

00921
75

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, APLICADO A UNA
PACIENTE DEL SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO
PROBABLE DE PARÁLISIS DEL BULBO RAQUÍDEO.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA: RUTH GONZALEZ DIANAZ**

NUMERO DE CUENTA: 9161150-3

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

... a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Ruth Gonzalez Dianaz
FECHA: 31.06/03
FIRMA: [Signature]

DIRECTOR DEL TRABAJO

[Signature]

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**



SECRETARIA DE ACREDITACION

MÉXICO D.F A 11 DE ABRIL DEL 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

En esta vida la persona que no lee es como aquella que se hace a la mar sin saber nadar.

PADRE: Por haberme impulsado a continuar mis estudios y a enseñarme a ser una persona constante; me hubiese gustado que estuvieras aquí para que viera lo que sembró.

MADRE: Ella me apoyó en su tiempo, para que yo pudiera continuar con mis prácticas y poder concluir el año que me faltaba.

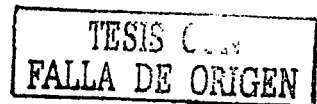
HIJAS: Mis pequeños tesoros, Sarahí y Betsabe.

Por que al realizar estos estudios, las he privado de los cuidados que necesitaban en su momento. Pero finalmente ésta superación para que ellas sigan este ejemplo.

JAIME: Gracias por no interferir en mis deseos de superación y por el apoyo que me brindaste durante este periodo importante de mi vida.

MIS PROFESORES: Por haberme transmitido sus conocimientos y las inquietudes de querer saber cada día más y por el tiempo que invirtieron en mí.

Al Director de este proceso Armando Ortega que supo dirigir y ayudarme para lograr la conclusión de éste Proceso Atención Enfermería y poder lograr una titulación en Lic. en Enfermería



Gracias.

B

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	PÁG.
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN.....	2
1.- JUSTIFICACIÓN.....	4
2.- OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivos del caso.....	5
2.2. Objetivos de Aprendizaje.....	5
3.- METODOLOGÍA.....	6
3.1. Etapas.....	7
4.- MARCO TEÓRICO.....	10
4.1. Virginia Henderson.....	10
4.1.1. Definición.....	10
4.2. Anatomía y fisiología del sistema nervioso.....	11
4.2.1. Sistema Nervioso Central.....	13
4.2.2.1. Sistema Nervioso Periférico.....	20
4.2.2. Pares Craneales.....	26
4.2.3. Función Autónoma.....	31
4.2.4. Valoración Neurológica.....	33
4.2.5. Estados de Conciencia.....	44
4.3. Historia natural de la enfermedad de parálisis bulbo raquídeo.....	46
4.4. Complicación de infecciones intrahospitalarias.....	51
4.5. Historia natural de la Neumonía.....	53
5.- HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	59
5.1. Historia clínica.....	59
5.2. Valoración de enfermería según Virginia Henderson.....	63

5.3.	Valoración de las necesidades según Virginia Henderson.....	66
6.-	PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	68
6.1.	Diagnostico de Enfermería.....	68
6.2.	Plan de Cuidados.....	69
7.-	PLAN DE ALTA.....	84
8.-	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	86
9.-	ANEXOS.....	89
9.1.	Dexametasona.....	89
9.2.	Amikacina.....	92
9.3.	Diprivan.....	94
9.4.	Furosemide.....	98
9.5.	Ranitidina.....	100
9.6.	Epamin.....	101
10.-	CONCLUSIONES.....	106
11.-	BIBLIOGRAFÍA.....	108

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención Enfermería se desarrolla en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; en el servicio de neurología que se encuentra ubicado en el tercer piso, en Insurgentes Sur Colonia La Fama, Tlámpa, es una institución del tercer nivel que atiende personas de escasos recursos económicos que provienen de casi toda la República Mexicana y fue fundada por el Dr. Emerito Velasco Suárez Manuel, cuyo lema en latín expresa la esencia misma de nuestro ser "Cerebrum, Divina luz Ratio, Salus Scientiae".⁽¹⁾

Este proceso se basa en la teoría de Virginia Henderson; ésta teoría implica partir de sus propios conceptos. Ella dice que la salud es la calidad más que la vida misma.

Esa reserva de energía mental y física, que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.⁽²⁾

Esta teoría forma parte de los modelos conceptuales de atención de enfermería y los estudiantes de la carrera de enfermería la llevan a la práctica, para dar una atención de calidad al paciente así como a la familia.

Este proceso va encaminado a la aplicación en una mujer en la segunda década de la vida, 19 años con un probable diagnóstico de parálisis de bulbo raquídeo. El cual fue elaborado con un seguimiento, donde se plantearon los objetivos del caso así como de aprendizaje; seguido de una justificación de ¿por qué? de la realización del mismo. Se elabora una metodología lo cual nos permite el encuadre del mismo que nos dará un origen al proceso enfermero.

¹Frenek Mora historia Neurológica. Revista del Instituto Nacional de Neurología y Cirugía
²Edición. 2001. Editorial País México D. F. P. P
Idem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con el modelo de Virginia Henderson, se realizan las valoraciones día a día, para poder llegar a los diagnósticos enfermeros y elaborar un plan de cuidados de esta manera poder realizar un plan de alta.

Se realiza un glosario de términos para tener un mayor conocimiento.

Se elaboran las conclusiones; tomando en cuenta los objetivos y los resultados de los mismos.

Se integran unos anexos como medicamentos, como la ranitidina, epamin, propofol, y también unos estudios como la punción lumbar, imágenes de resonancia magnética.

Se finaliza con la bibliografía que sustenta el trabajo ya elaborado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. JUSTIFICACIÓN

El proceso Atención Enfermero tiene la finalidad de recordar los conocimientos adquiridos en los años de formación; y así poderlo llevar a la práctica; seleccionando a una paciente del sexo femenino de 19 años de edad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el servicio de Neurología.

Además se adquiere habilidad para la investigación, y con esto aumentan los conocimientos y se recuerdan los ya adquiridos, que nos van a servir para dar una atención integral al paciente que se seleccionó; así como para los demás enfermos.

Este proceso de atención enfermero nos permitirá presentar un examen profesional que nos dará la oportunidad de obtener un título como licenciados en enfermería y obstetricia.

Tener la oportunidad de continuar estudiando un postgrado así como una maestría para poder obtener más conocimientos sobre la carrera de enfermería y obstetricia y de esta manera poder ayudar al cuidado y recuperación de calidad e integral del paciente enfermo así como de los familiares; y poder transmitirles y enseñarles al personal que elabora en el Instituto los conocimientos aprendidos.

Y de igual manera poder transmitir a las nuevas generaciones que llegan de prácticas al Instituto a realizar el proceso de enfermero y llevarlo a la práctica con el paciente y fomentar la investigación para que las enfermeras sean reconocidas como profesionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS DEL CASO

Elaborar un Proceso de Atención de enfermería a un paciente del sexo femenino de 19 años de edad con diagnóstico probable de parálisis de bulbo raquídeo en el servicio de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson para poder dar una atención de calidad.

2.2. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Integrar los elementos básicos del Proceso enfermero como método para el cuidado del paciente, utilizando el conocimiento científico y metodológico, y la aportación de la teoría de Virginia Henderson.
2. Asistir al individuo enfermo, con intervenciones de enfermería que le ayuden a recobrar su independencia lo más rápido posible.
3. Recordar conocimientos anatómicos, fisiológicos del sistema nervioso, así como psicológicos y sociales, para poder establecer las intervenciones de enfermería con bases científicas a fin de lograr una mejor calidad de vida de la paciente.
4. Realizar un seguimiento del paciente a su egreso hospitalario y evaluar el plan de alta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. METODOLOGÍA

El contenido de este proceso se estructura basándose en la teoría de Virginia Henderson en sus catorce necesidades así como se toman en cuenta las etapas del proceso de atención enfermero definiendo cada una de ellas.

Se elabora un marco teórico donde se menciona la anatomía del sistema neurológico y la valoración neurológica, también se incluyen los pares craneales, se integran los estados de conciencia.

Se investigó un poco sobre infecciones intrahospitalarias.

Se realizan las historias naturales de la neumonía y de parálisis bulbar.

Se le realiza al paciente la historia clínica y también se hace la valoración según las catorce necesidades de Henderson.

Se elabora el plan de alta seguido necesidad, diagnósticos enfermeros y objetivos, encuadrando por las intervenciones de enfermería, una fundamentación y una evaluación.

Un glosario de términos, palabras que no se conocen, aumentan nuestro vocabulario.

Se formula y se indica un plan de alta con los cuidados para Verónica a los familiares a cargo, metiendo un anexo con algunos medicamentos y estudios como punción lumbar, tomografía.

Concluimos con una bibliografía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1 ETAPAS

VALORACIÓN

Puede efectuarse antes de la toma de anamnesis, durante la misma o después; lo que depende del estado físico y emocional del paciente, su respuesta a la enfermedad y a la hospitalización.

La valoración inicial del estado de salud es identificar los parámetros del funcionamiento físico; psicológico, y emocional que indiquen la presencia de necesidades asistenciales. Tal evaluación requiere el uso de los sentidos de la visión, la audición, tacto y el olfato. Así como las técnicas y habilidades apropiadas del entrevistador.

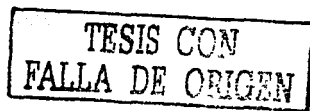
El examen físico en una parte muy importante de la valoración del estado de salud. La valoración inicial del estado de salud; debe indicarse al paciente la forma en que se usaran los datos, que conclusiones se extraerán y que él y sus familiares u otros seres queridos participarán en la elaboración del plan asistencial. ⁽³⁾

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería son efectuados por enfermeras profesionales, que pueden describir problemas reales o posibles para la salud del enfermo.

Estos diagnósticos deben de dirigirse en el plan asistencial.

Consisten en una forma de examinar las áreas que han sido identificadas como funciones independientes de enfermería incluyendo las que pueden ser ordenadas por los médicos.



³ Susanne C. O'Connell Smeltzer "Proceso Atención Enfermería"
Mexico D.F. 1987 Pág. 1890

PLANEACIÓN

Esta fase incluye

- Asignación de prioridades a los diagnósticos de enfermería.
- Especificación de objetivos inmediatos, mediatos y a largo plazo de las acciones que deben tomar.
- Identificación de las acciones interdependientes.
- Identificación de resultados esperados.
- Registro de los diagnósticos correspondientes, los objetivos del plan asistencial, las intervenciones de enfermería y los resultados esperados del plan asistencial.

En condiciones ideales, todos los aspectos de la fase de planeación del proceso de enfermería son parte de un esfuerzo en conjunto.

En la planeación con otros miembros del equipo de enfermería, se toma en cuenta que cada uno tiene una función que se debe respetar y apoyar.

EJECUCIÓN

Es lo que vamos a poner en práctica del plan propuesto.

La enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero incluye al paciente, familiares y otros miembros del personal de enfermería y asistencial en general.

El plan de atención de enfermería sirve como base en la ejecución de los objetivos inmediatos, mediatos, y a largo plazo se emplean para dirigir la ejecución de las intervenciones de enfermería especificadas.

En la ejecución de dicha asistencia, la enfermera evalúa de manera constante al paciente y sus respuestas a la misma.

Esta fase abarca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y la satisfacción de las necesidades asistenciales del sujeto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN

Las enfermeras utilizan la estructuración por problemas mencionados para registrar sus intervenciones, no obstante, muchas han agregado dos componentes a fin de cumplir con los requisitos del proceso de enfermería y de algunos organismos reguladores.

Los componentes son:

- Que se refiere a las intervenciones inmediatas.
Ejemplo: Elevar la cabecera del paciente.
- Relativa a la evaluación de los resultados de tales intervenciones. Es decir, si fueron eficaces o no. Según la conducta observada del paciente.

Es el resultado la fase final del proceso y tiene como finalidad identificar las respuestas del individuo.

Con la evaluación corresponden las siguientes preguntas:

- ¿Los diagnósticos de enfermería fueron precisos?
- ¿El paciente logró los resultados esperados?
- ¿Se han resuelto tales diagnósticos?
- ¿Se han satisfecho las necesidades del paciente?
- ¿Han surgido nuevos problemas?

La evaluación debe incluir crítica y superación personal de la enfermera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. MARCO TEÓRICO

4.1. VIRGINIA HENDERSON

4.1.1. DEFINICIÓN

La teoría de Virginia Henderson, implica partir de sus propios conceptos y supuestos teóricos; por esta razón se describen a continuación.

Salud: Henderson dice que es la calidad de la salud más que la vida misma, esa reserva de energía mental, y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida ⁽⁴⁾

Enfermería: Henderson define a la enfermería en términos funcionales. La función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación. (o a una muerte tranquila), que él realizaría sin ayuda, si tuviera fuerza de voluntad y conocimiento necesario. Y hacer esto, de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Persona: (paciente) Henderson. Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila; la mente y el cuerpo son inseparables.

Entorno: Como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

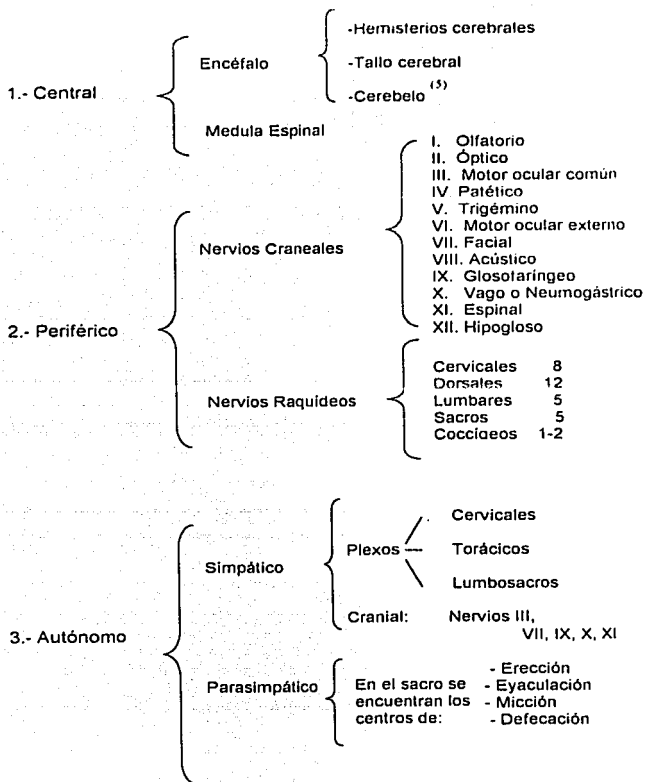
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴ Carpenito MC Graw "Planes de cuidado" y documentación de enfermería y problemas asociados

4.2 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO

S
I
S
T
E
M
A

N
E
R
V
I
O
S
O



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*Liebman Michael "Neuroanatomía" Editorial Interamericana México D F - 1987 P. 95

Regiones del cerebro



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Descripción de la figura:

- 1 Corteza cerebral - 2 Cerebro - 3. cuerpo calloso - 4 Sistema límbico
5. Cerebelo - 6 Hipotálamo - 7. Tálamo.

4.2.1 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso se divide en 2 partes en Central y Periférico

EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ⁽⁶⁾

Consta de encéfalo y Medula espinal.

El encéfalo se divide en 5 partes que son:

- Telencéfalo
- Diencéfalo
- Mesencéfalo
- Puente
- Cerebelo
- Bulbo Raquídeo

Hablaremos de cada una de ellas.

TELENCÉFALO.

Ocupa buena parte de la base del cerebro se encuentran circunvoluciones orbitarias, y sobre ellas los nervios olfatorios, encargados del sentido del olfato, y los nervios ópticos, que transmiten los impulsos visuales del ojo al cerebro.

Es una de las estructuras más desarrolladas en el ser humano y este se compone de dos estructuras principales; hemisferios cerebrales y ganglios basales. Los hemisferios son dos formaciones muy grandes separadas por Cisura longitudinal media y abarcan la mayor parte visible del encéfalo. En su superficie convexa presenta sinuosidades llamadas circunvoluciones separadas entre sí por surcos.

Las Cisuras lateral y central ayudan a dividir cada hemisferio en cuatro regiones principales lóbulos.

⁶ Barr, M.L. and J.A. Kiernan "The human Nervous System".
5^o ed Philadelphia Lippincott 1998

EL LÓBULO FRONTAL

Se sitúa por delante de la Cisura central.

La circunvolución precentral situada inmediatamente por delante de la cisura central, es el centro motor que inicia los impulsos destinados a los músculos voluntarios.

Y en la parte más anterior, el polo frontal, se asientan los mecanismos de la personalidad, las lesiones a este nivel a menudo producen trastornos de la personalidad.

El área de Broca es el área del habla que se encuentra en el lóbulo frontal en el área frontal, en el área prefrontal es el asiento del intelecto.

La cisura de Volando divide al lóbulo frontal del parietal:

LÓBULO PARIETAL

Es una área somoestésica primaria y se tiene la área de asociación somoestésica.

LÓBULO TEMPORAL

Área de asociaciones somáticas visuales auditivas convergen entre sí en la parte posterior del lóbulo, donde se reúnen los lóbulos Temporales occipital y parietal. Este hemisferio es dominante se encuentra la área de Wernicke.

LÓBULO OCCIPITAL

Se encuentra el área de asociación visual primaria visión bilateral y contralateral.

DIENCÉFALO.

El diencéfalo se divide en Tálamo. El principal centro de relevo del sistema Nervioso Central y debajo de él al Hipotálamo; este es una región vital relacionada con el control de la temperatura estados emotivos sobre todo de ira.

Además el diencéfalo esta formado por los cuerpos geniculados medial y lateral el núcleo subtalamico y la glándula pineal.

Hipotálamo: Se localiza delante del tallo cerebral y se conecta con la hipófisis.

Tálamo: Adyacente al hipotálamo a ambos lados del tercer ventrículo, actúa como punto de revelo para mayoría de los haces sensitivas ayuda a controlar respuestas primitivas como el miedo, instinto y contracción.

MECENCÉFALO

Mecencefalo, puente y bulbo raquídeo forman en conjunto una estructura cuneiforme.

El Mecencefalo es el más pequeño, se sitúa entre el diencefalo y el puente, parte situada en el acueducto de Silvio.

PUENTE Y CEREBELO ⁽⁸⁾

Ambos constituyen la cuarta división del encéfalo.

CEREBELO.

Es una estructura multiplegada localizada debajo del lóbulo occipital y relacionado con equilibrio y tono muscular y coordinación de actividad muscular.

Por entre el cerebelo y la parte adyacente del tallo encefálico pasas tres pares de haces: Los pedúnculos cerebelosos superior, medio y superior.

PUENTE.

Se sitúa entre el mesencefalo y el bulbo raquídeo y esta separado por el cerebelo por una cavidad el cuarto ventrículo, pasan diversos haces de fibras ascendentes y descendentes, alberga los núcleos de los pares craneales que son el V, VI, VII

BULBO RAQUÍDEO (o medula oblongada)

Es la última división del encéfalo. Se continúa con la medula espinal a nivel del agujero magno, contiene haces ascendentes y descendentes así como los núcleos de los pares VIII a XII están situados los centros respiratorios y cardíacos, las vías ascendentes y descendentes estas vías forman la materia blanca del bulbo raquídeo.

Vía de conducción de impulsos motores. ⁽⁸⁾

VENTRÍCULOS

Son dos ventrículos laterales comunes con el III; por un agujero interventricular en cada lado.

El III ventrículo comunica con el IV por el acueducto de Silvio; y el IV se continúa con el conducto central del bulbo y de la medula espinal, y se abre mediante orificios en el espacio subaracnoideo.

La neurología que tapiza las Cavidades Ventriculares encefálicas y el conducto central de la medula espinal es llamado epéndimo.

En los Ventrículos se observan láminas vasculares de piamadre; conocidas con el nombre de telas coroideas, las cuales se invaginan; se cubren de epéndimo modificado y se proyectan en las Cavidades Ventriculares. Esta combinación de epéndimo cuboideo y lámina vascular se llama Plexo Coroideo.

Los plexos se invaginan en las cavidades de los ventrículos laterales III y IV e intervienen en la formación del líquido Cefalorraquídeo.⁽⁹⁾

VENTRÍCULOS LATERALES

Cada ventrículo lateral es una cavidad situada en el interior de un hemisferio cerebral, y cada uno de ellos comunica con el III ventrículos por medio de un agujero interventricular. La región del ventrículo lateral situada por delante de agujero es llamada Primera Porción. Detrás se halla la Zona Central del Ventrículo.

Las porciones anterior, media y dorsal de la Zona Central son llamadas segunda, tercera y cuarta. La cuarta región ventricular se divide en Quinta Porción o asta posterior y Sexta Porción o asta inferior.

Las astas anteriores, posterior e inferior se hallan en los lóbulos frontal, occipital y temporal del hemisferio cerebral.

⁹ G. Lazorthes and J. Poulhes. C. R. "Anatomia" 35th reunion 1997

Asta anterior del Ventrículo lateral.- queda limitado hacia abajo por el rostró; hacia delante; por la rodilla, y hacia arriba, por el tronco del cuerpo calloso.

Asta central del Ventrículo lateral queda bajo el tronco del cuerpo calloso y craneal al tamaño del cuerpo del núcleo caudado.

Asta Posterior variable.- va adelgazándose hacia atrás hasta el lóbulo occipital del hemisferio. Las dos astas posteriores son generalmente asimétricas y la porción dorsal de una puede aparecer en ciertos casos como una vesícula independiente. (10)

Asta inferior.- se extiende hacia abajo y adelante, dorsal al tálamo y en el lóbulo temporal del hemisferio. Está limitado en el lado externo por fibras derivadas del cuerpo calloso.

Inferiormente, el hecho más notable es una elevación conocida con el nombre de hipocampo, parcialmente cubierta por el plexo coroideo. Cranealmente, la cola del núcleo caudado se dirige hacia delante para terminar con el núcleo amigdalino.

III.- VENTRÍCULO

Es una hendidura angosta situada entre los dos talamos. En una zona variable los talamos se hallan fusionados uno con otro y originan la unión intertalámica. El suelo del ventrículo esta formado por el hipotálamo. Ventralmente, el suelo está cruzado por el quiasma óptico.

La pared anterior esta constituida por la lámina terminal, es una hoja delicada que une el quiasma óptico al cuerpo calloso. El techo delgado está compuesto del epéndimo, cubierto por dos hojas de piamadre.

¹⁰ D.M.H. Woollam and J.W. Nillen. Brain "Anatomía"
Ed. Novena tentorial Herniations 1999

IV.- VENTRÍCULO

Es una cavidad romboidea situada en la porción posterior de la protuberancia y del bulbo. Esta formado por la protuberancia por arriba, y por el bulbo por abajo se relacionan directa o indirectamente con los núcleos del origen de los ocho últimos nervios craneales; un surco medio divide el suelo en mitades derecha e izquierda. Se halla una comunicación directa con el espacio subaragnoideo. ⁽¹⁾

¹ Edgar Gardner "Anatomía" Salvat editores 4 Edición, 1990

4.2.2.1 SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

Está constituido por 12 pares craneales y todos los demás nervios del cuerpo.

- I. Olfatorio.
- II. Óptico.
- III. Motor ocular común.
- IV. Patético.
- V. Trigémino.
- VI. Motor ocular externo.
- VII. Facial.
- VIII. Acústico.
- IX. Glosofaríngeo.
- X. Vago.
- XI. Espinal.
- XII. Hipogloso.

*NERVIOS RAQUÍDEOS

Cervicales	8
Dorsales	12
Lumbares	5
Sacros	5
Coccígeas	1-2

Todos ellos tienen origen real que es motor y sensitivo.

El origen real: motor son las neuronas alfas y gama eferentes de la medula espinal.

Origen aparente: de la raíz motora en el surco ventrolateral o paramedio lateral de la medula.⁽¹²⁾

¹² Barr, M.L. and J A Kiernan "The human Nervous System",
5th Ed Philadelphia Lippincott 1998

MEDULA ESPINAL

Es una larga estructura cilíndrica que empieza en el agujero magno y desciende hasta aproximadamente, la altura de la segunda vértebra lumbar. La medula es la vía principal para las heces de fibras ascendentes y descendentes que conectan a los nervios periféricos y espinales con el encéfalo.

Los nervios periféricos se unen a la medula espinal mediante 31 pares de nervios espinales.

Tiene sustancia gris en forma de H o mariposa rodeada de sustancia blanca

Sustancia gris: Son las astas dorsales, posteriores y las inferiores son las astas ventrales y laterales.

Sustancia blanca: Se agrupa en cordones dorsal, ventral y lateral. ⁽¹³⁾

LIQUIDO CEFALORRAQUÍDEO O CEREBROESPINAL

El líquido cerebroespinal o cefalorraquídeo (LCR) puede examinarse mediante punción lumbar. El volumen total de líquido es aproximadamente de 100-150 ml. Y su presión es 150 mm. (Normal = 70-180), en decúbito lateral la presión en ocasiones es mas alta; pero es aproximadamente la atmosférica en el agujero occipital, y negativa en los ventrículos. ⁽¹⁴⁾

Un aumento en el volumen de líquido y presión se llama Hidrocefalia y se debe generalmente a una obstrucción de la circulación de líquido.

El líquido es formado por los plexos coroideos. El curso del líquido cefalorraquídeo, las vellosidades aracnoideas y las granulaciones aracnoideas son las formaciones que permiten el drenaje del líquido cefalorraquídeo y el paso de dicho líquido a los senos venosos de la duramadre y de las venas espirales.

Funciones:

- ▶ Como protector del sistema nervioso.
- ▶ Compensa y equilibra los cambios intracraneales del volumen sanguíneo.
- ▶ Actúa como cojín para el encéfalo.
- ▶ Elimina metabolitos.
- ▶ Transporta materiales nutritivos.

¹⁴ Hernandez Davson, Physiology of the Cerebrospinal fluid, William Wilkins, Baltimore, 1999

Características:

El líquido cefalorraquídeo normal es claro, incoloro, inodoro, alguno de los valores normales más importantes.

Densidad = 1.007

PH = 7.35

Cloruros = (como NaCl) = 120-130 mini equivalentes por litro

Glucosa 65 Mg / 100 ml

Base total = 157 meq / lt

Gammaglobulina = 6 - 13% de las proteínas totales

Proteínas totales:

Lumbares = 15 - 45 mg / 100 ml

Cisternales = 10 - 25 mg / 100 ml

Ventriculares = 5 - 15 mg / 100 ml

Se estima que un 95% del líquido es formado en los ventrículos laterales. La mayor parte del resto es formado en el tercer y cuarto ventrículo.

Las proteínas son absorbidas por las vellosidades aracnoideas.

El líquido cefalorraquídeo es formado en los ventrículos laterales, circula por los agujeros interventriculares hacia el tercer ventrículo y se difunde al encéfalo y médula espinal.

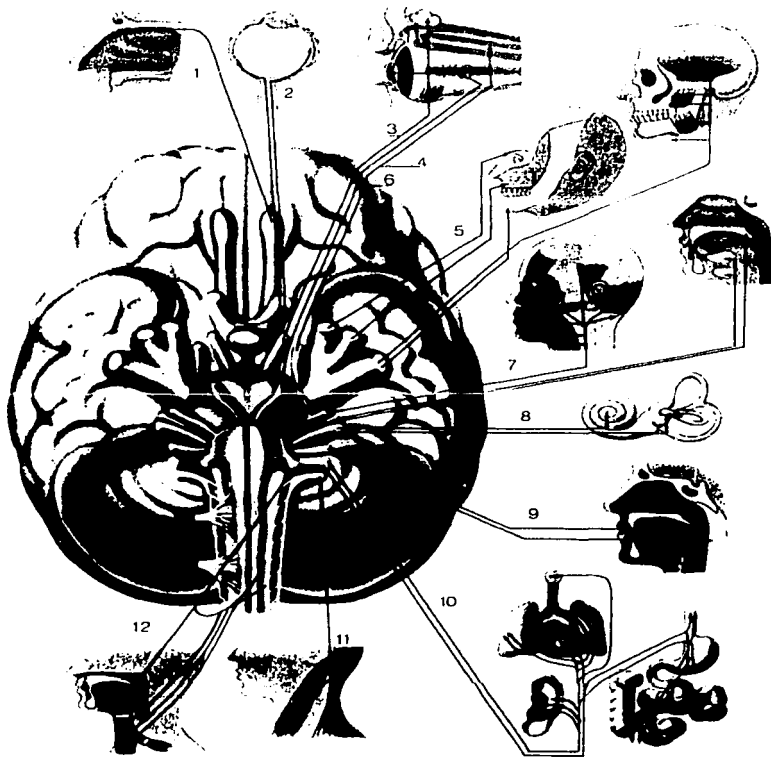
Absorción: Se cree que es en las vellosidades aracnoideas que se proyectan dentro de o los senos venosos duros. Los cuerpos de Pacchioni son vellosidades aracnoideas grandes distribuidas a lo largo del seno longitudinal superior. También puede ocurrir absorción hacia las venas piales.

Hidrodinámica

Debido a que el líquido cefalorraquídeo está contenido en un sistema cerrado, el raquis óseo y el cráneo, las fuerzas que tienden a incrementar el volumen del líquido cefalorraquídeo son aptas para aumentar su presión. ⁽¹⁵⁾

¹⁵ Chusid Joseph "Líquido Cefalorraquídeo" Neuroanatomía y Correlativa y Neurología Funcional 7 edición, manual moderno México D.F. 1987, pp 283

Nervios craneales



Descripción de la figura:

1. OLFATORIO - 2. ÓPTICO - 3. OCULOMOTOR. Todos los músculos de los ojos excepto los inferiores, m. esfínter del iris, m. Ciliar - 4. PATÉTICO - 5. TRIGÉMINO a) sensibilidad de la cara, los senos y dientes, b) músculos de la masticación - 6. MOTOR OCULAR EXTERNO. - 7 FACIAL. a) músculos de la cara b) glándulas submaxilar sublingual - parte anterior de la lengua - paladar blando (sensorial) - 8. AUDITIVO Auditivo vestibular - 9. GLOsofaríngeo Parte posterior de la lengua (sensorial) - 10. NEUMOGÁSTRICOS O VAGO m corazón, pulmones, bronquios, tubo digestivo Sensitivo corazón, pulmones, bronquios, tráquea, laringe, faringe, tubo digestivo Oreja- 11. ESPINAL m Esternocleido-mastoideo y trapecio - 12 HIPOGLOSO MAYOR m Lengua.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

4.2.2. PARES CRANEALES

I.- OLFATORIO: Éste término se refiere a la cintilla olfatoria en la porción ventral del lóbulo frontal que surge del bulbo olfatorio y continua hacia atrás para terminar justamente a un lado del quiasma óptico donde penetra el cerebro.

II.- ÓPTICO: Contiene fibras nerviosas que nacen en la copa interna de la retina, la cual cursa posteriormente para entrar a la cavidad craneana a través del quiasma óptico.

III.- MOTOR OCULAR COMÚN: Abandona el encéfalo en el lado interno del pedúnculo cerebral, donde se sitúa posteriormente a la arteria cerebral posterior y externamente a la arteria vacilar. Luego se dirige hacia delante, externamente a la arteria carótida interna, en el seno cavernoso, para abandonar el cráneo por la hendidura esfenoidal.

IV.- PATÉTICO: Tiene su origen aparente en la superficie dorsal del tallo cerebral, luego se encorva ventralmente entre las arterias cerebrales posterior y cerebelosa superior (externa al nervio motor ocular común). Continúa hacia delante en la pared del seno cavernoso, entre el nervio motor ocular común y la rama oftálmica del trigémino para entrar en la órbita a través de la hendidura esfenoidal.

V.- TRIGÉMINO: Tiene una raíz sensitiva y una raíz motora menor. La raíz sensitiva o principal surge de neuronas del ganglio de Gasser en la porción lateral del seno cavernoso, corre posteriormente entre el seno petroso superior y la tienda del cerebelo para penetrar al pedúnculo cerebeloso medio y entrar al puente. Las fibras de la división oftálmica entran al cráneo por la hendidura esfenoidal. Las fibras de la rama maxilar superior penetran en el agujero redondo.

Las fibras sensitivas de la división maxilar inferior del nervio unidas por la porción masticatoria o motora (que abandona al puente ventromedialmente a las razecillas sensitivas) dejan la cavidad craneana por el agujero oval.

VI.- MOTOR OCULAR EXTERNO: Emerge de la superficie ventral del tallo cerebral en el surco entre la pirámide bulbar y el extremo caudal del puente, luego pasa a través del seno cavernoso para salir a la cavidad craneana para la hendidura esfenoidal

VII.- FACIAL: La raíz motora del nervio facial emerge del borde posterior del puente, justamente lateral a la oliva inferior a través del lado medial del ángulo pontocerebeloso para abandonar el cráneo por el meato auditivo interno.

La raíz sensitiva toma su origen en células del ganglio geniculado y pasa por el meato auditivo interno vía porción dorsalmente situado (nervio de Wrisberg) para penetrar al bulbo.

VIII.- AUDITIVO O ESTATOACÚSTICO: Entra a la cavidad craneal por el meato auditivo interno y el tallo cerebral detrás del borde posterior del péndulo cerebeloso medio. La porción vestibular nace en células del ganglio vestibular (ganglio de Scarpa) situado en la porción dorsal del meato auditivo interno. La porción coclear se origina en el ganglio espiral.

IX.- GLOsofaríngeo: Contiene fibras sensitivas que se originan en las células de los ganglios superior y petroso, pasan por el agujero rasgado posterior y entran al bulbo por el lado externo de la oliva inferior justamente detrás del nervio facial.

La raíz motora se inicia en el núcleo ambiguo y abandona el bulbo para unirse a la raíz sensitiva del nervio.

X.- VAGO: Contiene fibras aferentes que se originan en células de los ganglios yugulares y nodos justamente debajo del agujero rasgado posterior a la cual atraviesan para entrar al bulbo precisamente detrás del nervio glossofaríngeo.

Las fibras motoras unen a la medula con la región sensorial del nervio.

XI.- ESPINAL: surge superficialmente una serie de filetes situada detrás de los filetes rediculares del nervio vago en la cara lateral del bulbo y medula cervical. Abandona la cavidad craneana por el agujero rasgado posterior.

XII.- HIPOGLOSO: tiene su origen aparente en vario filetes situados en el surco ventrolateral del bulbo entre la oliva inferior y la pirámide; estos filetes se fusionan y abandonan la fosa posterior del cráneo por el agujero condileo anterior. ¹⁶

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PARES CRANEALES

NERVIO	ORIGEN REAL	ORIGEN APARENTE	ORIFICIO DE SALIDA	CISTERNA	FUNCIÓN
I Olfatorio	Células mitrales	Cara inferior bulbo, olfatorio	Lamina cribosa, etmoides	Cisterna olfatoria	olfato
II Optico	Células ganglionares de la retina	Angulo anterior externo del quiasma óptico	Agujero óptico	Cisterna prequiasmática	Visión de colores centrales campo visual agudeza visual
III Auditivo	Sustancia gris Penacueductal	Cara medial del pedúnculo cerebral	Hendidura esfenoidal	Cisterna interpedicular	Motilidad ocular
IV Nervio troclear	Sustancia gris Penacueductal	Cara posterior del mesencefalo	Hendidura esfenoidal	Cisterna cuadrigeminal Cisterna ambiens	Motilidad Oblicuo mayor
V	Hormunculo de la sustancia reticular sensitiva Mesencefalo propiocep. Puente Táctil Raíz descend Bulbar, termoalgésia, núcleo masticador motor	Cara anterior a ventral del puente	Hend. Esfenoidal oft (r.oft) agujero redondo mayor (max sup. Agujero oval) (max inf) agujero condileo (masticad)	Cisterna prepartemidal Cisterna del APC	Sensibil. cara
VI	Sust. Reticular del puente (eminenciateres)	Surco bulboprotuberancial	Hendidura esfenoidal	Cisterna bulbopontina	Mov. Ms. recto externo
VII	Nucs Ventral y dorsal Nucto salival Susp	Fosita lateral del bulbo	Agujero auditivo interno	Cisterna del APC	Motora facial parasimpática
VIII	Organo de Corti Organo de Scarpa	Fosita de la H de bulbo	Ag. aud interno 2 ag. Lateral del CAI	Cist del APC	Audición equilibrio
IX	Nuc ambiguo Nuc salivar inf Fasciculo solitario Raíz desc	Surco colateral Post del bulbo	Agujero rasgado post	Cist inferior del APC	Motora Sensorial Parasimp. sensitiva

X	Nuc. Ambiguo Nuc. Dorsal del vago Fasciculo sol Raiz desc del v.	Surco colateral posterior del bulbo	Agujero rasgado Post	Cisterna del APC	Motora parasimo sensorial sensitiva
XI	Nuc. ambiguo	Surco colateral post del bulbo surco paramedio lat. Ventral de la medula	Agujero rasgado Post	Cisterna inf del APC	Movilidad esternoclerdo-mastoideo trapecio
XII	Ala blanca interna del Piso del IV ventriculo	Surco preoliviar	Agujero condileo anterior	Cisterna bulbar	Motilidad de la Lengua (17)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.2.3 FUNCIÓN AUTÓNOMA

El sistema Nervioso autónomo es puramente eferente y contiene fibras nerviosas con ganglios y plexos fuera del sistema nervioso central, que inerva los vasos sanguíneos del corazón, las vísceras, las glándulas y los músculos lisos en todo el cuerpo.

Aunque las fibras nerviosas aferentes que llevan impulsos de estas estructuras al sistema nervioso central se encuentran en los nervios autónomos como es el vago, los espláncnicos y los nervios somáticos periféricos, se consideran separadas del sistema nervioso autónomo.

Anatómicamente el sistema nervioso autónomo tiene dos divisiones:

- ▶ Craneosacra (Parasimpática)
- ▶ Toracolumbar (simpática)

Las fibras preganglionares parasimpáticas se originan en células nerviosas del mesencéfalo, bulbo raquídeo y segmentos espinales sacros segundo, tercero y cuarto.

Estas fibras hacen sinapsis con ganglios situados fuera del sistema nervioso central localizados en o cerca de las estructuras que inervan. ⁽¹⁸⁾

Las fibras simpáticas preganglionares nacen de las células nerviosas situadas en la columna intermediolateral gris de la médula espinal, segmentos T₁, T₂, posteriormente hacen sinapsis en dos cadenas ganglionares simpáticas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde el punto de vista Farmacológico se dividen en:

- ▶ Porción Colinérgica
- ▶ Porción Adrenergica

La acetilcolina es el transmisor en la sinapsis de todas las fibras nerviosas autónomas preganglionares parasimpáticas y simpáticas.

El transmisor en el resto de la sinapsis simpática postganglionares es la norepineofrina.

RESPIRACIÓN:

El centro para el control de la respiración, se localiza en la formación reticular alta de la protuberancia del bulbo raquídeo.

Los músculos de la respiración son inervados por fibras somáticas eferentes originadas de células nerviosas en los cuernos ventrales de los segmentos espinales, cervicales y torácicos.

TEMPERATURA:

La regulación de la temperatura depende del Hipotálamo que ejerce su influencia a través de los centros autónomos y somáticos del tronco cerebral y medula espinal.

El sistema nervioso central puede aumentar la producción de calor del músculo por medio del escalofrío.

LA VEJIGA:

El reflejo de la micción depende de la integridad del segundo, tercero y cuarto segmento sacro de la medula espinal. ⁽¹⁹⁾

4.2.4 VALORACIÓN NEUROLÓGICA

I. NERVI OLFATORIO:

Se le pide que cierre los ojos y se le explora cada fosa nasal por separado, cerrando la narina opuesta (café, canela, limón), son sustancias que no irritan al quinto par que inerve lo anterior de la fosa nasal. ⁽²⁰⁾

II. NERVIÓ ÓPTICO:

En el estudio del nervio óptico es necesario explorar cuatro aspectos:

a) AGUDEZA VISUAL:

La agudeza visual se examinará con una tarjeta de prueba (gráfica de snellen) para visión cercana se puede utilizar el cuadro de Jaeger o un cuadro similar, explorar la agudeza visual en cada ojo por separado ⁽²¹⁾

b) CAMPOS VISUALES:

Se exploran los campos periféricos visuales y el punto ciego, comparando el campo visual del paciente con el explorador.

El punto ciego se determina utilizando un pequeño objeto de color de blanco, si se sospecha que existe algún defecto con el campo visual, es recomendable continuar con las pruebas con la pantalla tangencial o con un perímetro.

²⁰ Guyton M D Arthur C. Tratado de fisiología Médica México D F Interamericana Mc. Graw Hill pp 198

²¹ Idem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c) FONDO DE OJO:

Esta prueba deberá llevarse a cabo en un cuarto con poca luz, para que las pupilas estén dilatadas. Con el oftalmoscopio en el ojo, del paciente y observe ambos ojos a través de la abertura del aparato.

En condiciones normales debe observarse un reflejo rojo que sale de ambas pupilas, lo que indica que la córnea, cristalino y humor vítreo están claros. Enseguida se acerca uno al paciente. Siempre utilizando la mano derecha para sostener el oftalmoscopio sobre su ojo del mismo lado y se busca el disco óptico, el cual se localiza siguiendo los vasos hasta su origen en la cabeza del disco.

d) VISIÓN EN COLOR:

Muy raras veces es necesario examinarlo pero es importante mencionar que si la prueba de campos visuales se realizan con un alfiler de cabeza roja esta se verá más pequeña que una blanca y observará que la visión en color.

III. NERVIOS OCULOMOTOR.

IV. NERVIOS TROCLEAR.

V. NERVIOS ABDUCTOR.

Resulta más fácil revisar estos tres pares de nervios al mismo tiempo ya que tienen funciones muy similares en relación con los movimientos oculares.

Movimientos oculares externos:

En principio se le pide al paciente que siga una luz hacia arriba y abajo en ambos lados para observar el movimiento de sus ojos para detectar si existe algún defecto a ese respecto.

Enseguida, se le pide al paciente que indique en qué dirección las imágenes están separadas más ampliamente y también se le pedirá que mencione si son horizontales, verticales u oblicuos en relación con la otra.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Deben registrar el tamaño de las pupilas en milímetros y observar detenidamente en busca de cualquier irregularidad enseguida se dirige una fuente de luz sobre los ojos, unos a la vez y se determina si la pupila del lado examinado se contrae y si sucede lo mismo con la pupila contraria (respuesta consensual).

Finalmente se le pide al paciente que fije su mirada en un punto lejano y después que observe el dedo del examinador, el cual se deberá colocar a medio metro de la nariz. Cuando el paciente hace lo que se le pidió los ojos deben converger y las pupilas se contraen (respuesta de acomodación).

VI. TRIGÉMINO:

FUNCIONES MOTORAS:

Explórese la fuerza de apertura de la mandíbula y búsquese desviaciones laterales cuando se presenta resistencia con la mano del explorador; la debilidad de algunos de los lados puede hacer que el paciente al abrir la boca desvíe la mandíbula hacia el lado afectado es importante sentir la contracción del músculo temporal y de los maseteros, estos pueden hacerse pidiéndole al paciente que muerda un depresor lingual. Enseguida debe explorarse el reflejo masetero, si esta aumentada (si es visible o palpable), es posible que exista una lesión bilateral de las neuronas que exista una lesión bilateral de las neuronas motoras superiores que se localizan por arriba del núcleo motor el cual encuentra situado en la parte posterior de la protuberancia anuar.

FUNCIONES SENSITIVAS:

El reflejo cornea puede explorarse tocando ligeramente la córnea (NO LA CONJUNTIVA), con un aplicador de algodón también deberán realizarse las pruebas de estímulo con, alfileres, tacto ligero y temperatura sobre las tres divisiones del nervio en cada lado y en el puente de la nariz. Este nervio también da ramas sensitivas a las narinas y a la parte anterior de la mucosa de la cavidad oral, incluyendo en las encías. La piel se encuentra sobre el ángulo de la mandíbula está inervada por el nervio auricular mayor (C2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. NERVIO FACIAL:

Las funciones motoras del nervio facial pueden estudiarse observando cualquier simetría en la cara del paciente cuando se encuentra en reposo o bien cuando el paciente habla, descubre sus dientes, levanta las cejas fruncir el seño, alza los ojos o contrae los músculos del cuello.

Otra manera de explorar los movimientos faciales espontáneos es pidiéndole al paciente que silbe. La mayoría de la gente cuando esto se le pide, observar esta sonrisa puede ser más importante que el propio silbido. La fuerza del nervio puede combarse tratando de abrir los ojos o labios del paciente en contra de su voluntad. Observándose detenidamente los gestos faciales mientras trata de abrir los ojos o la boca, ya que frecuentemente estas maniobras hacen evidentes ciertas asimetrías.

VIII.- NERVIO AUDITIVO:

División vestibular se le pide al paciente que se sienta sobre la mesa de exploración y voltee sus ojos volteando hacia la izquierda enseguida se le recuesta rápidamente deteniendo la cabeza entre las manos, de tal manera que este último queda colgado bajo el nivel de la mesa formando un ángulo de 45° con respecto a la horizontal.

DIVISIÓN AUDITIVA.

La agudeza puede examinarse frotando los dedos cerca del oído o utilizando un reloj, murmullo o un diapasón importante comparar los dos oídos del paciente, utilizando el oído del explorador como control.

PRUEBA DE WEBER:

El diapasón se coloca en el centro de la frente del paciente y se le pregunta si se escucha con la misma intensidad en ambos oídos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRUEBAS DE RINNE:

Con esta prueba se compara la conducción aérea y ósea. Se hace vibrar el diapason y se coloca sobre la apófisis mastoidea y después a un lado del pabellón auricular.

OTOSCOPIO:

Es importante explorar el oído para comprobar la presencia de cerumen, estudiar el estado de la membrana timpánica y buscar signos de infección.

IX.- NERVIOS GLOsofaríngeo.

X.- NERVIOS VAGO.

Son nervios complejos con múltiples componentes.

a).- Las fibras motoras voluntarias inervan la faringe y laringe es importante escuchar la fonación, el reflejo de la tos y la deglución, así como comprobar que no hay salida ni acumulación de saliva en la boca. El paladar debe levantarse simétricamente cuando pronuncia (I, O, LA R) deberán cerrar la nosafaringe cuando se produce el sonido K. ⁽²²⁾

b).- Las fibras aferentes inerva la parte posterior de la lengua y la faringe, y puede explorarse fácilmente tocando la garganta con un depresor lingual y observándose el reflejo nauseoso.

c).- Ciertas fibras sensitivas especiales controlan la sensación de gusto en las mismas áreas de la lengua y la faringe.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XI.- NERVIO ACCESORIO ESPINAL.

En general se considera que la porción craneal de este nervio, puede incluirse en el complejo nervioso formado por los nervios IX, X, la porción espinal, que contiene fibras de C2 y 3, 4, inerva el trapecio y lo externo cleidomastoideos. Es necesario sentir la fuerza de los hombros al levantarse y la fuerza de la cabeza al moverse hacia los lados en contra de su resistencia.

XII.- NERVIO HIPOGLOSO:

La función del nervio hipogloso consiste en proporcionar fibras motoras a los músculos intrínsecos de la lengua se le pide al paciente que empuje la lengua contra la mejilla o contra el depresor lingual y se compara la fuerza de ambos lados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL SISTEMA MOTOR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSPECCIÓN:

Es necesario observar cuidadosamente las fosas temporales, las extremidades y la cintura pélvica y escapular.

TONO:

Consiste en la resistencia muscular a la elongación pasiva, deberán explorarse a través de movimientos rápidos de las extremidades. El tono del brazo puede estudiarse moviendo el antebrazo el tono de las piernas puede explorarse levantando bruscamente la pierna por debajo de la rodilla. La pierna relajada se flexiona al nivel de la rodilla y el talón jala consigo la sabana de la mesa de exploración.

FUERZA:

La disminución de la fuerza puede manifestarse como una debilidad de un movimiento (lo que indica que la neurona motora esta afectada).

Pedirle al paciente que mantenga sus brazos extendidos con las palmas hacia arriba y los ojos cerrados durante 30 segundos. Enseguida se le pide que descance los brazos. Se le pide al paciente que levante las piernas mientras está recostado sobre la mesa de exploración (la pierna débil se levantará más lentamente y se mantendrá por debajo del nivel de la pierna opuesta).

COORDINACIÓN:

Es posible que se presenta en una falta de coordinación si hay debilidad, dolor. Prueba más importante son: BRAZOS EXTENDIDOS. Se le pide al paciente que se pare o se sienta con los brazos extendidos frente a él y con los ojos cerrados, obsérvese si hay tendencia a la pérdida del equilibrio o desviaciones de algún brazo.

PRUEBA DEDO -- NARIZ Y TALÓN -- RODILLA:

Se le pide al paciente que toque rápidamente en forma sucesiva, el dedo del médico y su propia nariz (el dedo se mantiene a un brazo de distancia del paciente). Utilizando su dedo índice derecho y después el izquierdo.

MOVIMIENTOS RÁPIDOS ALTERNADOS:

Se le pide al paciente que golpee la palma de una mano contra la palma y dorso de la otra, de manera alternada, que realice rápidos movimientos de producción y supinación con las manos.

HABILIDADES FUNCIONALES:

Se le pide al paciente que recoja monedas o alfileres que se encuentren sobre una mesa utilizando una sola mano o bien que abroche botones o escriba.

POSICIÓN Y MARCHA EN DEDO Y TALÓN:

Se utilizan para valorar el estado funcional de los lóbulos laterales del cerebelo, pedirle al paciente que camine poniendo u pie frente al otro es necesario observar si la marcha es tambaleante o con tendencia a irse de lado.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ACTIVIDAD REFLEJA:

REFLEJOS TENDINOSOS:

Se percute firmemente una o dos veces con el martillo de reflejos sobre el tendón y se determinan el grado de la contracción muscular refleja.

Es importante pedirle al paciente que comprima los dientes o apriete los dedos de las manos mientras se repiten estas pruebas se conocen esta maniobra como Jendrassirk, y refuerza este reflejo.

REFLEJOS SUPERFICIALES:

Se le pide al paciente que se descubra, la región abdominal, y se le informa lo que se le realiza un rasguño ligeramente con un alfiler o con la punta de un aplicador en los cuatro cuadrantes.

RESPUESTA PLANTAR:

También se hace en la planta del pie y se puede realizar con un aplicador o con un depresor lingual partido por la mitad. Estimulando ligeramente hacia arriba el lado externo de la planta del pie y después a todo lo largo de la planta hasta la base de los dedos (PRUEBA DE BABINSKIN).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SISTEMA SENSITIVO

ESTEROCÉTICA.

Dolor por estimulación con alfileres, consiste en estimular con la punta de un alfiler.

TEMPERATURA:

Debe evaluarse la sensación térmica con tubos con agua con diversas temperaturas.

TACTOS FINOS:

Podemos utilizar algodón, cual deberá ponerse en contacto con la piel del paciente a través de suaves toques.

MOVIMIENTOS POSITIVOS:

Se le pide al paciente que sierre sus ojos y que identifique la dirección en la que el medico mueve la falange terminal de un dedo gordo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPIOCEPTIVAS

MOVIMIENTOS PASIVOS:

Se le pide al paciente que cierre sus ojos y que identifique la dirección en la que el medico mueve la falange terminal de un dedo o del dedo gordo.

PRESIÓN Y DOLOR PROFUNDO:

Aquí se oprime el tendón de Aquiles y se determina el tiempo que transcurrió entre la aplicación del estímulo doloroso y la respuesta, ya sea verbal o facial.

VIBRACIÓN:

Se coloca el diapasón vibratorio sobre el tórax y se deja sentir la vibración y enseguida se coloca sobre los dedos de los pies y manos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.5. ESTADOS DE CONCIENCIA

El método más utilizado para valorar el estado de la conciencia es la escala de COMA GLASGOW. P.P. Harcourt brace.

Esta escala numerada se basa en la evaluación de tres categorías: ⁽²³⁾

- 1- Aperturas de ojos.
- 2- Respuesta verbal.
- 3- Respuesta Motora.

La mejor puntuación es de 15.

La más baja es 3.

Una escala de 7 o menos nos indica coma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN	RESPUESTA
Apertura de los ojos	4	Espontánea: Apertura espontánea de los ojos sin estimulación
	3	Al habla: Apertura de los ojos a la estimulación verbal, aunque no necesariamente a las ordenes
	2	Al Dolor: Apertura de ojos ante estímulo doloroso
	1	Ninguna: Ausencia de apertura de ojos a pesar de la estimulación
Respuesta verbal	5	Orientada: Correcta información de persona, lugar, tiempo, motivo de ingreso y datos personales
	4	Confusa: Respuesta; inadecuada a las cuestiones, aunque el lenguaje es correcto
	2	Sonidos incomprensibles: Quejidos, gruñidos y murmullos incomprensibles
	1	Ninguna: Ausencia de respuesta verbal a pesar de la estimulación

Respuesta motora		<i>Obedece ordenes:</i>
	6	Cumplimiento de ordenes simples, capacidad de repeticiones de acciones
	5	Localización del dolor intención organizada para localizar y evitar estímulos dolorosos
	4	Evitación del dolor. Retirada de las extremidades sobre la que se aplica el estímulo doloroso
	3	Flexión anómala: Postura de corticación espontánea o en respuesta a estímulos dolorosos
	2	Extensión : Postura de descerebración espontánea o en respuesta a estímulos dolorosos
	1	Ninguna: ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, flaccidez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁴ LHERMAN MICHAEL. "Terapia intensiva" Oceania México D F 1999 pp 78

4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PARÁLISIS BULBAR.

Periodo Prepatogénico

Concepto: Se caracteriza por la asociación de parálisis nuclear de los nervios craneales bajos que pueden extenderse al núcleo del facial y motor del trigémino. ⁽²⁴⁾

Agente. Desconocido.

Huésped: Ser humano no importa edad, ni sexo.

- Ambiente:
- Nivel escolar primaria no terminada.
 - Recursos económicos bajos.
 - Vivía alejada del centro de Tlaxcala, lo cual le dificultaba trasladarse a un hospital.
 - Vivía en un lugar frío.

Periodo PATOGENICO

Signos y Síntomas:

- Parálisis labio glossofaríngeo laríngeo disartria.
- Fasciculaciones de boca entreabierta.
- Cialorrea.
- Perturbación de la deglución.
- Disfonía.
- Trastornos respiratorios y circulatorios en casos más acentuados.
- Espinocerebeloso ventral en la región dorsal lateral del bulbo. ⁽²⁵⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁴ Mota Marín Adamari "Fisiopatología Neurológica"
Océano 2ª Edición, México D.F. PP 1999

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Siempre debe realizarse con el sx. Pseudobulbar por su diferenciación. Puede hacerse desde el punto de vista clínico. ⁽²⁵⁾

Lesión	Sx bulbar Núcleos bulbares	Sx. pseudo bulbar Hay geniculado bilateral
Parálisis de labio	Presente	Presente
Atrofia de lengua	Presente	Ausente
Faciculaciones	Presente	Ausente
Crisis de vida por llanto	Ausente	Presente
Reflejo Mazoterino	Abolido o disminuido	Exaltado
Reflejo de Succión	Ausente	Presente
Manifestaciones Piramidales y Extrapiramidales	Ausente	Presente generalmente

Prevención Primaria

Prevención Secundaria

Promoción a la salud	Protección específica	Dx Precox y Tx oportuno	Limitación del daño
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación médica sexual - Planificación familiar - Platicas sobre que es la Enfermedad - Platicas sobre una buena nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aseo personal ▶ Dieta equilibrada ▶ Programa de detección de enfermedad ▶ Visitas regulares al medico ▶ Adecuada distribución de los recursos médicos asistenciales ▶ Asesoramiento general 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Atención médico oportuna ▶ Descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estudios ▶ Existencia de auxiliares de Dx y Tx ▶ Realizar estudios para verificar Dx ▶ Dar el tx adecuado para recobrar su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prevención de secuelas ▶ Utilización de recursos médicos para evitar que la enfermedad pase a un estado mas avanzado ▶ Cuidado específico a la traqueotomía ▶ Enseñarte a manejarla ▶ Aspiración frecuente de secreciones ▶ Instalación y cuidado de catéter y sonda. ▶ Foley ▶ Vigilar cualquier tipo de sangrado ▶ Vigilar signos vitales

1 nivel

2 y 3 Nivel ⁽²⁶⁾

PREVENCIÓN TERCIARIA	
<p style="text-align: center;">Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recuperación Máxima La funcionalidad ▶ Terapia en casa ▶ Protección del capacitado ▶ Hacer ejercicios respiratorios ▶ Enseñarle como manejarle dieta 	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p> </div>

INFECCIONES ENDOVASCULARES

DEFINICIÓN:

Infección endovascular se aplica a las infecciones de localización del torrente intravascular, incluyendo corazón, los grandes vasos con o sin la presencia de prótesis como válvulas o injertos parches, así como sitios de acceso venoso periférico y central, líneas arteriales y vías de acceso para hemodiálisis y gastrostomía.

Generalidades.

La vía intravenosa para la aplicación de medicamentos y soluciones se emplea hasta en el 30 a 50% de los pacientes hospitalizados. Todos los implementos intravasculares tienen factor de riesgo común para infección que son:

Se pierde el mecanismo de defensa constituido por la piel íntegra.

Los microorganismos que forman parte de la flora cutánea normal de paciente y bacterias adquiridas en el hospital pueden tener acceso al interior de la vena o arteria.

La capacidad de algunas bacterias para adherirse al material de la cánula o catéter le puede permitir que evadan la acción de células fagocíticas, factores bactericidas del suelo a la acción de antibióticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPOS DE INFECCIÓN MÁS COMUNES ASOCIADAS A CÁNULAS INTRAVENOSAS

Infeción es el sitio de acceso presencia de pus en el sitio donde la cánula penetra la piel e inflamación localizada. Independientemente del resultado del cultivo ⁽²⁷⁾

Celulitis: se caracteriza por enrojecimiento, aumento de la temperatura local, además hipersensibilidad de la piel.

Tromboflebitis: Datos inflamatorios, salida de pus, por el orificio de entrada de catéter o cánula o sonda con fiebre.

Etiología:

Pseudomona ssp

Candida ssp

Se calcula
7.1%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁷ Ponce de León Samuel "Infecciones" Manual de infecciones hospitalarias 2a edición, Glaxo México D.F. OPS/OMS. pp. 126

4.4 COMPLICACIONES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

La paciente verónica durante la estancia en el servicio de neurología se le colocó una sonda de gastrostomía para poder proporcionar sus medicamentos y su dieta indicada y en la instalación de catéter central después de un mes presenta eritema y pus. (17)

Verónica sufre una infección posquirúrgica. Se encuentra pus en el sitio de inserción de la sonda y de catéter central.

Hablaremos un poco de epidemiología de la infección intrahospitalaria.

La epidemiología es el estudio de las cosas que ocurren a la gente. Históricamente esta estrechamente ligada al estudio de las epidemias porque estas ocurren de forma extraordinaria.

La epidemiología permite establecer los riesgos para enfermar.

Epidemiología descriptiva: Proporciona herramientas para el trabajo cotidiano en control de infecciones.

Describe los eventos a estudiar: Parámetros, tiempo, lugar y personas.

Tiempo: Momentos en que ocurre la infección.

30/Sep/02

Lugar: El sitio donde se infectó.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

*Pseudomona.

Persona: Verónica Molina Daniel.

Edad: 19 años.

Fecha de ingreso: 1 de Septiembre del 2002.

Transmisión:

- Curación de gastrostomía por diferentes personas
- Se hacía la curación diaria.
- Por contacto, por vía aérea

Agente:

Bacteria.

4.5 HISTORIA NATURAL DE LA NEUMONÍA

PERIODO PREPATOGENICO

CONCEPTO:

Es una inflamación del parénquima pulmonar que depende de gérmenes patógenos ⁽²⁸⁾

Puede ser:

Agente: Bacteriana
Viral
Micótica
Parasitaria o lípida

También puede haber neumonía por:

Sustancias químicas (ingestión de queroseno o de gases irritantes.)
Por broncoaspiración
Neumonía Nosocomial causada por bacilos gran negativos
(Klebsiella, Pseudomonas, Escherichiacoli, Enterobacteriaceae, Proteus, Serratia.

Huésped: En el ser humano.

Ambiente: - Instituto Nacional de Neurología y Cirugía en el 3^{er} piso.
- Por estancia prolongada en el servicio.

FISIOPATOLOGÍA: Las alteraciones funcionales que aparecen en el proceso neumónico incluyen problemas de ventilación. Los neumococos penetran en los alvéolos; donde se desencadena una reacción inflamatoria con producción de exudado que pasa a los espacios aéreos. También emigran leucocitos; en su mayor parte neutrófilos, a los alvéolos de manera que el segmento pulmonar adquiere una estructura más sólida conforme se llenan de líquido los espacios aéreos. Aparee ventilación inadecuada de diversas zonas pulmonares por la presencia de secreciones, edema de la mucosa y broncoespasmo, alteraciones que causan oclusión parcial de bronquios o alvéolos y hacen que disminuya la tensión de oxígeno alveolar.

²⁸ Loreta Spittle "Patología Clínica Especial de Enfermería" Editorial Oceano 4 edición, pp 584

PERIODO PATOGENICO

TESE DE
FALLA DE ORIGEN

Signos y Sintomas

TIPO	MICROORGANISMO PATÓGENO	MANIFESTACIONES CLINICAS
Neumonía No bacteriana		
Neumonía viral	Virus de influenza Virus para influenza adenovirus Virus de varicela: rubéola, sarampión, herpes simples, citomegalovirus, virus de Epstein Barr	<ul style="list-style-type: none"> - Tos - Cefalea intensa - Anorexia - Fiebre - Inflamación de carrillos - Taquipnea - Aleteo nasal - Ruidos respiratorios - Diaforesis - Secreciones purulentas
Neumonía por Pneumocystis carinii	Pneumocystis carinii	<ul style="list-style-type: none"> - Comienzo insidioso - Diseña creciente - Tos productiva - Taquipnea - Retracción intercostal - Disminución de oxígeno
Neumonía micótica	Aspergillus fumigatus	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre constante - Tos productiva - Dolor restrosternal - Hemoptisis - Empiema
NEUMONÍAS BACTERIANAS Neumonía estreptocócica	Streptococcus pneumoniae	<ul style="list-style-type: none"> - Infección respiratoria - Inicios repentinos de escalofríos - Fiebre de aumento rápido - Taquipnea - Tos con expectoración - Estertores - Secreción verdosa

TIPO	MICROORGANISMO PATÓGENO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
Neumonía estafilocócica	Staphylococcus aureus	<ul style="list-style-type: none"> - Tos insidiosa - Secreción amarillenta y sanguinolenta - Fiebre - Dolor de pleura - Variedad del pulso de lento
Neumonía por pseudomonas	Pseudomonas aeruginosa	<ul style="list-style-type: none"> - Aprensión - Confusión - Cianosis - Bradicardia - Aumento de la temperatura diurna
Enfermedad de los legionarios	Legionella Pneumophila	<ul style="list-style-type: none"> - Pródromos de dolor abdominal - Diarrea - Fiebre intensa - escalofríos - Tos - Dolor retrosternal - Taquipnea
Neumonía por micoplasmas	Mycoplasma Pneumoniae	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza gradualmente con cefalea intensa - Tos seca - Anorexia - Malestar general - Fiebre - Congestión nasal

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO

- Se elabora en base en datos de la anamnesis.
- Exploración física.
- Radiografías del tórax.
- Cultivo de sangre.
- Cultivo de secreciones.

TRATAMIENTO

- Antibiótico.
- En casos complicados de insuficiencias respiratorias.
- La intubación orotraqueal.

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN A LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO
<ul style="list-style-type: none"> - Dar platica de lo que es la neumonia - Dar platica sobre una buena alimentación - Dar platica de higiene 	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas regulares al médico - Realizar programas de detección de la enfermedad - Dar una buena información - Dar una buena dieta 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención medica oportuna - Detención de casos de la enfermedad en los primeros estudios - Existencia de auxiliares del diagnostico y tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de secuelas - Utilización de recursos médicos para evitar la enfermedad - Enseñarle a como expectorar secreciones - Aspiración durante el tiempo de hospitalización de secreciones - Cuidados de catéteres - Vigilancia de los signos vitales
A NIVEL		2 y 3 NIVEL	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PREVENCIÓN TERCARIA

REHABILITACIÓN			
— Recuperación máxima de sus funciones			
— Hacerle y enseñarle ejercicios pasivos para evitar deformaciones			
— Enseñarle ejercicios respiratorios			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.- HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

5.1. HISTORIA CLÍNICA

Datos de identificación:

- *Nombre:* Molina Daniel Verónica.
- *Registro:* 160768.
- *Edad:* 19 años.
- *Estado civil:* Soltera.
- *Nº cama:* 352
- *Escolaridad:* 4 años de P.
- *Ocupación:* Hogar.
- *Religión:* católica.
- *Tipo de Sangre:* RH.O-
- *Domicilio:* San Juan Tlaxcala.
- *Fecha de ingreso 1* – Septiembre - 02

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Motivo de consulta:

- Cambio de voz, disfagia, pérdida de peso, se queda internada.
- Antecedentes Heredo Familiares.

Padre con H.S.A.

Restos negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaco

Alcohol

Droga

} Negado

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Inicia hace aproximadamente 6 meses con disfonía disfagia odinofagia, con regurgitaciones de líquido nasofaríngeo lo cual ha sido progresivo con baja de peso hasta 8 Kg en dos meses.

Se valora hace un mes en otoneurología por sospecha de lesión faríngea, por lo que es referida al Hospital de cancerología donde se realizó una endoscopia, que reportó aritenoides edematizadas más del lado izquierdo con movilidad normal de cuerdas vocales, la epiglotis de la impresión de estar caída hacia la pared posterior de la farínge concluyendo en un proceso inflamatorio.

En la laringe se realiza una biopsia de hiperplasia células basales e inflamación crónica inespecífica de la TAC. de cuello con foco a nivel de laringe se descarto neoplasia.

EXPLORACIÓN FÍSICO GENERAL

Paciente femenina de 19 años de edad orientada en forma global, tranquila cooperadora, con ligera palidez de tegumentos.

Normocéfalo normal isocórica normorreflexica oído y nariz sin problemas.

Cavidad oral con lengua, cuello sin adenomegalias, ni soplos salida de aire sin estertores, abdomen plano con presencia de estrías, no adenopatías, no hernias inginales, sin edema genitales y miembros inferiores presentando buen llenado capilar.

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarca: 12 años

Abortos: 0

IVSA: 14 años

FUM: 25 JUN 02

Gestas: 1

Partos: 1

Cesáreas: 0

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Funciones mentales: Despierta orientada en persona, tiempo, espacio, memoria, cálculo, juicio y abstracción, lenguaje hipotónico.

NERVIOS:

I. Distingue olores.

II. Fondo de ojos sin alteración campimetría y colorimetría conservados.

III. IV. VI. Mirada primaria central, pupilas de 4 mm.

Reflejo motor, motomotor, y consensual conservados.

V. Reflejo corneal presente.

Sensitivo y motor sin alteración.

VII. Simetría facial, conservada con pliegues faciales.

VIII. Rine y bilateral Weber central.

IX. Válvula desplazada a la izquierda, limitación para la elevación del velo del paladar.

XI. Limitación para la elevación de ambos hombros.

Predominio derecho, Hipotrofia.

XII. Hipotrofia lingual, con incapacidad para la protusión y marcada limitación para la movilización en direcciones, impresiones fasciculaciones.

SISTEMA MOTOR:

- > Fuerza muscular extremidades derecha + +/5
- > Tono y trofismos conservados
- > Hay metría y diadocinesias

SISTEMA SENSITIVO:

- > Conservada en todas sus modalidades
- > Marcha y posición
- > Sin limitación

DIAGNOSTICO:

- > Sindromático
- > Topográfico
- > Infratentoria, extra axial (nivel bulbar)
- > Etiológico
- > P.b.: lesión neoplásica compresiva

Comentario

Se trata de mujer que cursa la 2a década de la vida, con compromiso neurológico que cursa con afección de nervios craneales, principalmente de la región bulbar que ha sido compresivo.

5.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Según Virginia Henderson

1.-Respiración y oxigenación

- 1.1. Tipo de número de resp 36
- 1.2. Asistencia ventilatoria: ventilador bipap
- 1.3. Ruidos pulmonares: si
- 1.4. Dificultad para respirar: si
- 1.5. Cianosis, llenado capilar: si cianosis

2.- Nutrición e Hidratación:

- 2.1. Hidratación de las mucosas: Se encuentran deshidratadas
- 2.2. Relación Postura: Peso 1.60 mts. Peso 44 Kg
- 2.3. Hábitos Nutricionales: Deficientes

3.- Eliminación

- 3.1. Cantidad de orina por hora: anuria
- 3.2. Características microscópicas: Hematuria
- 3.3. Número y características de Evacuaciones: Hace 1 semana No evacua

4.- Movimiento y postura

- 4.1 Escala de coma de Glasgow: Alerta

5.- Descanso y Sueño

- 5.1 Bajo efecto de sedación
- 5.2 Somnolienta: No
- 5.3 Estupor: No
- 5.4 Alerta: Sí
- 5.5 Coma vigil: No

6 - *Capacidad para vestirse solo.*

6.1. Requiere de asistencia para vestirse: Si

7 - *Temperatura*

7.1 Oral: No

7.2. Axilar: Si

7.3. Nasal: No

8 - *Higiene*

8.1. Capacidad de realizar las medidas higiénicas por sí solo: No

8.2. Necesidad de ayuda para realizar las medidas higiénicas: No

9 - *Capacidad para evitar peligros y evitar accidentes*

9.1. Capacidad de lesiones: No

9.2. Avisar de posibles peligros: No

9.3. Incapacidad de evitar peligros: No

9.4. Riesgo de lesión a otros: No

10 - *Capacidad de comunicación*

10.1 Capacidad de comunicación verbal y oral: Si

10.2 Capacidad de comunicación escrita: No

10.3 Capacidad de comunicación no verbal: No

11 - *Capacidad de apoyo espiritual*

11.1 Cuenta con el apoyo de la familia en el aspecto espiritual: Si

11.2 Lee, ora, según sus creencias religiosas: Si

11.3 Requiere de apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias: No

11.4 La familia requiere de apoyo espiritual: No

12 - *Sentimiento de logro*

12.1. Capaz de realizar actividades acordes a su estado: No

12.2. Es totalmente dependiente para realizar alguna actividad: Si

13 - *Formación de recreación*

13.1 Participa en juegos o actividades: No

13.2 No muestra interés en actividades recreativas: No

13.3 Es incapaz de reconocer la posibilidad de nuevas actividades recreativa: No

14.- *Utilización de los recursos de salud disponibles.*

14.1. Identifica en forma adecuada los recursos de salud = Si

14.2. Indiferencia de los recursos de salud = No

5.3 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES según Virginia Henderson

1.- Respiración y Oxigenación:

Paciente Femenina con aleteo nasal, tiros intercostales y presenta cianosis distal y peribucal presentando 42 respiraciones por minuto.

Se decide intubar y conectar al ventilador de volumen, pero eso no fue suficiente y se realiza traqueostomía.

2.- Nutrición e Hidratación:

Verónica se encuentra muy delgada no está ingiriendo alimento V.O. se coloca sonda Nasogástrica, posteriormente tuvo que hacerse una gastrostomía, se instala un catéter central para poder pasar líquidos intravenosos.

3.- Eliminación de desechos:

Tiene una semana que no evacua. Se realizan enemas evacuantes, y finalmente se desimpacta manualmente, se tiene que instalar una sonda Foley para mejor manejo de desechos en la cual se observaban rasgos de sangre y se valora poca micción.

4.- Movimiento Y Postura:

Ella no se puede mover por lo aparatoso de los aparatos ventilador, bombas de infusión, soluciones, catéter venoso y sonda Foley.

5.- Descanso y sueño:

La paciente verónica se tuvo que sedar con profol para que no luchara con el ventilador pero no resulto por mucho tiempo.

6.- Capacidad para vestirse solo:

Se le ayuda por que ella no puede.

7.- Temperatura:

Se toma dos veces en el turno. Axilar.

8 - Higiene

El baño es diario y es de cabeza a extremidades inferiores realizando curaciones y el baño es de esponja.

9 - Capacidad de evitar peligros y evitar accidentes si lo prevé. puesto que cuando despierta de la sedición, con señas pide las cosas o señala lo que la angustia.

10 - Capacidad de apoyo espiritual:

El padre los domingos los visita, los confiesa y le da la comunión y absolución que ella acepta favorablemente.

11 - Capacidad de comunicación:

Verónica estaba alerta, orientada en tiempo y espacio, y podía hablarme su deterioro fue súbito y tubo que sedarse por periodos cortos y se perdió el contado.

12 - Sentimiento de logro:

Conforme pasaba el tiempo ella ponía mucho de su parte y se sentía contenta con lo que hacia.

13 - Formación de recreación:

Leía y tejía después de que se recuperó.

14 - Utilización de los recursos de la salud disponibles:

Hay buena relación y cooperación de ambos lados y material; equipo y medicamentos para su Tx siempre estaban a tiempo.

6.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Respiración y Oxigenación	Incapacidad para respirar relacionado con la parálisis que tiene a nivel bulbar manifestado por insuficiencia respiratoria
Nutrición e Hidratación	Alteraciones de la nutrición relacionado con la dificultad para deglutir manifestado por pérdida de peso
Eliminar los desechos del organismo	Estreñimiento relacionado a una disminución del peristaltismo secundario al descenso de la actividad física manifestado por distensión abdominal y falta de evacuación en una semana. Exceso de volumen relacionado por anuria y edema. Exceso de volumen relacionado a la retención de líquido manifestado por anuria
Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada	Disminución de la actividad física relacionada con la dependencia al ventilador manifestado por enrojecimiento de alguna zona de la piel
Higiene	Déficit de cuidados personales relacionado con la incapacidad para bañarse y vestirse manifestado por mal olor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2 PLAN DE CUIDADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD - *Respiración y Oxigenación*

Diagnóstico de enfermería: Incapacidad para respirar relacionada a la parálisis que tiene a nivel bulbar, manifestado por insuficiencia respiratoria.

Objetivo: Mantener la respiración asistida de Verónica durante el turno en el servicio de neurología.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Instalar oximetría punsátil	Nos permite estar valorando el SpO ₂ cada hora y poder actuar lo más antes posible	Las saturaciones que Verónica estaba manejando eran muy bajas de 75%
Se coloca un ventilador No invasivo	Aumentar la presión del oxígeno al alvéolo	Aumenta muy poco la saturación de Verónica, se mantiene muy vigilada
Se toma una gasometría arterial	Se valora el CO ₂ de la paciente y actuar con prontitud	Su nivel de oxígeno es bajo por lo que se toman medidas para mejorar la función respiratoria
Colocar a Verónica en posición de Fowler	Las secreciones pulmonares se logran cuando el sujeto está tan erguido como sea posible	Verónica presenta secreciones bronquiales abundantes que no expectora fácilmente
Se ayuda al medico a la intubación endotraqueal	Se realiza con el fin de disponer de una vía para la entrada y salida de aire	A Verónica se le intubó, se le coloca un ventilador de presión positiva el cual tuvo tres semanas y no fue suficiente por lo que se decide hacer la traqueostomía

Aspiración frecuente de secreciones

Se colabora en la realización de traqueostomía

CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA

*Verificar el manguito que tenga el aire inyectado; durante la ventilación medica prolongada

*Sujetar la traqueostomía con cintas y cambios de apósitos y hacer curación de la misma

Proporciona una vía aérea permeable

Es una operación donde se hace una abertura a nivel traquea. Se realiza para evitar la obstrucción respiratoria superior y permite la extracción de secreciones

El que tenga el manguito evita que haya fugas de aire durante la ventilación con presión positiva y prevenir la aspiración traqueal del contenido gástrico

Nos permite que se mantenga firme y no lastime la piel, el cambio constante de apósitos evita que la piel este húmeda, el limpiar con una solución estéril impide que haya proliferación de bacterias

Maneja abundantes secreciones

Se logra que Verónica pueda respirar mejor; las saturaciones que presenta son del 90 al 99% durante el turno y se logra que haya mas fluidez para aspirar secreciones

Verónica se encuentra alerta; y sabe lo que se le realiza; se le nota ansiosa; y manifiesta miedo por el procedimiento realizado

Se le hace curación diaria, con cambio constante de apósitos pero se nota un poco enrojecido el sitio de sujeción de la traqueotomía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Se instala un ventilador de volumen</p>	<p>Es un ventilador de presión positiva, se controla el volumen de aire que recibe el paciente en cada inspiración</p>	<p>La paciente se encuentra alerta y comienza a tener una lucha con el ventilador por lo que se decide sedar a verónica</p>
<p>Mantener una buena hidratación mediante líquidos</p>	<p>Ayuda a fluidificar las secreciones y facilita la limpieza de las vías aéreas</p>	<p>Se le indicaron las micronebulizaciones con mucolíticos, debido a que tiene secreciones espesas y tiende a hacer tapones e impide que tenga una buena respiración</p>
<p>Administrar un aerosol cada 4 horas mucolíticos y expectorantes</p>	<p>Facilita la fluidez para expectorar las secreciones</p>	<p>Se logra tener fluidez después de cuatro semanas de tratamiento y de la movilización</p>
<p>Dar fisioterapia pulmonar</p>	<p>Los golpes en la espalda ayudan a que las secreciones no se acumulen y peguen los pulmones; así poder evitar complicaciones</p>	<p>La fisioterapia proporcionada en el servicio de Neurología ayuda a que las secreciones se despeguen de pulmones y se puedan aspirar con mayor fluidez</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Diagnostico de enfermería: Alteración de la nutrición relacionado con la dificultad para deglutir alimentos manifestándose en pérdida de peso

Objetivo.- Lograr que Verónica mantenga su aporte dietético adecuado a sus requerimientos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se instala una sonda nasogástrica	La alimentación por sonda se administra para satisfacer las necesidades nutricionales. La alimentación por sonda preserva la secuencia normal del metabolismo intestinal y hepático antes de la llegada de los nutrimentos a la circulación arterial	La paciente Verónica presenta resistencia en la instalación de la sonda nasogástrica Solo la tuvo dos semanas por que se decide hacer gastrostomía
Medir residuo gástrico en cada toma	Este material que es extraído debe introducirse nuevamente al estomago y si lo aspirado es mayor de 150 ml se debe esperar en dar otra toma	Verónica absorbió adecuadamente su dieta licuada, ya que no presenta residuo gástrico
Colocar a la paciente en posición semifowler mientras se administra su dieta	Esta posición prolonga el tiempo de tránsito gastrointestinal al disminuir la influencia de la fuerza de gravedad	Verónica pedía quedarse después de comer sentada y permitió que no tuviera regreso de contenido gástrico. Por indicaciones del medico se retira
Se realiza gastrostomía	Es una operación que se efectúa para crear un orificio artificial en el estomago, con el fin de administrar líquidos y alimentos	Verónica por tener una dificultad en la deglución, se decide instalar la sonda de gastrostomía por el tiempo que la utilizara

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se deja serrada la sonda de la gastrostomía por 24 horas	Para evitar que haya algún malestar, por el manipuleo realizado y por la anestesia que se le colocó	Se le revisa la incisión realizada y todo se ve bien, solo refiere un poco de dolor
Ministrar los primeros alimentos después de las 24 horas	Se le proporciona un frasco de 500 ml de sal glucosada al 10% con un goteo lento para ver si le tolera y posteriormente iniciar con líquidos claros y luego la licuada	Se observa a Verónica tranquila, sin ningún malestar estomacal por el momento, por lo que continua con la dieta
Se hace la curación de la gastrostomía diariamente	El hacer asepsia se evita que irrite y se macere la piel y así la proliferación de bacterias	Si se le infectó a Verónica el sitio de inserción de la gastro, se toma secreción del sitio de la estoma y se manda a cultivo
Explicarle al paciente el procedimiento que se va a realizar	El paciente al estar informado de cada uno de los procedimientos que se le realizan en el hospital lo hace sentirse más tranquila y coopera a su tratamiento	Verónica mostraba mucha angustia y no quería cooperar con el tratamiento
Se instala catéter central	Nos permite tener una vía permeable	Se colocó sin ninguna complicación
Hacer un calculo de ingresos y egresos de líquidos	Un indicador temprano del desequilibrio hídrico es la diferencia diaria e importante entre el ingreso y egreso de líquidos. La persona promedio ingiere unos 3 0 litros en 24 horas de alimentos y líquidos, mismos que pierde en orina y heces y vapor del aliento	Verónica tenía mucosas orales deshidratadas, se aumento el volumen de las soluciones, lo que mejoró en un 90% su estado de hidratación

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Se toman muestras de laboratorio para medir sodio y potasio</p> <p>Verificar las soluciones y medicamentos indicados</p> <p>Observar y dejar escrito la turgencia de piel, mucosas y el aspecto de la lengua</p>	<p>El sodio es el principal electrolito que regula el equilibrio hídrico. El sodio actúa conjuntamente con el potasio y la diferencia de potasio hace que disminuya el bicarbonato de potasio intracelular y esto ocasiona una acidosis e hiperventilación</p> <p>Se evita que haya errores en el tratamiento que recibe cada paciente</p> <p>La hidratación adecuada se refleja en la capacidad de la piel para reasumir su forma normal después de que se pellizca con los dedos, este proceso con los ancianos tarda un poco más. Los cambios en la mucosa que cubre la lengua son reflejos precisos y tempranos de hidratación</p>	<p>Los resultados de Verónica salieron en parámetros normales</p> <p>Se revisaban constantemente las indicaciones medicas para corroborar el tratamiento indicado y los cambios que se presentaban en el transcurso del día</p> <p>Después de estar con soluciones a un nivel de infusión de 100 cc por hora, se logra su hidratación de Verónica</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD_- **Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada**

Diagnóstico de Enfermería: Disminuir la actividad física relacionado con la dependencia al ventilador manifestado por enrojecimiento de algunas zonas de la piel.

Objetivo_- Evitar escaras por presión

Proporcionar ejercicios físicos de alineación de segmentos corporales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Dar cambios de posición	Los cambios frecuentes de posición y los ejercicios son medidas preventivas en deformidades, contracturas así como en las escaleras. Además es una manera de estimular la circulación; prevenir el edema y mejorar la expansión pulmonar y el drenaje de secreciones de vías respiratorias	A la paciente Verónica en el servicio de neurología en la cama 352, se le daban cambios estrictos de posición de dos horas; por lo cual no sufrió escaras durante su estancia en este servicio
Se Realizan ejercicios terapéuticos	Los ejercicios activan los músculos, huesos y articulaciones, así como la intervención de los aparatos cardiovasculares y respiratorios	No mostraba mucho interés por los ejercicios
Ejercicios del arco de movimiento	El arco de movimiento denota los límites en que puede ejercitarse, en planos apropiados, una articulación. Cada articulación tiene un arco normal de movimiento que se ven afectados en trastornos neurológicos	Se estaba en constante atención en la realización de cada uno de sus ejercicios. Después de tres semanas coopera en la realización de ellos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EJERCICIOS TERAPÉUTICOS

<i>Ejercicio</i>	<i>Descripción</i>	<i>Finalidades</i>	<i>Acción</i>
Pasivo	Ejercicio que ejecuta el terapeuta o la enfermera sin auxilio del paciente	Conservar el arco de movimiento articular en el mayor grado posible para mantener la circulación	Estabilizar la articulación proximal y apoyar la porción distal. Mover la articulación en forma suave, lenta y uniforme en todo su arco de movimiento, y tratar de no provocar dolor
Activo con ayuda	Ejercicio que realiza el minusválido con ayuda del terapeuta o enfermera	Estimular la función normal de los músculos	Apoyar la porción distal e instalar al individuo para que no mueva la articulación en todo su arco. No dar más asistencia de la necesaria para ejecutar el movimiento. Después de lapsos breves de actividad, se precisan otros de reposo
Activo	Ejercicio que efectúa el sujeto sin asistencia, entre las acciones están cambiarse de un lado a otro, colocarse boca arriba o boca abajo y acostarse y levantarse del lecho	Mejorar la fuerza muscular	Cuando sea posible el ejercicio activo se efectúa contra la fuerza de gravedad. Se desplaza la articulación en todo su arco de movimiento si ayuda. (Es preciso cerciorarse de que el individuo no cambie el movimiento articular ordenado por uno de otro tipo)
Contra resistencia	Ejercicio del paciente contra resistencia producida por medios manuales o mecánicos	Ofrecer resistencia para mejorar la fuerza muscular	El paciente desplaza su articulación por todo su arco de movimiento contra la resistencia, moderada primero y después progresivamente mayor, que le opone el terapeuta. Pueden utilizarse bolsas de arena y pesas, que se colocan en la porción distal de la articulación afectada. Los movimientos se realizan de manera uniforme y suave
Isométrico	Contracción y relajación alternadas de un músculo en tanto se conserva la parte correspondiente en posición fija, el ejercicio lo ejecuta el individuo	Conservar la fuerza muscular cuando se inmoviliza una articulación	Contraer o poner a tensión el músculo en el mayor grado posible sin mover la articulación, conservar tal estado durante varios segundos y después ceder y relajarse profundamente. Respirar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

relajarse.
profundamente

Respirar

ARCOS DE MOVIMIENTO

COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL



Neutral

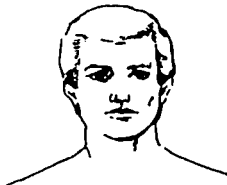


Flexión

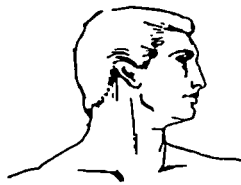


Extensión

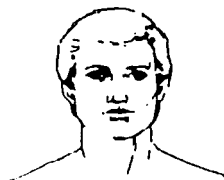
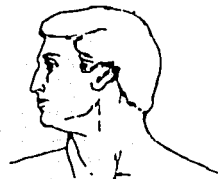
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



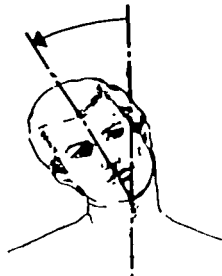
Neutral



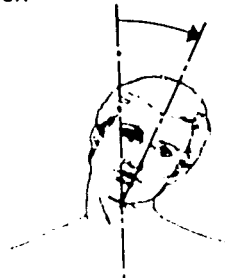
Rotación



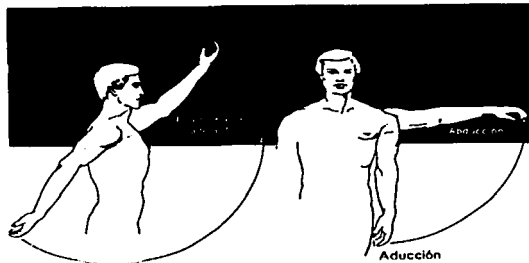
Neutral



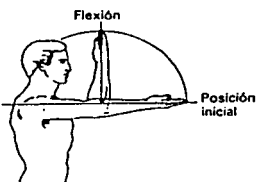
Flexión lateral



HOMBRO



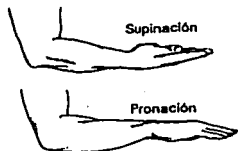
CODO



Extensión hacia atrás

Aducción

ANTEBRAZO



MUÑECA



PULGAR

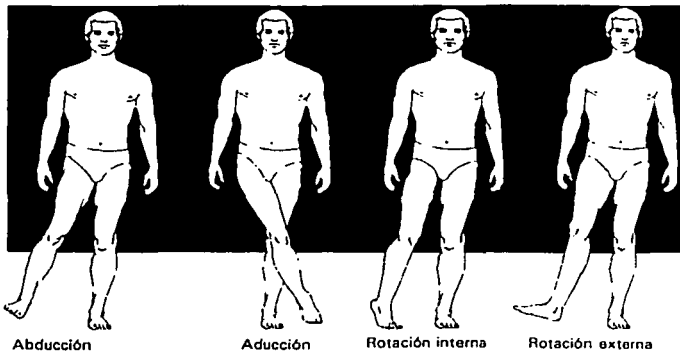


DEDOS DE LA MANO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CADERA



Abducción

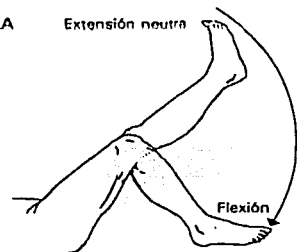
Aducción

Rotación interna

Rotación externa

RODILLA

Extensión neutra



Flexión

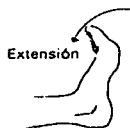
TOBILLO



Dorsiflexión

Flexión plantar

DEDOS DE LOS PIES



Extensión



Flexión

PIE



Eversión

Inversión



Aducción



Abducción

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REGISTRO Nº 79

NECESIDAD.- *Eliminar desechos del organismo*

Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado a una disminución del peristaltismo secundario al descenso de la actividad física manifestado por distensión abdominal y falta de evacuación en una semana.

- Exceso de volumen relacionado a la retención de líquidos manifestado por anuria y edema.

Objetivo.- Lograr que la Sra. Verónica evacue y miccione en el transcurso del turno.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Colocar enemas evacuantes	La solución jabonosa estimula el peristaltismo por irritación química de la mucosa. La acción química y física de la solución depende del tiempo en que se retiene ésta	A la paciente Verónica se le realiza un enema para la distensión abdominal importante que tenía, se logra que evacue la paciente
Instalación de sonda Foley	El frío y el temor del paciente pueden propiciar espasmos del esfínter uretral y producir dolor al paso de la sonda. Una extracción brusca de un volumen mayor de 1,500 ml de orina predispone a traumatismo de la vejiga	Se coloca la sonda Foley para lograr un mejor manejo de diuresis y se logra que ella miccione
Registrar las micciones del día	Llevar un control de ingresos como egresos se puede detectar algún signo y síntoma de alarma	Verónica comienza a miccionar durante el turno en muy poca cantidad

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Se administran diuréticos</p> <p>Vendaje de miembros inferiores</p>	<p>Su efecto es de excreción de electrólitos por el riñón.</p> <p>Se inicia la diuresis en menos de 30 minutos</p>	<p>Aumentan las micciones de la Sra. Verónica</p> <p>Se le vendaban los miembros inferiores diariamente, y el edema fue disminuyendo poco a poco</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD:- Higiene

Diagnóstico de Enfermería: déficit de cuidados personales, relacionados con la incapacidad para bañarse y vestirse.

Objetivo - Mantener la limpieza personal de Verónica y proporcionarle ropa limpia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Realizar el baño de esponja	La fricción con jabón y agua eliminan por acción mecánica las impurezas del cuerpo	El baño a la paciente Verónica le provoca: descanso, bienestar y sueño
Lubricar la piel	El colocar algún lubricante nos proporciona una piel tersa sin resequedad ni grietas	Su piel se observa tersa, limpia, sin laceraciones
Aseo de la boca	La limpieza de la cavidad bucal ayuda a mantener íntegras las mucosas, elimina los residuos de alimentos o secreciones que coadyuvan a la reproducción de bacterias	Se erradica la halitosis que presentaba la Sra. Verónica
Aseo de la región bulbo-perineal	La presencia prolongada de sangre y secreciones procedentes de la vagina y glándulas anexas contribuyen a la reproducción de bacterias	En cada cambio de pañal se realizaba un aseo para evitar rozaduras

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES POSTERIORES.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se retira el catéter del miembro superior derecho y mandarlo a cultivar	El quitarlo con una técnica estéril nos indicará con confiabilidad el tipo de bacteria que tiene	Se hace con técnica estéril por lo cual no se contamina la punta del catéter por lo que nos va a dar un mejor resultado
Se toma cultivo de secreción	Nos permite corroboran la bacteria que tiene y puede dar tratamiento con mas prontitud	Se logra que la paciente disminuya el dolor e inflamación
Proporcionarle un poco de hielo y hacer un poco de compresión	Permite que disminuya el edema y el malestar del brazo	Se logra que la paciente le disminuya el dolor e inflamación
Iniciar con antibiótico	Los antibióticos específicos combaten a los microorganismos extraños	El iniciar con antibiótico mejoró su estado general
Se le explica a Verónica por que le sucedió todo esto	El que el paciente sepa lo que le esta sucediendo le dará mas seguridad y podrá cooperar mejor	Manifiesta lo que siente de los procedimientos que se le realizan y se siente más tranquila

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7. - PLAN DE ALTA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Enseñarle que practique los ejercicios de respiración</p> <p>Enseñarle a los familiares a la puñopercucion</p> <p>Enseñarle que posición debe usar en casa y moverse con frecuencia</p>	<p>La respiración eficaz es necesaria para prevenir la inmovilización del lado afectado que podría originar otelectacia.</p> <p>El drenaje postural se aprovecha la fuerza de gravedad y los golpes ayudan a eliminar las secreciones pulmonares.</p> <p>La posición cómoda permite reposar es conveniente la posición semifouuler esto va a evitar la acumulación de secreciones.</p>
<p>Se indica que aumente el número total de horas de sueño</p> <p>Se hace un programa de reposo durante el día especialmente antes y después del ejercicio físico</p> <p>Hacer que reordene actividades diarias de manera que ahorre energía</p>	<p>El sueño restaura la energía corporal</p> <p>Durante el reposo se conserva la energía y se reabastecen las concentraciones tisulares de sustancia necesaria, varios periodos breves de reposo pueden beneficiar más que uno largo</p> <p>La reorganización de actividades disminuye las perdidas de energía y los factores estresantes</p>

Aportar proteína y calorías adecuadas con los alimentos

Fomentar la higiene con jabones neutros aplicación de lociones y corte de uñas

Se incluye a la familia y a otras personas cercanas al paciente el programa enseñanza

Orienta en las formas de evitar las emociones intensas manejo de estrés

Indicarle que tipo de vestimenta puede usar

Explicarle como tomar sus medicamentos

La depresión de proteínas y calorías disminuye la tolerancia de la actividad

Los jabones neutros y lociones son útiles para prevenir la sequedad y agrietamiento de la piel

El acatamiento del programa de cuidados personales mejora cuando el paciente recibe apoyo de sus familiares

El estrés emocional provoca vasoconstricción periférica al estimular es sistema nervioso simpático

La ropa ajustada obstaculiza la circulación y fomentan la estasis venosa

El tomar los medicamentos que son y a su hora, nos proporcionan mejores resultados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PALABRA	DERIVACIÓN	EJEMPLO ILUSTRATIVO O TERMINO AP
Agnosia	a, no gnosis, conocimiento	Agnóstico
Alexia	a, no lexis, palabra	Lexicón (diccionario)
Acueducto	aqua, agua ductus, conducto	Acuario Duque, "el que conduce"
Aracnoide	arachne, araña eidos, semejanza	Las aracnoides parece una tela de araña
Arcuata	arcus, arco	Arco, arquera
Astrofrito	astron, estrella kytos, célula	Astronomía
Braquium	brachium, bazo	Abrazar
Carótida	karoo, poner a dormir	La presión aplicada sobre la carótida produce inconsciencia, como bien lo sabe el que conoce el judo. El núcleo caudado tiene cola.
Caudado	cauda, cola	
Cerebelo	Cerebellum, es el diminutivo de cerebrum (cerebro) y significa "cerebrito"	
Cerebro	Cerebrum, cerebro	
Quiasma	La letra griega chi (X) tiene forma de cruz	Un quiasma es una figura en forma de cruz
Corea	chorea, baile	Las personas Aquejadas de corea de Huntington muestran movimientos característicos ("de baile"). Coreografía
Cisterna	cisterna, pozo	
Claustro	claustrum, encierro	Claustrofobia
Coronaria	corona, corona o guirnalda. Asimismo, la corona radiata es un conjunto de fibras en forma de abanico ("que irradian") en la corteza cerebral	Las arterias coronarias rodean al corazón
Cuerpo calloso	corpus, cuerpo	Callo
Callosum	Callosum, duro	
Corteza	cortex, corteza de árbol	La corteza cerebral envuelve al hemisferio cerebral, de modo semejante a como la corteza de un árbol envuelve el tronco. La escritura cuneiforme de la antigua Babilonia usaba caracteres en forma de cuña. Una decusación es un cruce o entrecruzamiento. Rododendro. Dentista
Cuneato	cuneatus en forma de cuña	
Decusación	El numero romano X se llama deca	
Dendrita	Dendron, figura o árbol ramificado	
Dentado	Dens, diente Dentatus en forma de diente	
Duramadre	dura, dura Mater, madre	Durable; alma mater

Epi	Prefijo griego que significa ("encima, arriba)
Fascículo	fasciculus haz de (de varas o fibras)
Fornix	formix, arco
Genu	genu, rodilla
Glia	glia, pegamento
Glossa	glossa, lengua
Gracilis	gracilis, delgado
Giro	gyros, anillo, círculo
Hipocampo	hippus, caballo
Hipo	Prefijo griego que significa "abajo, menos"
Ínsula	insula, isla
Internuncial	inter, entre nuncio, mensajero
Lemnisco	lemniscus, listón, banda
Lenticular, lentiforme	lentiformis en forma de lente
Límbico	Limbus, límite u orilla
Lingula	lingula, lengua pequeña
Lumbar	lumbus, lomo o flanco
Mamilar	mamma, pecho mama
Mesencéfalo	meso, medio encéfalos, el cerebro
Oligodendroglia	oligo, poco dendron, figura o árbol ramificado glia pegamento
Pálido	pallidus, pálido
Pedúnculo	ped, pie, miembro, tallo
Piamadre	pia, blanda, delicada
Pineal	mater, madre pineal, cono de piña
Puente	pons, puente
Ramo	ramus, rama
Recto	rectus, derecho o recto
Reticular	reticulum, red pequeña

El epitafio se inscribe sobre la tumba (taphos)

El símbolo de los fascistas italianos era los baces romanos de varillas o bastones los fascis que aparece en las viejas monedas de diez centavos (de dólar) con la cabeza de Mercurio En la Antigua Roma, las prostitutas se apostaban alrededor de los arcos de soporte de los viaductos El hombre que se acercaba a esta zona en fornicación Genuflexión es decir inclinarse ante alguien.

Las células de la neuroglia mantienen unidas a las neuronas

Glosario

Grácil

Girado, giroscopio

En el corte transversal, el hipocampo se asemeja a un caballo de mar.

Hipódromo.

Una inyección hipodérmica se aplica debajo de la piel (dermis)

La insulina es producida por los islotes de Langerhans, aislamiento

Anuncio; nuncio papal

Lens en latín significa lenteja graminea en forma de lente de la familia de los frijoles El limbo es la región que limita con el infierno.

Lingüística; lenguaje

lumbago

Mamarios; mamíferos

Oligarquía. "el gobierno de unos cuantos"

El pálido tiene color menos intenso comparado con el putamen, situado junto a él

Pedal; pedículo

pianísimo es un termino musical que significa "muy suave"

El cuerpo o glándula pineal tiene forma cónica

Pontino

Ramificaciones

Rectificar erecto.

Una retícula es la red de líneas de un ocular telescópico, la retícula de una dama es un bolso pequeño de red

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. ANEXOS

9.1 DEXAMETASONA

Presentación: ⁽²⁹⁾

- ▶ Inyectable de 8 mg
- ▶ Tabletas de 0.5 y 0.75 mg

Indicaciones terapéuticas

Uso sistémico:

Endocrinología: Algunos casos de insuficiencia adrenal. Tiroiditis.

Reumatología: Artritis reumatoide, gotosa, postraumática
Lupus asistémico

Dermatológico: Pénfigo, eritema, multiforme, dermatitis.

Oftalmológica: Conjuntivitis alérgica, neuritis óptica.

Gastroenterología: Colitis ulcerativa; enteritis.

²⁹ Clinomoy "Productos farmacéuticos", S.A. de C.V. Lago Tangamca
México D.F. Pp 1150

Farmacocinética y farmacodinámica en humanos:

La dexametasona es un glucocorticoide anti inflamatorio, anti alérgico 25 veces más potente que la hidrocortisona y tiene menor efecto sobre la retención del sodio que ésta y sus derivados.

Se absorbe efectivamente cuando se administra por vía oral en forma de dexametasona base con una disponibilidad del 78% = 14% y se excreta el 2.6% para la orina. Se liga a las proteínas del plasma el 68% con una vida media de 3 a 4 horas y vida biológica de 36 a 54 horas.

La sal, fosfato sódico de dexametasona es uno de los compuestos glucocorticoides más solubles, por lo que las preparaciones inyectables en vehículo acuoso permiten una biodisponibilidad inmediata por vía intravenosa y ligeramente más lenta cuando se administra por vía intramuscular o local intratisular. La dexametasona, al igual que los demás glucocorticoides, actúa a escala celular ligándose a los receptores esteroides citoplasmáticos intracelulares y ejerce su efecto antiinflamatorio al nivel de los tejidos; previniendo la respuesta tisular y la reacción en cascada del proceso inflamatorio por bloqueo en la producción de prostaglandinas. Su concentración en los tejidos estabiliza las enzimas lisosomales y actúa manteniendo la integridad capilar y evitando la migración de complejos inmunes a través de las membranas del basamento. Su efecto a los distintos componentes celulares del proceso inflamatorio se ejerce alterando la función de los monocitos o macrófagos y linfocitos "T"

Contraindicaciones:

*Miosis sistemática e hipersensibilidad a los componentes de la formula.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FALTA

PAGINA

91

9.2 AMIKACINA

Forma terapéutica. ⁽³⁰⁾

- ▶ Cada ampolla de 250 ma. y 500 mg.

Indicaciones terapéuticas.

Está formula con sulfato de amikacina, antibiótico, aminoglucósido. Está indicado en tratamientos corto plazo de infecciones causada por microorganismos Gram. Negativo, pede ser tratamiento inicial para infecciones causadas por pseudomona sp, Echerichia Coli, Proteussp, Klebsiella sp., Enterobacter Serratia sp., etc.

Se ha demostrado clínicamente la eficacia de amikacina en infecciones severas del tracto respiratorio, digestivo y urinario, infecciones del Sistema Nervioso Central. Piel, huesos, y tejidos blandos, neonatal, septicemia bacteriana, endocarditis.

Fármaco cinética y farmacodinámica humana:

Absorción: es probablemente después de la administración parenteral, la penetración intraocular es pobre.

No se metaboliza.

Excreción: es excretada principalmente por la orina, por filtración glomerular, pequeñas cantidades se excretan por bilis y leche materna. El tiempo medio de eliminación de adultos es de 2 a 3 horas. En pacientes con daño renal severo; la eliminación se extiende de 30 a 86 horas. En más tiempo se acumula en el pabellón auricular y en el riñón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁰ Drug Facts "Bases Farmacológicas" 49 edición. 1995 pp 2848

Acción del antibiótico.

Es un antibiótico aminoglucósido semisintético derivado de la Kanamicina, la amikacina es bactericida; ésta se une directamente a la subunidad 30s ribosomal; por lo tanto inhibe la síntesis de proteína bacterial.

Intramuscular o intravenoso.

Contraindicaciones:

En pacientes que se saben hipersensibles a la amikacina y a otros amino glucósidos.

Precauciones en embarazo y lactancia:

- Atraviesa la barrera placentaria
- Sordera bilateral en los niños de madres que hayan recibido el tratamiento

Se excreta en la leche materna.

Reacciones secundarias adversas:

Sistema Nervioso Central: dolor de cabeza, letargia, bloqueo neuromuscular. Con depresión respiratoria.

Gastro intestinal: Diarrea

Genitourinarias: Nefrotoxicidad, oliguria y proteinuria
Elevamiento de Nitrógeno y creatinina.

Otros: Urticaria

Plurito

Rash

Ototoxocidad

Nefrotoxicidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9.3 DIPRIVAN

(Propofol)

Forma farmacéutica y formulación

Profol _____ 10 mg

- ▶ Dada caja de 5 ampolletas de 20 ml
- ▶ Frasco ampula de 50 ml. Contiene 500 mg

Indicaciones terapéuticas:

Es un agente anestésico intravenosos de acción corta adecuado para la inducción y el mantenimiento de anestesia general.

Se puede usar también para la sedación de pacientes que requieren ventilación que estén recibiendo cuidados específicos, y en la realización de procedimientos.

Farmacocinética y farmacodinámica:

El propofol (2, 6 diisopropilfenol) es un agente anestésico general de acción corta cuya acción rápida comienza en aproximadamente 30 segundos. El paciente se recupera rápidamente.

El propofol se disminuye ampliamente y se elimina del organismo rápidamente, ésta eliminación se lleva a cabo mediante procesos metabólicos, principalmente en hígado para formar conjugados inactivos de propofol y su correspondiente quinol, que se excreta en la orina.

Cuando se administra para inducción o mantenimiento de anestesia en general, se observa disminución de la presión arterial, y cambios en la frecuencia cardiaca. Pueden ocurrir depresiones ventilatorias. Reduce el flujo sanguíneo cerebral.

La reducción en la presión intracraneana es mayor en pacientes con presión intracraneana elevada.

La recuperación anestésica es comúnmente rápida y clara con una incidencia baja de cefalea, náusea y vómito.

Contraindicaciones: ⁽³¹⁾

- ▶ En pacientes con una alergia conocida a éste producto
- ▶ Precauciones en lactancia:

Embarazo: No se debe utilizar

Cruza la barrera placentaria

Asociado con depresión neonatal

Lactancia: No existen antecedentes de seguridad en el recién nacido.

Reacciones secundarias y adversas:

Generales: es generalmente suave la inducción anestésica con evidencia mínima de excitación. Durante la indicación se puede presentar hipotensión y apnea momentánea según la dosis.

Locales: el dolor local que se puede presentar durante la fase de inducción se puede minimizar por medio de la administración conjunta de lidocaína.

Precauciones y reacciones con efectos de carcinogenesis.

Debe ser administrada por personas capacitadas en anestesia, los pacientes deben ser vigilados constantemente, detectar signos tempranos como hipotensión, obstrucción de las vías aéreas y saturación de oxígeno.

³¹ Ramírez Castro Manuel "Anestésicos" Farmacología
6 edición. Océano México D.F. Pp. 1879

El diprivan carece de actividad vagolítica y se ha asociado con bradicardia y también asistolia.

"En niños no se recomienda utilizarlo"

Para la preparación de este medicamento debe hacerse con técnica estéril por que es propenso a cualquier bacteria e invadir al paciente.

Se debe conservar entre 2° C y 25° C, no debe congelarse.

**TABLA DE DILUCIÓN CON OTRAS DROGAS O
LÍQUIDOS DE INFUSIÓN.**

TÉCNICA DE COADMINISTRACIÓN	ADITIVO DILUYENTE	PREPARACIÓN	PRECAUCIONES
Premezclado	Dextrosa al 5% de infusión intravenosa	Se mezcla con la solución y cantidad que el medico indique	Prepararse asépticamente La mezcla es estable máximo 6 horas
	Inyección de clorhidrato de lidocaína (sin conservadores)	Mezcle 20 partes de propofol al 1% con una parte de clorhidrato de lidocaína	Usarlo inmediatamente, no puede esperarse mucho tiempo ya que se altera
Coadministración mediante una pieza conectora en Y.			Preparar asépticamente y colocar el conector en Y sitio de inyección ⁽³²⁾

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9.4 FUROSEMIDE

Forma farmacéutica ⁽³³⁾

- ▶ Furosemida ampolleta de 20 mg
- ▶ Furosemida tabletas de 40 mg

Indicaciones terapéuticas:

Es un diurético más rápido y eficaz en todas las formas de los demás cardíacos que no desaparecen de un tratamiento suficiente con glucósidos.

Farmacocinética y farmacodinámica:

Es un derivado del ácido antranílico, es un diurético eficaz por vía oral, los resultados de los estudios clínicos indican que tiene un amplio margen de seguridad y que en su efecto diurético o dosis máximas es mayor que el de las tiazidas o el de acetazolamida. El efecto de la furosemida sobre la excreción de electrolitos por el riñón es parecido al de los mercuriales orgánicos.

Aumenta la excreción urinaria de agua, sodio, cloro y potasio, si estos signos son excesivos puede producir una disminución en volumen plasmático.

La furosemida se absorbe rápidamente después de la administración oral. La diuresis se inicia en 30 minutos y 1 hora y durante 4 a 6 horas.

³³Nota Dianaz Jorge "Diuréticos" Manual de Farmacología
6 edición, Manual moderno México D.F. Pp 180

Contraindicaciones:

- ▶ Insuficiencia renal aguda con anuria. Coma hepática en los comienzos de la gestación.
- ▶ Precauciones en el embarazo y lactancia.

Se administra la furosemida solo después del segundo trimestre de embarazo. Únicamente bajo vigilancia médica y durante un corto periodo.

Pasa a la leche materna por lo que se recomienda destetar.

Se puede dar cada 12 horas.

9.5 RANITIDINA

Antagonista H₂ de acción selectivo.

Formulación:

Cada comprimido

Clorhidrato de ranitidina

- ▶ Tabletas 150 mg y 300 mg
- ▶ Ampolleta 50 mg

Esta indicado en el tratamiento de ulcera péptica gástrica y duodena, en tratamientos de sangrado gastrointestinal superior y prevención de síndrome de Mendelson. Es una gastritis erosiva causada por medicamentos por lesión de la mucosa gastroduodenal.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a la sal, ulcera gástrica maligna

9.6 EPAMIN

Indicaciones Terapéuticas:

(Fenitoina) está indicado para el control de ataques generalizados tónico clónico y parcial (psicomotor, lóbulo temporal) y para la prevención y tratamiento de ataques ocurridos durante o posteriores a cirugía neurológica.

Contraindicaciones:

La fenitoina está contraindicada en aquellos pacientes que son hipersensibles a la fenitoina u otras hidantoínas.

Dosis y vía de Administración

-Dosis individualizada

Adultos: Una cápsula de 100 mg tres veces al día

Administración por infusión:

Esta debe ser diluida en una solución salina.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

- Angiografía
- Punción lumbar

A menudo se ha recalcado el valor de los estudios de laboratorio en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo no existe un único procedimiento que permita determinar simultáneamente el funcionamiento de varios órganos.

ANGIOGRAFÍA

Es un procedimiento *diagnóstico y terapéutico*.

>Como método diagnóstico, se utiliza para evaluar el estado de la vascularización.

>Terapéutico, se utiliza para controlar, mediante el uso de un catéter, hemorragias.

Procedimiento:

En la arteria femoral con una aguja y pasa un cable guía que llega hasta la aorta. Posteriormente se retira la aguja y se introduce un catéter angiográfico a través de la guía. El catéter se introduce a lo largo del vaso y se alcanza la región a estudiar.

Una vez que el catéter está colocado, se inyecta medio de contraste y se toma una serie de radiografías. ⁽³⁴⁾

Si el método se utiliza para localizar una hemorragia, una vez que se localiza se inyecta un material embólico.

Complicaciones.

Que se pueden presentar incluyendo la hemorragia externa o interna en la punción femoral, la alteración neurovascular de la pierna afectada y la hipersensibilidad al medio de contraste

Antes del procedimiento debe preguntársele al paciente algún tipo de alergia al contraste.

Intervenciones de enfermería.

- Monitorización de signos vitales
- Valorar el sitio de punción, cada 15 minutos durante las 2 primeras horas
- La integridad neurológica
- Reposo durante al menos 12 horas ⁽³⁵⁾

³⁵ Porter D A . Kim "Angiografía Intervención Cerebral" Cuidados Intensivos en
Enfermería 2 edición. Harcourt Brace Mexico D F 1999 pp 620

³⁶ Idem

PUNCIÓN LUMBAR

La punción lumbar usualmente se realiza con el paciente acostado; (en ésta posición la presión normalmente es de 70 a 200 mm. de agua promedio 125 mm. agua) Si la punción se hace normalmente con el paciente sentado, el líquido comúnmente sube hasta cerca de la mitad de la columna cervical.

Técnica:

Después que la presión inicial ha sido determinada y se ha comprobado que es normal, se extraen usualmente 3 o 4 muestras de 2 – 3 ml. Cada uno, tubos estériles, para examinarlos en el laboratorio. (Glucosa, cloruros). El examen rutinario comprende cuentas celulares, proteínas totales y reacción de Wassermann.

Se mide la presión posteriormente.

Para un índice de 5.5 a 6.5 Normal

Un índice mayor 7.0 se interpreta como gran reservorio, como en la hidrocefalia o meningitis cerosa.

Un índice menos de 5.0 indica un reservorio pequeño como en el bloqueo subaracnoideo.

Contraindicaciones:

En caso de tumor encefálico, especialmente de la fosa posterior, debe realizarse cuidadosamente la técnica de la punción lumbar; puesto que la herniación del cerebelo y la compresión bulbar pueden seguir la remoción de líquido.

Síndrome de Froin:

Líquido espinal amarillo (Xantocromía) con las globulinas elevadas y prácticamente exento de células, que coagula espontáneamente en reposo.

Aumento de la presión intracraneal:

Puede estar asociada a dolor de cabeza, vomito y papiledema. ⁽³⁶⁾

³⁶ Murillo Lopez Luis Manuel "Exámenes" Neuroanatomía Funcional
9 edición Trillas México D.F. 1998 pp 189

10.- CONCLUSIONES

En cuanto al objetivo del caso se elaboró un proceso de atención de enfermería a un paciente del sexo femenino con edad de 19 años con un diagnóstico de parálisis bulbar, utilizando el modelo de Virginia Henderson.

En cuanto a los objetivos del aprendizaje.

Se integran los elementos básicos del proceso enfermero como un método para el cuidado del paciente; se utilizó el conocimiento científico y metodológico, y la aportación de la teoría de Virginia Henderson.

La paciente Verónica se asistió con intervenciones de enfermería que le ayudaron a recobrar su independencia.

Se establecieron las intervenciones de enfermería con bases científicas y se recordó la anatomía y fisiología del sistema nervioso, así como psicológicos y sociales con los cuales se logró una mejor calidad de vida.

Realizamos un seguimiento de la paciente Verónica a su regreso hospitalario y se evaluó el plan de alta.

A la paciente Verónica durante la estancia intrahospitalaria, presentó un deterioro respiratorio complicándosele con una neumonía así como una infección nosocomial del catéter central y del sitio de inserción de la sonda de la gastrostomía; para saber que tipo de bacteria tenía y poder combatirla se tomó cultivo de la secreción de la gastrostomía, y del catéter se retira y se manda la punta del mismo en tubo estéril a cultivo en el cual nos se reportaron que Verónica se encontraba con Pseudomona.

Se le explica todo lo que se le realiza a la paciente para que pueda cooperar mejor.

Se tuvo que hacer un reajuste de antibióticos y con más técnica estéril la paciente pudo recuperarse.

A la paciente Verónica se le enseñan los cuidados de su traqueostomía, así como de su gastrostomía, el tipo de dieta que tiene que tomar y de igual manera se le informa a sus familiares del porque ella es egresada con su traqueostomía y gastrostomía.

Egreso el día 31 de Diciembre del 2002

Su primera consulta fue el 15 de Enero del 2003-02-20

Se observo a la paciente Verónica con aumento de peso, bien hidratada, con su traqueostomía obturada la cual se le retira. Con dificultad para articular palabras. Refiere estar comiendo por cavidad oral papilla, por lo que se decide retirar sonda de gastrostomía para siguiente consulta, se le deja un poco más la sonda por precaución, tiene un poco de dificultad para caminar. Se le pone cita para rehabilitación el día 30 de Enero del 2003, acude a sus citas regularmente.

Se le llama por teléfono para pedir información de la paciente Verónica que va evolucionando favorablemente.

11.- BIBLIOGRAFÍA

AÑORVE Raquel "Fundamentos de enfermería" 5 edición, Editorial Trillas, México, D.F. 1989, p 480

ARCILLA Centeno Guyton "Tratado de Fisiología" 9 edición, Editorial Médica. México, D.F. 1990, p 690

ARSON Arnol "Examen Neurológico" 2 edición, Editorial Prensa Médica. México, D.F. 1980, p 323

CARPENITO MC GRAW "Planes De cuidados y documentación en enfermería y problemas asociados".

CHUSID Joseph G. "Neuroanatomía correlativa" 7 edición, Manual Moderno. México, D.F. 1987, p 580

ESPINOSA Donal Mulder "Exploración Neurológica" 4 edición, Editorial Océano. México, D.F. 1990, p 1025

GONZÁLES Suddarth "Diagnósticos Enfermeras" 10 edición, Editorial Harcourt. México, D.F. 1996, p 550

LORETTA Spittle "Patología Clínica" especial de enfermería Editorial Océano 4 edición, México, D.F. p 584

MOTA Marín Adamari "Fisiopatología Neurología". Editorial Océano 2 Edición,
México, D.F. PP. 1990

MURILLO López Luis "Exámenes" Neuroanatomía Funcional 9 edición, Editorial trillas
México, D.F. 1998

NOTH American "Nursing definiciones" 9 edición, Editorial Prensa Medica.
México, D.F. 1989, p. 300

PONCE de León Samuel "Infecciones" Manuel de Infecciones Hospitalarias" 2 Edición,
Glaxo México, D F. OPS/OMS PP. 126

SALAS Martínez Roberto "Farmacología". 8 edición, Editorial Trillas.
México, D.F. 1999 p. 1950

SMITH Doris "Neurología Básica" 4 edición, Editorial Prensa Medica.
México, D.F. 1994 p. 890

SOLÍS Gamboa Franco "Diccionario de especialidad de Farmacéutica" 43 edición,
Editorial PCM. México, D.F. 1997, p. 2119

SOTO José Luis "Manual de control de infecciones" Fue autorizado por la
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS con apoyo de Glaxo
México. D F. 1998, p 308.