Principio de la pérdida de línea: efectividad contra intención y recorrido.
2. Principio de la comunicación emocional: sentimientos mayor que razón.
- 3) Principio de la aplicación: utilice y aplique más comprender, preguntar, decir y escuchar. Empatía.

Empleo de las cinco frases para las buenas relaciones humanas:

1. Y me siento orgulloso de ustedes.
2. ¿Cuál es su opinión?
3. Si usted lo desea.

4. Muchas gracias
5. Yo creo que usted es bueno.

Estas frases deben ser intercaladas en la negociación con los subordinados. De igual forma nuestra profesión fue desde sus inicios investida de autoridad, la que va desde cumplir y hacer cumplir la disciplina: de la sala, a médicos, personal de enfermería, estudiantes, trabajadores de apoyo (secretaria, mensajero, pantrista, empleados de limpieza) y pacientes, así como sus familiares, hasta mantener un adecuado porte y aspecto, ser lo suficientemente éticos a la hora de manejar los posibles errores (iatrogenia).

Debe reunir los conocimientos necesarios, tanto desde el punto de vista profesional, como administrativo.

A la hora de llevar a cabo un determinado proceder terapéutico, o técnico de enfermería el líder del grupo debe hacer una demostración impecable en caso de que se haga necesario.

Debe tener los conocimientos teóricos requeridos para en caso de que tenga que impartir conferencias, charlas educativas o dar simplemente la explicación de un caso, pueda hacerlo sin cometer errores conceptuales que hagan mermar su prestigio como líder del grupo.

Responsabilidad material:

Es la enfermera a quien históricamente se le ha dado la responsabilidad de velar por la integridad de la totalidad de los medios materiales de la sala o departamento donde trabaje.

De ahí que en el recibo y entrega del turno uno de los aspectos fundamentales es el riguroso conteo de todos los medios que existen en la sala, que se encuentran bajo la custodia directa de nuestro personal.

Ello forma parte del liderazgo pues son los custodios y máximos responsables de todo cuerpo animado y/o inanimado que exista en el radio de acción, que se les ha asignado. Esto obliga a desarrollar un aguzado sentido de la supervisión y control de todos los medios y recursos humanos que se realiza minuciosa y sistemáticamente, turno por turno, de forma escrita en los documentos de la sala como son: la libreta de recibo y entrega, el libro de control de medios materiales y la historia clínica del paciente.

ÉTICA Y ENFERMERÍA DE AVANZADA

Se habla de ética desde los lejanos tiempos de Hipócrates, en la antigua Grecia en los que se han destacado figuras como el Dr. Jhon Gregory (1724-1773), considerado por muchos como “Padre de la ética médica”.

Así mismo en la enfermería que está íntimamente ligada a la medicina, la primera teórica en hablar de ética fue la propia Florence Nighthingale, quién desempeñó un trascendental papel, porque ella fue:

- a) Quién nos enfocó, como lo que somos hoy día:
“La profesion del cuidado”.
- b) Quién dió los primeros pasos para ganar en independenciam.
- c) Además la que habló por primera vez, como nuestra principal precursora que fue de la ética en enfermería.
- d) La que vió a los pacientes junto con su entorno, como un todo, que no es más , que la primicia de lo que hoy se conoce con el término “holismo “, lo que a través del tiempo ha sido enriquecido por diversos autores, hasta llegar a la definición actual.

Y con ello el respeto a las creencias religiosas, ideas políticas, costumbres y formas de vida, que es una de las premisas de nuestra profesión, procurando siempre el bienestar del paciente. También se tiene en cuenta que los pacientes, no sólo tienen problemas biológicos, sino los del entorno que los rodean, con sus grandes conflictos éticos. Así que como los innumerables recursos existentes de tipo tecnológico en una parte del orbe y su gran escasez en otra parte, sean resueltos.

Y basándonos en las necesidades humanas de la clasificación de Maslow:

1. Necesidades fisiológicas de supervivencia:
 - a) Alimentos.
 - b) Aire.
 - c) Agua.

- d) Temperatura.
 - e) Eliminación.
 - f) Descanso.
 - g) Evitar el dolor.
2. Necesidad de estímulo:
- a) Sexo.
 - b) Actividad.
 - c) Exploración.
 - d) Manejo.
 - e) Novedad.
3. Necesidades de seguridad:
- a) Riesgo.
 - b) Seguridad.
 - c) Protección.
4. Necesidades de amor y protección:
- a) Amor.
 - b) Integridad.
 - c) Intimidad.
5. Necesidades de estima:
- a) Estima.
 - b) Autoestima.
6. Necesidades de autorrealización:
- a) Autorrealización.

De ahí que la enfermería como profesión sea la encargada de:

- La educación para la prevención de los problemas del paciente (promoción de salud).
- La detección precoz de los problemas del paciente, tanto sociales, psicológicos, como patológicos (prevención).
- Dar seguimiento sistemático mediante el proceso de atención de enfermería aplicado en nuestro país a todos los niveles de salud (prevenir-curar-aliviar y/o consolar).

Como método científico que es nuestra profesión, plantearemos, además, que:

- a) La ética: Es el estudio filosófico de la moralidad y cada persona confía en la teoría formal, reglas principios o códigos de conducta para determinar el curso correcto de una acción, es

la esencia, en el estudio sistemático y formal de las creencias morales.

- b) La moral: es el conjunto de normas, reglas o leyes que tienen que ver en primer lugar, con la conducta humana y en segundo lugar con los movimientos de la sociedad, que no son inmutables y no son estables (Fig. 9.1).
- c) La bioética o ética de la vida: es la aplicación de los principios éticos a los seres vivos en el campo de acción de las ciencias médicas y la enfermería, que trata de los problemas morales en el cuidado de las personas.
Poter (1970), oncólogo (Fig. 9.2).

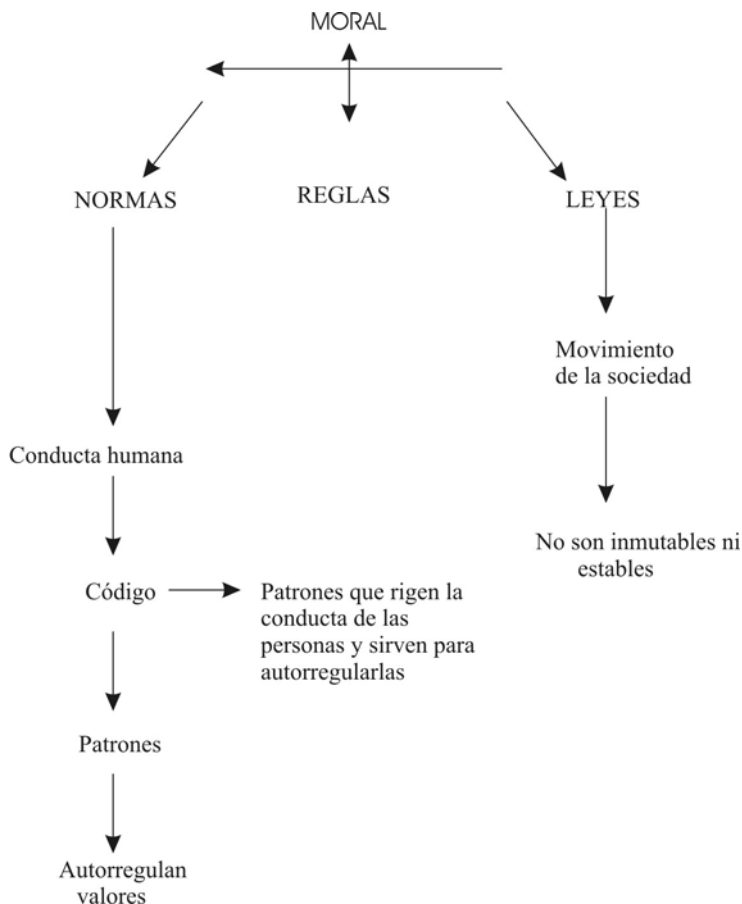


Fig. 9.1.

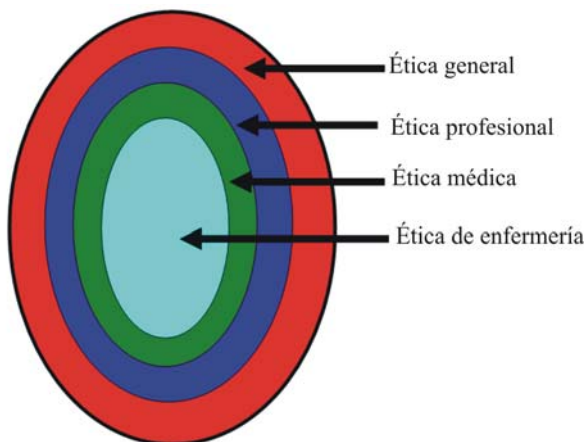


Fig. 9.2. Definición de Poder.

Término muy utilizado que puede emplearse desde el punto de vista ético. Se enseña y forman desde la familia: honradez, amor a la familia, a la patria, al trabajo, honestidad y fidelidad. Por ej. tratar al paciente con amor y respeto.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Autonomía: Es el gobierno de sí mismo, abarca los derechos individuales, privacidad, elección libre de influencias externas. Por ej. yo determino si me someto o no a un determinado tratamiento.

Beneficencia: Hacer el bien, nunca el mal. Por ej. cumplir el tratamiento médico con las técnicas requeridas, nunca violando estas.

Derecho a la intimidad: No revelar el secreto de una persona, excepto, cuando sea en beneficio de la sociedad. Por ej. decir que nos comunicó que se iba a envenenar para evitar que lo haga.

Doble efecto: Cuando se producen tantos efectos negativos como positivos. Por ej., cuando aplicamos un medicamento en experimentación o un citostático.

Fidelidad: El deber de ser leal a los compromisos de cada persona. Por ej. cuando no se traiciona la confianza depositada en nosotros.

Justicia. Dar a todos por igual lo que está establecido que requieren. Por ej. cuando damos sus medicamentos según tratamiento y necesidades.

No maleficencia: No infringir daños, prevenirlos o evitarlos. Por ej. No dañar a nadie con una iatrogenia.

Paternalismo: Limitar la Autonomía de otra persona, prevenir cualquier daño potencial que le sea causado. Por ej. estar alertas ante daños de todo tipo con carácter excesivo.

Respeto a la persona: Es el respeto a todas las decisiones tomadas por una persona.

Ej: Si el paciente decide su alta a petición, explicarle el auto daño que se causa, aunque debemos respetar su decisión.

Car-cter sagrado de la vida: La vida es lo mejor que se puede lograr, es el resultado supremo de la evolución de los seres vivos, incluido el hombre y, por ello, el respeto a todas las formas de existencia, ha de ser para los seres humanos, sencillamente **inviolable** porque todos tienen derecho a la alimentación, al tratamiento que requieran según su padecimiento y a un trato justo y humano. Por ej. Cuando respetamos a un ser normal o a un discapacitado como seres vivientes en igualdad de condiciones.

Veracidad: La obligación de decir la verdad y no mentir. Por ej: Si lo permiten las condiciones del paciente (intelectuales), decirle la verdad siempre.

Autonomía: Libertad que tiene el paciente de elegir lo que crea mejor para él y la libertad que tiene el profesional para hacer lo que es mejor para su paciente,

VALORACIONES CRÍTICAS DE CÓMO ACTUAR ANTE LOS PROBLEMAS ÉTICOS DE NUESTRA SOCIEDAD

1. Se le explica la información que aparezca en la historia clínica solicitada por este, lo que debe ser valorado y aceptado, y se hará en un área privada.
2. Inmovilizadores: Su uso debe ser cuidadosamente estudiado y empleado solo en casos imprescindibles, pues limitan la autonomía del paciente, ya sea física, como psicológicamente.

3. Brindar confianza, al paciente manteniendo los siguientes principios:
 - a) No mentir.
 - b) Dar información sobre procedimientos diagnósticos.
 - c) Comunicar al médico y a los familiares sobre el deseo por parte del paciente de recibir información sobre su enfermedad.
4. Agonía y muerte: cuando un paciente está capacitado para tomar decisiones por sí mismo en la ausencia de un familiar o cuando se pone en peligro la vida del paciente, la enfermera, decidirá respetando siempre la autonomía del paciente.
5. Alimentos y líquidos: se debe alimentar a todo paciente aunque su estado sea de fase final.
6. Control del dolor: este debe ser aliviado, aunque lleve implícito el riesgo de una depresión respiratoria.
7. En nuestra sociedad: es inadmisibles que una enfermera se niegue a brindar cuidados a ningún paciente o se aplique la eutanasia.

PASOS EN LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Valoración: Recopilación de información.
2. Planificación: Diagnóstico y expectativas.
3. Ejecución: Acciones independientes de enfermería.
4. Evaluación: Respuesta del paciente.

VALORACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES ANTE UN PROBLEMA EN ENFERMERÍA

1. Análisis de los hechos (valoración de la autonomía).
 - a) Problemas Biológicos.
 - b) Problemas de relación sanitaria.
 - c) Problemas Socio-Económicos.
2. Identificar conflictos.
3. Identificar valores o derechos.
4. Señalar curso reacción.
5. Identificar el mayor curso de acción
6. Tomar la decisión final.

Ellos son los elementos que deben tenerse en cuenta por un comité de ética para ejercer un juicio crítico sin caer en paternalismo, que no es más que el término que define el trato que una persona da a otras con carácter protector como un padre hacia sus hijos, y donde los valores éticos y morales, los principios de dignidad y humanismo son intrínsecos y como tales son fundamentales en el quehacer cotidiano de nuestros profesionales. Porque como dijera nuestro José Martí:

“Yo quiero que la ley primera de mi país sea el culto a la dignidad plena del hombre”.

Sólo donde los hombres son dignos, los recursos destinados a la promoción y manutención de la salud llegan a todos por igual, poniéndose de manifiesto el principio ético de la justicia, cuanta responsabilidad asume nuestro personal cotidianamente y cuantos valores morales se aplican en nuestra práctica diaria.

MEDICINA VERDE

La medicina verde no es una creación de nuestros tiempos, sino que por el contrario, ella es el origen mismo de la farmacología.

A pesar de que el desarrollo actual de las ciencias médicas y sus ramas afines han llegado a crear los llamados medicamentos sintéticos o elaborados a nivel de laboratorio, no ha sido posible prescindir de la cuna de los fármacos, ya que hoy día, más que nunca, hemos tenido que recurrir a ellos como consecuencia del bloqueo económico impuesto a Cuba por los Estados Unidos.

PRODUCTOS DE ORIGEN VEGETAL CON ACCIÓN FARMACOLÓGICA

En este capítulo no pretendemos bajo ningún concepto hacer una relación de todos los productos que existen confeccionados a partir de plantas, puesto que sería interminable, sino, que a manera de guía para resolver algunos de los problemas más cotidianos, se ofrece una relación de los fármacos de medicina verde con mayor uso, de donde provienen y para que son utilizados.

Con la finalidad de que el personal de enfermería enriquezca su caudal de conocimientos y pueda contribuir con su orientación, tanto a los médicos como a la población, sobre los productos de origen vegetal que se pueden utilizar en las distintas afecciones, es que se da esta relación de plantas.

Se pueden utilizar en forma de:

Macerados (machacados): M

Mascados (masticados): Ma

Cataplasma (la, puesta sobre la lesión): C

Infusión (echar las hoja en agua caliente): I

Cocimiento (hervir agua y las hoja juntas): Ct

Baños (el cocimiento como baño): B

Fomentos: F

Gotas: G
Jarabe: J
Fricciones: Fc

Abortivos (para expulsar embarazos o fetos de pocas semanas)

Aguacate: Mae I
Algodón: I
Anamú: I y Ct
Itamo real: I y B
Piña: Mae I
Ruda: I
Tamarindo chino: I

Absorbentes (propiedad de recoger sustancias)

Boniato: Ca y I
Yuca agria. I

Afrodisíacos (aumenta el apetito sexual)

Aguacate: I y Ma
Bija: I
Caña brava: I
Cocotero: Mae I
Culantro cimarrón: I
Eucalipto: I
Hierba Buena: I
Jengibre: I
Mangle prieto: I y C
Marañón: I y C
Ortiguilla: C y I
Picapica: I
Pimienta: I y C
Pino: I
Vainilla: I
Alcanfor: Ma
Café: I
Lechuga: Ma
Sauce: I
Hierva buena: I

Alexifármacos (contra venenos – antígenos)

Dormidera: I

Salvia del país: C y I

Alterantes (Producen cambios favorables en el proceso de nutrición)

Alamo: I

Algodón de seda: I

Añil: Be I

Oreja de ratón: I

Verdolaga: C e I

Analgésicos (contra el dolor)

Palo amarillo: I

Papa acción: Ma y C

Anasárquicos (contra la anasarca)

Escudo de la Habana I

Anestésicos (erradican el dolor)

Coca: I y Ma

Anodinos (que calman el dolor, sedantes)

Aguacate: M

Berenjena: I

Boniato de playa: I

Antiaftosos (contra las aftas)

Cura boca: I

Limón: I

Peralejo: I

Romerillo Blanco: Ma

Yerba de la niña: I y B

Antialmorránico (contra las hemorroides)

Ají común y picante: C,I

Alacrancillo: I

Algarrobo de olor: I

Apasote: I

Cocotero: I
Jiquí: I
Escoba amarga: I
Majagua: I, B y C
Guayaba: I, B y C
Mangle prieto: I y B
Guira: I y B
Oreja de ratón: I y C
Sábila: I y C
Papa: I y Ma
Tabaco: I y Ma
Tomate: I y Ma

Antialopésicos (contra la calvicie o caída del cabello)

Aguacate: Ma
Cocotero: Mae I
Guásima: I
Incienso: I
Tabaco: Ma y I
Verbena americana: Ie C

Antiartríticos (contra la artritis)

Arroz: Ma e I
Boniato de playa: C e I
Mamey colorado: Mae I
Pendejera: I
Salvia marina: C e I
Siguaraya: C e I

Antiasmáticos (contra el asma)

Ajo: Ma, C e I
Alcanfor: C e I
Almendro de la India: I
Apasote: Ma, C e I
Café: C e I
Bija: I
Campana: I
Cocotero: Mae I

Eucalipto: I
Lengua de vaca: Ma, I y C
Lirio blanco: I
Mango: Ma e I
Orégano francés: I
Picapica: B e I
Plátano: B e I
Salvia del país y marina: B, C e I
Tabaco: Ma e I
Tamarindo: I
Tila: C e I
Uva caleta: B e I
Yagruma: I

Antibiliosos (contra la bilis)

Bergamota: I
Guanábana: B e I
Mamoncillo chino: I
Piña: Ma, I
Uña de gato: I
Vetiver: Be I
Yagruma: I
Yerba de la niña: I

Antiblenorrágicos (contra la blenorragia)

Guásima: I
Itamo real: C e I
Jengibre: C e I
Manzanilla: I
Platanillo de Cuba: I
Revienta caballo: I
Sábila: I, Ma y C
Sábila marina: I, Ma y C
Uva caleta: I
Vainilla: I
Verbena cimarrona: I
Yagruma: B e I

Anticatarrales (contra el catarro)

Ajo: I, Ma y C

Ajonjolí: I, Ma y C

Albahaca: I, Ma y C

Albahaca cimarrona: I, Ma y C

Algodón: I

Anamú: I

Anís: I

Anón: I

Bejuco amargo: I

Caña de limón: Ma e I

Caoba: I

Col: Mae I

Eucalipto: I

Gandul: I

Guanábana: Ma e I

Guira cimarrona: I

Itamo real: I

Jengibre: I

Limón: I y Ma

Llantén: C, Ma e I

Mamey colorado: Ma y I

Mastuerzo: B e I

Mejorana: Be I

Muralla: I

Naranja agria: C e I

Anticoléricos (contra el cólera)

Ajo: Ma, C e I

Ortiguilla: I

Picapica: I

Rompesaraguey: I

Anticolíticos (contra los cólicos)

Cundeamor: I

Mamey colorado: I y Ma

Yerba de la virgen de la Caridad del Cobre: Be I

Antidiabéticos (hipoglicemiantes)

Albahaca morada: Ma, B e I
Brasilete: I
Palo de caja: I
Yerba hedionda: B e I
Mastuerzo: B e I
Mata diabetes: I
Yerba de San Martín: B e I

Antidiarreicos (contra la diarrea)

Albahaca: C, Ma, B e I
Almácigo: B e I
Anón: I
Arroz: M e I
Chirimoya: I
Clavel chino: B, I
Cocotero: Ma e I
Comino cimarrón: I
Girasol: I
Guairo santo: B e I
Guanábana: I
Guayaba: I y B
Guira: I
Guisazo de cochino: B e I
Lechuga cimarrona: C, Ma e I
Llantén: I
Mangle prieto: I
Mango: B e I
Marañón: Mae I
Palma real: C e I
Palo de Santa María: I
Rompesaraguey: B e I
Santa Rita: B e I
Uva caleta: I
Yerba de la niña: B e I
Yerba de la vieja: B e I
Yerba tapón: C
Marilope: C

Antidismenorreicos (contra los trastornos menstruales)

Aguacate: I
Albahaca: C, B e I
Alcanfor: I
Culantro cimarrón: I
Itamo real: I
Marilope: I
Perejil: I
Ruda: I
Tabaco: Ma, C e I
Yerba buena: B e I

Antidispépticos (contra los trastornos digestivos)

Apasote: Ma e I
Coca: Mae I
Limón: C, Ma, B e I
Papaya: C, Ma, B e I
Yerba mulata: C, Ma, B e I

Antídotos (contra venenos)

Anamú: Ce I
Caña de azúcar: Ce I
Bija: I
Platanillo: Ma e I
Sagú: Ma e I
Caisimón: I, C y Ma
Sábila del país: I y Ma
Trigo: Mae I
Yerba de la niña: B e I

Antiembriguez (contra los estados de embriaguez)

Ají picante: C, Ma, B e I
Café: Be I
Limón: Ma, C, B e I
Tabaco: B e I

Antierisipelatoso (ante la erisipela causada por el estreptococo)

Añil: B e I

Bija: I

Llantén cimarrón: B e I

Pomarrosa: B

Túnica de Cristo: B

Antiescrupulosos (contra los estados morbosos indeterminados)

Berro: Ma y C

Caisimón: C, I y Ca

Dormidera: Ma e I

Guisazo de caballo: Ma e I

Mastuerzo: I y B

Paraíso: B

Antiespasmódico (contra las contracciones involuntarias y persistentes de los músculos)

Alcanfor: C e I

Anamú: C e I

Anón: C e I

Añil: C e I

Apasote: C e I

Ciba: I

Cidra: I

Limón: I

Mejorana: I

Muralla: I

Picapica: Ma e I

Vainilla: I

Verbena: C e I

Yerba buena: Ma e I

Antiesplénicos (contra el aumento del bazo)

Agrimonia: C

Antiflogísticos (contra la inflamación edema)

Violeta: C

Antigalactogogos (disminuyen secreción de leche)

Perejil: Ma

Vetiver: C

Yerba buena: C

Antigotoso (contra la gota)

Guanina: C

Antihidrópico (contra el síndrome hidropígeno)

Ajo: Ce I

Almácigo: C, I y B

Anamú: C, I y B

Avena: C, I y B

Caisimón: C, I y Ma

Cebolla: C, I y Ma

Manzanilla: B e I

Mastuerzo: B e I

Siguaraya: B e I

Yagruma: B e I

Antihelmínticos (contra parásitos)

Ajo: Ma, Ca y C

Apasote: C

Café: I y Ca

Caña brava: C

Carey: C e I

Cocotero: Ma, Ca e I

Estropajo: I

Paraiso: Ca e I

Picapica: Ce I

Piña: Ca e I

Sábila: I y Ca

Salvadera: C y Ca

Mamey colorado: Ma e I

Mango: Ce I

Vainilla: I y Ca

Yerba cimarrona: Ma e I

Antihepáticos (contra afecciones hepáticas)

En cocimientos:

Algarrobo: Ct

Añil: Ct

Bija: Ct

Cundeamor: Ct

Guacamaya: Ct

Guisazo de caballo: Ct

Mango: Ct

Manzanilla: Ct

Menta americana: Ct

Palma cana: Ct

Pepinillo loco: Ct

Plátano: Ct

Salvia marina: Ct

Ciguaraya: Ct

Tamarindo: Ct

Verbena cimarrona: Ct

Verdolaga y yagruma: Ct

Antiherpéticos (contra el herpes)

Dormidera: Ma y Ca

Galán de noche: Ma y Ca

Guayaba: B, Ma, Ca, Ce I

Guisazo de caballo: Ca y B

Itamo real: Ma y Ca

Llantén: Ma y Ca

Pobasí: Ca y Ma

Rabo de gato: B, Ca y Ma

Romerillo blanco: C, I, B y Ma

Túnica de Cristo: Ma, B e I

Vetiver: B, I y Ma

Yerba de la sangre: B, C, Ma e I

Antihipocondríacos (contra depresiones hipocondríacas)

Albahaca: Ct

Maravilla: Ct

Sábila: Ct

Yerba buena: Ct

Antihistéricos (contra la histeria)

Aguacate: Ct
Anamú: Ct
Coca: Ct
Marilope: Ct
Lengua de vaca: Ct
Paraíso: Ct

Antileprosos (contra la lepra)

Algarrobo de olor: Ct y B
Bija: Ct y B
Malva colorada: Ct y B
Oreja de ratón: Ct y B
Pendejera: Ct y B

Antinefríticos (contra las afecciones renales)

Calabaza: Ct
Limón: Ct
Ombligo de Venus: Ct
Roble prieto: Ct

Antineurálgicos (contra dolores intensos e intermitentes)

Alcanfor: Ct y C
Coca: Ct y C
Escoba amarga: Ct y C
Paraíso: Ct y C
Salvia del país: Ct y C

Antiodontálgicos (contra el dolor de muelas)

Ayúa: Ct
Cocotero: Ct

Antioftálmicos (contra las afecciones oculares)

Albahaca: Ct, M, F y G
Llantén: Ct, M, F y G
Perejil: Ct, M, F y G
Rabo de gato: Ct, M, F y G
Lechuga: Ct, M, F y G
Yerba mora: Ct, M, F y G

Antiparalíticos (contra la parálisis)

Anamú: Ct

Aromáticos

Albahaca: M e I

Alcanfor: M e I

Canela: M e I

Caña de limón: M e I

Pimienta: M e I

Romero: M e I

Rompecamisa de macho: M e I

Rompesaraguey: M e I

Salvia del país: M e I

Laurel de la India: M e I

Marilope: M e I

Mejorana: M e I

Vainilla: M e I

Vencedor: M e I

Vetiver: M e I

Yerba buena: M e I

Antipecosos (contra las pecas)

Limón: B y C

Maravilla: B y C

Pepino: B y C

Antirrábicos (contra la rabia)

Anamú: C e I

Coca: C e I

Rabo de gato: C e I

Antirraquíuticos (contra el raquitismo)

Helecho real: I

Antirreumáticos (contra el reuma)

Albahaca: C, B e I

Alcanfor: C, B e I

Artemisa: C, B e I

Bálsamo de Tolú: C, B e I

Bejucubí: C, B e I
Boniato de playa: C, B e I
Cabellos de ángel: C, B e I
Caisimón: C, B e I
Caña de limón: C, B e I
Coca: C, B e I
Incienso: C, B e I
Jengibre: C, B e I
Limón: C, B e I
Mastuerzo: C, B e I
Paraíso: C, B e I
Ponasí: C, B e I
Girasol: C, B e I
Guira: C, B e I
Romero: C, B e I
Salvia del país: C, B e I
Tabaco: C, B e I

Antisépticos (contra las infecciones)

Ajo: Ct, M, F y B
Alcanfor: Ct, M, F y B
Algarrobo: Ct, M, F y B
Bergamota: Ct, M, F y B
Caisimón: Ct, M, F y B
Cebolla: Ct, M, F y B
Cidra: Ct, M, F y B
Limón: Ct, M, F y B
Marabú: Ct, M, F y B
Naranja agria: Ct, M, F y B
Tamarindo de Puerto Rico: Ct, M, F y B

Antisifilíticos (contra la sífilis)

Almácigo: Ct
Añil: Ct
Itamo real: Ct
Lechuga cimarrona: Ct
Mango: Ct
Marañón: Ct

Manzanilla: Ct
Caisimón: Ct
Pendejera: Ct
Ponasí: Ct
Ciguaraya: Ct

Antitetánicos (contra el tétanos)

Caoba: Ct
Coca: Ct
Cundeamor: Ct
Eucalipto: Ct
Guayaba: Ct
Paraíso: Ct
Tabaco: Ct

Aperitivos (estimulantes del apetito)

Apio: Ct y M
Ceiba: Ct y M
Cundeamor: Ct y M
Marpacífico: Ct y M
Naranja agria: Ct y M
Zanahoria: Ct y M

Astringentes (Que producen constricción y sequedad)

Aguacate: Ct, M, F y B
Anón: Ct, M, F y B
Artemisa: Ct, M, F y B
Bija: Ct, M, F y B
Caimito: Ct, M, F y B
Caoba: Ct, M, F y B
Cocotero: Ct, M, F y B
Chirimoya: Ct, M, F y B
Escoba amarga: Ct, M, F y B
Eucalipto: Ct, M, F y B
Guásima: Ct, M, F y B
Guayaba: Ct, M, F y B
Guira: Ct, M, F y B
Guisazo de caballo: Ct, M, F y B

Limón: Ct, M, F y B
Llantén: Ct, M, F y B
Mango: Ct, M, F y B
Marañón: Ct, M, F y B
Oreganillo: Ct, M, F y B
Piña: Ct, M, F y B
Platanillo de Cuba: Ct, M, F y B
Plátano: Ct, M, F y B
Ponasí: Ct, M, F y B
Tomate: Ct, M, F y B
Uña de gato: Ct, M, F y B
Verbena: Ct, M, F y B
Vicaria: Ct, M, F y B
Yagruma: Ct, M, F y B
Yerba mora: Ct, M, F y B
Yerba de San Martín: Ct, M, F y B

Balsámicos (sustancia resinosa contra el dolor)

Bálsamo de Tolú: C
Guatemala: C
Pino macho: C

Calmantes (clama el dolor, sedante, analgésico)

Amapola: C
Arroz: C
Calabaza: C
Cardo santo: C
Revienta caballo: C
Zapote: C
Tila: C
Yerba buena: C

Callicidas (contra las callosidades)

Mala cara: C
Yaití: C
Hiedra: C

Carminativos (que previenen la producción de gases en el tubo digestivo y favorecen la expulsión)

Aguacate: Ct
Albahaca: Ct
Anís: Ct
Apasote: Ct
Apio: Ct
Caña de limón: Ct
Culantro: Ct
Jengibre: Ct
Naranja china: Ct
Orégano cimarrón: Ct
Perejil: Ct
Pimienta: Ct
Tila: Ct
Cilantro: Ct
Cardamono: Ct

Cefalálgicos (contra el dolor de cabeza)

Albahaca: Ct y C
Anamú: Ct y C
Bálsamo de Tolú: Ct y C
Bija: Ct y C
Café caisimón: Ct y C
Marilope ponasí: Ct y C
Prodigiosa: Ct y C
Toronjil de menta: Ct y C
Verbena: Ct y C

Cicatrizantes (que regeneran tejidos)

Alcanfor: Ct, F y C
Azúcar: Ct, F y C
Bálsamo de Tolú: Ct, F y C
Caisimón: Ct, F y C
Cundeamor: Ct, F y C
Gandul: Ct, F y C
Guásima: Ct, F y C
Guira: Ct, F y C

Lengua de vaca: Ct, F y C
Mamey de santo domingo: Ct, F y C
Sábila: Ct, F y C
Vainilla: Ct, F y C
Yerba mora: Ct, F y C

Colagogos (Que estimulan la expulsión de bilis)

Aguacate: Ct
Caisimón: Ct
Diente de león: Ct

Contra hernias (que reduce las hernias)

Ocuje y peonía: Ct y m

Contra quemaduras (que regenera tejidos)

Berenjena: F y M
Bija: F y M
Caisimón: F y M
Calabaza: F y M
Sábila: F y M
Mango: F y M
Tomate: F y M
Guásima: F y M

Cordiales (estimulantes del corazón)

Bija: Ct
Caña de limón: Ct
Romero: Ct
Tila: Ct
Violeta: Ct

Corroborantes (tónico-vigorizantes)

Añil: Ct y B
Caimito: Ct y B
Caoba: Ct y B
Mangle: Ct y B
Romerillo blanco: Ct y B
Tabaco de sabana: Ct y B

Depilatorios (que quitan bellos)

Flor de pascua: B, C y Ct

Mora de la India: B, C y Ct

Roble blanco: B, C y Ct

Depurativos (que limpian)

Lengua de vaca: Ct

Berro: Ct

Canutillo: Ct

Caña brava: Ct

Escoba amarga: Ct

Guásima: Ct

Guira: Ct

Pimienta: Ct

Sábila: Ct

Yerba de la sangre: Ct

Desobstruyentes (que quita obstrucciones)

Limón: Ct

Piñón de pito: Ct

Yerba de la niña: Ct

Detersivos (limpia y blanquea)

Añil: Ct

Boniato de playa: Ct

Gandul: Ct

Lechuga cimarrona: Ct

Plátano: Ct

Prodigiosa: Ct

Yerba de Santa María: Ct

Yerba agria: Ct

Diaforéticos (que hacen sudar y depuran tóxicos)

Algodón: Ct

Almácigo: Ct

Anamú: Ct

Bejuco amargo: Ct

Borraja: Ct

Cebolleta: Ct

Culantrillo: Ct
Dalia: Ct
Guásima: Ct
Henequén: Ct
Jengibre: Ct
Limón: Ct
Majagua: Ct
Mango: Ct
Menta americana: Ct
Naranja agria: Ct
Ruda: Ct
Toronjil: Ct
Verbena: Ct
Vetiver: Ct
Violeta: Ct
Yuca: Ct

Digestivos (que contribuyen a la buena digestión)

Ajo: Ct y M
Almácigo: Ct y M
Anón: Ct y M
Apasote: Ct y M
Caña de azúcar: Ct y M
Bija: Ct y M
Caisimón: Ct y M
Cebolla: Ct y M
Jengibre: Ct y M
Papaya: Ct y M
Pimienta: Ct y M
Piña: Ct y M
Salvia del país: Ct y M

Diuréticos (que aumentan la secreción de orina)

Albahaca: Ct
Aguacate: Ct
Algodón: Ct
Almácigo: Ct
Añil: Ct

Anamú: Ct
Bejuco amargo: Ct
Bejuco ubí: Ct
Bija: Ct
Caimito: Ct
Caisimón: Ct
Cebolla: Ct
Ceiba: Ct
Clavel rojo: Ct
Cocotero: Ct
Llantén: Ct
Maíz: Ct
Marañón: Ct
Menta americana: Ct
Perejil: Ct
Palma real: Ct
Platanillo de Cuba: Ct
Quimbombó: Ct
Rompesaraguey: Ct
Dalia: Ct
Girasol: Ct
Ciguaraya: Ct

Emoliente (Que relaja y ablanda partes inflamadas)

Ajonjolí: F, B, C y M
Arroz: F, B, C y M
Maní: F, B, C y M
Lechuga cimarrona: F, B, C y M
Quimbombó: F, B, C y M
Trigo: F, B, C y M

Estimulantes generales (que estimulan a todo el organismo)

Ají picante: Ct
Anís: Ct
Albahaca: Ct
Apio: Ct
Bejuco amargo: Ct

Café: Ct
Canela: Ct
Caña brava y mejicana: Ct
Coca: Ct
Col: Ct
Escoba amarga: Ct
Jengibre: Ct
Laurel: Ct
Marilope: Ct
Mastuerzo: Ct
Menta americana: Ct
Mejorana: Ct
Orégano cimarrón: Ct
Pimienta: Ct
Platanillo de Cuba: Ct
Rábano: Ct
Romero: Ct
Ruda: Ct
Toronjil: Ct
VAinilla: Ct
Vetiver: Ct
Yerba buena: Ct
Caisimón: Ct

Estupefacientes (Sustancias que producen inconciencia)

Majuito: Ct
Paraíso: Ct

Excitantes (que provocan estado de aceleración del modo normal de una función)

Ají picante: Ct y B
Alcanfor: Ct y B
Apio: Ct y B
Café: Ct y B
Clavel rojo: Ct y B
Guacamaya: Ct y B
Perejil: Ct y B
Ruda: Ct y B
Toronjil de menta: Ct y B

Expectorantes (que provoca la expulsión de sustancias mucosas)

Algodón: Ct y J
Almácigo: Ct y J
Anamú: Ct y J
Bálsamo de Tolú: Ct y J
Berro: Ct y J
Cocotero: Ct y J
Guanábana: Ct y J
Marilope: Ct y J
Orégano: Ct y J
Naranja china: Ct y J

Febrífugos (que disminuyen la fiebre)

Ajo: B, Ct y C
Albahaca cimarrona: B, Ct y C
Anamú: B, Ct y C
Bija: B, Ct y C
Café: B, Ct y C
Caimito: B, Ct y C
Caña santa: B, Ct y C
Cedro: B, Ct y C
Cundeamor: B, Ct y C
Eucalipto: B, Ct y C
Girasol: B, Ct y C
Limón: B, Ct y C
Mamey de Santo Domingo: B, Ct y C
Mango: B, Ct y C
Marilope: B, Ct y C
Paraíso: B, Ct y C
Perejil: B, Ct y C
Platanillo: B, Ct y C
Romero: B, Ct y C
Salvia del país: B, Ct y C
Zapote: B, Ct y C
Sauce: B, Ct y C
Tabaco: B, Ct y C
Uva caleta: B, Ct y C
Yerba buena: B, Ct y C
Guásima: B, Ct y C

Hemostáticos (que contienen el sangramiento)

Almendra de la India: Ct y C

Canutillo: Ct y C

Caoba: Ct y C

Comino cimarrón: Ct y C

Cundeamor: Ct y C

Guayaba: Ct y C

Guira: Ct y C

Limón: Ct y C

Hipnóticos (que producen sueño)

Dormidera: Ct

Lechuga: Ct

Marilope: Ct

Hipostenizantes arteriales (que bajan la presión arterial)

Boniato de playa: Ct

Hinojo: Ct

Ruda y calabaza: Ct

Laxantes (que hacen defecar)

Berro: Ct

Boniato de playa: Ct

Cañandong: Ct

Cocotero: Ct

Gandul: Ct

Guayaba: Ct

Guira: Ct

Mango: Ct

Raíz de indio: Ct

Tamarindo: Ct

Narcóticos (que producen sueño)

Ajicillo: Ct

Berenjena: Ct

Campana: Ct

Cardo santo: Ct

Cebolla de ángel: Ct

Galán de día y de noche: Ct
Lechuga: Ct
Papa: Ct
Paraíso: Ct
Tabaco: Ct
Tomate: Ct
Túnica de cristo: Ct

Odontálgicos (contra el dolor de muelas)

Aguacate: Ct y M
Ají picante: Ct y M
Alcanfor: Ct y M
Anamú: Ct y M
Cedro: Ct y M
Cocotero: Ct y M
Dormidera: Ct y M
Itamo real: Ct y M
Llantén: Ct y M
Mango: Ct y M
Pimienta: Ct y M
Vicaria blanca: Ct y M
Yagruma: Ct y M

Otálgicos (contra el dolor de oídos)

Ajo: Ct
Albahaca cimarrona: Ct
Maravilla: Ct
Ruda: Ct

Parasiticidas (que matan parásitos)

Alacrancillo: Ct y M
Añil: Ct y M
Apasote: Ct y M
Guanábana: Ct y M
Mamey de Santo Domingo: Ct y M
Ponasí (en baños): Ct y M
Rompesaraguey: Ct y M
Tabaco: Ct y M
Yerba mora:

Sedantes (que calman el dolor o la excitación)

Belladona: Ct y B

Jazmín de cinco hojas: Ct y B

Lechuga: Ct y B

Tila: Ct y B

Tomillo: Ct y B

Yerba mora: Ct y B

Tónicos (que producen y restablecen el tono, grado normal de vigor y tensión)

Ají picante: Ct, B y Fe

Anís: Ct, B y Fe

Anón: Ct, B y Fe

Artemisa: Ct, B y Fe

Berro: Ct, B y Fe

Bija: Ct, B y Fe

Cacao: Ct, B y Fe

Café: Ct, B y Fe

Caisimón: Ct, B y Fe

Canela de China: Ct, B y Fe

Cidra: Ct, B y Fe

Uacamaya: Ct, B y Fe

Manzanilla de la tierra y del país: Ct, B y Fe

Marilope: Ct, B y Fe

Mejorana: Ct, B y Fe

Naranja agria: Ct, B y Fe

Orégano: Ct, B y Fe

Romero: Ct, B y Fe

Ruda: Ct, B y Fe

Sábila: Ct, B y Fe

Tomate: Ct, B y Fe

Toronjil: Ct, B y Fe

Vainilla: Ct, B y Fe

Yerba buena: Ct, B y Fe

Vermífugos (antihelmínticos)

Aguacate: Ct

Ajo: Ct

Anamú: Ct
Apasote: Ct
Calabaza: Ct
Campana: Ct
Cocotero: Ct
Cundeamor: Ct
Galán de noche: Ct
Granada: Ct
Limón: Ct
Manzanilla: Ct
Mango: Ct
Papaya: Ct
Paraíso: Ct
Picapica: Ct
Tabaco: Ct
Tamarindo: Ct
Vicaria: Ct

Vulnerarios (propios para curación de heridas)

Almácigo: Ct, C y F
Añil: Ct, C y F
Bejuco ubí: Ct, C y F
Cundeamor: Ct, C y F
Flor de muerto: Ct, C y F
Gandul: Ct, C y F
Llantén: Ct, C y F
Mostacillam prodigiosa: Ct, C y F
Tabaco: Ct, C y F

BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamp, T.L. y L.B. Mc Cullough (1987): *Ética Médica: Las Responsabilidades Morales de los Médicos*. Editorial Labor, Barcelona, pp. 65-97.
- Beebe Thompson, Y.: *Ética y Enfermería*, pp. 20-52.
- Bengsch, H: *Tratado de Patología Médica*, tomo II, pp. 191-196.
- Berkove, R. (1986): *Manual Merck*. Nueva Editorial Interamericana S.A.D.E.C.U., 7ma edn., pp.10-240.
- Brunner, L.S. y D. S. Suddarth (1984): *Enfermería Médico-Quirúrgica*. Editorial Interamericana, México, 4ta. Edn., pp. 51-60.
- Cane, H.F. (1982): *Terapéutica*, pp. 236-239.
- Castillo, M., *Epidemiología*, pp. 14-85.
- Cecil (1977): *Tratado de Medicina Interna*, tomo I y II, pp. 10-360, 1052-1057.
- Cobo F. y otros (2000): *Presión arterial nocturna y factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con HTA*. *Med. Clin*, pp. 29-114.
- Colectivo de autores (1985): *Oriente*, pp. 86-195, 125-132.
- Colectivo de autores (1996): *Folleto 2da Jornada de Enfermería Interna*, pp. 10-39.
- Colectivo de autores (1996): *Medicina Interna*. Editorial Ciencias Médicas, 6ta edn., pp. 152-154.
- Colectivo de autores (2003): *Fundamentos éticos de la práctica de enfermería*. *Diplomado de proceso de atención de enfermería*, 1ra edn, pp. 1-79.
- Colectivo de autores, Grupo Nacional (1977): *Revisiones de Conjunto*, No. 1 y 2, pp.10-34,50-62.
- Colectivo de autores: *Curso Bioética y Bioseguridad*, pp. 1-34.
- Crombet, S.: *Hipertensión, Diagnóstico, Tratamiento y Control*, pp. 11-27.
- Cuidados intensivos Grupo Nacional (1977): *Revisiones de Conjunto*, No. 1 y 2.
- De Acosta Fernández, O.M. (1974): *Lo que todo diabético debe saber*, pp. 72-84.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Editorial Científico Técnico, Tomo I y II, pp. 10, 16, 22, 24, 62-84, 122-136.
- Domínguez D. (1975): *Temas de Enfermería*, No. 1, enero-julio, pp. 40-46.
- Domínguez, D. (1975): *Temas de Enfermería*, pp. 40-46.
- Du Gas, B.W. (1986): *Tratado de enfermería práctica*. Nueva editorial Interamericana, México, 4ta. Edn.
- Enfermería*, tomo VII, pp. 318-332.
- Gato Rodríguez, L. y Y. Duarte (1999): *Taller de Ética en enfermería*.

- German, S. (1985): *Enfermería Médico-Quirúrgica*, tomo I y II, 4ta edn., pp. 10-599.
- Goven, I: *Patología Cardiovascular Secular*, pp. 405-408.
- Grupo NANDA (1995): *Categoría Diagnósticas de Enfermería*, pp. 1-85.
- Hospital Militar “Dr. Carlos J. Finlay” (1981): *Normas de Medicina Militar*, pp. 162-169.
- Ledely, S y J. Mae Paper (1985): Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial J.B. Lippincott Company, Londres, pp. 65-97.
- Llanio, R. (1980): *Propedéutica Clínica*. Tomo I, pp. 12-149, tomo II, 38-598.
- Martell, C.N. et. Al. (2001): Riesgo Cardiovascular en Hipertensos y su Evolución en el tratamiento antihipertensivo. *Hipertensión*, pp. 18 (2) 43-62.
- Martell, N. et. Al. (2001): Riesgo Cardiovascular absoluto en hipertensos y su evolución en el riesgo antihipertensivo. *Hipertensión*, pp. 63-67.
- Medina, C.D. (1997): *Ética y Legislación-Enfermería*, pp. 25-60.
- MINSAP, (2000): *Anuario Estadístico*, pp. 45-75.
- Navarro, R. (1984): *Propedéutica Clínica y Fisiología*. Editorial Pueblo y Educación, 2da edn, pp. 199-206.
- Pons, P. “Enfermedades del sistema Nervioso”. *Tratado de Patología Clínica y Médica*, tomo IV, pp. 190-210.
- Presno Albarran, J.: *Cirugía de Guerra*. Editorial Ciencia y técnica, pp. 762-780.
- Roca Goderich, R. (1985): *Temas de Medicina Interna*, 3ra edn., Tomo I, 193-196, tomo II, pp. 55-63, tomo II, 69-74, 145- 167, 185- 214.
- Roig, J.T. (1974): *Plantas Medicinales, Aromáticas y Venenosas de Cuba*, pp. 10-920.
- Schacelfort, R.T. *Diagnóstico Quirúrgico*, Tomo III, pp. 1514-1515.
- Tomy, M.: *Modelos y teorías en enfermería*, pp. 26-42.