

X. APÉNDICES Y ANEXOS

Apéndice A.- ESCALA DE GLASGOW

Sistema rápido, práctico y estandarizado para valorar el grado de deterioro de la conciencia en enfermos críticos y para predecir la duración y desenlace final del coma, sobre todo en lesiones craneales. El sistema incluye tres determinantes: apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora, cada uno evalúa de forma independiente e indican el nivel de conciencia y el grado de disfunción.

<p>APERTURA DE OJOS</p>	<p>4 Abre los ojos de manera espontánea 3 Abre los ojos ante una orden verbal 2 Abre los ojos ante un estímulo doloroso 1 Ausencia de apertura</p>
<p>MEJOR RESPUESTA VERBAL</p>	<p>5 Orientado en tiempo, espacio, persona 4 Sigue conversación, pero de contenido difuso 3 Pronunciación de palabras, pero sin capacidad para mantener la conversación 2 Sonidos en respuesta al dolor 1 Sin respuesta verbal</p>
<p>MEJOR RESPUESTA MOTORA</p>	<p>6 Obedece a órdenes 5 Localiza el dolor tras estímulo doloroso 4 Reacciona ante el dolor 3 Postura de decorticación 2 Postura de descerebración 1 Flácido</p>

Fuente: De Phipps WJ, Sands JK, Marek JE. Medical-Surgical Nursing: concepts and clinical practice, 6ª ed., St. Louis, 1999, Mosby.

Apéndice B.- VALORACIÓN DE PUPILAS

La valoración del tamaño y la reacción de las pupilas proporcionan un examen de las vías del sistema nervioso que van del nervio óptico al mesencéfalo. La pupila normal es redonda, regular y está en el centro del iris. El tamaño normal varía con la edad y con la intensidad de la luz ambiente.

ANORMALIDADES PUPILARES	
Pupilas no reactivas	Los trastornos unilaterales de la contracción de la pupila se observan con enfermedad local del iris (traumatismo, irinitis, glaucoma), compresión del nervio óptico (neuritis óptica, esclerosis múltiple).
Pupilas de Argyll Robertson	Las pupilas son pequeñas, reaccionan poco a la luz, a menudo son diferentes en tamaño y manifiestan disociación por la cercanía de la luz.
Pupila Tónica	La pupila tónica es más grande que la pupila contralateral no afectada y con reacción lenta a los cambios de iluminación o acomodación. Debido a que la pupila tónica finalmente reacciona, la anisocoria llega a ser menos marcada mientras dura el examen.
Síndrome de Horner	Es consecuencia de una lesión del sistema nervioso central o periférico y consiste en una pupila pequeña (miótica) que se relaciona con ptosis leve y algunas veces pérdida de sudación.

Pupilas talámicas	Las pupilas reactivas un poco más pequeñas se presentan por etapas tempranas de la compresión del tálamo por lesiones ocupativas, tal vez por interrupción de las vías simpáticas descendentes.
Pupilas dilatadas fijas	Las pupilas mayores de 7 mm de diámetro y fijas (sin reacción a la luz) por lo general se deben a compresión del nervio craneal oculomotor (III par) en cualquier lugar a lo largo de su trayecto del mesencéfalo a la órbita. La causa más común de una pupila dilatada y fija en paciente comatoso es la herniación transtentorial de la porción medial del lóbulo temporal a causa de una masa supratentorial.
Pupilas fijas de diámetro medio	Las pupilas fijas alrededor de los 5 mm de diámetro se producen por daño del tallo cerebral a nivel del mesencéfalo.
Pupilas puntiformes	Las pupilas puntiformes (1 a 1.5 mm de diámetro) en un paciente comatoso indicaran daño local a nivel del puente o sobredosis de opiáceos.
Pupilas simétricas	Una pupila que se contrae con menos rapidez o en menor grado que la otra, por lo general implica una lesión estructural que afecta el mesencéfalo o el nervio oculomotor.

Fuente: Simon Roger P, Aminoff Michael J, Greenberg David A, Neurología Clínica, Tr. Cárdenas Demay Claudia, 4ª ed. Editorial Manual Moderno, México 2001, pp. 144-156, 344.

Apéndice C.- PATRÓN RESPIRATORIO

Las variaciones del patrón respiratorio ayudan a identificar el nivel de disfunción o lesión del tronco cerebral. La evaluación del patrón respiratorio debe incluir también la valoración de la efectividad del intercambio gaseoso para mantener los niveles adecuados de oxígeno y dióxido de carbono. La hipoventilación es frecuente en los pacientes con alteración del nivel de conciencia.

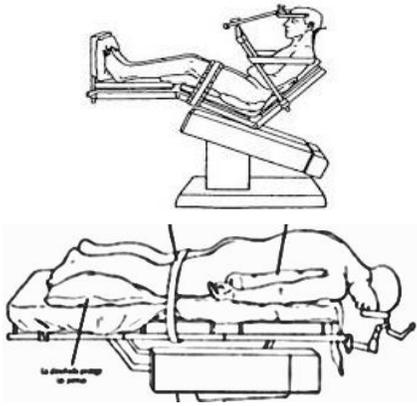
Patrón respiratorio	Descripción del patrón	Indicación
Cheyne-Stokes	Incrementos y descensos rítmicos de la frecuencia y profundidad respiratorias, que incluyen breves periodos de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones cerebrales bilaterales profundas o en algunas lesiones cerebrales.
Hipoventilación central neurogénica	Respiraciones muy rápidas y profundas sin periodos de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones del mesencéfalo y de la parte superior de la protuberancia.
Apnéustica	Inspiraciones muy rápidas y profundas sin periodos de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones del mesencéfalo y de la parte superior de la protuberancia.
Respiración de Biot	Respiraciones irregulares y profundas separadas por periodos prolongados de apnea.	Habitualmente se produce en lesiones de la parte inferior de la protuberancia o en la médula superior.
Respiración atáxica	Respiraciones con ritmo y profundidad irregulares con periodos ocasionales de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones medulares y con frecuencia es un preludio de la apnea y signo de muerte inminente.

Fuente: Urden L, Lough M, Stacy K. Cuidados intensivos en enfermería, España 2003, 3ª ed., Editorial Harcourt/Océano

Apéndice D.- TÉCNICA QUIRÚRGICA

Craneotomía para clipaje de aneurisma

<p>CONCEPTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extirpación quirúrgica de una parte del cráneo para realizar la colocación de una grapa de metal en el cuello del aneurisma, una vez finalizado el procedimiento del clipaje se sutura por planos y se coloca el colgajo óseo. 	<p>INDICACIONES:</p> <p>Aneurismas no rotos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aneurismas con cuello anchos. Aneurisma de la arteria cerebral media. Aneurismas pequeños. <p>Aneurismas rotos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hematomas intraparenquimatosos. Aneurismas con anatomía compleja: cuello ancho (>5mm). Aneurismas de la arteria cerebral media. Pacientes jóvenes <40 años. Aneurismas gigantes de fácil acceso neuroquirúrgico de circulación anterior.
<p>MATERIAL DE CONSUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hojas de bisturí: 2 del #15 #23 Compresas de gasa Gasas con material radiopaco Apósito Celulosa regenerada oxidada Gelfoam Cotonoides de diferentes tamaños 	<p>ANESTESIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> General Balanceada <p>POSICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Craneotomía anterior: Decubitosupino Craneotomía posterior: Prona o semisentado

<ul style="list-style-type: none"> • Cera para hueso • Jeringas de 5,10 y 20 ml • Grapas de Raney • Cauterio bipolar bayoneta y placa de cauterio • Lidocaína con epinefrina 1% • Surgifix 	
<p>MATERIAL DE SUTURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seda 4-0 con aguja redonda ½ círculo • Seda 0-0 con aguja redonda ½ círculo • Vicryl 1-0 , 2-0 • Nylon 3-0 de 3/8 de círculo 	<p>ROPA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de Cirugía Mayor • Paquetes extra de: batas, campos y pierneras.
<p>EQUIPO Y APARATOS MEDICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cabezal de Mayfield • Tanque de nitrógeno • Aparato generador para cauterio • Aspirador a vacío • Negatoscopio • Microscopio 	<p>INSTRUMENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Árbol de Hudson • Broca de Raney • Separador de Cushing • Pinzas protectoras de duramadre • Disectores de Penfield núm. 1,2,3 • Pinchos para adulto • Cucharillas de Volkman • Pinzas para grapas de Raney • Gubia larga fina • Retractores de Yasargyl

	<ul style="list-style-type: none">• Pinzas bipolares• Cabezal de Mayfield• Mango de bisturí 3 hoja #15• Mango de bisturí 4 hoja #23• Tijeras Metzenbaum• Tijeras Mayo rectas y curvas• Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel- Raney• Pinzas Kelly• Pinzas Allis• Bayoneta• Pinzas de disección con y sin dientes• Pinzas Adson con y sin dientes• Rigina curva• Cucharilla o cureta• Separadores de Farabeuf• Pinzas Kocher• Pinzas de Dandi• Elevador de periostio <p>Microcirugía</p> <ul style="list-style-type: none">• Bisturí para aracnoides• Microdisectores• Microespátulas• Microgancho agudo de 90°• Pinzas Bayoneta• Pinza de cucharilla en bayoneta• Tijeras de bayoneta largas con punta recta y curvas• Cánulas de aspiración de Brackmann• Portaclips• Portaagujas largo en bayoneta
--	--

TÉCNICA QUIRÚRGICA	
ACTIVIDADES DEL CIRUJANO	ACTIVIDADES DE LA INSTRUMENTISTA
1.- Realizar antisepsia y asepsia del área quirúrgica.	1.- Proporciona vaso de acero inoxidable con gasa armada y pinza forest y solución iodopovidona espuma.
2.- Viste al paciente con dos sabanas estériles desde la cabeza hasta los pies, dejando expuesta el área que se va a operar; fija campos al cuero cabelludo con pinzas de campo, fija cables y tubo de aspiración.	2.- Proporciona dos sábanas, 4 primeros campos, 2 sedas atraumaticas del 0 , tijeras Mayo rectas, sábana hendida, 2 bolsas para cables, 2 tubos de aspiración con cánula fina, cauterio monopolar, cauterio bipolar, manguera de craneótomo y 5 pinzas de campo.
3.- Diseña colgajos en la piel de acuerdo con la ubicación de la lesión.	3.- Proporciona mango de bisturí con hoja #20 y enseguida bipolar para hemostasia.
4.- Coloca grapas de Raney alrededor del colgajo.	4.- Proporciona pinzas para grapas de Raney y monta una grapa a la vez.
5.- Procede a levantar el colgajo de piel y establece un plano de disección a través del tejido areolar laxo de la galea y refleja el colgajo; procura que este descansa sobre un apósito para evitar que la base del mismo quede doblada en exceso y prevenir isquemia del colgajo, refiriéndolo con ganchos de Yasargyl.	5.- Proporciona un apósito seco, dos gasas húmedas y dos ganchos de Yasargyl fijándolos en la sabana hendida.
6.- Levanta el musculo temporal junto con el periostio, desinsertándolo de la escama del hueso temporal y el parietal.	6.- Proporciona bisturí eléctrico (Cauterio monopolar).

7.- Refiere el musculo temporal en los extremos del borde que se liberó.	7.- Proporciona portaagujaas con seda atraumática 1-0 y ligas para referir el colgajo muscular.
8.- Expuesta la calota inicia la craneotomía, realizando cuando menos 4 trépanos para circundar la lesión.	8.- Proporciona craneótomo neumático, separadores de Cushing y solución estéril en jeringa de 20 ml.
9.- Regulariza los bordes de los trepanos.	9.- Proporciona cucharilla de Volkmann.
10.- Realiza hemostasia en los bordes de los trepanos.	10.- Proporciona cera para hueso montada en disector Penfield #1 y #3.
11.- Diseca la duramadre para separarla de la tabla interna del cráneo uniendo los trepanos mediante esta maniobra.	11.- Proporciona disector Penfield #1 y #3.
12.- Una vez diseca la duramadre procede a unir los trepanos mediante cortes para formar el colgajo óseo.	12.- Proporciona craneótomo neumático con cuchilla y protector de duramadre.
13.- Realiza hemostasia en los bordes de la craneotomía; es decir en el diploe del hueso, colocando Surgical en el borde interno de la craneotomía con el fin de evitar sangrado excesivo de la duramadre.	13.- Proporciona cera para hueso en disector Penfield #1 y #3 y celulosa oxidada.
14.- Realiza durotomía en base a la implantación hacia el seno venoso longitudinal.	14.- Proporciona pinzas de disección largas finas con dientes, bisturí #11 y posteriormente tijeras Metzenbaum.
15.- Extiende la abertura de la duramadre.	15.- Prepara seda atraumática 3-0, pinzas Kelly y tijera Mayo recta.
16.- Una vez expuesto el tejido encefálico procede a electrocoagulación de las arterias; se recomienda no electrocoagular	16.- Coloca funda al microscopio, proporciona cánula fina para

<p>las venas de drenaje , ya que al aumentar la presión dentro del nido de la malformación esta puede romperse durante el procedimiento provocando sangrado incoercible, por lo general debe seguirse el plano de separación compuesto de tejido gliotico, electrocoagulando con cuidado los vasos.</p>	<p>aspiración, pinzas bipolares y agua con jeringa de 20 ml.</p>
<p>17.- Sigue la disección hasta identificar los vasos.</p>	<p>17.- Prepara juego de clips para aneurisma en caso de que el cirujano lo requiera.</p>
<p>18.- Terminado el clipaje de aneurisma, revisa el lecho operatorio y realiza cuidadosa hemostasia con cauterio bipolar o colocando hemostáticos.</p>	<p>18.- Prepara cauterio bipolar y celulosa oxidada o Gelfoam.</p>
<p>19.- La duramadre se cierra en primer plano a sello de agua con prolene.</p>	<p>19.- Prepara prolene vascular 4-0 en portaagujas fino.</p>
<p>20.- Recoloca el colgajo óseo, fijando los bordes con puntos de seda.</p>	<p>20.- Proporciona aguja recta con doble seda atraumática 1-0.</p>
<p>21.- Reconstruye el plano muscular, deja un sistema de drenaje cerrado, el cual sale por contraabertura y lo fija.</p>	<p>21.- Proporciona drenaje indicado, proporciona seda atraumática 1-0 en portaagujas.</p>
<p>22.- Cierra la herida en dos planos, galea con puntos invertidos de Cushing y puntos separados o continuos.</p>	<p>22.- Prepara Vicryl 2-0, Nylon 3-0.</p>
	<p>23.- Retira exceso de isodine y sangre, coloca parche quirúrgico limpio.</p>

Apéndice E.- CLASIFICACIÓN DE HUNT Y HESS DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Grado I	Asintomática, cefalea mínima, discreta rigidez de nuca.
Grado II	Cefalea moderada a grave, rigidez de nuca, mínimo déficit neurológico.
Grado III	Somnolencia, confusión déficit neurológico focal leve.
Grado IV	Estupor, Hemiparesia moderada a grave, postura de descerebración precoz.
Grado V	Coma, postura de decorticación o de descerebración, aspecto moribundo.

Fuente: Hall J, Schmidt G, Wood L, Manual de cuidados intensivos, 2ª ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 2000, pp. 609-613.

Apéndice F.- ESCALA DE FISHER CON BASE EN LA APARIENCIA TOMOGRAFICA INICIAL Y DE LA CUANTIFICACIÓN DE SAGRE SUBARACNOIDEA

- 1.- Sin hemorragia subaracnoidea en la tomografía.
- 2.- Distribución amplia de sangre subaracnoidea, sin coágulos ni capas de sangre mayores de 1 mm de grosor.
- 3.- Coágulos sanguíneos localizados en el espacio subaracnoideo o capas de sangre mayores de 1 mm de grosor.
- 4.- Presencia de sangre intraventricular e intracerebral, ausencia de sangre subaracnoidea significativa.

Apéndice G.- MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS A LA PACIENTE

Medicamento	Mecanismo de acción	Indicaciones	Contraindicaciones	Reacciones Adversas
<ul style="list-style-type: none"> Omeprazol 	Inhíbe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H + al lumen gástrico.	<ul style="list-style-type: none"> -Úlcera duodenal -Úlcera gástrica -Úlceras gástricas, duodenales o erosiones gastroduodenales asociadas a un tratamiento de mantenimiento o no con AINEs. -Esofagitis por reflujo -Reflujo Gastroesofágico 	<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidad a omeprazol, benzimidazoles. Concomitancia con nelfinavir. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cefalea -Dolor abdominal -Estreñimiento -Diarrea -Flatulencia -Nauseas/vómitos -Pólipos gástricos benignos.
<ul style="list-style-type: none"> Ketoprofeno 	Inhíbe la ciclooxigenasa, que cataliza la formación de precursores de prostaglandina a partir del Ác. Araquidónico.	<ul style="list-style-type: none"> -Artritis reumatoide -Artrosis -Espondilitis anquilosante -Episodio agudo de gota -Cuadros dolorosos asociados a inflamación (dolor dental, traumatismos, dolor postquirúrgico odontológico). Inyectable para ataque de cuadros agudos con predominio del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad (broncoespasmo, agudizaciones del asma, rinitis, urticaria o cualquier otro tipo de reacción alérgica a ketoprofeno, AAS u otro AINE). -Úlcera péptica activa (antecedentes de hemorragia gastrointestinal, úlcera o perforación). 	<ul style="list-style-type: none"> -Dispepsia -Náusea -Dolor abdominal -Vómitos

		- Inyectable: en casos de sangrado cerebrovascular o cualquier otro sangrado activo; trastornos hemostáticos o en tratamiento con anticoagulantes		
• Paracetamol	<p>Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.</p>	<p>- Oral o rectal: fiebre; dolor de cualquier etiología de intensidad leve o moderado.</p> <p>- IV: dolor moderado y fiebre, a corto plazo, cuando existe necesidad urgente o no son posibles otras vías.</p>	<p>-Hipersensibilidad a paracetamol, a clorhidrato de propacetamol (profármaco del paracetamol).</p> <p>-Insuficiencia hepatocelular grave.</p> <p>-Hepatitis vírica.</p> <p>-Antecedentes recientes de rectitis, anitis o rectorragias (solo para forma rectal).</p>	<p>Raras:</p> <p>-Malestar</p> <p>-Nivel aumentado de transaminasas</p> <p>-Hipotensión,</p> <p>-Hepatotoxicidad</p> <p>-Erupción cutánea,</p> <p>-Alteraciones hematológicas</p> <p>-Hipoglucemia</p> <p>-Piuria estéril.</p>
• Clindamicina	<p>Inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de la subunidad 50S ribosomal y evita formación de uniones peptídicas.</p>	<p>-Infección bacteriana respiratoria grave, de piel y tejido blando: abscesos, celulitis, heridas infectadas</p> <p>-Dental severa: absceso periapical, gingivitis; intraabdominal: peritonitis, absceso.</p> <p>-Osteoarticular: osteomielitis, artritis séptica; septicemia, bacteriemia.</p> <p>-Infección genitourinaria femenina: endometritis, postquirúrgica, absceso</p>	<p>-Hipersensibilidad a clindamicina o lincomicina.</p> <p>-Vía oral: no administrar en caso de meningitis o a recién nacidos.</p>	<p>-Diarrea</p> <p>-Colitis pseudomembranosa</p> <p>-Náuseas</p> <p>-Vómitos,</p> <p>-Dolor abdominal</p> <p>-Flatulencia</p> <p>-Gusto metálico desagradable</p> <p>-Rash cutáneo</p> <p>-Erupción maculopapular</p> <p>-Urticaria</p> <p>-IM: Dolor, induración, absceso estéril.</p>

	tubo-ovárico no gonocócico, celulitis pélvica, salpingitis. -SIDA: encefalitis toxoplasmática y neumonía por P. carinii (se puede asociar a primaquina).		-IV: tromboflebitis.
• Ceftriaxona	Cefalosporina de 3ra generación. Bactericida de amplio espectro y acción prolongada. Inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.	-Sepsis -Meningitis -Peritonitis -Infección biliar, gastrointestinal. -Infección ósea, articular. -Piel y tejido blando, de heridas -Renal, urinaria. -Respiratoria, neumonía, de garganta, nariz y oídos -Genital -Profilaxis perioperatoria.	-Hipersensibilidad a cefalosporinas o a penicilinas. -Recién nacidos prematuros hasta la edad corregida de 41 sem (semanas de gestación + semanas de vida) -Recién nacidos a término (hasta 28 días) con: ictericia, hipoalbuminemia o acidosis o si se necesita (o se considera que se va a necesitar).
• Dexametazona	Corticoide fluorado de larga duración de acción, elevada potencia antiinflamatoria e inmunosupresora y baja actividad mineralocorticoide.	-Enf. endocrinas como tiroiditis no supurativa. -Hipercalcemia asociada con cáncer e hiperplasia adrenal congénita. -Estados alérgicos severos o incapacitantes resistentes a tratamientos convencionales como en asma bronquial, dermatitis de contacto o atópica, rinitis alérgica	-Hipersensibilidad -Infección fúngica sistémica -Tuberculosis diseminada, latente o con reactividad tuberculínica -Infestación parasitaria digestiva, herpes, sarampión y varicela. -Vacunas con virus vivos. -Enf. cardíaca congestiva, miastenia grave
			-Diarrea -Náuseas -Vómitos -Estomatitis -Glositis -Anemia hemolítica -Trombocitopenia -Exantema -Dermatitis alérgica: prurito, urticaria, edema y edema multiforme.
			-Disminución de la resistencia a infecciones -Candidiasis orofaríngea -Hiperglucemia -Polifagia -Cataratas -Retraso en cicatrización de heridas -Reacción alérgica local -Osteoporosis -Leucopenia

	<p>estacional o perenne, reacciones de hipersensibilidad a fármacos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Procesos inflamatorios y alérgicos graves, tanto agudos como crónicos, que afecten a ojos. -Síndrome nefrótico de tipo idiopático (sin uremia) o el causado por el lupus eritematoso. -Edema cerebral asociado con tumor cerebral, primario o metastático, craneotomía o lesión craneal, accidentes vasculares encefálicos (ictus). -Tratamiento coadyuvante a corto plazo en episodios agudos o exacerbaciones de enf. reumáticas: artritis, osteoartritis postraumática, espondilitis, epicondilitis, tenosinovitis, bursitis, etc. -Lupus eritematoso sistémico y carditis reumática aguda. Tto. paliativo de leucemias y linfomas en ads. y leucemias agudas en niños. Profilaxis y tto. de 	<ul style="list-style-type: none"> -Úlcera péptica o esofagitis -Diabetes -Herpes simple 	<ul style="list-style-type: none"> -Diabetes mellitus -Aumento de peso, -Hipercolesterolemia -Hipertrigliceridemia
--	---	---	--

- Precedex

	náuseas y vómitos inducidos por citostáticos. -Lesiones inflamatorias, infiltradas, hipertróficas y localizadas del liquen plano, placas psoriásicas, granuloma anular y liquen simple crónico.		
Agonista selectivo de los receptores alfa-2 con un amplio espectro de propiedades farmacológicas. Con efecto simpaticolítico a través de la disminución de la liberación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas simpáticas. Efectos sedantes mediados por la inhibición del locus coeruleus, el núcleo noradrenérgico predominante, situado en el tronco cerebral. Efectos analgésicos y ahorradores de anestésicos/analgésicos. Efectos cardiovasculares dependientes de la dosis; con ritmos de perfusión más bajas, dominan los efectos	Sedación de pacientes adultos en la UCI que requieran un nivel de sedación en un grado de 0 a -3 en la Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS).	Hipersensibilidad a dexmedetomidina -Bloqueo cardíaco avanzado (grado 2 ó 3) en ausencia de marcapasos -Hipotensión no controlada -Enf. cerebrovascular grave	-Hipotensión -Hipertensión -Bradicardia -Isquemia de miocardio -Taquicardia -Hiperglucemia -Hipoglucemia -Agitación -Náuseas -Vómitos -Síndrome de abstinencia -Hipertermia.

• Fentanilo

<p>centrales con disminución de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. Con dosis más altas, los efectos vasoconstrictores periféricos con aumento en la resistencia vascular sistémica y la presión sanguínea, mientras que el efecto de bradicardia se ve aumentado.</p>			
<p>Agonista opiáceo, produce analgesia y sedación por interacción con el receptor opioide μ, principalmente en SNC.</p>	<p>Analgésico de corta duración en períodos anestésicos (premedicación) y en el postoperatorio inmediato. Junto a un neuroléptico, como premedicación para inducción de la anestesia y como coadyuvante en el mantenimiento de anestesia general y regional.</p>	<p>Hipersensibilidad a fentanilo, pacientes que no hayan recibido tratamiento de mantenimiento con opioides debido al riesgo de depresión respiratoria, depresión respiratoria grave o enfermedades pulmonares obstructivas graves, tto. del dolor agudo distinto al dolor irruptivo, uso simultáneo con IMAO, o en las 2 semanas después de terminar el uso de los IMAO, grave deterioro del sistema nervioso central, radioterapia facial previa (nasal), episodios</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Somnolencia -Cefalea -Mareo -Náuseas -Vómitos -Diarrea -Estreñimiento -Xerostomía -Dispepsia -Incremento de la sudoración -Escalofríos -Prurito -Sedación -Confusión -Depresión -Ansiedad -Insomnio -Nerviosismo, -Alucinaciones -Disminución del apetito

		recurrentes de epistaxis (nasal).	-Mioclono -Vasodilatación -Hipo e hipertensión -Retención urinaria -Fiebre -Astenia -Trastornos de la piel.
--	--	-----------------------------------	---

Apéndice H.- CONSENTIMIENTO INFORMADO