



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Aplicado en paciente con alteración significativa en la necesidad de
movilidad y postura por tumor cerebral maligno.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA PRESENTA:**

MARÍA TERESA MARTÍNEZ ACOSTA

DIRECTOR DE TRABAJO: LEO QUERUBÍN ENRÍQUEZ GONZÁLEZ.

MEXICO D.F.

OCTUBRE 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

Por darme la serenidad, la fuerza y el valor de terminar una etapa más de mi vida, por acompañarme en el camino manteniéndose cerca de mi y prestarme la vida.

A mis padres.

Porque a pesar de sus diferencias y adversidades encontraron la forma de apoyarme hasta el día de hoy por todas sus enseñanzas, aun con sus errores porque todo ello me ha formado como una mujer perseverante y fuerte carácter, que sigue adelante después de una caída, que no sabe rendirse.

Ahora quiero que sepan que los amo incondicionalmente, que es en gran parte gracias a ellos y por ellos.

A mis hermanas Araceli, Martha y Marisol.

Por darme su cariño sin condiciones, por ser mis compañeras de tantos momentos, por tantas travesuras compartidas, por su apoyo y sus consejos.

A Luís Fernando Sánchez Abelar.

Quien fue mi compañero incondicional durante toda su vida, por apoyarme y quererme, porque no tengo palabras que puedan describir lo que tu significas para mi, has sido lo mejor que he tenido en la vida, lo mas sincero y hoy eres mi mejor recuerdo, en cualquier parte del cielo en la que estés, esto también es por ti.

A mis Profesores.

Quienes me dedicaron tiempo y paciencia durante mi formación profesional a quien agradezco cada una de sus enseñanzas, no solo en el aula sino fuera de esta. Especialmente al director de este trabajo: Profesor Querubín Enríquez Gonzáles gracias por que sin su apoyo esto no seria posible.

ÍNDICE.	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. METODOLOGÍA.....	5
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería.....	6
4.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	8
4.3 Teorías y Modelos de Enfermería.....	12
4.4 Teoría de Virginia Henderson.....	16
4.5 Movilidad y Postura.....	20
5. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	26
6. VALORACIÓN.....	27
7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	31
8. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	33
9. PLAN DE ALTA.....	66
10. CONCLUSIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	
GLOSARIO	

1. INTRODUCCIÓN.

Lo que define a cada profesión y la distingue de las demás es el servicio que presta a la sociedad. El servicio que la profesión de Enfermería ofrece, es atención y cuidado al individuo, familia y comunidad para recuperarse de su enfermedad, mejorar su calidad de vida o morir en paz.¹

La Enfermería ha venido practicándose como profesión desde hace más de un siglo y ha ido evolucionando desde la aplicación de conocimientos científicos hasta una disciplina que aplica teorías y modelos que juntos sirven para iniciar el proceso de atención de Enfermería.

El presente trabajo consiste en la elaboración de un proceso de atención de Enfermería en un paciente con deterioro de la movilidad, sustentado bajo el modelo conceptual de Virginia Henderson.

En el primer apartado se menciona el modelo de Virginia Henderson, así como de la elaboración del proceso de atención de Enfermería.

Al ingresar al segundo piso del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), en el área de neurocirugía, se realizó la elección del caso clínico para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, se recabó información iniciando la valoración a través del interrogatorio directo, exploración física y observación del paciente, además de la información indirecta proporcionada por familiares, compañeros del área de la salud y expediente clínico.

Se identificaron las necesidades afectadas en el paciente de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson y se elaboraron una serie de diagnósticos encaminados a programar planes de cuidados; con ayuda de información bibliográfica se fundamentaron las intervenciones de Enfermería. Todo lo anterior se realizó para mejorar la calidad de vida e independencia del paciente dentro de sus capacidades y limitaciones.

Finalmente se realizó la evaluación continua de los cuidados proporcionados por cada necesidad afectada, algunos de ellos no lograron ser evaluados ya que se requiere de mayor tiempo para observar resultados.

Se describe la metodología, con la cual se elaboró el trabajo de atención de Enfermería, describiendo más ampliamente como se llevó a cabo.

¹ Almansa, P. Metodología de los cuidados de Enfermería. (2000) pp.8

2. OBJETIVOS

GENERAL.

- Elaborar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente neurológico, tomando en cuenta el modelo conceptual de Virginia Henderson, para proporcionar cuidados de manera holística para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la persona.

ESPECÍFICOS.

- Identificar e investigar acerca de las necesidades afectadas en el paciente neurológico, para valorar y realizar diagnósticos de Enfermería.
- Elaborar un plan de cuidados para realizar intervenciones de Enfermería encaminadas a mejorar el estado actual del paciente y evitar complicaciones; así mismo realizar una evaluación de dichas intervenciones.

3. METODOLOGÍA.

El Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo a partir del día nueve de marzo del 2007, en el segundo piso en el área de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) Manuel Velasco Suárez, unidad que presta atención a pacientes con daño en el sistema nervioso y trastornos psiquiátricos.

Se eligió a la Sra. Jessica, adulta joven con alteración significativa en la necesidad de movilidad y postura, se aplicó el instrumento de valoración basado en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson; con el cual se recabó y examinó información, con el fin de conocer la situación actual del paciente e identificar patrones de salud o enfermedad. Los datos se obtuvieron a través de la entrevista y exploración física del paciente, interrogatorio a familiares y revisión del expediente clínico. Los datos obtenidos fueron clasificados en independientes y dependientes de acuerdo a la capacidad del paciente para cubrir cada necesidad.

Se plantearon diagnósticos en base a las necesidades afectadas así como identificación de factores de riesgo que pudieran complicar el estado actual del paciente. Los diagnósticos fueron estructurados de acuerdo a la American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y al formato PES (problema, etiología y signos y síntomas). Clasificándose en reales y potenciales.

Durante la planeación se priorizaron diagnósticos y se establecieron resultados esperados de las intervenciones de enfermería planeadas, dirigidas a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Durante la ejecución se llevaron a cabo las intervenciones planteadas en la planeación de Enfermería.

En la evaluación se estableció un juicio sobre la evolución y capacidad de la persona para desempeñar el comportamiento establecido dentro de los resultados esperados. El propósito en esta etapa es decidir si el resultado esperado se logró totalmente, esto quiere decir que la persona es capaz de realizar el resultado esperado en el tiempo establecido; el resultado también puede ser parcial, cuando la persona está en proceso de lograr el resultado esperado. Cuando la persona no consigue el resultado esperado se afirma que no hubo logro alguno.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA.

La historia de la profesión enfermera comienza desde los papeles tradicionales de la mujer como esposa, madre, hija y hermana que siempre han consistido en el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia.

La existencia de individuos que ayudaban y consolaban a los enfermos y a las personas que no podían cuidarse por sí mismas, también ayudaban a los curanderos a atender a la sociedad.

Durante las primeras civilizaciones antiguas, las creencias sobre las causas de las enfermedades eran supersticiones y magia. Sin embargo, conforme estas sociedades fueron evolucionando surgieron ideas sobre causas ajenas a la magia que ocasionaban enfermedad. Se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos durante el embarazo y el alumbramiento; las nodrizas a menudo cuidaban y amamantaban a los niños de familias ricas, las mujeres que desempeñaban estas tareas eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro, curandero o sacerdote que se encargaba de instruirlas y dirigirles en su trabajo.

Las enfermeras son mencionadas en forma ocasional en el antiguo testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes, niños enfermos y moribundos, actuaban como comadronas asistiendo a mujeres embarazadas.

En Grecia y Roma el cuidado de enfermos y heridos estaba dado por el dios (Asclepio), su esposa Epione se encargaba de tranquilizar a los enfermos y su hija Higiea era considerada como diosa de la salud los romanos tomaron prestados a los dioses de los griegos para abastecerse de salud.

En las culturas de África las funciones de la enfermera eran de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y ancianos.

En la antigua India los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos.

- Conocimientos de la forma de preparar fármacos y administrarlos.
- Inteligencia
- Dedicación al paciente
- Pureza de cuerpo y mente.

Las mujeres indias actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de la familia.

En tiempos de las cruzadas diversas órdenes de caballería formaron compañías que prestaban cuidados a sus compañeros heridos o enfermos,

estas órdenes se encargaron de construir hospitales. Con el crecimiento de la iglesia católica se edificaron numerosos hospitales y hubo instituciones que se especializaron en el cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos.

Se fundaron órdenes religiosas femeninas y masculinas con el fin de cuidar enfermos.

En 1633 San Vicente fundó la orden de hermanas de la caridad, esta orden mandó enfermeras para que prestaran cuidados en el nuevo mundo con la finalidad de crear hospitales en Canadá, E.U y Australia; estos grupos de mujeres que prestaban cuidados fue suprimido en la edad media por la iglesia Occidental, sin embargo reaparecieron en 1836 cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la orden de las Diaconistas y abrió un pequeño hospital y escuela de prácticas en Kaiserswerth, Florence Nightingale obtuvo capacitación en Enfermería en dicha escuela.

Los cuidados que necesitaban los enfermos en los hospitales o viviendas privadas los prestaban mujeres que eran prostitutas o prisioneras que tenían poco entrenamiento como enfermeras, por esta razón la Enfermería era poco aceptada y carecía de prestigio.

Durante la guerra de Crimea Florence Nigthingale recibió 4,500 libras por su trabajo mismos que utilizó para crear la Nigthingale Training School for Nurses, abrió sus puertas en 1860, esta escuela sirvió de modelo para la creación de otras.

En E.U. en el siglo XVIII se fundaron varias escuelas de enfermería ya con programas educativos organizados. Desde que se inició la organización oficial de la enfermería a fines del primer decenio del siglo XVIII hasta el final de la primera guerra mundial, fue rápida difusión y fundación de hospitales; con escuelas de enfermería que dependían de ellos.

En el siglo XX se comienza a recomendar que las escuelas de enfermería fueran independientes de los hospitales y tuvieran nivel universitario. Estas escuelas insistieron en el bienestar social y en los aspectos sanitarios de la enfermería y demostraron el valor de las normas de la universidad en el campo de esta. En este mismo siglo las enfermeras comenzaron a separar a los pacientes de acuerdo a su proceso patológico; así que las tuvieron que adquirir conocimientos para cuidar determinada clase de pacientes.

Hoy en día las enfermeras son responsables de aumentar sus propios conocimientos clínicos, su competencia y también deben mejorar la calidad de los cuidados que imparten y la calidad de aprendizaje e investigación, condición que se ha visto favorecida en estudios de maestría y doctorado.

Se han realizado grandes avances en los programas de educación de Enfermería y en muchos servicios hospitalarios y comunitarios. Con todos

estos cambios la enfermera ha seguido prestando un servicio estable para ayudar a las personas.

Nuestra profesión es una vocación que requiere conocimientos habilidad y preparación especiales, la profesión se distingue de otro tipo de ocupación porque:

- Exige un aprendizaje especializado y prolongado para conseguir conocimientos adecuados para el papel que se va a desempeñar.
- Por orientar al individuo hacia un servicio ya sea para la comunidad u organización.

Cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos sino también para la perpetuidad de todo el grupo social.¹

4.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El término de Proceso de Atención de Enfermería y el método de trabajo son relativamente nuevos, el termino se creó en 1955 Hall; el uso de este en la práctica clínica adquirió mayor legitimidad en 1973 cuando la American Nurses Association (ANA) describe el ejercicio de la Enfermería como “directo, orientado hacia los objetivos y adaptable a las necesidades de los individuos, familia y comunidad tanto en la enfermedad como en la salud.

El proceso de atención a Enfermería es un método racional, dinámico y sistemático para organizar y prestar cuidados de Enfermería, tiene como objetivo identificar el estado de salud del paciente, así como los problemas reales o posibles de su salud, establecer planes de cuidados para atender las necesidades identificadas como afectadas y determinar las intervenciones específicas de Enfermería para así cumplir con los cuidados de estas necesidades.

La aplicación del proceso propicia bases para la habilidad del pensamiento crítico, requeridas para actuar en forma segura y efectiva.

El proceso de atención a Enfermería es cíclico y los elementos que lo integran siguen un orden lógico. Sus etapas incluyen lo siguiente:

Valoración: En esta primera etapa del Proceso de atención de Enfermería, la enfermera recoge, examina, ordena y registra la información obtenida por medio de la entrevista, observación y exploración física. Esto sirve como base para las intervenciones y toma de decisiones posteriores.

La valoración conduce a la identificación del estado de salud del paciente y se aplica a individuos, familias y comunidades.² La valoración es continua ya que se realiza durante todas las fases del Proceso de Atención de Enfermería.

¹ Colliere, Marie. Promover la vida (1997) pp. 1

² Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería (1999) pp. 3 y 91

Durante la entrevista se pueden obtener dos tipos de datos:

- Datos subjetivos: Se refiere a lo que el paciente siente o percibe. No se pueden medir ya que son propios del paciente.
- Datos objetivos: Se pueden medir a través de cualquier escala o instrumento (signos vitales).

Durante la observación la enfermera (o) reúne los datos utilizando los cinco sentidos, consta de dos aspectos:

- Reconocer los estímulos
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Exploración física. Para llevar a cabo la información la enfermera utiliza la auscultación, palpación y percusión, métodos que facilitan la recabación de datos mediante los cuales se obtendrá información observable y objetiva.

Diagnóstico: En esta fase se utiliza habilidades del pensamiento crítico para analizar e interpretar los datos obtenidos durante la valoración para formular enunciados diagnósticos.

Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

- Identificación del problema: incluye el análisis de datos significativos.
- Formulación del enunciado: diagnóstico de Enfermería y problemas dependientes componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Tipos de diagnóstico. Existen diagnósticos reales, de riesgo o potenciales y de bienestar.

- Real: Es un juicio sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, ante un problema de salud que existe en el momento de la valoración de Enfermería. Representa un estado que ha sido clínicamente validado a través de características definitorias identificables, basadas en signos y síntomas asociados; consta de tres componentes: enunciado del problema, características que lo definen y factores relacionados.

Formato PES: problema (P) mas etiología, factores causales (E) mas signos y síntomas (S) que validan el diagnóstico.

- De riesgo o potencial: Es el juicio clínico de una persona, familia o comunidad mas vulnerable a determinados problemas que otros en situación igual o parecida, consta de dos componentes: Enunciado del problema (P) mas etiología/factores de riesgo (E).
- Posibles: aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere de mas datos para corroborarlo o refutarlo.
- De bienestar: Se refiere a una respuesta saludable por parte del paciente. Juicio clínico sobre la persona, familia o comunidad en transición de un nivel de bienestar a un nivel más elevado.³

Planeación: El plan de atención de Enfermería comienza con el enunciado diagnóstico, avanza hacia la meta y el resultado esperado de enfermería.

El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad.

Fase en la que se toman decisiones y se resuelven problemas, se consultan datos de valoración y enunciados diagnósticos para la formulación de resultados esperados, así como determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar problemas de salud en el paciente.

Etapas del plan de cuidados.

- Establecer prioridades: proceso por el cual se determina un orden de preferencias para las intervenciones de Enfermería atendiendo problemas y/o necesidades de la persona, familia o comunidad.
- Formular resultados esperados: describen en términos de respuestas observables del paciente, lo que se espera conseguir al ejecutar las intervenciones de Enfermería.

Resultados esperados a largo plazo. Se formulan para cumplirse en semanas o meses, pueden ser apropiados para resolver problemas después del alta, en pacientes en entorno domiciliario que se están adaptando a enfermedades crónicas.

Resultados esperados a corto plazo. Son aquellos que se planean o esperan alcanzar en poco tiempo, regularmente en menos de una semana, pacientes a quienes se dirige un plan de cuidados inmediato o que precisan asistencia durante poco tiempo.

Ejecución: En esta etapa se revisan nuevamente los cuidados proporcionados al paciente, se señalan necesidades de asistencia, la enfermera ejecuta las intervenciones planeadas para cubrir necesidades y prioridades del paciente ya

³ Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería (1999) pp.117

sea de manera dependiente o independiente y se documentan las intervenciones de enfermería y respuestas del paciente.

El proceso de ejecución incluye.

- Valoración del plan de atención. Se realiza justo antes de la ejecución valorando si la intervención aún es necesaria; los nuevos datos a juicio de la enfermera pueden cambiar prioridades en la asistencia.
- Determinar la necesidad de cuidados de enfermería. Al ejecutar intervenciones la enfermera (o) puede requerir ayuda.
- Ejecución de intervenciones de Enfermería. Valorar nuevamente al paciente y determinar la necesidad de asistencia; la enfermera realiza las intervenciones planeadas que incluyen cuidar, comunicar, ayudar, enseñar, aconsejar, guiar y tratar al paciente.
- Comunicar las intervenciones de Enfermería. La enfermera completa la fase de ejecución, registrando intervenciones así como respuestas del paciente en las notas de Enfermería.

Evaluación: Esta es la quinta y última fase del Proceso de Atención de Enfermería, es una actividad en la cual se determina:

- Progreso del paciente de acuerdo a los resultados esperados
- Eficacia del plan de cuidados de Enfermería.

Tipos de evaluación.

- *Continua.* Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una intervención de Enfermería y permite realizar modificaciones puntuales en una intervención.
- *Intermitente.* Se realiza por intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del resultado esperado y permite a la enfermera (o) corregir cualquier deficiencia así como modificar el plan de cuidados en función a las necesidades.
- *Final.* Indica el estado del paciente al ser dado de alta, incluye la consecución de resultados esperados y la evaluación de la capacidad del paciente para cuidarse por sí mismo.

Es parte importante del proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas en la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuar o modificarse. Se evalúa el resultado

esperado que se planeó, si se logró cumplir en la fecha establecida durante el plan.

Clasificación de resultados esperados.

- Resultado esperado logrado
- Resultado esperado parcial
- Resultado esperado no logrado

Esta etapa es una comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con los resultados esperados y metas definidos. Un propósito importante es determinar el adelanto del paciente para alcanzar lo establecido, otro de los objetivos es juzgar la eficacia de planes, estrategias y cuidados de Enfermería.

Por otro lado en esta etapa es posible estudiar nuevamente alguna de las etapas, revisar el plan si es necesario y dar por finalizada la asistencia de acuerdo a los problemas resueltos.⁴

4.3. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA.

Para aclarar lo que caracteriza la disciplina de la enfermera, se han revisado escritos de varias teóricas en relación al cuidado, persona, salud y entorno. Sin ser específicos de la disciplina enfermera, estos conceptos forman la base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar.

Sin embargo, estos conceptos aislados no son suficientes para precisar la contribución de la enfermera en los cuidados.

Según las bases filosóficas y científicas podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en las siguientes seis escuelas a saber.

4.3.1. Escuela de la interacción.

⁴ Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería (1999) pp. 166-167

Las teóricas que conforman esta escuela, han centrado su interés en el proceso de interacción entre la enfermera y la persona. El cuidado es entonces una acción humanitaria y no mecánica.

Esta escuela menciona que las enfermeras deben poseer conocimientos, para evaluar las necesidades de una persona, formular un diagnóstico de enfermería y planear una intervención.

La pionera de esta escuela Hildergard Peplau ha orientado los cuidados enfermeros, según una perspectiva centrada en la relación interpersonal.

Peplau describe los CUIDADOS enfermeros como la relación humana entre una persona enferma o con necesidades de ayuda y una enfermera formada de manera adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda y responderle a éstas. La interacción se realiza entre dos personas que tienen un objetivo en común, lo que implica respeto, desarrollo y aprendizaje entre los dos participantes en esta interacción.

Define PERSONA como un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante.

SALUD como la representación del movimiento continuo de la personalidad y otros procesos humanos en dirección de una vida personal y comunitaria, creativa y productiva.

No ha descrito exactamente el ENTORNO pero sugiere a las enfermeras tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno.⁵

4.3.2. Escuela de los efectos deseables.

Las teóricas de esta escuela consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio o en preservar energía. El modelo conceptual de la adaptación de Roy tiene como principio filosófico el humanismo, según este principio, las experiencias humanas son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización.

La adaptación de la persona depende de los estímulos a los que esté expuesta y a su nivel de adaptación; los estímulos del entorno son de tres órdenes: estímulo focal al cual la persona hace frente inmediatamente, estímulo contextual, todos los que están presentes en una situación y los residuales, son aquellos que tienen un efecto indeterminado como las creencias, actitudes, experiencias o rasgos de carácter.

Según Roy el objetivo de los CUIDADOS enfermeros es el de promover la adaptación de la persona.

⁵ Kerouac, El pensamiento Enfermero (2005) pp. 32-33

La PERSONA es un sistema adaptativo que utiliza la supervivencia, crecimiento, reproducción y desarrollo con el fin de lograr objetivos individuales. Adaptarse significa tener la capacidad de ajustarse eficazmente a los cambios del entorno y su vez influenciar sobre éste.

La SALUD es un estado y un proceso que permite a la persona llegar a ser íntegro y unificado. Es el esfuerzo constante que hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.

El ENTORNO es un conjunto de circunstancias, situaciones e influencias que pueden modificar o influenciar la aparición de comportamientos de las personas.

4.3.3. Escuela de la promoción de la salud

Esta escuela se interesa en cómo lograr los cuidados enfermeros y hacia quien van dirigidos.

Moyra Allen postula que la SALUD es de una nación es el recurso maspreciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran una mejor salud y poseen la motivación para lograrla.

Los CUIDADOS el objetivo es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y sus miembros. La enfermera desempeña un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje.

La PERSONA es conceptualizada como la familia. Esta posee una gran influencia sobre sus miembros y viceversa. El individuo y la familia interactúan constantemente uno con el otro.

La SALUD no es un estado, ni una finalidad, es la presencia de muchos elementos de salud y la ausencia de enfermedad; es un proceso social que comprende los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje para el desarrollo de la familia y sus miembros.

El ENTORNO es el contexto en el que la salud y los hábitos de ésta se aprenden.⁶

4.3.4. Escuela del ser humano unitario.

⁶ Kerouac. El pensamiento Enfermero (2005). Pp. 33-38

Para Martha Rogers la disciplina enfermera es a la vez una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. El objetivo de la enfermera es promover la salud y bienestar de toda persona.

El CUIDADO va dirigido hacia la enfermera y la persona, ya que actúan juntas, la enfermera facilita al cliente la actualización de su potencial.

Rogers reconoce a la PERSONA como un ser unitario, que es más grande que la suma de sus partes, y diferente de ésta. Es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar.

La SALUD como un valor que varía según las personas y las culturas; hace referencia al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización del potencial de las persona.

El ENTORNO lo define como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo.

4.3.5. Escuela de Caring

Propone que las enfermeras creen un Caring ideal que sea humanista y científico.

Caring esta formado por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera descubrir los signos de mejora o deterioro en una persona; También significa ayudar y facilitar respetando valores, creencias, la forma de vida y cultura de una persona.

El CUIDADO enfermero consiste en un proceso de humano a humano que requiere un compromiso con el Caring, en cuanto a idea moral y conocimientos. El objetivo de los cuidados es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.

La PERSONA es un ser en el mundo que percibe y vive experiencias que esta en continuidad en el tiempo y espacio. Las tres esferas del ser en el mundo (alma, cuerpo y espíritu), son influenciadas por un cambio en el autoconcepto.

La SALUD es la percepción es la armonía del cuerpo del alma y del espíritu y está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido.

El ENTORNO esta constituido por el mundo físico o material y espiritual, representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona.⁷

4.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

⁷ Kerouac. El pensamiento Enfermero (2005). Pp. 38-40

Un modelo es la representación esquemática de algún aspecto de la realidad. Se agrupan en dos clasificaciones.

- Empíricos. Son una réplica de la realidad
- Teóricos. Son una representación del mundo real expresados en signos lingüísticos o matemáticos.

Modelo de Enfermería. Es un concepto de conceptos, ideas y enunciados que se han generado en Enfermería para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Desde mediados de los años sesenta se produjo una gran controversia con el surgimiento de teorías de Enfermería, que trataban de definir y explicar el rol de las funciones que serían específicas para el área de Enfermería.

Virginia Henderson es una enfermera norteamericana, que nació en 1897 desarrolló su interés por la enfermería durante la segunda guerra mundial. Su modelo ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de Enfermería Humanística porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, su preocupación fue el constatar la ausencia de una función propia de Enfermería y a partir de ello crea una serie de conceptos básicos para aplicar cuidados adecuadamente, estos conceptos son:

Enfermería: La función de la Enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar actividades que contribuyen a su salud y recuperación o a una muerte tranquila, que la persona llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de modo que se le facilite la recuperación de su independencia lo más pronto posible.

Salud: Capacidad que posee una persona para satisfacer de manera independiente las 14 necesidades fundamentales.

Es una cualidad de vida básica para el correcto funcionamiento del organismo humano. Lo que le permite trabajar a una persona con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.⁸

Entorno: Es el conjunto de condiciones e influencias externas, que actúan de manera positiva o negativa en la vida y desarrollo de un organismo.

Persona: Virginia Henderson la considera como un ser humano único y complejo, con componentes biosociales y espirituales; que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer.

Cuidado: Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función de suplencia o ayuda de acuerdo al nivel de dependencia de la persona.

⁸ García, María. Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson (2002). Pp. 9-14

Henderson postula que para que una persona logre mantener su integridad física y psicológica debe cumplir requisitos que están relacionados con la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales estas son:

1. Oxigenación. La respiración es por medio de la cual el organismo toma oxígeno del exterior y elimina del interior gases nocivos, necesaria para mantener la vida y funcionamiento de sistemas como el cardíaco y respiratorio. La respiración se realiza en dos niveles.

- Entre el organismo y el ambiente
- En el interior del organismo entre las células de los tejidos y la sangre.

El intercambio de aire pasa a través de los conductos nasales, faringe, laringe, traquea bronquios, bronquiolos y alvéolos, regresando por el mismo trayecto. En su paso a los pulmones el aire se humedece, calienta y se libera de microorganismos y materiales extraños.

El organismo es transportado a las células del organismo por la hemoglobina contenida en los eritrocitos. La respiración normal en un adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto.⁹

2. Nutrición e Hidratación. La comida proporciona sustento y al mismo tiempo significado simbólico; el ofrecimiento y aceptación de alimentos forman parte de las ceremonias, reuniones, celebraciones y tristeza por duelo.

El equilibrio de líquidos y electrolitos dentro del organismo son necesarios para mantener la función de los sistemas corporales. Puede haber desequilibrio por alteración en la ingesta o pérdida de líquidos, el desequilibrio puede alterar la respiración, el metabolismo y el funcionamiento del sistema nervioso central.¹⁰

3. Eliminación. La micción depende de la función de los riñones, uréteres, vejiga y uretra. Los riñones eliminan los residuos de la sangre para formar orina, los uréteres la transportan hasta la vejiga donde es almacenada hasta que aparece la necesidad de orinar a través de la uretra. Estos órganos deben estar intactos y funcionales para favorecer la eliminación.

Un adulto elimina alrededor de 1500 a 1600 ml de orina en 24 hrs. La función vesical esta influida por estructuras cerebrales (corteza cerebral, tálamo, hipotálamo y encéfalo) estos suprimen la contracción del músculo detrusor, hasta que se desee orinar.

⁹ Ibis pp. 54-56

¹⁰ Potter, Patricia. Fundamentos de Enfermería (2004). pp. 1217 y 1348

Para conservar el funcionamiento del organismo se deben desechar los residuos acumulados durante el proceso de digestión; cada persona tiene un patrón único de eliminación de acuerdo a su edad, dieta, líquidos, ejercicio y factores psicológicos.

5. Descanso y Sueño. La salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer necesidades humanas básicas. Sin la cantidad apropiada de sueño y descanso la capacidad para concentrarse, emitir juicios y participar en actividades diarias disminuye y aumenta la irritabilidad.

6. Vestirse y Desvestirse. La forma de vestir es parte importante de la personalidad del individuo. En los hospitales no se permite usar ropa personal por ello el arreglo personal anima a los pacientes a tener mejor estado de ánimo importante cuando se han sometido a tratamientos que afecta su apariencia externa.

Algunas personas se ven impedidas por alguna lesión a vestirse y desvestirse, la enfermera debe ayudar en esta actividad al paciente.

7. Termorregulación. La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo (resultado de la oxidación de alimentos), el calor del medio ambiente y el calor que se pierde a través de la transpiración y respiración principalmente.

Su mantenimiento depende del centro regulador que se encuentra en el hipotálamo, la parte anterior rige la pérdida de calor, la parte posterior se encarga de la concentración de calor o de producir más cuando la temperatura desciende.¹¹

8. Higiene y protección de piel. La higiene corporal es una forma sencilla de proporcionar bienestar. La piel esta formada por tres principales capas, epidermis, dermis y tejido subcutáneo., sirve como barrera contra agresiones del ambiente, impide pérdida excesiva de líquidos, protege del frío intenso y es útil como aviso para evitar lesiones.¹²

La higiene es importante para la comodidad y bienestar de la persona, existen creencias personales y socioculturales que influyen en las prácticas higiénicas. Se debe preservar la independencia e intimidad del paciente, así como mostrarle respeto y promover la comodidad física.¹³

¹¹ García, María. Proceso de atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. (2002) pp. 118

¹² Ibis PP. 175-176

¹³ Potter, Patricia. Fundamentos de Enfermería. (2004) pp. 1075

9. Evitar peligros. Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud, son causa de un porcentaje considerable de muertes e invalidez lo que afecta la economía familiar y nacional. Muchos accidentes pueden prevenirse tomando en cuenta medidas para prevenir accidentes. También forma parte del quehacer enfermero educar a la sociedad.

10. Comunicarse. La comunicación es un proceso a través del cual se reciben y transmiten ideas, emociones e información entre grupos de personas. Incluye todos los mecanismos mediante los cuales una persona se relaciona con otra.

El poder comunicarse con los demás es importante en todas las etapas de la vida ya que es un medio para satisfacer otras necesidades; el medio para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales; en enfermería la comunicación es importante ya que es el medio para mantener la relación enfermera-paciente.¹⁴

11. Vivir según creencias y valores. A través de la historia sabemos que el hombre reconoce la necesidad de creer en un ser superior, se recomienda que no sólo se de atención médica sino también alivio espiritual en su enfermedad.

12. Trabajar y realizarse. Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma importante a través de la cual se puede manifestar la capacidad creadora. El trabajo también es el medio ordinario de conseguir sustento; si privamos demasiado tiempo a una persona de lo que más valora, puede ser peor que la situación que provoca su enfermedad.

13. Participar en actividades recreativas. Atender la necesidad de recreación de los pacientes que han padecido alguna enfermedad les ayuda a olvidarse de ella y continuar con el tratamiento. La recreación es una necesidad básica para todo ser humano en cualquier etapa de su vida. La capacidad de asombro y curiosidad se relacionan con la creatividad de sí mismo. La recreación entretiene, proporciona descanso y entretenimiento durante el tiempo libre.

14. Aprendizaje. La necesidad de aprender es un aspecto muy importante para todo ser humano en distintos aspectos de la vida, inicia desde que somos pequeños en casa y posteriormente en la escuela. Posteriormente el aprendizaje depende de cada persona, de lo que le interese saber y aprender.

¹⁴ García, María. Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson (2002) pp. 212

4.5. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA.

La coordinación de los movimientos del cuerpo implica el funcionamiento integrado del sistema esquelético, muscular y sistema nervioso; estos tres cooperan en el soporte mecánico del cuerpo.

El **Sistema esquelético** es el almacén de soporte del cuerpo y comprende 4 tipos de huesos.

- Largos. Contribuyen a la altura del cuerpo (fémur, peroné) o su extensión (falanges de los dedos).
- Cortos. Forman grupos que cuando se combinan con ligamentos y cartílagos, permiten el movimiento de las extremidades. (rótula)
- Planos. Proporcionan un contorno estructural como los huesos del cráneo o costillas.
- Irregulares. Forman la columna vertebral.

El sistema esquelético tiene como funciones: proteger órganos vitales, contribuye a la regulación del calcio y lo libera a la circulación si es necesario. Además la estructura interna del hueso alberga la médula ósea, participa en la producción de hematíes.

Articulaciones. Son conexiones entre los huesos, existen cuatro tipos

- Sinostótica. Hueso conectado con hueso no se asocia ningún tipo de movimiento y el tejido óseo que se forma entre los huesos proporciona fuerza y estabilidad.
- Cartilaginosa. Proporciona poco movimiento, pero es elástica y emplea el cartílago para ensamblar superficies óseas.
- Fibrosa. Las dos superficies óseas están unidas por un ligamento o membrana. Las fibras del ligamento son flexibles y tensas permitiendo movimiento limitado.
- Sinovial. Articulación de movimiento libre en la que las superficies óseas contiguas están recubiertas de cartílago y conectadas por ligamentos cubiertos por una membrana sinovial.

Ligamentos. Son bandas de color blanquecino, brillantes y flexibles de tejido fibroso que juntan y conectan huesos y cartílagos; son elásticos y contribuyen a la flexibilidad y estabilidad de las articulaciones. Además algunos tienen función protectora como los situados entre los cuerpos vertebrales que evitan lesión de la médula espinal.

Tendones. Son bandas de tejido, fibrosas y blancas que conectan al músculo con el hueso. Son resistentes, flexibles e inelásticos de grosores y longitudes variables.

Cartílago. Es un tejido conectivo de soporte, no vascularizado que se localiza en articulaciones del tórax, tráquea, laringe, nariz y pabellón auricular.

Las articulaciones, ligamentos, tendones y cartílago proporcionan fuerza y flexibilidad del esqueleto.

Sistema músculo esquelético. El movimiento de huesos y articulaciones implica un proceso activo, los músculos por su capacidad de contraerse y relajarse, son el elemento de trabajo de los movimientos.

Los músculos están hechos de fibras que se contraen cuando son estimulados por un impulso electroquímico que viaja desde el nervio hasta la unión neuromuscular. Las contracciones musculares pueden clasificarse atendiendo a su finalidad funcional.

- Movimiento
- Resistencia
- Estabilización de partes del cuerpo.

Los músculos fijados a los huesos que tienen función de palanca proporcionan la fuerza necesaria para mover un objeto, la palanca es un movimiento característico de las extremidades superiores; estos músculos proporcionan fuerza y trabajan conjuntamente con huesos y articulaciones.

Los músculos que se asocian con el mantenimiento de la postura son cortos y con aspecto de pluma, como los de extremidades inferiores, tronco, cuello y espalda. Estos grupos musculares trabajan en conjunto para estabilizar y soportar el peso corporal cuando se está de pie o sentado, además permiten a la persona mantenerse en estas posiciones.

La postura y el movimiento dependen de la forma y grado de desarrollo de los músculos, la coordinación y regulación de los diferentes grupos dependen del tono muscular.

El tono muscular es el estado normal de tensión muscular equilibrada, se consigue gracias a la alternancia de la contracción y relajación sin movimiento activo de las fibras de un grupo muscular. Como resultado de la inmovilización por reposo prolongado en cama, disminuye el grado de actividad, la tolerancia a esta y el tono muscular.

Sistema nervioso. El movimiento y la postura están regulados por el sistema nervioso, el área principal del movimiento voluntario localizada en la corteza cerebral es la vía motora. Las fibras descienden por esta vía y se cruzan en la médula; de manera que las fibras motoras del área derecha inician el movimiento voluntario de la parte izquierda del cuerpo, y las fibras del área motora izquierda inician movimientos de la parte derecha del cuerpo.

Un impulso sale de la médula espinal a través de los nervios motores y viaja a través de estos hasta los músculos, en los que se produce el movimiento.

La transmisión del impulso desde el sistema nervioso hasta el sistema músculo esquelético es un proceso electroquímico que requiere de un neurotransmisor, estas sustancias químicas como la acetilcolina transfieren los impulsos eléctricos a través de la unión neuromuscular hasta el músculo, generando movimiento.

La movilidad puede verse alterada por varias circunstancias patológicas como:

Anomalías posturales. Congénitas o adquiridas influyen sobre la eficiencia del sistema músculo esquelético, así como en el alineamiento corporal, equilibrio y aspecto. Estas anomalías pueden producir dolor y afectar la movilidad o alineamiento.

Alteración del desarrollo muscular. Las lesiones y enfermedades pueden producir numerosas alteraciones en la función músculoesquelética. Las distrofias caracterizadas por debilidad, atrofia progresiva y simétrica de los músculos esqueléticos produciendo deformidades e incapacidad.

Lesión del sistema nervioso central. La lesión de cualquier componente del SNC, que regula el movimiento involuntario tiene como resultado la falta de alineamiento y movilidad corporal. La vía motora del cerebro puede alterarse como resultado de un traumatismo producto de una lesión craneal, isquemia por accidente cerebral vascular o una infección bacteriana como meningitis.

El traumatismo mas frecuente es la sección medular en la que se cortan las fibras motoras, si la lesión es completa existirá una pérdida bilateral del control motor voluntario por debajo de ésta.

Traumatismos directos sobre el sistema músculo esquelético. Puede producir hematomas, contusiones, esguinces y fracturas. Las enfermedades congénitas o adquiridas que afectan la estructura del sistema nervioso o músculo esquelético, impiden un alineamiento corporal y movilidad articular correctas.

Los periodos de inmovilidad o reposo prolongado en cama provocan problemas fisiológicos y psicológicos importantes, estos pueden ser graduales o inmediatos y varían en cada persona.

Efectos sistémicos. Los sistemas del organismo trabajan con mayor eficacia con cierto grado de movimiento. Cuando se produce alteración de la movilidad todos los sistemas están sometidos a un riesgo de deterioro, la gravedad de éste depende del estado de salud global de la persona, de la edad y de la duración de la inmovilidad.

Cambios metabólicos. Los cambios en la movilidad influyen en el sistema endócrino, la reabsorción de calcio y el funcionamiento del aparato gastrointestinal.

El sistema endócrino formado por glándulas secretoras de hormonas, contribuye a mantener y regular funciones vitales como.

- Respuesta al estrés y lesiones
- Crecimiento y desarrollo
- Reproducción
- Homeostasis iónica
- Metabolismo energético.

Cuando se produce una lesión en el sistema endócrino aparecen una serie de respuestas dirigidas a mantener la tensión arterial y preservar la vida. El sistema endocrino participa en la regulación de la homeostasis iónica a través del mantenimiento de balance entre sodio, potasio, agua y equilibrio ácido-base.

La inmovilidad interrumpe las funciones metabólicas, altera el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas; produce desequilibrio en la composición de líquidos, electrolitos y calcio, y genera trastornos gastrointestinales como la disminución del apetito y la peristalsis como consecuencia de la disminución de la movilidad.

Cambios respiratorios. Durante la inmovilización las complicaciones respiratorias más frecuentes son las atelectasias (colapso de alvéolos) y la neumonía hipostática (inflamación pulmonar por retención de secreciones). Ambas disminuyen la oxigenación, prolongan la recuperación y añaden un problema más al paciente.

En la atelectasia las secreciones bloquean un bronquio o bronquiolo y el alveolo se colapsa ya que el aire de su interior se reabsorbe, produciendo hipoventilación. En algún momento la capacidad del paciente para generar tos productiva disminuye, finalmente aumenta la cantidad de moco en los bronquios, este es un medio de crecimiento para las bacterias, por lo que el resultado puede ser neumonía hipostática.

Cambios cardiovasculares. Los tres cambios principales son la hipotensión ortostática, aumento de la sobrecarga cardiaca y la formación de trombos.

Hipotensión ortostática. Es un descenso de 25 mmHg de la tensión arterial sistólica y 10 mmHg de la diastólica, cuando el paciente pasa de una posición sentada o acostada a ponerse de pie. En las personas inmovilizadas se produce acumulación de sangre en las extremidades inferiores, disminución del líquido circulante y descenso de la respuesta autónoma.

Estos factores favorecen el descenso del retorno venoso, seguido de la disminución del volumen minuto cardiaco que se traduce en la caída de la tensión arterial. A medida que la sobrecarga cardiaca aumenta, también aumenta el consumo de oxígeno; por lo tanto en periodos de reposo prolongado el corazón trabaja más y de forma menos eficiente.

El paciente también está sometido al riesgo de que se formen trombos, éstos son acumulación de plaquetas, fibrina, factores de coagulación y elementos de la sangre fijados al interior de la pared de una vena o arteria, que puede llegar a ocluir totalmente la luz del vaso. Existen tres factores que favorecen la formación de trombos.

- Pérdida de la integridad de la pared vascular (por lesión)
- Anomalías de flujo sanguíneo (flujo sanguíneo lento, asociado a reposo en cama)
- Alteraciones en los componentes de la sangre (factores de coagulación, plaquetas).

Cambios músculo esqueléticos. La restricción de la movilidad puede generar pérdida de la resistencia, fuerza y masa muscular; además de alteración en el metabolismo del calcio y alteraciones en la movilidad articular.

Efectos musculares. Debido al catabolismo proteico el paciente pierde masa corporal neta formada por músculo. La reducción de la masa es incapaz de mantener la actividad sin que aumente la fatiga.

Efectos esqueléticos la inmovilización genera dos cambios esqueléticos.

- Alteración del metabolismo del calcio
- Anomalías articulares

La inmovilidad produce reabsorción ósea, el tejido óseo es menos denso o se atrofia el resultado es la osteoporosis. La resorción ósea produce que el calcio se libere a la sangre provocando hipercalcemia.

La inmovilidad puede provocar contracturas articulares que son situaciones anormales y probablemente permanentes, se caracterizan por la fijación de la articulación por falta de uso, de la atrofia y del acortamiento de fibras musculares. Cuando los pacientes sufren de hemiplejia pueden presentar pie caído (el tobillo fijado en flexión plantar, no puede flexionarse).

Cambios en la eliminación vesical. Cuando el paciente esta acostado y plano los riñones y uréteres se sitúan en un plano mas horizontal y la orina formada por los riñones debe entrar a la vejiga sin ayuda de gravedad, las contracciones peristálticas de los uréteres son insuficientes para superar la gravedad la pelvis debe llenarse antes de que la orina llegue a los uréteres. Esta situación recibe el nombre de estasis urinaria y aumenta el riesgo de sufrir infecciones del tracto urinario.

Cambios en los tegumentos. El efecto directo de la presión sobre la piel en la inmovilización se va agravando por los cambios metabólicos. Los pacientes que presentan parálisis tienen mayor riesgo de sufrir úlceras por presión éstas son las interrupción en la continuidad de la piel como resultado de la isquemia tisular prolongada, se caracterizan por inflamación y suelen aparecer en prominencias óseas. La isquemia aparece cuando la presión sobre la piel es mayor que la presión en el interior del vaso sanguíneo que irriga la piel.

El metabolismo tisular depende de la llegada de oxígeno y nutrientes al organismo gracias a la irrigación sanguínea, así como a la eliminación de productos de desecho. Cuando una persona permanece tiempo prolongado en cama o sentado en una silla el peso del cuerpo descansa sobre prominencias óseas, cuando mayor sea la presión aplicada mas prolongado será el periodo de isquemia y habrá mayor riesgo de que la piel se ulcere.

Efectos psicosociales. Puede producir trastornos emocionales y de conducta, adaptaciones sensoriales y falta de adaptación. Los más frecuentes son depresión, trastornos del sueño-vigilia y falta de adaptación ante la situación. El paciente puede adoptar un papel pasivo o de rechazo.¹

¹ Potter, Patricia. Fundamentos de Enfermería. (2004) pp.1511-1524

5. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de la paciente Jessica G.M. con antecedentes heredo familiares de hipertensión arterial, presentó hepatitis A, a los 6 años y preeclampsia durante sus dos embarazos.

Inicia su padecimiento en el mes de agosto del 2004, con cefalea que refirió era de moderada intensidad, que irradiaba a la región occipital; además náuseas y vómito. Tras la realización de estudios como TAC de cráneo y Resonancia Magnética, se le detectó un tumor cerebral llamado meningioma, en el área temporal derecha, fue intervenida el 18-08-04 su cirugía fue exitosa por lo cual se da su alta, pero regresa en el 2005 por recidiva de meningioma. En esta ocasión se realizó la cirugía de resección del tumor, y se complementó con radioterapia fraccionada con 84Gy durante el mes de septiembre y octubre del mismo año; Sin embargo no se logró eliminar por completo la recidiva del meningioma, por lo que se dio otra sesión con radioterapia fraccionada del 24-05-06 al 26-05-06 con 76 Gy.

El día 23 de enero 2007 ingresa nuevamente al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), por persistencia del meningioma. El día 7-01-07 fue reintervenida por tercera ocasión, realizando nuevamente exéresis de meningioma, se le tomó muestra del tumor mediante biopsia, ésta fue enviada al Instituto Nacional de Cancerológica (INCAN), quienes determinaron la malignidad del tumor. Posterior a esta intervención la paciente presentó hemiplejía de hemicuerpo izquierdo y edema facial derecho, la paciente mejora aparentemente y se va de alta el día 7 de febrero del año en curso.

Posteriormente reingresa al segundo piso de neurocirugía el día 6-03-07 por fístula externa de liquido cefalorraquídeo (LCR) en sitio retroauricular derecho, mas meningitis bacteriana como complicación de la ultima cirugía; al ingresar por el área de urgencias el día 5-03-07 se reportaron signos vitales de 110/80 mm Hg, 39.5 °C, FC 86 por minuto y FR 24 por minuto, pupilas simétricas con respuesta, además de cefalea holocraneana intensa e hipertensión intracraneal.

Se inició tratamiento antibiótico por presencia de signos meníngeos y se coloca drenaje epidural con el cual la fístula externa cedió convirtiéndose en interna, pero la paciente presentó posteriormente abombamiento craneal por lo que el día 22-03-07 nuevamente es intervenida, en la cirugía se le realizó plastia de duramadre, para sellar la fístula, volviendo a colocar drenaje epidural. a 8 gotas por minuto las características de LCR al inicio fue Xantocrómico, este se retiró después de 5 días, y se le coloca capelina cefálica de moderada compresión.

Actualmente la paciente presenta salida de LCR en punto retroauricular del sitio de herida quirúrgica, al cual se le da otro punto para sellar, pero al siguiente día el LCR busco otro punto de salida, por lo que se le dio otro punto para sellar la salida de éste.

Además la paciente presenta edema facial derecho, parálisis facial central izquierda, hiperreflexia generalizada, hemiplejia izquierda, periodos de llanto fácil y verbalización de tristeza y angustia, adinámica, apática.

Tiene un catéter central en el miembro superior derecho permeable, sin datos de infección aparentemente. Acepta y tolera la vía oral asistida y controla esfínteres, presenta estreñimiento constante.

Se mantuvo en vigilancia de salida de LCR; el día 2-04-07 al realizar la curación de la herida quirúrgica se observó que la salida de LCR había cesado, el día 9-04-07 se le retiraron soluciones y se va de alta el 10-04-07.

6. VALORACION

Ficha de identificación

Nombre: Jessica G.M.

Dirección: Texcoco Edo. De México.

Edad: 33 años

Fecha de nacimiento: 23-12-1974

Estado civil: casada

Lugar de nacimiento: México D.F.

Sexo: femenino

Religión: católica

Educación: preparatoria terminada

Ocupación: empleada de luz y fuerza de D.F.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Datos de independencia. La Sra. Jessica se encuentra alerta, su frecuencia respiratoria oscila entre las 16 y 24 respiraciones por minuto, estas son rítmicas y regulares en profundidad, frecuencia cardiaca oscila entre los 68 y 85 latidos por minuto, ruidos cardiacos rítmicos aparentemente sin alteración. Actualmente no presenta dificultad para respirar, ni ha requerido ayuda artificial de ningún tipo para realizar esta función. Los rayos X de tórax y ECG sin alteración aparente.

Datos de dependencia. La Sra. Jessica fumaba desde los quince años en eventos sociales, se le observa apática con palidez de tegumentos, llenado capilar de 2 ½ segundos, tensión arterial entre 90/60 mmHg.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Datos de independencia. Cuenta con todas sus piezas dentales, mucosa oral hidratada de color rosa claro. Ingiere entre 2 y 3 litros de agua al día, su dieta es abundante en fibra incluye frutas y verduras. No consume carnes de ningún tipo, ni alimentos con alto contenido en carbohidratos, además refiere ingerir tratamiento naturista para el estreñimiento diariamente. Glucosa en sangre 87 mg/dl a 90 mg/dl.

Datos dependientes. Después de la última cirugía presentó náuseas y vómito de contenido alimenticio, deterioro músculo esquelético por lo que requiere ayuda parcial para alimentarse. Peso 78 Kg., talla 1.67m e IMC 27.97

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Datos de independencia. En cuanto a la eliminación vesical la paciente orina de 200ml por hora, color amarillo paja. Creatinina 0.5

Datos de dependencia. Distensión abdominal, con dolor y gases intestinales, abdomen no depresible, no evacúa durante 3 o hasta 5 días consecutivos heces duras y secas. Se realizó desimpactación en dos ocasiones, ruidos intestinales hipoactivos. Requiere ayuda parcial para la colocación del cómodo. Refiere padecer de estreñimiento desde hace varios años el cual se ha exacerbado al estar tiempo prolongado en cama.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Datos de independencia. Presenta temperatura corporal que oscila entre los 36.5°C y 37°C, constantemente refiere sentir frío, su piel es cálida excepto sus pies. Su cuarto de hospital se encuentra bien ventilado y con buena iluminación.

Datos de dependencia. No se identificaron.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

Datos de independencia. Fuerza muscular derecha 5/5, realiza movimientos sencillos de hemicuerpo derecho y extremidades simétricas.

Datos de dependencia. Presenta hipoestesia del trigémino en su rama 1 y 2, paresia facial central izquierda y hemiparesia del mismo lado. Fuerza muscular

izquierda 0/5, sensibilidad izquierda hasta T3, flacidez muscular así como debilidad general, no se moviliza por sí misma. Hiperreflexia, signo de thromer y babinsky, signos meníngeos (rigidez de nuca y Binda).

Refiere cefalea al reír, gesticular, llorar o moverse que aumenta al posicionarla en decúbito lateral derecho; requiere ayuda para trasladarse así como para girarse. Marcha no valorada.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Datos de independencia. La mayor parte del día se mantiene despierta, en algunas ocasiones muy esporádicas se encuentra bajo sueño fisiológico pero responde perfectamente a estímulos verbales.

Datos de dependencia. Insomnio, periodos de labilidad, angustia y miedo.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Datos de independencia. No identificados

Datos de dependencia. Hemiplejia izquierda, debilidad general y visión borrosa posterior a las cirugías, por lo que se le dificulta vestirse por sí sola y requiere apoyo parcial para colocarse la bata de hospital.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE PIEL

Datos de independencia. Su higiene bucal esta en buenas condiciones aparentemente, sus dientes están limpios sin signos de caries, herida quirúrgica limpia y seca, su cuero cabelludo hidratado, uñas de manos y pies limpias y cortas sin presencia de micosis. Su piel en general esta bien hidratada.

Datos dependencia. Cráneo con herida quirúrgica en región temporal derecha con salida de LCR en pabellón auricular. Presentó micosis en área anal y descamación de piel.

Requiere de apoyo parcial para cumplir con esta necesidad.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Datos de independencia. La Sra. Jessica refiere conocer las medidas de prevención en caso de desastre. Vive en casa de tabique y loseta, las

escaleras cuentan con barandal de protección. Tiene un catéter central en miembro superior derecho, al cual se le realiza curación cuando se considera necesario, se encuentra aparentemente libre de infección.

Datos de dependencia. No se identificaron.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Datos de independencia. Mantiene buena comunicación con su familia y personal del hospital aunque con el paso de los días se observó deteriorada.

Datos de dependencia. No se identificaron

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

Datos de independencia. Es católica, en su cuarto de hospital se observan varias imágenes religiosas y un rosario. En cuanto a valores siempre mencionó que el respeto así misma era lo mas importante y después el amor.

Datos de dependencia. No se identificaron

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.

Datos independientes. Anteriormente trabajaba en luz y fuerza del centro, aún después de sus primeras dos cirugías logró incorporarse nuevamente a sus actividades diarias. Considera que fue una mujer que cumplió todo lo que se propuso antes de su enfermedad.

Datos de dependencia. Después de la tercera cirugía no ha podido incorporarse nuevamente a sus actividades de la vida diaria. Cambio en el rol familiar.

NECESIDAD DE RECREACIÓN.

Datos de independencia. Después de ser dada de alta se incorporará a un grupo de rehabilitación con esperanza de recuperar el movimiento. En algunas ocasiones acepta escuchar un poco de música o ver televisión.

Datos de dependencia. No participa en ninguna actividad recreativa que le agrade.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Datos de independencia. La Sra. Jessica sabe leer, escribir tiene buena memoria y estudió la preparatoria completa ella menciona ser hábil para adquirir conocimiento. Además se interesa por saber acerca de su enfermedad.

Datos de dependencia. No identificados.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
Eliminación	Estreñimiento R/C tiempo prolongado en cama M/P disminución del patrón de eliminación fecal, logrando evacuar en ocasiones heces duras, secas, además de dolor y distensión abdominal.
Movilidad y postura	<p>Deterioro de la movilidad física R/C hemiplejia izquierda M/P incapacidad para moverse por sí mismo.</p> <p>Déficit de auto cuidado en la alimentación R/C deterioro neuromuscular y músculoesquelético M/P incapacidad para llevar la comida del recipiente a la boca.</p> <p>Déficit de autocuidado durante el baño R/C deterioro neuromuscular y músculo esquelético M/P dependencia para la movilidad, para lavarse y trasladarse al cuarto de baño.</p> <p>Déficit de autocuidado en el uso del WC R/C deterioro neuromuscular y músculo esquelético M/P incapacidad para trasladarse al WC, así como para sentarse o levantarse del mismo y manipular la ropa.</p> <p>Riesgo de síndrome de desuso R/C inmovilidad</p>
Descanso y sueño	<p>Dolor crónico R/C Intervención quirúrgica M/P Facies de dolor, disminución de la movilidad e insomnio.</p> <p>Ansiedad R/C Resultados imprevistos</p>

	e intervención quirúrgica M/P impotencia, enojo, insomnio, miedo y devaluación.
Vestirse y desvestirse	Déficit de auto cuidado para vestirse y desvestirse R/C deterioro neuromuscular y musculoesqueletico M/P dificultad para colocarse la bata de hospital.
Higiene y protección de piel	Riesgo de infección R/C Lesión en la continuidad de la piel por herida quirúrgica. Riesgo de deterioro en la integridad cutánea R/C movilidad disminuida y presión sobre los tejidos.
Trabajo y realización	Afrontamiento inefectivo en el desempeño del rol R/C enfermedad neuromuscular y hospitalización prolongada M/P cambio en la capacidad para reanudar el desempeño del rol familiar correspondiente, así como falta de habilidad para el desempeño del mismo.
Recreación	Déficit de actividades recreativas R/C limitación de la movilidad física M/P no realizar actividades recreativas.

7. PLANIFICACIÓN

1. Deterioro de la movilidad física R/C hemiplejía izquierda M/P incapacidad para moverse por si mismo

Resultado esperado. La Sra. Jessica mantendrá en buen estado las áreas que aun tienen movimiento y las afectadas se seguirán estimulando.

Fundamentación.

La hemiplejía es la parálisis de la mitad del cuerpo, puede ser del lado derecho o del lado izquierdo. Se presenta por una lesión en las áreas del cerebro que controlan el movimiento y la sensibilidad. Puede ser causada por una hemorragia dentro del cerebro, embolia o trombosis, algunas enfermedades o traumatismos son los que desencadenan las hemorragias o embolias como los problemas cardiacos, la presión arterial alta, diabetes, golpes sufridos en la cabeza o los tumores y enfermedades del propio cerebro. Cuando se lesiona el lado derecho del cerebro la parálisis se aprecia en el lado izquierdo del cuerpo, este tipo de parálisis altera por tanto la movilidad del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Observar la función motora y la fuerza en manos, brazos y piernas

Ayudar a la Sra. Jessica a realizar ejercicios pasivos, en miembros dañados tres veces al día. Los ejercicios deben ser lentos para que los músculos se relajen, sujetando la extremidad por arriba y por debajo de la articulación para evitar lesiones.

Ayudar a la Sra. Jessica a realizar ejercicios físicos en miembros sanos al menos tres veces al día, como flexión y extensión.

Enseñar a la Sra. Jessica cómo utilizar la silla de ruedas para transportarse.

Animar a la Sra. Jessica a realizar ejercicios de amplitud de movimientos.

FUNDAMENTACIÓN

Esta observación nos ayuda a delimitar el tipo de asistencia que necesita el paciente.

Evitar el sedentarismo y la disminución en la actividad motora favorece a la Sra. Jessica evitando el acotamiento muscular que ocasiona pérdida de la fuerza y tono muscular.

Los ejercicios aumentan el tono, masa y fuerza muscular mejorando las extremidades, además mejora el funcionamiento cardiaco y respiratorio.

Este aparato y otros que sirven de apoyo en la deambulacion deben utilizarse correctamente y con seguridad, para garantizar su eficacia y evitar lesiones.

Los ejercicios de amplitud pueden ayudar a mantener la integridad de la función articular, aumentar la

Movilizar a la Sra. Jessica, periódicamente cada dos o tres horas.	fortaleza muscular, la resistencia y disminuye la fatiga. Al movilizar a la Sra. Jessica se alivia la presión y se permite la entrada de sangre y oxígeno en los capilares.
Evitar que la Sra. Jessica permanezca en una misma posición durante largos periodos de tiempo.	Cambiar de posición al paciente, evita contracturas por flexión comúnmente en la cadera.
Estimular actividades de autocuidado, explicándole al paciente que es importante conservar la movilidad presente, así como fomentar su participación en actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitantes.	La realización de las actividades de autocuidado que el paciente pueda realizar, desarrollan la autoestima de éste, le ayudan a mejorar y recuperarse.
Realizar actividades de calentamiento antes de iniciar cualquier ejercicio.	Un periodo de calentamiento o estiramiento previo a los ejercicios, permite a los músculos prepararse gradualmente para un trabajo más exhausto.

EJECUCIÓN

Día con día se valoró la fuerza muscular así como la movilidad de la Sra. Jessica.

Se realizó con ayuda del familiar una serie de ejercicios de amplitud, flexión y extensión una vez durante el turno, cada tercer día, en ocasiones no se efectuaron porque la Sra. Jessica refirió cefalea y en otras se suspendieron por el aumento de PIC.

2. Dolor crónico R/C Intervención quirúrgica M/P Facies de dolor, disminución de la movilidad e insomnio.

Resultado esperado: La Sra. Jessica manifestará alivio del dolor.

EVALUACIÓN

Durante su Hospitalización la Sra. Jessica no mostró cambio alguno en la fuerza, ni en el movimiento. No se observó mejoría pero tampoco deterioro.

Durante las terapias de ejercicios indicados por personal de rehabilitación la Sra. Jessica se mostró optimista y le sirvieron para conservar la movilidad que aún mantiene.

Fundamentaciòn.

El dolor físico es una sensación subjetiva de molestia de alguna parte del cuerpo, que involucra mecanismos que van desde un ligero golpe, dolor de cabeza, hasta el mismo cáncer; presenta una variabilidad inmensa de causas. Esta sensación es transmitida hacia el cerebro por los nervios periféricos que tienen nuestros órganos y que reaccionan así cuando presentan lesión.

Cuando nuestro organismo sufre de enfermedad, lesión o infección, las terminaciones especiales de dolor envían mensajes al cerebro para informar de daños o estímulos desagradables mediante el dolor. Tiene que ver también el estado de ánimo, las experiencias previas, la personalidad, la educación y el momento mismo de sentir esa molestia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Proporcionar alivio contra el dolor con analgésicos prescritos.
Ketorolaco 30mg iv c/8 hrs.
Dorixina 1 amp c/8 hrs.

La frecuencia adecuada de los analgésicos optimiza la eficacia de estos. La vía de administración adecuada optimiza la eficacia de analgésicos.

Dolac. Es un antiinflamatorio no esteroide, que muestra actividad analgésica, antiinflamatoria y débil antipirética. Es un miembro del grupo de fármacos antiinflamatorios no esteroides.

Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de ciclooxigenasa y por consiguiente de la síntesis de prostaglandinas y no tiene efecto sobre los receptores de los opiáceos; además carece de propiedades sedantes o analgésicas, carece de efectos sobre la respiración, no potencia la depresión respiratoria.

Se absorbe en forma rápida y completa y se elimina principalmente por vía renal, 92% en la orina y el 8% en heces.

Está contraindicado al igual que otros AINES en pacientes con úlcera

gastroduodenal, hemorragia digestiva, en pacientes con insuficiencia renal, en pacientes con hipersensibilidad.

Por su efecto antiagregante plaquetario esta contraindicado como analgésico profiláctico antes de la intervención quirúrgica.

Dorixina. Esta indicado como analgésico en pacientes que cursan con dolor agudo o crónico. (Cefalea, sinusitis, herpes zoster, dolor por intervención quirúrgica y dolor por traumatismos.

Es un analgésico no narcótico, inhibe la enzima prostaglandina sintetiza, responsable de la síntetasa de prostaglandinas.

Evita la captación de la sensibilidad dolorosa independientemente de la causa, intensidad y localización.

Cuenta con efecto analgésico sin alterar las constantes vitales, ni el estado de conciencia de los pacientes ya que no es narcótico.No deprime la médula ósea ni interfiere con los factores de coagulación por lo que no altera el tiempo de sangrado.

La dorixina se absorbe rápida y totalmente en el estómago iniciando su actividad en los primeros 15-30 minutos después de su aplicación, se metaboliza a nivel hepático y se elimina vía urinaria.

Es bien tolerado pero se recomienda vigilancia en pacientes con gastritis, úlcera péptica o hemorragia gastroduodenal.

Utilizar la escala del dolor (0 a 10)

La valoración frecuente y el uso de una escala del dolor, ofrece al personal de enfermería datos objetivos para evitar complicaciones.

<p>Ayudar a la Sra. Jessica a utilizar medidas de alivio para el dolor. (Procurar hacer el menor ruido posible, practicar ejercicios respiratorios de inhalación y exhalación, disminuir la luz, evitar entrar repetidas ocasiones a la habitación si no es necesario).</p>	<p>Se ha demostrado que la música, las imágenes y otros métodos no farmacológicos son eficaces para aliviar el dolor.</p>
<p>Crear un ambiente cómodo, como cerrar la puerta, mantener la iluminación tenue.</p>	<p>La intimidad y un ambiente cómodo, permiten al paciente reducir la ansiedad y el mismo dolor.</p>
<p>Vigilar en la Sra. Jessica signos físicos como: aumento de frecuencia cardiaca y respiratoria así como de la tensión arterial; inquietud, muecas faciales y rigidez involuntaria.</p>	<p>Los pacientes manifiestan y expresan dolor de diferentes maneras, algunos solicitan analgésicos otros no; es importante vigilar el grado de dolor de acuerdo a la escala de éste.</p>
<p>Reconocer la presencia del dolor, escuchar las quejas de la Sra. Jessica y explicarle que se valora el dolor para comprenderlo y no porque no se le crea.</p>	<p>Un paciente que siente la necesidad de convencernos de que realmente tiene dolor, es probable que padezca una mayor ansiedad y aumente el dolor.</p>
<p>Después de administrar un analgésico, volver en 30 min. Para comprobar su eficacia.</p>	<p>Cada paciente responde diferente a los analgésicos, por ello es importante evaluar si el dolor cedió en cuanto tiempo lo hizo.</p>
<p>Ofrecer información a la Sra. Jessica para aliviar la ansiedad y el temor.</p>	<p>La información puede ayudar a reducir la ansiedad, relacionada con lo inesperado, la ansiedad y el temor aumentan el dolor.</p>

EJECUCIÓN

Se ministraron analgésicos indicados

EVALUACIÓN

Con ayuda de los medicamentos posteriormente a la cirugía la Sra. Jessica manifestó alivio del dolor.

Mientras el dolor se manifestó se aplicaron medidas para atenuarlo (se apagó la luz de la habitación, se pidió a los familiares presentes no hicieran mucho ruido. Estas medidas ayudaron a Jessica a relajarse y descansar; se quedó dormida y al despertar el dolor se había reducido.

3. Estreñimiento R/C tiempo prolongado en cama M/P disminución del patrón de eliminación fecal, logrando evacuar en ocasiones heces duras, secas, además de dolor y distensión abdominal.

Resultado esperado. La Sra. Jessica mejorará las condiciones de eliminación fecal.

Fundamentación.

El estreñimiento es la disminución de los movimientos intestinales, el desencadenamiento de este varía entre 1 y 4 días, dependiendo del movimiento intestinal que sea normal para el paciente. Si la masa fecal se endurece y se seca el paciente es incapaz de eliminarla, produciendo impactación fecal.

En el estreñimiento existe una pérdida en el ritmo de evacuación en muchas ocasiones relacionado con alteración de la movilidad, ya que ésta disminuye los movimientos intestinales, ocasionando así que los alimentos pasen mayor tiempo en el colon descendiente y se absorba mayor cantidad de líquidos en el mismo, mientras más tiempo pasen ahí las heces serán mas duras y secas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Realizar ejercicios en cada cuadrante abdominal, de la paciente. De forma circular en sentido de las manecillas del reloj. Los ejercicios abdominales favorecen la actividad intestinal y por consecuencia la defecación.

Sugerir al profesional de la salud correspondiente que la dieta del paciente sea rica en fibra Una alimentación equilibrada y rica en fibra, favorece la actividad peristáltica y la evacuación regular.

La fibra aumenta la motilidad intestinal, ayuda a crear una masa fecal voluminosa, que pasa con más facilidad.

Movilizar a la Sra. Jessica considerando sus limitaciones. Y verificando si no hay contraindicación. Movilizar a la Sra. Jessica favorece la actividad de la masa muscular del abdomen, estimula el peristaltismo.

Ministrar laxantes indicados
Milpar 10 ml c/12 hrs
Supositorio de glicerina PRN Los laxantes ayudan a eliminar obstrucciones de la parte alta del colon.

Aunque un uso prolongado puede provocar hábito y reducir la sensación de defecar, por ello es importante suspenderlos cuando el paciente ha estabilizado su patrón para defecar.

Desimpactar a la Sra. Jessica, para deshacer grandes masas de heces duras. Esta actividad ayuda a la Sra. Jessica cuando las heces son excesivamente duras y ocasionan dolor abdominal. Después de desimpactar, la paciente logra evacuar.

Cuestionar a la Sra. Jessica acerca de sus patrones de evacuación previos a la hospitalización. Esta información es de gran ayuda para el profesional de enfermería, ya que nos indica si la Sra. Jessica ha tenido problemas al evacuar anteriormente.

Recordar a la Sra. Jessica, la importancia de beber agua a lo largo del día. Un aporte hídrico adecuado, ayuda a mantener la consistencia de las heces en el intestino, además de estimular con regularidad las evacuaciones.

Valorar el estado del abdomen, para detectar distensión o borborigmos.	La disminución de la movilidad gastrointestinal puede producirse por estrés, inmovilidad o efectos de algún medicamento. Por otra parte los borborigmos nos indica la recuperación del peristaltismo.
Respetar la intimidad de la Sra. Jessica cuando intente la eliminación.	La intimidad de la Sra. Jessica y la sensación de normalidad que se le pueda proporcionar favorecen la relajación y facilita la defecación.

EJECUCIÓN

Se instruyó al familiar para que realizara ejercicios abdominales a la Sra. Jessica, además se comento con el médico sobre la dieta así que se indicó rica en fibra, así como un laxante.

Se colocó supositorio de glicerina para que la Sra. Jessica lograra evacuar y

EVALUACIÓN

Estas medidas se realizaron durante dos días, pero no se obtuvieron resultados favorables para la Sra. Jessica.

Después de colocar el supositorio la Sra. Jessica logro evacuar aunque no

posteriormente se desimpactó ya que la evacuación no fue completa.

del todo, se decidió desimpactar a la paciente porque al día siguiente presento distensión abdominal y dolor lo cual cedió después de la maniobra.

Se permitió a la Sra. Jessica consumir los productos naturales que desde hacia tiempo consumía para regular su función intestinal.

La Sra. Jessica siguió con estreñimiento aunque menos constante.

4. Déficit de autocuidado en la alimentación R/C deterioro neuromuscular y músculoesquelético M/P incapacidad para llevar la comida del recipiente a la boca.

Resultado esperado. La Sra. Jessica demostrará adaptación a la incapacidad presente y logra alimentarse sin ayuda.

Fundamentación.

El concepto de autocuidado pone en relieve el derecho de cada persona de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida; implica animar y enseñar a que el paciente haga sus propios planes.

La asistencia que necesita cada paciente para alimentarse depende de sus limitaciones físicas y mentales, los pacientes con deterioro de la movilidad requieren de asistencia frecuentemente ya que no pueden incorporarse sólo para adoptar otra posición o no pueden utilizar las manos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN.

Procurar que el entorno sea agradable Un lugar agradable y cómodo a la

y proporcionarle al paciente el tiempo necesario. hora de la comida motiva al paciente a alimentarse, además es necesario que se tome el tiempo que necesite para realizar esta necesidad, sobretodo si presenta dificultad para ésta.

Procurar que el tiempo de tomar alimentos sea agradable buscando un tema de conversación que le interese al paciente, puede mejorar también su estado de ánimo.

Mantener a temperatura ambiente los alimentos. Siempre que ayudemos a un paciente a comer debemos preguntarle por que alimento quiere comenzar, pero además debemos informarle a que temperatura se encuentran los alimentos (fríos, calientes o tibios) para que el paciente elija a su gusto.

Proporcionar sólo la ayuda necesaria para la degustación. Permitir que la Sra. Jessica participe en su necesidad de alimentarse, favorece su independencia y ayuda en su autoestima.

Aunque debemos aprender a identificar sentimientos de apuro, resentimiento y pérdida de autonomía en pacientes que no pueden comer por ellos mismos; ya que para algunas personas resulta deprimente comprobar que necesitan ayuda para comer y sienten que son una carga.

Por ello, es importante que la enfermera jamás se note molesta, impaciente al darles de comer, se debe mostrar paciencia y hacer sentir al paciente que dispone del tiempo necesario.

Proporcionar babero y botellas de cuello largo. Esto favorece a la Sra. Jessica, que tiene dificultad para llevarse la comida del utensilio a la boca, evitando que tire la comida fuera de este. Además estos objetos le ayudan a realizar la actividad con mayor seguridad y permiten ingerir los alimentos con menor esfuerzo y riesgo de

derramarlos.

Ayudar a la Sra. Jessica a colocarse en posición cómoda. Los pacientes con alteraciones en la movilidad requieren ayuda para sentarse ya que no pueden realizarlo por si mismos.

Ayudar a la Sra. Jessica a abrir envases, o cortar carne Se debe proporcionar a la Sra. Jessica la ayuda necesaria durante la hora de la comida, si ella conserva movilidad se debe estimular dejando que participe en su alimentación, dentro de sus limitaciones.

EJECUCIÓN

Se proporcionaron las medidas necesarias a la Sra. Jessica para que pudiera alimentarse por sí misma, su familia trajo varios objetos adaptables para cubrir esta necesidad.

EVALUACIÓN

La Sra. Jessica logró alimentarse por si misma, la presencia de su familia le favoreció demasiado para el logro de esta actividad.

5. Déficit de autocuidado durante el baño R/C deterioro neuromuscular y músculo esquelético M/P dependencia para la movilidad, para lavarse y trasladarse al cuarto de baño.

Resultado Esperado. La Sra. Jessica seguirá participando durante el aseo personal con el hemicuerpo derecho.

La familia demostrará en un mes haber adquirido la habilidad y conocimiento para suplir las actividades proporcionadas por las enfermeras durante su estancia en el hospital, para brindar bienestar y mejor calidad de vida a la Sra. Jessica.

Fundamentación.

Las personas son responsables de su propia salud, el conocimiento acerca de cómo cuidarse aumenta la capacidad y confianza en sí mismas. El personal de Enfermería debe proporcionar ayuda al paciente de acuerdo a sus limitaciones, de tal forma que se puede intervenir totalmente cuando el paciente es dependiente en todos los aspectos, en algunas ocasiones los pacientes pueden realizar algunas actividades o colaborar en ellas y es importante que se le permita participar y sólo vigilarlo cuando tiene la capacidad de cuidarse por sí mismo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Mantener la temperatura del agua como la Sra. Jessica lo prefiera

FUNDAMENTACIÓN.

Los pacientes con alteraciones neurológicas, en ocasiones

manifiestan pérdida de la sensibilidad por lo que la enfermera debe preguntar la temperatura del agua que le gusta al bañarse para prepararla.

Si la Sra. Jessica tiene oportunidad de ducharse en el cuarto de baño debe vigilarse para evitar complicaciones como quemaduras.

Proporcionar intimidad durante el baño

Los pacientes hospitalizados se sienten despojados, avergonzados, incómodos y angustiados desde su ingreso al hospital ya que se les retiran todas sus pertenencias y en un instante todo cambia para ellos de estar en su hogar y sentirse seguros a un sitio desconocido. Procurar guardar su intimidad es muy importante, proporciona seguridad y comodidad.

La enfermera siempre debe guardar respeto a los pacientes sin juzgar, ni cuestionar sus creencias.

Observar el estado de la piel del paciente durante el baño

La ducha es un buen momento para valorar la piel del paciente en busca de lesiones, cambios de color y humectación.

Proporcionar el equipo de baño y mantenerlo a su alcance

La incapacidad para el autocuidado produce sentimiento de dependencia y un deficiente autoconcepto. Al aumentar la capacidad de autocuidado, también aumenta el autoestima del paciente. Mantener cerca los objetos que el paciente utiliza favorece su participación en actividades que puede realizar con vigilancia.

Enseñar a los familiares el baño de esponja para que lo realicen en su domicilio.

Es de gran importancia para la familia y el paciente aprender actividades que la enfermera realiza. Una vez que el paciente se va de alta se debe seguir los mismos cuidados en su domicilio; si el paciente no puede cuidarse por sí mismo necesitará ayuda de algún familiar, por ello se

les debe instruir, permitirles participar en actividades dirigidas a preservar el bienestar del paciente, así como aclarar dudas relacionadas con cuidados que proporcionarán.

EJECUCIÓN

Cuando aun se podía trasladar al cuarto de baño a la Sra. Jessica con ayuda, se le proporcionaba todo el equipo para baño, ella se lavaba el hemicuerpo izquierdo y la enfermera o familiar el hemicuerpo izquierdo.

Durante el baño de esponja se permitió la participación del familiar que mayor tiempo pasara con la paciente, para que realizara la actividad en su domicilio.

EVALUACIÓN

La Sra. Jessica siempre participó en su aseo personal, dentro de sus capacidades, en ocasiones opinando acerca de un tipo de shampoo, aceptando la temperatura del agua, y lavándose hasta donde alcanzaba.

Su mamá aprendió perfectamente como movilizar a la Sra. Jessica durante el baño, cómo realizarlo, humectar la piel, en sí participó en todos los cuidados que se le proporcionaban a la paciente, preguntando dudas y practicando.

6. Déficit de autocuidado en el uso del WC R/C deterioro neuromuscular y músculo esquelético M/P incapacidad para trasladarse al WC, así como para sentarse o levantarse del mismo y manipular la ropa.

Resultado esperado. La Sra. Jessica mostrará capacidad para hacer uso de aparatos adaptativos que faciliten la eliminación vesical e intestinal.

Fundamentación.

La capacidad de moverse libremente, sin dificultad, de forma rítmica y voluntaria es un aspecto fundamental de la vida. Necesitamos movernos para conseguir alimentos, agua y satisfacer otras necesidades bastante importantes como la eliminación intestinal y vesical. La movilidad es vital para la autonomía e independencia de la persona. Una persona inmovilizada es vulnerable y dependiente y habrá que modificar su estilo de vida de acuerdo a las condiciones actuales de cada persona.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Insistir a la Sra. Jessica para que utilice objetos adaptativos (silla de ruedas, cómodo, silla de baño) para aumentar la independencia y seguridad.

Estas medidas pueden reducir los sentimientos de vergüenza asociada a la ayuda para usar el retrete.

Sin embargo siempre es importante pensar en el lugar del paciente, y tratar de entenderlo, sobre todo cuando lleva una vida aparentemente normal y de repente la enfermedad lo cambia todo.

Lograr que la Sra. Jessica utilice algún objeto adaptativo depende del nivel de adaptación de cada persona,

la enfermera debe mostrar paciencia para que el paciente utilice accesorios sustitutos para cubrir una necesidad que anteriormente realizaba sin ayuda de nadie.

Proporcionar supervisión y ayuda necesarias para que la persona se adapte a los aparatos.

Cuando la Sra. Jessica acepta el uso de objetos adaptativos se le debe explicar antes cómo hacerlo, y vigilar durante su ejecución.

EJECUCIÓN

Se instruyó al familiar para la colocación del cómodo a la paciente. Aunque la enfermera realiza habitualmente esta función es importante involucrar a los familiares para que posteriormente realicen estas actividades en casa.

EVALUACIÓN

A la Sra. Jessica no le agradaba la idea de usar aparatos adaptativos para la necesidad de evacuar, pero no se resistió a utilizarlo después de explicarle las circunstancias, siempre se mantuvo con respeto la intimidad de la paciente.

7. Déficit de autocuidado para vestirse y desvestirse R/C deterioro neuromuscular y musculoesquelético M/P dificultad para colocarse la bata de hospital.

Resultado esperado. Que la Sra. Jessica participe en la colocación de prendas de vestir y arreglo personal de acuerdo a sus capacidades.

Fundamentación.

La dificultad para moverse limita a las personas para la realización de actividades de la vida diaria, además las mantiene dependientes de otras personas que se encarguen de su cuidado. Cuando una persona es independiente se encarga de si misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN.
Aplicar diario desodorante y crema en todo el cuerpo.	El arreglo personal del paciente es importante para mejorar la apariencia del paciente, además ayuda a mantener su piel humectada y ayuda en su autoestima.
Proporcionar ayuda a la Sra. Jessica para colocarse la bata de hospital.	Cuando la Sra. Jessica presenta dificultad para vestirse, se debe proporcionar la ayuda necesaria, sin olvidar sus capacidades.
Reconocer los logros de la Sra. Jessica	Esto es muy importante para la Sra. Jessica, le sirve como estímulo para seguir participando en su recuperación. Se deben reconocer los logros del paciente, pero no sólo en esta actividad sino en todo aquello que él intente realizar.

EJECUCIÓN

EVALUACIÓN

Posterior a la ducha se ayudaba a la Sra. Jessica ha colocarse la bata y el pañal de hospital. La Sra. Jessica siempre mostró interés en su arreglo personal y participó en la colocación de su bata y pañal dentro de sus capacidades.

8. Ansiedad R/C Resultados imprevistos e intervención quirúrgica M/P impotencia, enojo, insomnio, miedo y devaluación.

Resultado esperado. La Sra. Jessica externará sentimientos de lo que origina angustia y temor.

Fundamentación.

La ansiedad forma parte de una respuesta normal ante situaciones amenazantes para cualquier individuo. Generalmente los pacientes presentan miedo ansiedad o nerviosismo cuando se les diagnostican enfermedades que son consideradas de gravedad, aunado a lo desconocido de una cirugía cerebral desencadenan alteraciones como ansiedad y en ocasiones pueden llegar a manifestar algún tipo de depresión. Cuando la ansiedad se torna grave e interfiere con actividades de la vida diaria, como las actividades sociales requiere de atención especial.

La ansiedad puede ocasionar ataques agudos o tornarse crónica. Cuando no funcionan los mecanismos de defensa uno o varios de ellos, los resultados son fobias, estados disociativos, obsesiones y compulsiones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN.
Ofrecer tranquilidad, permanecer con la Sra. Jessica escuchando atentamente y transmitiendo empatía y comprensión.	Proporcionar apoyo emocional y animar a la Sra. Jessica, le permite aclarar sus temores: Permite al personal de enfermería transmitir una respuesta realista y tranquilidad.

Determinar si la Sra. Jessica desea apoyo espiritual.	Algunos pacientes requieren de apoyo espiritual para aumentar la capacidad de afrontamiento ante un problema o enfermedad.
---	--

Notificar al personal de salud correspondiente si el paciente presenta, pánico o insomnio.	Notificar permite una valoración rápida y una posible intervención farmacológica.
--	---

Brindar a la Sra. Jessica información	Estar informado, disminuye el miedo y
---------------------------------------	---------------------------------------

que requiera

con ello la sensación de angustia. Si la Sra. Jessica requiere de información más detallada nos apoyamos con el médico.

Ofrecer información e instrucciones acerca del entorno, personal y procedimientos.

La enseñanza preoperatorio ofrece a la Sra. Jessica información que puede ayudarlo durante el periodo de ansiedad y el temor causados por lo desconocido.

Explicar la importancia de los métodos preoperatorios (ayuno, las pruebas de laboratorio y vendajes pélvicos)

Esta información puede ayudar a aliviar la ansiedad y el temor.

La eliminación de líquidos orales antes de la intervención reduce el riesgo de aspiración postoperatoria.

Los laboratorios definen los valores de referencia y permiten detectar anormalidades antes de la operación.

Los sedantes prequirúrgicos reducen la ansiedad y fomentan la relajación que aumenta la eficacia de la anestesia y disminuye secreciones en respuesta a la intubación.

El vendaje en miembros pélvicos favorece la circulación, ya que la Sra. Jessica permanecerá un tiempo prolongado en la cirugía.

Explicar los métodos postoperatorios. (administración de líquidos parenterales, control de signos vitales, revisión, cambio de vendajes, inserción de sonda vesical, drenajes, bombas para el control del goteo, síntomas de náusea vómito, edema y dolor)

Explicar a la Sra. Jessica que puede esperar, por si se manifiestan sensaciones, puede ayudar a reducir temores asociados con lo desconocido e inesperado.

a) los líquidos parenterales restituyen los líquidos perdidos por el estado de dieta absoluta y pérdida de sangre durante la cirugía.

b) El control de constantes vitales es necesario para determinar

el estado del paciente y averiguar cualquier cambio.

- c) Hasta que la herida esté cicatrizada habrá que protegerla con gasas y vendajes de agentes patógenos.
- d) La sonda foley sirve para drenar la vejiga, hasta que el paciente recupera el tono muscular una vez que se elimina la anestesia.
- e) Las náuseas y vómito son efectos secundarios de los medicamentos preoperatorios y la anestesia.
- f) El dolor ocurre a medida que el medicamento pierde eficacia, debido a la manipulación durante la cirugía.

Explicar la importancia del autocuidado y la movilización, tan pronto como la Sra. Jessica pueda realizarlo.

Las actividades fomentan la circulación y ayuda a evitar la acumulación de secreciones respiratorias.

El autocuidado fomenta autoestima y recuperación.

EJECUCIÓN

Se dedicó tiempo a la Sra. Jessica para que pudiera externar lo que le creaba angustia.

Se dió aviso al médico correspondiente, acerca del estado emocional de la Sra. Jessica.

Se permitió a la Sra. Jessica la introducción de imágenes religiosas en su habitación.

EVALUACIÓN

La Sra. Jessica manifestó los sentimientos que le generaban angustia y disminución de ánimo, después de conversar refirió sentirse mejor.

La Sra. Jessica presentó periodos de labilidad, irritabilidad e insomnio. Por lo que se le ministró paroxetina 1 c/24 hrs. y rivotril PRN 5gts diluidas en agua, las condiciones de la paciente mejoraron y se suspendió paulatinamente el medicamento.

La Sra. Jessica decía "Creer en algo en cualquier circunstancia de nuestras vidas siempre te da fuerza para continuar sobre todo cuando tienes personitas que dependen de ti". Refirió sentirse menos angustiada cuando tuvo en sus manos un rosario y la visita de las damas voluntarias.

9. Afrontamiento ineficaz en el desempeño del rol R/C enfermedad neuromuscular y hospitalización prolongada M/P cambio en la capacidad para reanudar el desempeño del rol familiar correspondiente, así como falta de habilidad para el desempeño del mismo.

Resultados esperados. La Sra. Jessica y la familia buscarán la manera de desempeñar el rol de acuerdo a sus recursos y situación actual.

Fundamentación.

Las alteraciones en la movilidad aunadas a la hospitalización prolongada interfieren de manera importante en el rol familiar sobre todo cuando el paciente es totalmente dependiente para realizar actividades en las que anteriormente no requería ayuda; resulta aún más difícil cuando la persona enferma tiene en casa personas que dependen de ella (el) como hijos, personas de la tercera edad y aun mas si la persona enferma es el sostén económico.

Una familia que funciona bien permite el crecimiento y desarrollo del niño para educarse, la transición o crisis de situación puede dar lugar a una familia disfuncional y en consecuencia incapacidad del sistema familiar para satisfacer necesidades físicas y emocionales de cada uno de los miembros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Ayudar a identificar qué roles desempeña; cuales pueden modificarse y cuales no.	Los pacientes con alteración de la movilidad sumada a largos periodos de hospitalización requerirán ayuda para cumplir con el rol familiar ya que la mayoría de las responsabilidades que antes asumían es posible que no puedan realizarlas en las condiciones actuales.
Explorar nuevas formas de asumir el rol con apoyo de la familia.	La familia representa una pieza importante para todo ser humano ya que representa el apoyo incondicional, así como la seguridad; en situaciones difíciles como la enfermedad la familia participa en las tareas de la vida diaria, sin olvidar que el paciente puede participar en varias actividades de acuerdo a sus capacidades.
Identificar actividades alternativas que pueda realizar.	Los pacientes con enfermedades que limitan su capacidad para asumir el

rol familiar, pueden desempeñar actividades alternativas como manualidades que puedan ayudar en la economía familiar, pero que además ayuden al paciente a no sentirse es una carga o estorbo para la familia.

EJECUCIÓN

Las condiciones actuales de la Sra. Jessica limitan su desempeño en las actividades de su vida diaria, por lo que se platicó con los familiares en relación a la vida que llevarían posterior a la hospitalización de la Sra. Jessica; se sugirió a los familiares que permitieran realizar actividades que estén dentro de sus capacidades.

EVALUACIÓN.

La mamá de la Sra. Jessica es la que mayor tiempo pasa con ella dentro y fuera del hospital, ella ha asumido el rol de madre para las dos hijas de la paciente, realiza todas las actividades encaminadas al cuidado de la familia en todos los aspectos.

La Sra. Jessica no presenta interés por realizar ningún tipo de actividad constantemente se muestra desanimada y preocupada porque no sabe cómo van a resultar las cosas y cómo va a cuidar a su familia. Presenta temor de ser abandonada por su marido.

Durante su hospitalización el marido se mantuvo ausente por cuestiones de trabajo, no se involucró en los cuidados proporcionados a la Sra. Jessica aunque se mantuvo al pendiente de su estado de salud vía telefónica.

Por tanto, la situación familiar se encuentra en crisis en la cual ningún miembro de la familia asume su papel por diferentes cuestiones.

10. Riesgo de infección R/C Lesión en la continuidad de la piel por herida quirúrgica.

Resultado esperado. La herida quirúrgica se mantendrá limpia.

Fundamentación.

La interrupción quirúrgica de la integridad de la piel altera la primera línea de defensa del organismo contra la infección y permite la entrada de microorganismos. En teoría todos los pacientes operados, presentan riesgo de infecciones las intervenciones de enfermería evitan la contaminación de la herida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Controlar la aparición de signos y síntomas de infección en la herida

Tomar medidas para evitar infecciones. Lavarse las manos antes y después de tocar al paciente, limpiar minuciosamente la herida y desechar soluciones de irrigación no usarlas más de 24 horas.

Colocar vendaje compresivo en herida quirúrgica

Evitar que la piel se irrite, cambiando gasas y vendaje diario

Tomar y registrar la temperatura al menos 2 veces al día.

FUNDAMENTACIÓN

El tejido de la piel responde a la infiltración de microorganismos patógenos, manifestándose con edema, eritema, supuración y aumento de temperatura. Los agentes patógenos circulantes estimulan el hipotálamo para elevar la temperatura corporal.

Estas acciones ayudan a evitar la introducción de microorganismos en la herida y también reducen el riesgo de contagio de infecciones.

Una herida que cicatriza por primera intención requiere un vendaje para protegerla de la contaminación hasta que los bordes se cierran (aproximadamente 24 horas). Una herida que cicatriza por segunda intención requiere de un vendaje para mantenerse hidratada y deja de ser necesario cuando los bordes cierran.

Evitar que la piel se lesione elimina un gran porcentaje de entrada de microorganismos.

La toma de la temperatura permite un mejor control de la misma y nos ayuda a identificar el aumento de está que se debe principalmente a la presencia de microorganismos patógenos.

Vigilar las características de la herida quirúrgica para detectar signos de infección o salida de LCR.

La aparición de enrojecimiento, aumento de temperatura, edema o secreción son signos de infección que deben vigilarse para evitar complicaciones, pero además hay que enseñarle a los familiares a detectar estos signos.

Después de una cirugía la herida debe cubrirse con un apósito para proteger la zona y recoger el drenaje.

Enseñar a la Sra. Jessica a lavarse las manos antes de comer, y antes y después de ir al baño

Lavarse las manos con frecuencia dificulta la propagación de microorganismos patógenos de un área del cuerpo a otra.

EJECUCIÓN

Durante la ducha se observaba el estado de la piel y la salida de LCR para identificar el sitio exacto de la fuga.

EVALUACIÓN

La piel de la Sra. Jessica se mantuvo limpia sin presencia de signos de infección, posterior a la cirugía presento fuga de LCR retroauricular que posteriormente cesó.

Posterior a la ducha se realizaba la curación de la herida se colocaban gasas y capelina cefálica, en ocasiones se realizó dos veces al día, esto depende de la cantidad de LCR que se fugara.

Al transcurrir los días la herida quirúrgica cerró adecuadamente y dejó de salir LCR, la piel se mantuvo libre de infección.

11. Riesgo de deterioro en la integridad cutánea R/C movilidad disminuida y presión sobre los tejidos.

Resultados esperados. La piel se mantendrá íntegra sin lesiones e infección

Fundamentación.

La piel es el órgano más grande del cuerpo, protege el organismo contra pérdidas excesivas de agua y agentes ambientales como virus o bacterias así

como de la radiación ultravioleta. La piel regula también la pérdida de calor, sintetiza la vitamina D, excreta sustancias de desecho y toxinas.

La piel también se utiliza para la comunicación si se lesiona puede haber ardor, dolor o prurito.

En los pacientes con alteraciones o deterioro en la movilidad resulta mas fácil que aparezcan lesiones en piel, principalmente si no se tiene especial cuidado en vigilar las características de la piel dia con día, así como proporcionar al paciente atención adecuada cuando permanecen tiempos prolongados en cama.

Los pacientes que no se pueden mover por sí mismos requieren ayuda para cambiar de posición, además para tendido de su cama, cambio de ropa y en algunas ocasiones no controlan esfínteres así que pueden permanecer húmedos durante largos periodos si no se les proporciona ayuda; los aspectos antes mencionados favorecen la aparición de lesiones en piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTACIÓN

Examinar la piel de la Sra. Jessica diariamente.	Nos ayuda a identificar si la Sra. Jessica tiene riesgo de presentar lesiones en la piel, para reducir el riesgo mediante las intervenciones de enfermería de presentar úlceras.
--	--

Valorar el estado de hidratación en la piel de la Sra. Jessica	La disminución en ingesta de líquidos produce deshidratación en el organismo, lo que ocasiona pérdida de humedad en la piel y favorece la lesión de la misma.
--	---

Humectar la piel de la Sra. Jessica con crema o aceite después del baño.	Estas sustancias devuelven los lípidos y retrasan la pérdida de agua en la piel, evitando así que se lesione.
--	---

Observar que no existan signos de lesión, como enrojecimiento, cianosis, ampollas o aumento de calor local, al menos una vez durante el día.	La inspección de la piel es muy importante, para prevenir lesiones, ya que proporciona información esencial, para planear intervenciones que reducen riesgo.
--	--

Dar cambios de posición a la Sra. Jessica por lo menos cada dos horas de manera continuada. Sobre todo si permanece grandes periodos en cama.	El periodo para que se produzca una alteración en el tejido por presión es entre una y dos horas. Cambiar de posición al paciente evita que la piel
---	---

se lesione.

El cambio de posición permite el retorno de la circulación a los tejidos en los que la presión lo ha evitado.

Realizar el tendido de cama evitando dejar pliegues

Los movimientos voluntarios e involuntarios, realizados por los pacientes pueden provocar lesiones en piel, especialmente en codos y talones. El tendido de cama sin pliegues disminuye la fricción entre la piel y la ropa de cama evitando lesiones.

Ayudar a la Sra. Jessica en su aseo diario, manteniendo la piel limpia y seca.

Se deben retirar diariamente los desechos metabólicos y los contaminantes del medio ambiente acumulados en la piel para mantenerla en buen estado.

Evitar que la ropa de cama o pijama del paciente estén húmedas

La humedad puede causar reblandecimiento de la piel y lesionarla, favoreciendo la proliferación de microorganismos patógenos.

Proteger las zonas de presión y prominencias óseas con almohadillas

Es esencial colocar almohadillas en zonas óseas para evitar que la piel sufra lesiones.

Colocar colchón de aire o agua en la cama de la Sra. Jessica.

El riesgo de desarrollar una lesión en piel, puede evitarse reduciendo la carga mecánica sobre el cuerpo. Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de presión como los colchones, que evitan que la piel se desplace por superficies toscas.

Dar masaje en miembros pélvicos.

Ejercitar los miembros inferiores activa la circulación, ya que aumenta la potencia del bombeo muscular en las venas profundas, mejorando el retorno venoso.

Valorar los puntos de presión (homoplatos, talones, codos, sacro y caderas). En cada cambio de postura

Las prominencias óseas están cubiertas por una piel delgada y grasa mínima, siendo las áreas más

susceptibles a la abrasión de la piel por la presión.

Recordarle a la Sra. Jessica la importancia de mantener una alimentación e hidratación óptimas. Una alimentación e hidratación insuficientes reducen la circulación y aumentan la pérdida de tejido protector.

Evitar arrastrar a la Sra. Jessica en la cama Las úlceras por fricción se producen cuando la piel se desolaza a través de una superficie tosca, como la ropa de cama, las lesiones se pueden evitar utilizando técnicas para mover al paciente.

Evaluar el estado nutricional del paciente con ayuda del nutriólogo. La alimentación en los pacientes hospitalizados es de gran importancia ya que el déficit nutricional se considera un factor de riesgo para desarrollar úlceras por decúbito. A la nutrición deficiente se asocia la pérdida de peso y atrofia muscular, la reducción de tejido subcutáneo y muscular; también disminuye el efecto de almohadilla entre la piel y las prominencias óseas, aumentando el riesgo de presentar úlceras por decúbito.

Por ello es muy importante que el paciente ingiera la dieta adecuada y mantenga un IMC óptimo en cuanto al peso y talla.

EJECUCIÓN

Durante la ducha diaria se observa la piel, posteriormente se hidrata y se proporciona masaje comenzando por los miembros pélvicos.

EVALUACIÓN

La Sra. Jessica mantuvo su piel hidratada durante el tiempo de su hospitalización.

Se le dieron cambios de posición 2 a 3 veces durante el turno colocando almohadillas en los puntos de presión.	Los cambios de posición y la protección con almohadillas ayudaron a no presentar lesiones en piel y a sentirse cómoda.
Se le colocó colchón de aire a la cama y se procuró el tendido sin pliegues	Se logró que la Sra. Jessica no presentara lesiones de piel durante los 2 meses de hospitalización.

12. Riesgo de síndrome de desuso R/C inmovilidad

Resultado esperado. Procurar que la Sra. Jessica no presente complicaciones por disminución de la movilidad.

Fundamentación.

La inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por un deterioro de las funciones motoras. Es aguda si por lo menos pasan tres días y el paciente permanece en cama o con una vida de cama-sillón y constituye una real emergencia, pues se ha comprobado que existe una mortalidad del 33% a los tres meses y del 58% al año de persistir la condición descrita anteriormente. Los pacientes que permanecen la mayor parte del tiempo en cama presentan deterioro progresivo de todos los órganos principalmente los blancos (corazón, pulmones, riñón y cerebro).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Explicar a la Sra. Jessica los efectos de la inmovilidad en los sistemas.

Fomentar la función respiratoria.
Cambiar de posición a la Sra. Jessica, estimular la respiración profunda, fomentar el uso del espirómetro cada hora.

Explicar la importancia que tiene moverse dentro de sus limitaciones.

Fomentar factores que contribuyan a la defecación, como: dieta rica en fibra, beber líquidos y simular un ambiente cómodo.

FUNDAMENTACIÓN.

El conocimiento de la situación actual ayuda a la Sra. Jessica a cooperar para reducir la inmovilidad y participar en las intervenciones.

La inmovilidad favorece el acumulo de secreciones y posiblemente neumonía o atelectasia.

Estas medidas ayudan a aumentar la expansión pulmonar y la capacidad para eliminar secreciones.

La actividad influye en la defecación al mejorar el tono muscular y estimular el apetito y el peristaltismo.

Todas éstas acciones favorecen el patrón de defecación, ya que la fibra absorbe líquido, esto ayuda a mantener la materia fecal suelta y previene el estreñimiento.

La fibra soluble regula el nivel de azúcar en la sangre, ayuda al cuerpo a digerir mejor las grasas y reduce el nivel de colesterol.

La fibra también controla el peso puesto que no tiene calorías y hace que uno se sienta satisfecho. Acelera el avance de los alimentos que pasan a lo largo del aparato digestivo y permite que las evacuaciones intestinales sean regulares. Facilita el paso de las heces fecales mantiene los músculos intestinales en buena condición y evita la lentitud que ocasiona que las heces permanezcan en el colon durante periodos prolongados.

Las dietas pobres en fibra contribuyen

a padecimientos de trastornos intestinales como estreñimiento, hemorroides y diverticulosis, pues las heces permanecen mucho tiempo en el colon endureciéndose y predisponiendo al cuerpo a acumular toxinas. La fibra actúa como un cepillo realizando una acción laxante y depurativa, haciendo limpieza de aditivos, colorantes, residuos y toxinas.

Beber de 6-8 vasos de agua al día, es importante ya que la fibra absorbe agua. Las cantidades adicionales de ésta son útiles para empujar la fibra a lo largo de todo su trayecto.

La privacidad del paciente es muy importante para que se sienta confiado al evacuar.

Instaurar medidas para evitar úlceras por presión

El paciente inmovilizado está en riesgo de padecer úlceras por presión. Evitar la presión prolongada evita la presencia de úlceras.

Observar si existe eritema y palidez, al palpar la piel.
Aplicar un suave masaje cuando se le cambie de posición.

El eritema y la palidez de piel, son signos iniciales de hipoxia tisular, el masaje intenso puede lesionar capilares, pero el masaje suave estimula la circulación local.

Recomendar a la Sra. Jessica el uso de medias de compresión. Y levantar la piesera y cabecera de la cama en periodos.

Las mallas elásticas reducen la acumulación venosa sobre la pierna, aumentan el riego de las venas más profundas, al disminuir el calibre de las venas superficiales.

Por otra parte la inmovilidad reduce el retorno venoso y aumenta la presión intravascular que contribuye a la estasia venosa y tromboflebitis.

Recordar a la Sra. Jessica no usar almohadas debajo de las rodillas.
Cambiar de posición, mover las extremidades sanas y las afectadas con ayuda; además movilizar los dedos

Si se colocan almohadas bajo las rodillas o estas permanecen en flexión por tiempos prolongados, se dificulta el riego venoso.
Los ejercicios fomentan el bombeo

de manos y pies.

muscular en las venas profundas.

Realizar ejercicios de amplitud de movimiento, apoyar extremidades en almohadas para evitar edema.

Las articulaciones que no se ejercitan con amplitud de movimientos pueden presentar contractura, ya que los músculos flexores son más fuertes que los extensores.

Tomar medidas para mantener una adecuada alineación corporal del paciente:

Evitar periodos largos en una misma posición evita contracturas por flexión de cadera.

- Evitando periodos prolongados en decúbito en la misma posición.
- Utilizando férulas en extremidad superior y pélvica afectadas.
- Cuando el paciente esté en decúbito lateral colocar una almohada entre las piernas, desde la ingle hasta el pie, otra en la espalda y en la extremidad superior que rosa con el colchón de cama.

Las férulas evitan las contracturas por flexión y extensión, además evita desviación de extremidades.

La colocación de almohadas evita la rotación interna y la aducción del fémur y el hombro e impiden la caída del pie.

Vigilar la aparición de signos de hipercalcemia. (Aumento en la concentración de calcio, náuseas, vómito, polidipsia, poliuria, letargo).

La falta de movimiento y el soporte de peso, provoca destrucción ósea que causa liberación de calcio a la sangre originando hipercalcemia.

Recordar a la Sra. Jessica la importancia de ingerir líquidos.

La hidratación óptima reduce la coagulación de la sangre, aclara las secreciones para facilitar su expectoración evitando el acumulo de éstas, así como el crecimiento de microorganismos patógenos; inhibe la formación de piedras y fomenta la filtración glomerular de los residuos corporales.

EJECUCIÓN

Se proporciono puñopalmopercusión

EVALUACIÓN

La Sra., Jessica no presentó

en los cambios de posición, la ropa de cama así como la bata y pañal de hospital se mantuvieron limpias y secas.

Se colocó vendaje de espiga en miembros inferiores, y se realizaron ejercicios de amplitud, flexión y extensión de extremidades cuando fue oportuno 1 vez en el turno.

Se ofreció dieta abundante en fibra y líquidos libres.

complicaciones respiratorias, ni alteraciones en piel durante su estancia en el área de neurocirugía.

El vendaje favoreció la circulación sanguínea evitando zonas de isquemia y por consiguiente lesión en piel, lamentablemente el movimiento no mejoró pero tampoco disminuyó durante estos dos meses. Aunque para evaluar este resultado se requiere de mayor tiempo, aunque son pocas las posibilidades de que los

pacientes con tumores malignos recuperen al 100% su movilidad y con ello su condición de vida pasada; ya que los tumores malignos tienden a reaparecer y cada vez lesionar mayor tejido.

La Sra. Jessica siempre manifestó tener problemas de estreñimiento que se agravaron con su hospitalización y el tiempo prolongado en cama, durante su hospitalización se logró que la paciente no presentara complicación evacuando al menos 1 vez cada 2 días.

13. Déficit de actividades recreativas R/C limitación de la movilidad física M/P no realizar actividades recreativas.

Resultado esperado. La Sra. Jessica intentara participar en alguna actividad recreativa que pueda realizar de acuerdo a sus capacidades.

Fundamentación.

La recreación es un aspecto importante en la vida de cada persona, ayuda a disminuir las tensiones de la vida diaria y estimula la necesidad de convivir con otras personas. Las personas con alteraciones en la movilidad participan en actividades de acuerdo con sus capacidades y el grado de actividad que las personas realicen en la actualidad tiene que ver con el pasado, las motivación influye en la respuesta del paciente para practicar actividades de su agrado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN.
Analizar gustos y aversiones de la Sra. Jessica	Esta valoración puede ayudar a la enfermera a identificar posibles actividades recreativas que el paciente pueda realizar de acuerdo a sus capacidades. (Leer, escuchar música, ejercitar brazos con pelota de esponja, juegos de mesa etc.)
Aconsejar visitas y llamadas telefónicas al paciente.	Los visitantes estimulan la interacción social y estimulación mental en los pacientes.

Animar a los familiares a hablar de algunas experiencias.

El inicio de conversaciones corrobora que el paciente tiene interés y opiniones así que también se le involucra en temas diferentes a sus preocupaciones.

EJECUCIÓN

Permitió la entrada a tres familiares a la vez no todos los días, así como la introducción de un radio.

EVALUACIÓN

La Sra. Jessica recibía visitas cuando se sentía bien como para recibirlas aunque su estado de animo fue en declive siempre intentó seguir adelante, durante su hospitalización no realizó ninguna manualidad, le gustaba escuchar en ocasiones música o que le leyeran.

8. PLAN DE ALTA.

A) RECOMENDACIONES SOBRE LA DIETA.

El plato del buen comer es una guía que ayuda a elegir los alimentos necesarios para tener una vida saludable, lo recomiendan para prevenir enfermedades como la diabetes, hipertensión, colesterol y obesidad.

Se debe procurar que la comida contenga todos los nutrimentos necesarios para el buen funcionamiento del organismo, procurando que sean adecuados para tu edad, estatura, sexo, actividad física y estado de salud.

De acuerdo con el plato del buen comer debes combinar, diariamente, los siguientes grupos de alimentos:

Frutas y verduras: Consúmelas en abundancia por lo menos 5 veces al día, proporcionan vitaminas, minerales y fibra.

Vitaminas

Vitamina A ayuda a mantener la piel sana, protege de las enfermedades y es responsable de la buena visión. Se encuentra en frutas y verduras de color amarillo, naranja y hojas verdes. Además en lácteos, hígado, y huevo.

Vitaminas B1 (Tiamina) es esencial en el metabolismo de los carbohidratos para la obtención de energía, elemento de gran importancia para el sistema nervioso, los músculos y el corazón.

Vitamina B2 (Riboflavina), participa en el metabolismo de las grasas, carbohidratos y proteínas además ayuda al desarrollo de nuestro organismo, ayuda a la construcción de tejidos, necesaria para el mantenimiento de la piel y las mucosas.

Vitamina B3 (Niacina) participa en las reacciones que generan energía en los tejidos por la conversión bioquímica de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, es esencial para el crecimiento, ayuda a mantener un sistema digestivo y una piel saludables.

Vitamina B6 (Piridoxina) participa en las reacciones que generan energía en los tejidos. La **vitamina B12 (Cobalamina)** Es indispensable para la formación de glóbulos rojos, para el crecimiento corporal y regeneración de los tejidos. Estas vitaminas podemos encontrarlas en: pan, leguminosas, leche, huevo, carne, frutas y verduras.

Vitamina C ayuda a combatir infecciones, a la cicatrización de heridas y fracturas. Favorece la absorción de hierro. Limón, naranja, toronja, kiwi, guayaba, piña, fresas, melón, calabaza, tomates, y papas.

Vitamina D ayuda al desarrollo y mantenimiento de huesos y dientes, a la absorción de Calcio y Fósforo, además fortalece el sistema inmune, se encuentra en la mantequilla, crema, yema de huevo, hígado y aceites de pescado.

Vitamina E. mejora la circulación, contribuye en la formación de glóbulos rojos de la sangre, se encuentra en cereales integrales, leche y huevo, aceites vegetales, pescado, frutas y vegetales.

Vitamina K. Es fundamental en el proceso de coagulación de la sangre. Puede ser producida por la flora intestinal, y se encuentra en las hojas verdes.

Minerales.

Hierro. Sirve para la formación de la hemoglobina y por tanto participa en la transportación del oxígeno en la sangre, se encuentra en carne magra de res, yemas de huevo, cereal y leguminosa.

Calcio. Componente de huesos y dientes, necesario para la actividad de músculos, nervios y para la coagulación de la sangre, se encuentra en la leche y brócoli.

Fósforo. Componente de huesos y dientes, participa en la formación de energía, se encuentra en las carnes, nueces.

Magnesio. Componente de huesos y dientes, necesario para la actividad de los nervios, se encuentra en alimentos de origen vegetal (cacahuates, papas), leche pan y café.

Sodio. Regula el equilibrio ácido base en líquidos corporales, activa los músculos y nervios, se encuentra en alimentos procesados con sal, embutidos, sal de mesa, pan leche y queso.

Potasio. Tiene las mismas funciones que el sodio y podemos encontrarlo en papas, calabazas, tomates, plátano, naranja y aguacate, productos lácteos y café.

Fibra.

La fibra es la parte estructural de frutas, verduras y granos que el sistema digestivo no es capaz de digerir ni de destruir existen dos tipos de fibra:

Fibra hidrosoluble. Está formada por azúcares complejos, la encontramos en alimentos como la avena, chícharos, leguminosas como los frijoles, frutas como la manzana, hortalizas como la zanahoria y vegetales en general.

Ayuda a reducir el nivel de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad, conocido comúnmente como el colesterol "malo", además disminuye los niveles de azúcar en la sangre retardando la digestión y la conversión de almidón a azúcar, facilita la evacuación debido a que absorbe agua a nivel intestinal y favorece el control de peso porque provee sensación de saciedad.

Fibra insoluble. Este tipo de fibra la encontramos en cereales como la avena, salvado, granos o leguminosas, frutas y hortalizas con cáscara.

El principal impacto de la fibra insoluble en el organismo está en la salud del colon e intestino grueso ya que por su acción laxante aumenta el bulto fecal y lo hace suave, ésto disminuye la presión de las heces sobre la pared intestinal acelerando el movimiento intestinal y la evacuación.

De igual manera, favorece la desintoxicación debido a que la fibra insoluble diluye la concentración de carcinógenos potenciales que puedan estar presentes en las heces, ya que al acelerar la evacuación previene el contacto y posible absorción de dichas sustancias a través de la pared intestinal; altera el pH del intestino grueso interfiriendo con la actividad bacteriana que produce sustancias carcinógenas.

Cereales: Come diariamente maíz, pastas, arroz y trigo pues ayudan a mantener energía.

Leguminosas y alimentos de origen animal: proporcionan proteínas *éstas* forman parte de la estructura básica de los tejidos (músculos, tendones piel, uñas, etc.) y, desempeñan funciones como asimilación de nutrientes, transporte de oxígeno y de grasas en la sangre.



Cuida que tu alimentación sea.

- Completa, incluyendo proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales.
- Variada, con diferentes alimentos de cada grupo.
- Suficiente para cubrir las necesidades de energía, evitando excesos o deficiencias.
- Equilibrada, de manera que los nutrientes guarden una proporción adecuada.
- Higiénica.

B) RECOMENDACIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS.

- ❖ Antes de tomar sus medicamentos verifique que está indicado por el médico, la fecha de caducidad es importante, observe sus características y pregunte que reacciones puede tener dicho medicamento.
- ❖ Procure seguir las indicaciones médicas, en cuanto a la vía de administración ya sea oral, intramuscular, tópica o intradérmica; la dosis que va a tomar, la hora y la duración del medicamento.
- ❖ Después de administrar el medicamento guárdelo en un lugar seguro.
- ❖ No se automedique, recuerde que algunos medicamentos pueden interferir en su recuperación o pueden dañar otro sistema corporal.



C) MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES.

- ❖ Seguir al pie de la letra el esquema de medicamentos indicados por el médico
- ❖ Es importante que acuda a su cita para el retiro de puntos en 15 días (26-04-07)
- ❖ Es importante que siga la dieta recomendada, así como las posibles modificaciones que se le hayan realizado a ésta. La dieta prescrita es vegetariana con abundante fibra, 2 0 3 litros de agua durante todo el día.
- ❖ Realice el baño diario, así como la curación de la herida quirúrgica cefálica durante el baño ésta se limpia por arrastre de microorganismos durante la ducha, procure secar muy bien la piel con toquitos y colocar gasas en la herida para evitar infecciones, posteriormente coloque la capelina cefálica. Si nota enrojecimiento, edema, calor local, salida de secreción o LCR de algún sitio acuda de inmediato al área de urgencias del instituto.
- ❖ Al terminar de ducharse el resto del cuerpo también debe estar bien seco para evitar que la piel se lesione, además favorece la proliferación de microorganismos y puede ocasionar que aparezcan hongos en partes sensibles como axilas, pliegues en ingles o glándulas mamarias.
- ❖ Procure realizar los ejercicios recomendados por el área de rehabilitación al menos dos veces al día.

D) SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

- ❖ Vigile los signos de alarma como: enrojecimiento, edema, salida de secreción purulenta, aumento de temperatura o calor local, salida de LCR, cefalea intensa, cambios en la visión.
- ❖ Si presenta signos y síntomas de infección, hay dolor o presenta alguna molestia acuda de inmediato al área de urgencias del instituto.

11. CONCLUSIONES.

Los objetivos planteados fueron cumplidos dentro de lo posible, se llevaron al cabo satisfactoriamente una serie de actividades y cuidados encaminados principalmente a favorecer el estado actual del paciente, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y mantener su bienestar. Aunque no podemos explicar los cuidados de enfermería exactos y necesarios para cada paciente con un tumor intracraneal, porque cada uno de ellos es peculiar, sin embargo podemos aplicar detalles específicos.

En base a mis resultados pude observar que existe un porcentaje bastante importante de pacientes que padecen enfermedades neurológicas, la gran mayoría de los casos se encuentran desorientados en cuanto a la enfermedad, por lo que es de gran importancia que exista mayor número de enfermeras dedicadas a la neurología, que cuenten con los conocimientos necesarios y actualizados para proporcionar cuidados de calidad al paciente neurológico.

Por otra parte es importante mencionar que la rehabilitación física de la Sra. Jessica inicio dentro del hospital con una serie de ejercicios (amplitud, flexión y extensión) con el fin de mejorar su fuerza muscular, coordinación y habilidades manuales, para que lograra ser lo más independiente posible.

El Terapeuta físico aplico técnicas para movilizar las extremidades afectadas, procurando que las articulaciones y músculos no perdieran su movilidad y fuerza, enseñó al familiar y enfermera las posiciones que deben mantener la pierna y el brazo afectados cuando la Sra. Jessica se encuentre acostada o sentada; ya que el brazo suele colgarse al carecer de fuerza, por lo que la articulación del hombro se daña. Además se aplicaron técnicas para mejorar la sensibilidad como el masaje de extremidades.

Por medio de una Terapia Ocupacional se adiestro a la Sra. Jessica para que pudiera realizar sus actividades cotidianas, enseñándole a usar su lado no afectado. En ocasiones fue necesario colocar una férula en el brazo y otra en la pierna para evitar que se deformará.

A través de la Terapia de Lenguaje se enseñó a la Sra. Jessica para mejorar su comunicación. La Psicóloga apoyo tanto al paciente para superar la ansiedad, como a su familia para que comprendiera que estos cambios en el estado de ánimo son causados en gran medida por la enfermedad misma.

Cabe destacar que después de todo este proceso a la Sra. Jessica se le dificulto caminar, realizar ciertas labores cotidianas, así como mantener una buena comunicación con otras personas. Por lo que actualmente requiere del apoyo de la silla de ruedas, se mantiene dependiente de su familiar, se le noto decaída, con disminución de la expresión facial y verbal. El tumor cerebral creció nuevamente provocando en la señora Jessica amaurosis bilateral.

BIBLIOGRAFIA.

Alfaro, R. (2003). Aplicación del Proceso de atención de Enfermería, Barcelona; España: MASSON

Almansa, P. (2000). Metodología de los cuidados de Enfermería, Murcia; España: Diego Marín.

Carpenito, L. (2005). Planes de Cuidados y Documentación clínica en Enfermería, Madrid; España: McGraw-Hill INTERAMERICANA

Casas, I. (2005). Manual de Neurología, Buenos Aires; Argentina: Grupo Guía.

Colliere, M. (1997). Promover la vida, Madrid; España

Diccionario de medicina Espasa Calpe, S.A.

García, M. (2002). Proceso de atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, D.F; México: Progreso S.A.

Kerouac, S. (2005). El pensamiento Enfermero, Barcelona; España: MASSON

Kozier, B. (1996). Fundamentos de Enfermería, D.F; México: Interamericana Mc GRAWHill

Mi, Ja, K. (1997) Diagnósticos de Enfermería, Madrid; España: Interamericana McGraw-Hill.

M, Luis. (1998). Diagnósticos Enfermeros un instrumento para la práctica asistencial, Barcelona; España: Harcourt Brace.

NANDA, (1999). Diagnósticos Enfermeros, Madrid; España: Harcourt Brace.

NANDA. (2006). Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación, Madrid; España: ELSEVIER.

Potter, P. (2004). Fundamentos de Enfermería, Barcelona; España: ELSEVIER.

Potter, P. (2004). Guía clínica de Enfermería Valoración de la salud, Madrid; España: Mosby Doyma.

Salcman, M. (1995). Urgencias Neurológicas diagnósticos tratamiento, D.F; México: Manual Moderno.

www.tusalud.com.mx

www.nutreymuevetuvida.vady.mx

ANEXOS

1. MENINGITIS BACTERIANA. (LEPTOMENINGITIS).

La meningitis es una infección que afecta todo el espacio de LCR, el proceso infeccioso afecta la aracnoides y la piamadre, las estructuras del espacio subaracnoideo, los pares craneales y el parénquima subyacente.

La hidrocefalia es uno de los varios problemas neuroquirurgicas que pueden presentarse en pacientes con meningitis. Otras lesiones que se van son derrames subdurales, empiema subdural, empiema epidural y absceso cerebral. La meningitis se puede presentar por diseminación hematógica o por extensión a partir de las estructuras craneales.

Los cambios morfológicos producidos por la meningitis incluyen acumulación de exudados fibrinosos en las vías de LCR y espacio subaracnoideo, adherencias subaracnoideas y engrosamiento fibroso de meninges.

La meningitis se produce por la invasión de las leptomeninges por agentes productores de pus, principalmente por *Neisseria Meningitidis*, *Streptococcus Pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, estos microorganismos desencadenan una reacción inflamatoria aguda en el espacio subaracnoideo, con formación de un exudado purulento; Esto condiciona una vasculitis con oclusión de arterias de pequeño y mediano calibre el exudado puede comprometer la corteza cerebral subyacente y generar edema cerebral.

El LCR muestra pleocitosis, proteínas altas y glucosa normal. Cuando se acompaña de alteraciones a nivel de conciencia, existen signos neurológicos focales y crisis convulsivas que originan meningoencefalitis ya que estas manifestaciones sugieren compromiso del parénquima cerebral.¹

Existe inflamación de las meninges, rigidez de cuello y signos de Brudzinski y Kerning. Frecuentemente los signos que se ven son los que corresponden a una enfermedad general, como: cefalea, fiebre o hipotermia, irritabilidad, letargo, problemas de alimentación, vomito, dificultades respiratorias, convulsiones, deterioro de conciencia y fontanela tensa.

Para un diagnóstico exacto se requiere de un examen de LCR después de la punción lumbar se debe observar la presión de apertura, el color y la claridad del líquido. La TAC y RM pueden mostrar reforzamiento anormal de leptomeninges, hidrocefalia o infartos cerebrales.

La cobertura antibiótica exacta de la meningitis dependerá del organismo encontrado en el frotis y cultivo. Sin embargo una vez hecho el diagnóstico se deberá iniciar tratamiento con algún antibiótico, el medicamento se podrá cambiar una vez que se tengan los resultados del cultivo.

¹ Casas, Parera, I. (2005). Manual de Neurología pp.201

El tratamiento inicial no puede esperar al crecimiento del cultivo, y debe incluir cloromicetina y meticilina o nafcilina, este esquema cubre la mayor parte de microorganismos.

Se puede sospechar de ciertos microorganismos en base a la edad:

- Recién nacidos: escherichia coli y estreptococo grupo B, en especial si existe antecedente de infección de vías urinarias de la madre.
- En lactantes mayores y preescolares lo mas frecuente es Haemophilus influenzae, un antecedente de sinusitis puede estar asociada con infección por neumococo o estafilococo.
- En los adultos el neumococo y meningococo son los agentes causales de más del 90% de los casos.

Tratamiento de meningitis.

ORGANISMO	TRATAMIENTO
Desconocido	Cloramfenicol/meticilina
E. Coli	Ampicilina 400mg/Kg./día (niño) 8 a 12g/día (adulto). Gentamicina 5-6mg/kg./día 4-6mg/día, intratecal.
H. Influenzae	Ampicilina 400mg/kg./día Cloramfenicol 100mg/kg./día por tres días, luego 50mg/kg./día.
Neumococo	Penicilina 200,000 a 300,000 U/kg./día; 24 millones U/día.
Meningococo	Penicilina 400,000 U/Kg./día; 20 millones U/día Minociclina oral 100mg 2 veces al día (contactos cercanos y familia) Rifampicina oral 500mg/día por 4 días (contactos cercanos y familia)
Estafilococo	Nafcilina 300mg/kg./día; 20g/día Oxacilina 16g/día.

La ceftriaxona o la cefotaxima (en asociación con la vancomicina en áreas donde los neumococos presentan sensibilidad disminuida a la penicilina), son drogas de primera elección en la mayoría de las meningitis piógenas excepto por las causadas por Staphylococcus aureus en este caso se utiliza cloxacilina.

2. PUNCION LUMBAR.

La información que se obtiene mediante el examen de LCR es importante para el diagnóstico de enfermedades neurológicas.

La punción lumbar (PL) está indicada en las siguientes situaciones:

- Para la medición de presiones de LCR y coleccionar muestra de se para examen celular, citológico, químico y bacteriológico.
- Ayudar en el tratamiento con la administración raquídea de anestésicos, antibióticos o agentes antitumorales, o mediante la reducción de la presión de LCR.

La punción lumbar conlleva riesgos si la presión de LCR es muy elevada (cefalalgia y papiledema) ya que aumenta la posibilidad de hernia cerebelosa o transtentorial mortal. El riesgo es considerable cuando el papiledema se debe a un tumor intracraneal y mucho menor en pacientes con hemorragia subaracnoidea o pseudotumor en los que se emplean punciones lumbares repetidas como medida terapéutica. Por tanto la punción lumbar debe ir precedida por tomografía computarizada (TC) u obtención de imágenes de resonancia magnética (IRM) en caso que se sospeche de presión intracraneal elevada.²

Si los procedimientos anteriores no descubren lesión masiva que produce desplazamiento del tejido hacia la abertura tentorial o hacia el agujero magno y es necesario obtener información que el LCR ofrece debe realizarse la punción con ciertas precauciones. Se emplea una aguja fina (numero 22 o24) si la presión resulta muy elevada mas de 400mm H₂O, se obtiene la muestra necesaria y luego según la enfermedad y el estado del paciente se administra manitol o urea y se vigila el manómetro hasta que la presión disminuya. A continuación se administra dexametasona o algún corticosteroide equivalente, aplicando como dosis intravenosa inicial 10mg, seguida por dosis de 4 a 6mg cada 6 horas para reducir la presión intracraneal.³

TECNICA DE LA PUNCION LUMBAR.

La punción lumbar debe efectuarse bajo condiciones estériles. Se inyecta anestésico local en la piel y por debajo de ella para que el procedimiento sea indoloro. Se coloca al paciente en decúbito lateral, de preferencia izquierdo con las caderas y rodillas flexionadas, la cabeza tan cerca de las rodillas, tanto como su comodidad lo permita. El dorso del paciente debe alinearse cerca del borde de la cama, el trocar de la aguja se retira con lentitud para evitar la aspiración de una raíz nerviosa hacia la luz cuya consecuencia inmediata es dolor radicular.

² Maurice, V. (2002) pp.13

³ Ibis pp.13

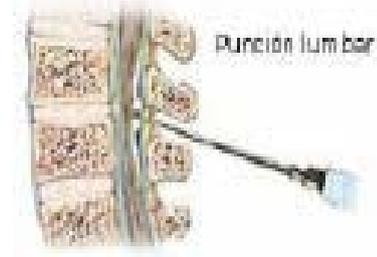
El dolor ciático durante el procedimiento indica que la aguja está colocada demasiado lejos en sentido lateral; si el flujo de LCR se reduce la cabeza puede elevarse poco a poco. En ocasiones se puede aspirar suavemente con una jeringa de bajo calibre para aliviar la resistencia de LCR viscoso. La punción lumbar es más fácil en el espacio intervertebral L3-L4 que corresponde al plano de las crestas ilíacas o en el espacio que está por arriba o por debajo.

La punción seca se debe a una aguja colocada de manera inapropiada y a la obliteración del espacio subaracnoideo por una lesión compresiva de la cola de caballo.

Son pocas las complicaciones graves de la punción lumbar además del riesgo de inducir hernia encefálica, la más frecuente es la cefalalgia resultante de la reducción de la presión de LCR y tracción sobre los vasos cerebrales y duros conforme el paciente adopta la posición erguida. La meningitis purulenta y las infecciones del espacio del disco se reconocen como complicaciones de la punción lumbar, que resulta de una técnica estéril imperfecta. Otras complicaciones pueden ser paresia facial, diplopía y el tinnitus o sordera se reportan en raras ocasiones.⁴

Luego de entrar en el espacio subaracnoideo se determina la presión y se obtienen muestras de líquido, observando el aspecto macroscópico del mismo, el cual puede examinarse en tubos separados:

- 1) número y tipos de células
- 2) contenido de proteínas y glucosa
- 3) células tumorales
- 4) contenido de gammaglobulinas y otras fracciones proteicas
- 5) pigmentos, lactato y sustancias elaboradas por los tumores
- 6) bacterias u hongos.



⁴ Ibis pp.13

PRESION. Con el paciente en decúbito lateral se mide la presión de LCR con un manómetro conectado a la aguja en el espacio subaracnoideo. En el adulto la presión de apertura varía entre 100 y 180 mmH₂O u 8 a 14 mmH₂O. En los niños la presión se encuentra en los límites de 30 a 60 mmH₂O.

La presión que excede de 200 mmH₂O en el paciente relajado y con las piernas estiradas refleja la presencia de aumento de la presión intracraneal; las presiones de 50 mmH₂O o menores en un adulto indican hipotensión intracraneal que se debe a la fuga de LCR o deshidratación sistémica. La presión puede aumentar si el paciente tose, hace esfuerzos o ejerce presión abdominal.

La presencia de bloqueo subaracnoideo puede confirmarse mediante la compresión yugular. (Primero se comprime un lado del cuello y luego otro, por ultimo la maniobra se efectúa en ambos lados de manera simultanea “prueba de Queckenstedt”).

Si existe ausencia de bloqueo subaracnoideo se observa incremento rápido de la presión de 100 a 200 mmH₂O y retorno a nivel original en 10 segundos tras liberar la compresión.

La elevación de la presión en respuesta a la compresión abdominal, tos o esfuerzos pero no a la compresión yugular indica un bloqueo subaracnoideo espinal.

La falta de aumento de la presión al comprimirse una vena yugular pero no la otra “prueba de Tobey Ayer” puede señalar trombosis del seno lateral. Aunque actualmente rara vez se utilizan estas pruebas ya que han sido remplazadas por técnicas de imagen más precisas y menos peligrosas. La presión yugular nunca debe emplearse ante la presencia o sospecha de tumor intracraneal.⁵

ASPECTO A SIMPLE VISTA. En condiciones normales el LCR es incoloro como el agua. La presencia de eritrocitos confiere al liquido un aspecto nebuloso o de vidrio despolido; puede haber por lo menos 200 eritrocitos/mm³ para que este cambio sea identificable. El reposo del liquido en el tubo de ensayo produce sedimentación de los eritrocitos, varios cientos o mas de leucocitos en el liquido (pleocitosis), pueden causar turbidez opaca. Permitir que el LCR repose varios días le dará un color pardo amarillento (xantocromico).

La coloración causada por las proteínas se hace notable a simple vista solo a concentraciones que exceden 150mg/100ml; la hipercarotenemia y la hemoglobinemia (productos de degradación de la hemoglobina) también dan un color amarillento al LCR conforme la sangre se coagula en el espacio subdural o epidural del cráneo o la columna vertebral.⁶

⁵ Ibis pp.14

⁶ Ibis pp.15

CELULARIDAD. Durante el primer mes de vida el LCR puede contener un número pequeño de células mononucleares. Después de este periodo el líquido no contiene células, la elevación de leucocitos significa siempre un proceso reactivo a bacterias u otros agentes infecciosos, sangre, sustancias químicas o neoplasia.

PROTEÍNAS. El contenido elevado de proteínas de la sangre (500 a 8000 mg/dl) el del líquido espinal lumbar es de 45mg/dl o menos en el adulto. El contenido de proteínas en las cisternas basales es de 10 a 25mg/dl y el de los ventrículos de 5 a 15 mg/dl. Las concentraciones más elevadas de lo normal indican un proceso patológico en el epéndimo o las meninges, ya sea encéfalo, médula espinal o raíces nerviosas.

Las proteínas del LCR pueden incrementarse a causa del efecto irritante de los eritrocitos lisados sobre las leptomeninges.

El contenido proteico en la meningitis bacteriana alcanza hasta 500mg/dl o más.

Las fracciones proteicas que se identifican son prealbumina y albúmina, así como globulinas y gammaglobulinas, se sabe que solo unas cuantas de estas proteínas se relacionan con enfermedades del sistema nervioso. La más importante es la IgG, debe exceder el 12% del contenido proteico del LCR, en enfermedades como neurosífilis y meningoencefalitis viral.

GLUCOSA. La concentración de glucosa en el LCR está en los límites de 45 a 80 mg/dl, los valores bajos de glucosa en el LCR en presencia de pleocitosis suelen indicar meningitis piógena, tuberculosa o micótica.

La hipoglucorraquia se podría atribuir a la inhibición de la entrada de glucosa en el LCR a causa del trastorno del sistema de transferencia de membrana.

CAMBIOS DE SOLUTOS Y OTROS COMPONENTES. La osmolaridad del LCR promedio es de 295 mosmol/L, es idéntica a la del plasma. Conforme la osmolaridad plasmática incrementa tras la inyección de soluciones hipertónicas por vía intravenosa como manitol o urea ocurre un retraso en la osmolaridad de LCR. Es durante este periodo cuando la hiperosmolaridad de la sangre deshidrata el encéfalo y disminuye el volumen del LCR; las enfermedades neurológicas no afectan las concentraciones de magnesio, sodio, potasio y calcio.

La concentración baja de cloruro que se presenta en la meningitis bacteriana es inespecífica pero refleja hipocloremia y en menor grado elevación importante de proteínas en el líquido cefalorraquídeo.

El pH del LCR se aproxima a 7.31, la PCO₂ se encuentra entre 45 a 49mmHg.⁷

3. HEMIPLEJIA.

⁷ Ibis pp.16-18

Es la forma mas común de parálisis, incluye brazo pierna y en algunas ocasiones la cara de un lado del cuerpo. Es atribuible a una lesión del sistema corticoespinal del lado opuesto de la parálisis. El sitio de la lesión, es decir la corteza cerebral, corona radiada, cápsula, tallo cerebral o medula espinal. Pueden deducirse mediante hallazgos neurológicos. Las enfermedades que se localizan en la corteza cerebral, sustancia blanca cerebral (corona radiada) y la cápsula interna suelen manifestarse como debilidad o parálisis de la pierna, brazo y parte baja de la cara del lado opuesto.

La ocurrencia de convulsiones o la presencia de un trastorno de lenguaje (afasia), una perdida de la sensación discriminativa (astereognosia, trastorno de localización táctil), anosognia o defecto homónimo del campo visual sugiere localización cortical, contra lateral o subcortical. Las lesiones del bulbo raquídeo afectan la lengua y a veces la faringe y la laringe de un lado y el brazo y la pierna en el otro. En la hemiplejía causada por lesiones de la medula espinal los músculos a nivel de la lesión pueden atrofiarse.

Las enfermedades hemorrágicas y vasculares isquemias del cerebro y tallo cerebral exceden a todas las demás como orígenes de hemiplejía; el segundo lugar lo ocupan los traumas (contusión cerebral). Otras causas importantes son tumor cerebral, absceso cerebral, enfermedades desmielizantes y complicaciones vasculares de meningitis y encefalitis.⁸

La hemiparesia transitoria alternante puede deberse a un tipo especial de migraña.



4. MENINGIOMA.

⁸ Ibis pp. 59-60

Pocos síntomas le causan más ansiedad a un paciente como aquellos que les hacen sospechar de un tumor cerebral, es el octavo cáncer mas frecuente en adultos jóvenes.⁹

Es un tumor benigno que en 1831 Bright reconoció primero como tumor que se originaba en la duramadre o la aracnoides. Los meningiomas representan cerca de 15% de todos los tumores intracraneales primarios; son mas frecuentes en mujeres que en hombres y su incidencia máxima ocurre en el sexto y séptimo decenio de la vida.

Muchos meningiomas se relacionan con una anormalidad en el cromosoma 22 o una suspensión en una parte de este. Algunos meningiomas, como muchas otras neoplasias, contienen receptores de estrógenos y progesterona; las implicaciones de estos no son claras pero pueden relacionarse con un incremento de la incidencia del tumor en mujeres, su tendencia a agrandarse durante el embarazo y una vinculación con el cáncer de la glándula mamaria.

El origen preciso de los meningiomas no se sabe exactamente, se cree que puede originarse en fibroblastos dúrales, pero con mas claridad se piensa que se originan en células aracnoideas (meningoteliales) en particular las que forman las vellosidades aracnoideas. Puesto que células aracnoideas penetran la duramadre en mayor numero en los senos venosos. A simple vista el tumor es firme, de color gris y bien circunscrito, adopta la forma del espacio en el que crece; por tanto algunos tumores son planos y otros son redondos y lobulados. Se delimitan claramente del tejido encefálico (extraaxiales) excepto en circunstancias poco habituales de un meningioma invasivo. Cuando se originan dentro del plexo coroideo forman un meningioma intraventricular.

Los sitios usuales en los que este tumor aparece son la región silviana, la superficie parasagital superior de los lóbulos frontal y parietal, el surco olfativo, el ala menor del esfenoides, el tubérculo de la silla turca , la superficie superior del cerebelo, el ángulo pontocerebeloso y el conducto raquídeo. En la medida en la que se extienden por la superficie dural, invaden y erosionan los huesos del cráneo o incitan una reacción osteoblástica.

Con frecuencia se encuentran meningiomas pequeños menores de 2cm de diámetro, y los que lo padecen no presentan síntomas durante su vida. Solo alteran la función cuando exceden el tamaño e invaden el encéfalo. El tamaño que debe alcanzarse antes que los síntomas aparezcan depende del tamaño del espacio en el que él tumor crece y las distribuciones anatómicas circundantes.

El meningioma frontoparietal parasagital puede causar debilidad espástica de progreso lento, con adormecimiento de una pierna y mas tarde de ambas. Los

⁹ Casas, Parera, I. (2005). Manual de Neurología. Pp.187

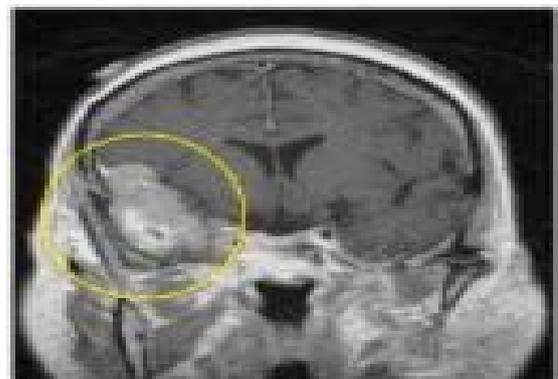
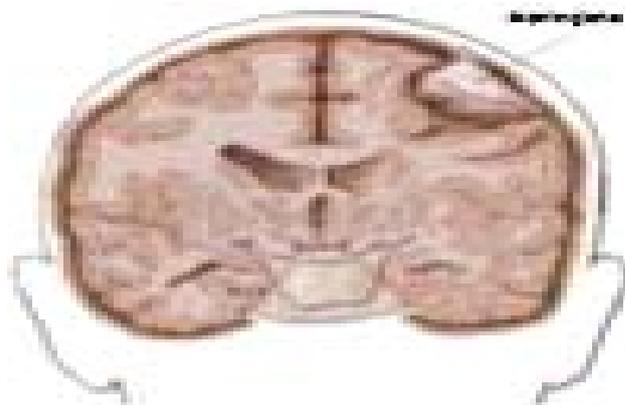
tumores de localización silviana se manifiestan por una variedad de trastornos motores, sensitivos y afásicos de acuerdo con su localización y crisis epilépticas.

Incluso algunos tumores alcanzan un tamaño enorme hasta el punto de causar papiledema, antes que el paciente acuda al medico. El incremento de la presión intracraneal viene al último pero es poco frecuente en meningiomas.

El diagnostico de de los meningiomas se facilita gracias a ala visualización en la TC e IRM con intensificación de contraste así como mediante arteriografías en las cuales revelan su tendencia a calcificarse y su vascularidad.

La reseccion quirúrgica debe lograr la curación, la recurrencia es posible si la reseccion es incompleta.

Los tumores que se localizan por debajo del hipotálamo, a lo largo de la porción medial del hueso esfenoides o por delante del tallo cerebral son los mas difíciles de reseca. La invasión del hueso adyacente torna imposible retirarlos por completo. La radioterapia planeada con cuidado es benéfica en los casos inoperables cuando se reseca de manera incompleta o manifiesta características malignas.



5. RADIOTERAPIA

Se realiza mediante la utilización de compuestos que producen radiaciones ionizantes, se tratan de fuentes de alta energía. Actualmente las utilizadas son:

- Bomba de cobalto
- Acelerador lineal
- Betatrón

También, existen diferentes técnicas para administrar la radioterapia:

- Braquiterapia: La fuente radiactiva se sitúa próxima a la masa tumoral
- Teleterapia: La fuente suele estar distante del enfermo

Dentro de las emisiones radiactivas existen diferentes tipos:

- Rayos X
- Radiaciones g (gamma)
- Partículas b (beta)
- Partículas a (alfa)

Estas emisiones radiactivas ionizantes producen interacciones (chocan) con los átomos y las moléculas del organismo, lo que origina la ionización (pérdida o ganancia de electrones) que se traduce en efectos biológicos. Así, cuando el choque no es controlado puede evolucionar hacia un cáncer, mientras que utilizado terapéuticamente intenta destruir las células cancerosas.

Existen diferentes modalidades o enfoques en la radioterapia:

- Radical: Persigue la eliminación completa del tumor
- Preoperatorio: Trata de convertir en operables cánceres que en primera instancia no parecen ser operables
- Postoperatoria: Trata de eliminar los posibles restos de células tumorales tras la intervención quirúrgica
- Intraoperatoria: Pretende la esterilización de los posibles restos o el tratamiento complementario sobre estructuras inaccesibles a la cirugía

El manejo de este tipo de tratamiento trae consigo la posible aparición de efectos secundarios:

1. Reacciones Agudas: Sequedad de boca, pérdida del gusto, sequedad o descamación cutánea, dificultad y dolor al tragar, depilación, Náuseas, vómitos, apatía, anorexia, etc.

2. Reacciones Subagudas: Neumonitis, amenorrea (falta de la menstruación), disminución del apetito sexual, hepatitis, etc.

3. Reacciones Tardías: Fibrosis pulmonar, fibrosis mediastínica, pericarditis, hipotiroidismo, nefritis, etc.

Las células cancerosas crecen y se multiplican más rápido que la mayoría de las normales que las rodean; por eso, la función de la radioterapia es matar las células enfermas y evitar que se reproduzcan. El problema es que las células sanas también son atacadas por la radiación, lo mismo sucede con la quimioterapia, pero la mayoría casi siempre se recupera una vez concluido el tratamiento

La radiación, al igual que la cirugía, sólo afecta las células de un área específica del cuerpo. Algunas veces se recurre a la radioterapia para complementar otros tratamientos, como la quimioterapia, y así obtener mejores resultados en menos tiempo.

En ocasiones, la radiación se utiliza antes de una cirugía para reducir el tamaño del tumor. También antes, durante o después de la quimioterapia. En ciertos casos, recomiendan que se aplique al concluir la quimioterapia para matar cualquier célula cancerosa que pudiera haber quedado.

Duración del tratamiento: La mayoría de las veces, la radioterapia dura 6 ó 7 semanas. La dosis total y el número de sesiones dependen del tamaño y la localización del Cáncer. Es muy importante que acudas a todas las sesiones, ya que de lo contrario, se reduce la eficacia de la radiación.

Tipos de radioterapia: Se aplica de dos maneras: externa o interna. La mayoría de los pacientes la reciben externa durante visitas ambulatorias al centro de tratamiento. Para ello, se utiliza una máquina que dirige los rayos de alta energía hacia el Cáncer y a un margen pequeño de tejido normal que lo rodea.

Cuando se utiliza el método interno, la fuente de radiación se coloca dentro del cuerpo. Este tratamiento es conocido como terapia de implantes, ya que así se llama la fuente de radiación encerrada en la cápsula que se coloca

directamente dentro del tumor o en una cavidad corporal.

Efectos secundarios: Pueden ser agudos o crónicos, el tratamiento varía de una persona a otra y depende de la dosis aplicada.

Los efectos más comunes se presentan al inicio del tratamiento y suelen desaparecer a las pocas semanas de finalizar las sesiones. los principales efectos son:

Cansancio

La sensación de debilidad y agotamiento desaparece gradualmente después de que termina el tratamiento. No trate de hacer todas las actividades que normalmente realizaba. Practique un ejercicio leve, como caminar. Esto ayuda a combatir el cansancio.

Cambios en la piel

El área de la piel que está bajo tratamiento tiene una apariencia roja o irritada, como quemada por el sol o bronceada. Después de algunas semanas, también se hace presente una textura muy reseca.

Los cambios en la piel desaparecen gradualmente, en un lapso de 6 meses a un año después de concluir el tratamiento.

GLOSARIO.

Absceso. Acumulación de pus en una cavidad previamente inexistente, revestida por un tejido de granulación denominado membrana piógena, que impide su propagación. Se forma a partir de un foco único o de varios pequeños (microabscesos) y suele tener una causa bacteriana (estafilococos, estreptococos, colibacilos). En ocasiones evoluciona hacia la formación de una fístula interna o externa (absceso fistulizado).

Absceso cerebeloso. Colección de material purulento en los lóbulos cerebelosos, que cursa con un síndrome de hipertensión intracraneal y/o cerebeloso.

Absceso cerebral. Colección de material purulento en los hemisferios cerebrales, que se comporta clínicamente como una masa intracraneal. Los abscesos cerebrales se diseminan por vía hematógena (atelectasias pulmonares), por contigüidad (desde senos paranasales), por traumatismo craneal abierto o por cirugía. Es más frecuente en el sexo masculino y los agentes aislados más habitualmente son el estreptococo y el estafilococo, que suelen ser pluribacterianos. El diagnóstico se realiza mediante TAC, en el que se observa una masa redondeada hipodensa con un halo de captación.

Afásico. Defecto o pérdida de lenguaje como consecuencia de una lesión neurológica. Las afasias son trastornos de la capacidad de usar, en su compleja decodificación o codificación, los elementos significativos del habla (monemas y sintagmas) o sus componentes de función meramente distintiva (fonemas), por afectación de su selección. Es consecuencia de la lesión de los centros del lenguaje o de sus conexiones, localizados en el hemisferio cerebral dominante.

Atelectasia. Colapso pulmonar.

Atrofia. Disminución adquirida del tamaño de un órgano o de un tejido.

Auscultación. Parte del examen físico, que consiste en la exploración de los fenómenos acústicos que se producen en los distintos órganos. Puede realizarse directamente o con ayuda de dispositivos, como el estetoscopio. Es de especial interés en para la auscultación de los tonos, los ruidos y para la auscultación de los ruidos pulmonares.

Babinsky. Extensión del primer dedo del pie, como consecuencia de la estimulación de la planta del pie, que se realiza durante la obtención del reflejo cutáneo plantar. Es significativo de una lesión de la vía corticoespinal.

Bienestar. Parte del objetivo de la atención médica, que no solo trata de curar, sino de hacer llevadera la enfermedad mientras esta dura, o, si es crónica, de proporcionar el alivio y el apoyo moral necesarios. La Organización Mundial de la Salud lo equipara erróneamente con la salud.

Brudzinski. Signo clínico que se puede encontrar en la exploración de un paciente con inflamación de las meninges. Consiste en la flexión de las piernas al doblar pasivamente el cuello.

Convulsión. Contracción aislada y mantenida o serie brusca, violenta e involuntaria de contracciones de un grupo de músculos o de la totalidad de los músculos del cuerpo. Es paroxística y episódica y se origina por una descarga anormal del sistema nervioso central.

Dermis. Parte de la piel situada debajo de la epidermis.

Diplopía. Percepción de dos imágenes existiendo un solo objeto.

Dolor. Repercusión subjetiva de la enfermedad, bien como sensación física que responde al tratamiento con analgésicos u otros medicamentos, como reacción humana a las limitaciones de la enfermedad. Una de las misiones de la medicina es aliviarlo tanto en su faceta orgánica como vivencial, debido a la dignidad del paciente.

Dolor agudo. Experiencia sensorial y emocional desagradable, desencadenada de forma fisiológica por la activación de nociceptores (receptores neurológicos capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y perjudiciales y responder a estos últimos), de causa conocida, autolimitado según evoluciona. Constituye una respuesta ante el estrés, ya que es un mecanismo protector desde el punto de vista biológico, en el que se ven implicados los sistemas somáticos, sensitivos y motores, así como el sistema simpático y el neuroendocrino.

Dolor central. Sensación de intensidad variable, de carácter quemante y continuo, referida generalmente a estructuras superficiales, con hiperrespuesta a estímulos cutáneos mínimos, acompañado de hemiplejía leve, hemianestesia superficial persistente, hiperestesia y hemiataxia mínima, capaz de exacerbarse con el estrés y la fatiga. Es de origen vascular en el sistema nervioso central y habitualmente se localiza sobre el tálamo.

Dolor crónico. Experiencia sensitiva y emocional desagradable, prolongada en el tiempo a pesar de haber desaparecido la razón desencadenante, que se acompaña de irritabilidad, alteraciones del sueño y pérdida de apetito, limitando las actividades físicas, mentales y sociales del sujeto que lo padece.

Drenaje. Acción de vaciar líquidos patológicos de alguna cavidad orgánica. Instrumento quirúrgico, plano o tubular, que se utiliza para extraer líquidos orgánicos, normalmente durante unos días. Ver cirugía, peritonitis.

Duramadre. Cubierta fibrosa y consistente del sistema nervioso central. Es la más externa de las tres que rodean al encéfalo y la médula espinal.

Edema. Aumento patológico del líquido intersticial. Produce hinchazón localizada o difusa, resultante del acumulo del componente extravascular del líquido extracelular en un determinado órgano o tejido. La causa del edema suele ser un aumento en la presión hidrostática capilar (p. ej., edemas por insuficiencia o compresión venosa, por insuficiencia cardiaca, etc.), por una disminución en la presión coloidosmótica por bajo contenido en proteínas (p. ej., edemas relacionados con nefropatías) o por un incremento en la permeabilidad capilar (p. ej., edemas debidos al contacto con irritantes o sustancias tóxicas).

Edema cerebral. Edema localizado en el cerebro. Existen varios tipos desde el punto de vista etiológico, aunque los más importantes son dos: por vasodilatación y aumento de la permeabilidad del endotelio (vasogénico) o por daño celular inflamatorio (citotóxico), habitualmente como reacción a tumores, accidentes cerebrovasculares, infecciones, etc. El edema cerebral puede ser mortal al provocar la compresión de estructuras nerviosas vitales, como el tronco del encéfalo.

Empiema. Presencia de pus en la cavidad pleural por sobreinfección del líquido pleural.

Epidermis. Capa superficial de la piel, constituida por varias capas o estratos de células: el córneo (el más superficial y resistente), el lúcido, el granuloso, el espinoso y el basal. Este último es el germinal y permite que las células que continuamente mueren sean sustituidas por otras nuevas.

Epidural. Se dice del espacio situado entre la duramadre y el esqueleto. Es virtual en el cráneo, donde la duramadre está adherida al hueso, y es real en el conducto raquídeo, donde se interponen, entre la duramadre y el canal óseo, un plexo venoso y tejido graso.

Etiología. Ciencia que estudia, en sentido amplio, las causas de las enfermedades como factores internos y externos.

Extraaxial. Fuera del eje neural.

Fístula. Trayecto de paredes fibrosas que comunica dos superficies epiteliales (piel, mucosa digestiva, urológica, traqueo bronquial, ginecológica, etc.). Ver anastomosis, fistulografía, mediastinitis, peritonitis.

Fístula de LCR. Comunicación anormal entre el espacio subaracnoideo y el exterior, por donde se escapa el líquido cefalorraquídeo.

Hemiplejía. Parálisis completa de la musculatura de un hemicuerpo.

Hemoglobina. Proteína presente en los glóbulos rojos, cuya misión fundamental es el transporte de oxígeno: lo capta a través de la sangre de los vasos capilares, en contacto con los alvéolos del pulmón, y lo libera a través de los capilares tisulares. La sangre arterial se encuentra, casi por completo, saturada de oxígeno (97%), mientras que la venosa lo está entre un 20 y un 70%, de ahí el color rojo vivo de la primera y el azulado de la segunda.

Hemoglobinemia. Aumento de hemoglobina libre en el plasma, al que confiere un color rojizo cuando supera los 50 mg/dl.

Hidrocefalia. Aumento relativo o absoluto de líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del sistema ventricular, que se manifiesta de forma aguda, como un cuadro de hipertensión intracraneal, y de forma crónica, como afectación de la marcha, alteraciones cognitivas e incontinencia.

Hiperreflexia. Aumento o exaltación de los reflejos. Se utiliza el término para referirse a la exaltación de los reflejos osteotendinosos o clínicomusculares.

Hipoestesia. Trastorno de la percepción que consiste en una distorsión sensorial a causa de una disminución de la intensidad de las sensaciones, de tal forma que los estímulos se perciben de una forma anormalmente atenuada. Por ejemplo, la insensibilidad o sensibilidad reducida al dolor (analgesia o hipoalgesia) que se produce en la histeria o durante emociones intensas (soldados en el campo de batalla), o la atenuación de todas las percepciones que se produce en el paciente depresivo.

Holistico. Visión del hombre como un todo, compuesto de facetas físicas, psíquicas y espirituales. Es de suma importancia a la hora de iniciar una acción diagnóstica o terapéutica.

Homeostasis. Equilibrio en la composición del medio interno del cuerpo, mantenido por la rápida captación de los cambios y la respuesta para compensarlos. Los dos sistemas encargados de la homeostasia son el endocrino y el nervioso.

Isquemia. Falta absoluta o déficit de perfusión hística como consecuencia de una disminución o ausencia del aporte de sangre oxigenada arterial. Suele producirse por una estenosis u obstrucción aterosclerótica de la luz arterial, por espasmos arteriales, embolismo o compresión arterial extrínseca. La carencia de oxígeno determina enfriamiento, palidez, pérdida de volumen y disfunción del órgano afectado. Si la hipoxia es importante o prolongada puede dar lugar al infarto de dicho órgano.

Isquemia cerebral. Reducción del flujo sanguíneo hasta niveles que son insuficientes para mantener el metabolismo necesario para la función normal y estructura del cerebro.

Kerning. Signo presente en la irritación meníngea, que consiste en la dificultad o imposibilidad para extender la rodilla del paciente de forma pasiva cuando tiene el muslo flexionado sobre la pelvis en ángulo recto.

Labilidad. Inestabilidad de ánimo. Tendencia al cambio frecuente (brusco, breve o intenso) del humor, a menudo ocasionado por estímulos externos o internos de escasa intensidad o importancia.

Letargo. Estado de somnolencia o estupor profundo.

Meningioma. Tumor derivado de las células de la membrana aracnoidea y que crece comprimiendo el parénquima cerebral adyacente sin aparente invasión. Es más frecuente en mujeres.

Metabolismo. Conjunto de procesos químicos y físicos que tienen lugar en los seres vivos, unos son anabólicos es decir de crecimiento y reparación de los materiales consumidos o desgastados y otros son de degradación y gasto de los materiales energéticos (catabolismo). El metabolismo está regido por el sistema endocrino y por niveles enzimáticos a nivel celular.

Metabolismo cerebral. Conjunto de reacciones bioquímicas cerebrales que utilizan fundamentalmente oxígeno y glucosa, que permiten que el cerebro desarrolle sus funciones.

Midriasis. Dilatación de la pupila de más de 4mm

Miosis. Disminución del diámetro de la pupila a menos de 2mm

Osmolaridad. Concentración de una solución expresada en soluto por litro de solución.

Osteoblástica. Que forma o contiene mayor cantidad de mineral óseo que el considerado como normal.

Palpación. Acción de sentir o percibir con las manos. Parte de la exploración física que consiste en la aplicación de las manos sobre la superficie corporal o las cavidades corporales accesibles, con el propósito de valorar la consistencia, elasticidad, movilidad y sensibilidad al dolor de los distintos órganos.

Papiledema. Inflamación de la papila óptica por aumento de la presión intracraneal, generalmente bilateral.

Parálisis. Abolición de la función motora en una parte del cuerpo a causa de una lesión del sistema nervioso o muscular.

Parálisis facial. Parálisis de la musculatura de una hemicara debida a una lesión del nervio facial, del núcleo o de sus aferencias corticales.

Paresia. Perdida de fuerza muscular parcial.

Parénquima. Tejido propio de un órgano

Pleocitosis. Aumento del número de células en un fluido corporal.

Radioterapia. Rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de las lesiones o enfermedades mediante radiaciones ionizantes, utilizando la capacidad de generar alteraciones biológicas sobre los tejidos.

Signo meníngeo. Conjunto de signos observados en cuadros de irritación meníngea, como las meningitis, las hemorragias subaracnoideas, etc.

Tinnitus. Sensación auditiva anormal percibida, la mayoría de las veces por el propio sujeto (acufeno subjetivo) o mas raramente por otro (acufeno objetivo). Pueden percibirse de manera difusa en la cabeza o unilateralmente en un oído. Algunos son sincrónicos con el pulso y son sospechosos de una patología vascular.

Trombosis. Situación vascular anormal en la que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

Tumor. Hinchazón bulto o tumefacción; neoplasia, proliferación celular excesiva y desordenada, que origina un crecimiento excesivo del tejido.